

Rechtsmedizin und Medien

Tod im Rampenlicht

**BZÄK und KZBV –
Interview nach der Wahl**

**Orphan Diseases –
Orphan Drugs**



■ *Auf der Suche nach der Wahrheit: Rechtsmediziner leisten einen beträchtlichen Dienst für die Gesellschaft. In den Medien findet dies in vielen Krimis seinen Niederschlag, wenngleich nicht immer realistisch dargestellt.*

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

als „Quincy“ Mitte der siebziger Jahre des vorigen Jahrhunderts sein wöchentliches Serienwesen im Deutschen Fernsehen begann, hätte selbst er sich nicht träumen lassen, was für eine Karriere der Beruf des Gerichtsmediziners im Unterhaltungsfernsehen noch nehmen sollte. Kaum noch ein Krimi – immerhin eines der beliebtesten Genres im TV – hält seine eineinhalb Stunden Sendezeit durch, ohne dass irgendein bewundernswerter Übermensch mit ärztlichem Hintergrund durch sein fachkundiges Tun zur Aufklärung von Kriminellem beiträgt. Abgesehen vom verklärten verfälschten Bild, das da von den Gerichtsmedizinern geschaffen wird – sie vereinen ja in der Regel neben der des Pathologen unterschiedlichste Disziplinen umfangreicher Wissensfelder auf ein und dieselbe Person –, ist es schon ein erstaunliches Phänomen, dass Regisseure, Produzenten, aber auch Menschen der schreibenden Unterhaltungszunft so auf diese besondere Gattung ärztlicher Provenienz setzen. Quincy selbst hatte ja noch – gelobt seien

die Zeiten des vorbildgebenden erzieherischen Fernsehens – eine koedukative Leitfunktion. Immerhin musste er in seiner Hochphase die Bevölkerung lehren, dass man auf dem Motorrad gefälligst Helm trägt. Inzwischen dient der zum Gerichtsmediziner, Pathologen, Biologen, Chemiker, Detektiv und Polizist in Personalunion mutierte Super-Arzt in erster Linie der Dramaturgie und Einschaltquote.

Laut Psychologen lieben Menschen dieses scheinbare Allmachtverhältnis zu Leben und Tod. Mit Tabus wird hier genüsslich gebrochen, der Schauer über das Aufschneiden von Leichen ist aber längst überstanden und muss durch immer makabere Situationen getoppt werden.

Tief hat sich inzwischen der Eindruck verfestigt, dass diese Tausendsassas im Dienste des Guten ihren Beitrag gegen das Böse in der Welt leisten.

Und die Wirklichkeit? Die ist – wie meistens im Leben – weit nüchterner, als das Fernsehen verspricht. Der Pathologe ist ebenso wenig Rechtsmediziner wie der Orthopäde Internist ist. In der Wirklichkeit ist einzig das Streben nach Wahrheit der verbindende

Faktor zwischen Realität und Fiktion.

Eins gilt aber auch für die wirklichen „Helden“ des Alltags in diesem inzwischen fast sagenumwobenen Bereich: Ob Identifizierung über Zahnstatus; Klärung von Rechtsansprüchen qua DNA oder Feststellung des ungefähren Todeszeitpunktes eines Ermordeten: Der Dienst für die Gesellschaft ist beachtlich.

Informatives Lesen
wünscht Ihr



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur

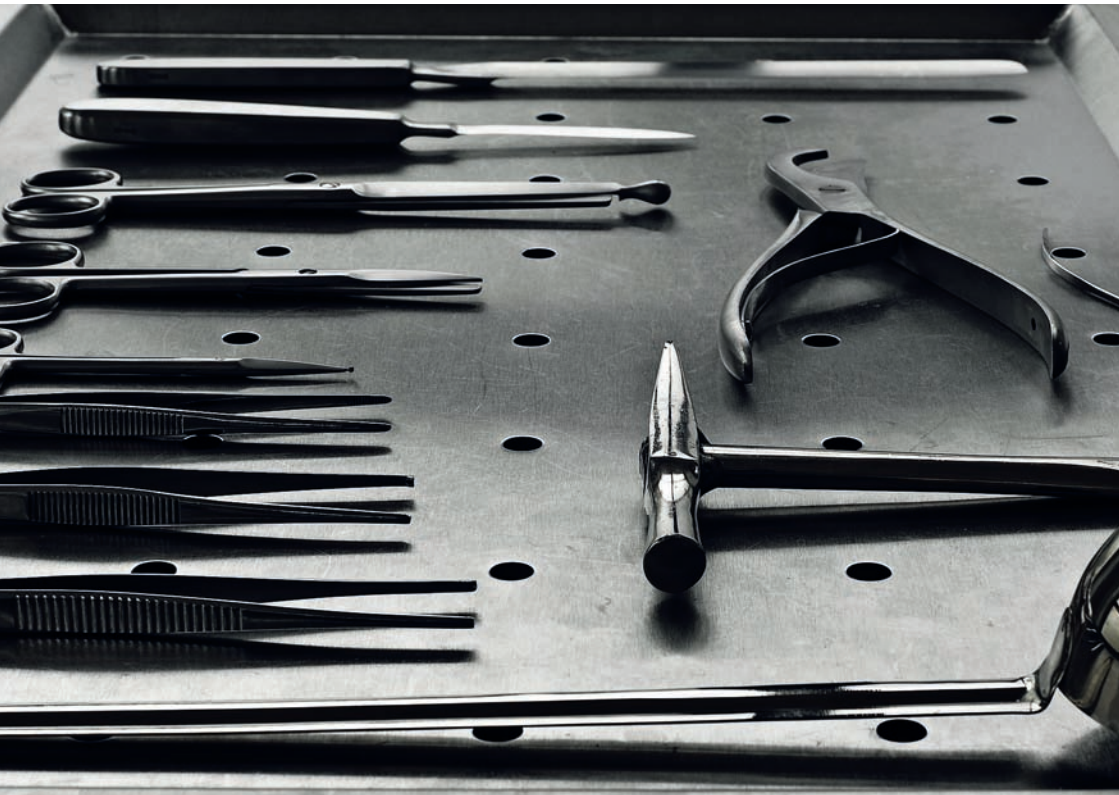


Foto: Fotolia, Titelfoto: Patrik Budenz

Zum Titel

Sektionen gehören zum Berufsalltag von Rechtsmedizinern. Dieser hat jedoch mit der Darstellung in TV-Krimis bisweilen wenig zu tun.

Seite 36



Foto: Tomasz Wojnarowicz / Fotolia

Die Folgeschäden bei zahnmedizinisch vernachlässigten Kindern haben über die Mundhöhle hinaus Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit und Entwicklung des Kindes.

Seite 60

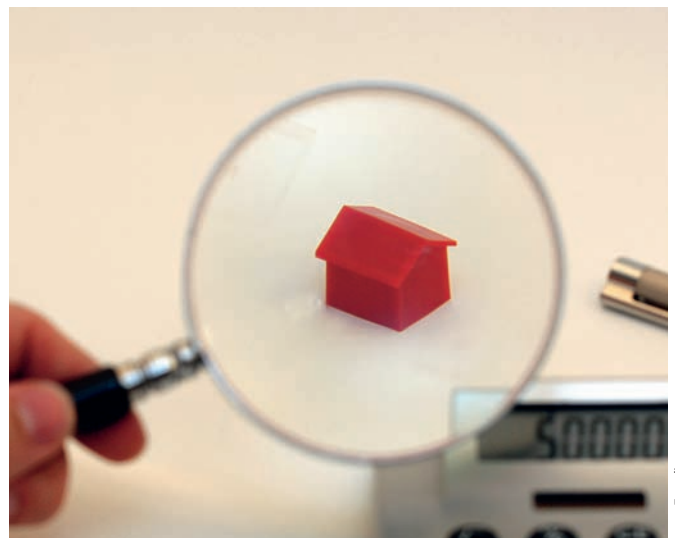


Foto: Fotolia

Was tun, wenn es am Lebensabend finanziell etwas knapp wird? Mit einem Darlehen auf die eigene Immobilie hat man mehr finanziellen Spielraum.

Seite 108



Foto: picture alliance

Menschheitsgeschichte zum Anfassen: Eine neue Heimat für den Neandertaler bietet das Museum für Vor- und Frühgeschichte jetzt im neuen Bau auf der Berliner Museumsinsel.

Seite 132



Foto: Fotolia

Countdown für den Deutschen Zahnärztertag vom 4. bis 7. November in München: Alle Highlights im Überblick

Seite 18




Editorial	1	<i>Repetitorium: Seltene Krankheiten – Orphan Drugs</i>	70
Leitartikel		<i>Schulprobleme hochbegabter Kinder: Wenn die Klügsten scheitern</i>	76
<i>Dr. Jürgen Fedderwitz, KZBV-Vorsitzender, über „Unmoralische Angebote“ der DAK gegenüber Zahnärzten</i>	4	<i>Weltorganspendetag: Für mehr Leben – für Organspende</i>	80
Gastkommentar		Veranstaltungen	84
<i>Martin Eberspächer, Bayerischer Rundfunk, zum Gesundheitsfonds und seinen „falschen Anreizen“</i>	6	Akademisches	
Das aktuelle Thema		<i>Zahnärzte und Versorgungsforschung: Offiziell vernetzt</i>	100
<i>GKV-Schätzerkreis errechnet Prognose: Ein Fass ohne Boden</i>	8	Praxismanagement	
Nachrichten	10	<i>Damit „die Neue“ nicht lange neu bleibt: Einarbeitung mit Konzept</i>	102
Politik und Beruf		<i>Trends</i>	106
<i>Deutscher Zahnärztertag : Ein Mega-Ereignis mit großer Nachfrage</i>	18	Finanzen	
<i>FVDZ: Hauptversammlung in Warnemünde</i>	22	<i>Umkehrdarlehen: Finanzieller Spielraum für den Ruhestand</i>	108
<i>Interview: Dr. Peter Engel und Dr. Jürgen Fedderwitz</i>	24	Recht	
<i>AS-Akademie: Neuer Fortbildungsgang</i>	28	<i>Internet: Frühe Rechtlklärung beugt Haftungsrisiken vor</i>	112
<i>Sachverständigenrat über hausärztliche Versorgung: Kurswechsel angemahnt</i>	30	<i>Abfindungsklauseln in Gemeinschaftsverträgen</i>	114
Aus den Ländern		<i>Urteile</i>	116
<i>Zahnärztertag Niedersachsen/Bremen: Fortbildung in der Hafenstadt</i>	32	Internationales	
<i>LAJH: Seit 30 Jahren in Hamburg aktiv</i>	34	<i>FDI-Kongress in Singapur</i>	118
Titelstory		<i>Medizintourismus: Ein lukratives Nischengeschäft</i>	122
<i>Rechtsmedizin und ihr mediales Zerrbild: Tot im Rampenlicht</i>	36	<i>World Health Summit 2009: Runder Tisch zur Gesundheit</i>	124
Zahnmedizin		<i>Wirtschaftskrise und Gesundheitssysteme</i>	126
<i>DGZPW: Temporäre Befestigung von festsitzendem Zahnersatz</i>	46	<i>Gesundheitsreform in den USA: Obamas Chancen steigen</i>	130
<i>Formular Nebenwirkung</i>	48	Historisches	
 <i>Der aktuelle klinische Fall: Radikuläre Zysten des Oberkiefers</i>	50	<i>Berlin: Eine neue Heimat für den Neandertaler</i>	132
<i>Der besondere Fall: Bisphosphonat-assoziierte Osteonekrose</i>	54	Impressum	138
<i>Früherkennung zahnmedizinischer vernachlässigter Kinder</i>	60	Persönliches	139
Medizin		Neuheiten	140
<i>Depression am Arbeitsplatz: Krankmacher Job</i>	66	Letzte Nachrichten	173
		Zu guter Letzt	176



Foto: KZBV

Ein unmoralisches Angebot?

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Pflaumen und Äpfel, die nicht von den Bäumen kommen, weil die Preise im Keller sind, und Milchbauern, die ihre Milch auf herbstlichen Äckern verklappen – Wettbewerb? Wettbewerb untereinander kennen und leben wir Zahnärzte schon länger. Er ist geprägt von Konkurrenzdruck, wirtschaftlichen Zwängen und der Zukunftssicherung der Praxen. Die Große Koalition wollte Wettbewerb und hat ihm mit Gesetzen den Boden bereitet. Die kommende Regierung wünscht ihn ebenfalls und will den bereiteten Boden nicht brach liegen lassen.

Im Gesundheitswesen sind die Weichen in § 73 c SGB V für Selektivverträge ausdrücklich gestellt. Die Regelungsmöglichkeiten können und wollen wir nicht negieren, solange sie den vorgegebenen Gestaltungsspielraum nicht verlassen. Wer sich mit diesem Thema beschäftigt, muss wissen, dass jeder Selektivvertrag für alle Beteiligten mit erheblichen Unsicherheiten und Risiken verbunden ist. Das gilt auch für die Krankenkassen. Ihnen fließen aus dem Gesundheitsfonds für solche Verträge keine zusätzlichen Leistungen zu, sie müssen aus den normalen Beitragseinnahmen bestritten werden. Für zusätzliche Vergütungen ist daher – gerade in diesen Zeiten – kaum Raum. Auch angestrebte Budgetbereinigungen bleiben eine unsichere Sache, denn die Bereinigungsverfahren sind mit den Gesamtvertragspartnern zu bestimmen. Und solange es noch Budgets gibt, solange werden die KZVen selbstbewusst die Finanz-

mittel für die Leistungen aus dem Kollektivvertrag sichern. Diese Unwägbarkeiten mögen ja auch der Grund sein, warum bislang im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung zum Thema Selektivvertrag wenig zustande gekommen ist. Doch jetzt haben einige Kassen den „Zahnersatz zum Nulltarif“ im Visier – vermeintlich ist das für sie unproblematisch, weil keine Bereinigung der Gesamtvergütung ansteht (allenfalls für ZEBegleitleistungen), weil mögliche zusätzliche Kosten indirekt von den deutschen Zahn-technikern und nicht zuletzt von uns Zahnärzten getragen werden. Wettbewerb?

Der ins Gerede gekommene Indento-Vertrag der DAK und anderer Krankenkassen ist so ein mehrseitiges Vertragskonstrukt zulasten Dritter. Worum es der DAK dabei geht, gibt sie unumwunden zu. In einem Brief an die zm-Redaktion betont die DAK, als Reaktion auf die zm-Berichterstattung „Kein Grund für Knebelverträge“ (zm 19/2009): „[Es] wurden die entsprechenden gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen, ... Vereinbarungen zu treffen, die besonderen Versorgungsbedürfnissen Rechnung tragen. Hiervon macht die DAK Gebrauch. Im Zeitalter der Globalisierung gestaltet sich der Markt – auch der Gesundheitsmarkt – neu und dann ist es sehr von Nachteil, aufgrund fehlender Konzepte und Strukturen daran nicht teilzuhaben.“

Nun ist das Thema zu ernst, um zu spekulieren, wie die DAK das mit der Globalisierung so meint. Auf jeden Fall hat sie sich für uns Zahnärzte etwas Besonderes ausgedacht: Honorarverzicht bei Regelversorgung,

limitierter GOZ-Steigerungssatz bei gleichartigen Versorgung, eine PZR zum Dumpingpreis, die zu lausiger Qualität führen muss, verlängerte Gewährleistungsfrist, vertragliche Bindung an vorgegebene Labore und Materialien – alles garniert mit einer gepfefferten Bearbeitungsgebühr. Auch das ist Wettbewerb. Fairer Wettbewerb?

In einem Interview mit der Berliner Zeitung (2.10.09) führte Jens Spahn, CDU, aus: „Es kann nicht darum gehen, aus Krankenkassen gewinnorientierte Aktiengesellschaften zu machen. Wir sind sicher keine Privatisierungsfetischisten. Ziel muss es sein, den Kassen auf der einen Seite mehr Freiheiten im Wettbewerb untereinander und im Verhältnis zum Leistungserbringer zu geben und auf der anderen Seite das Wettbewerbs- und Kartellrecht durchgängig anzuwenden. [...] Wir merken etwa bei den Rabattverträgen für Arzneimittel, dass die übergroße Marktmacht der Kassen mittelständische Strukturen kaputt zu machen droht. Die kleinen Pharmahersteller in Deutschland bleiben auf der Strecke, große Generikahersteller aus Indien drängen mit Dumpingpreisen auf den Markt. Das kann langfristig nicht unser Ziel sein. Da braucht es dringend eine Wettbewerbsordnung.“

Wir werden sehen, was aus dem Wildwuchs wird. Natürlich bleibt es jedem Kollegen, jeder Kollegin unbenommen, sich in derartige Vertragsstrukturen einzuschreiben. Nur: So wie die Krankenkassen ihre Versicherten beraten, so beraten wir unsere Kollegen und unsere Patienten. Dazu analysieren wir auch Selektivverträge. Was jetzt auf dem Tisch liegt, geht zulasten Dritter – zulasten der Zahnärzte. Testurteil daher: nicht empfehlenswert. Das muss der Kollege wissen, den das Vertrags-„Angebot“ erreicht. Ein unmoralisches Angebot? Vielleicht. Ein vergiftetes Angebot? Ganz sicher.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Jürgen Fedderwitz
Vorsitzender der KZBV

Wettbewerb ist gesund



Foto: FI online

Wenige Tage nach der Wahl haben die Schätzer das Milliardenloch im Gesundheitsfonds vermessen. Demnach fehlen im kommenden Jahr 7,4 Milliarden Euro. Kritiker der Geldsammelstelle sehen ihre schlimmsten Befürchtungen bestätigt. Andererseits ist der Fonds für die geringeren Beitragseinnahmen als Folge der schlechten Konjunktur nicht verantwortlich. Im Vergleich zum früher üblichen Finanzausgleich hält sich der bürokratische Mehraufwand in Grenzen. Der Fonds ist ein Mittel zum schlechten Zweck. Er hat den Zugriff der Politik auf die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung verstärkt.

Die ersten zehn Monate zeigen, wie die schwarz-rote Regierung den Fonds für ihre kurzfristigen politischen Ziele eingesetzt hat. Erst wurde der einheitliche Beitragssatz im Januar mit 15,5 Prozent viel zu hoch angesetzt. Kurz vor der Wahl wurde die Reduzierung auf 14,9 Prozent als Erfolg dargestellt. Gleichzeitig hat die alte Regierung im Frühjahr steigende Ausgaben der Kassen programmiert – durch ihren Einfluss auf Verhandlungen mit Ärzten und Krankenhäusern.

Jetzt kann die neue Koalition entscheiden, wie das Finanzloch geschlossen werden soll. Wegen der Landtagswahl in NRW soll der Bund womöglich wieder helfen. Doch der sprunghafte Anstieg der Staatsschulden und

die geplanten Steuersenkungen setzen enge Grenzen. Ein höherer Grundbeitrag für alle wäre Gift für die Konjunktur. Nach den gültigen Spielregeln dürfen Kassen nur begrenzt Zusatzbeiträge erheben. Sie riskieren, dass Mitglieder abwandern. Alternative ist die Flucht in eine Fusion. Wer



Foto: privat

Im Gesundheitsfonds hat die Politik Zugriff auf die Finanzen. Die Spielregeln setzen falsche Anreize. Manche Kassen wollen ihre Finanzen durch Scheinkranke aufbessern. Ein Wettbewerb über den Preis findet nicht mehr statt. Regionale Belange und Eigenverantwortung kommen zu kurz.

Martin Eberspächer

Leiter der Redaktion
Wirtschaft und Soziales
Bayerischer Rundfunk

keinen Partner findet, muss notfalls Insolvenz anmelden. Am Ende sollen größere Einheiten stehen. Die können bei der Verwaltung sparen. Kehrseite der Entwicklung ist die Konzentration der Einkaufsmacht. Am Ende diktieren wenige Großkassen die Preise. Wenn zunehmend fremdes Kapital in die medizinische Versorgung fließt, geraten freie Berufe und mittelständische Leistungsanbieter stärker unter Druck.

Die Krankenkassen schärfen ihr Profil derzeit durch besondere Leistungen für spezielle Kundengruppen. Während die Ersatzkassen traditionell Angestellte in Ballungsräumen ansprechen, nutzt die AOK ihre Stärken im ländlichen Raum. Bei der Versorgung von

älteren Patienten in der Fläche spielt der Hausarzt eine wesentliche Rolle. Solange der Patient das Wahlrecht behält, spricht vieles für differenzierte Angebote. Im Vergleich zum früheren Wettbewerb um junge und gesunde Spitzenverdiener müssen sich die Kassen verstärkt um ältere und kranke Kunden bemühen, weil dies vom Fonds honoriert wird. Das ist im Ansatz gut, sorgt aber für neue Interessenkonflikte. Ein Beispiel: Die enge Zusammenarbeit der AOK mit dem Hausärzterverband in Bayern kann als Vertrag zulasten Dritter interpretiert werden. Bei hohem Marktanteil der AOK fürchten Fachärzte Umsatzeinbußen, wenn der Hausarzt seine Überweisungen auf ein Minimum beschränkt. Mit der Codierung von chronischen Leiden seiner Patienten entscheidet der Hausarzt zudem über die Einnahmen der Kasse aus dem Gesundheitsfonds. Dabei

ist der Spielraum für verantwortungsvolle Entscheidungen groß. Ob eigene Interessen eine Rolle spielen, ist für Außenstehende schwer durchschaubar. Wenn die Zahl der Scheinkranken immer weiter steigt, wird der Fonds zum Selbstbedienungsladen. Ob mit oder ohne Fonds – die schwarz-gelbe Regierung muss Effizienz und Wettbewerb im Gesundheitswesen steigern. Im Wettbewerb der Kassen hat der Fonds falsche Anreize gesetzt. Eine gewisse Umverteilung der Beitragseinnahmen aus reichen Bundesländern im Süden zugunsten der Grundversorgung im Norden und Westen ist ebenso notwendig wie die Solidarität von Gesunden und Kranken.

GKV-Schätzerkreis errechnet Prognose für 2010

Ein Fass ohne Boden

Die Wirtschaftskrise hinterlässt auch im Gesundheitswesen Spuren. Der GKV-Schätzerkreis hat die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen berechnet. Das Ergebnis: Den Krankenkassen fehlen im nächsten Jahr voraussichtlich 7,5 Milliarden Euro.

Den gesetzlich Krankenversicherten drohen im nächsten Jahr deutlich höhere Kosten. Steigende Ausgaben für Medikamente, ambulante und stationäre Versorgung sowie ei-



Foto: MEV

Woher nehmen: Springt der Bund ein, um das prognostizierte Milliardendefizit bei den gesetzlichen Krankenkassen im nächsten Jahr zu kompensieren?

ne möglicherweise stark wachsende Arbeitslosigkeit belasten die Bilanz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und verursachen voraussichtlich ein Milliardendefizit im Gesundheitsfonds. Zu diesem Ergebnis kommt der GKV-Schätzerkreis des Bundesversicherungsamtes. Dem Schätzerkreis gehören Fachleute aus dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesversicherungsamt und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen an. Er hat die Hauptaufgabe, die Ein- und Ausgaben der GKV für das Folgejahr zu prognostizieren. Ziel ist es, Anhaltspunkte dafür zu finden, wie negativ sich der bevorstehende Einbruch auf dem Arbeitsmarkt auf die Einnahmen des Ge-

sundheitsfonds auswirken wird. Die Prognose des Schätzerkreises dient als Empfehlung für die Bundesregierung, die bis November eines jeden Jahres über den einheitlichen Beitragssatz aller Kassen für das Folgejahr zu entscheiden hat.

Für das Jahr 2009 rechnet der Schätzerkreis mit Ausgaben der GKV in Höhe von 167,1 Milliarden Euro. Dabei sind schon voraussichtliche Ausgaben für die Impfung gegen die Schweinegrippe in Höhe von 600 Millionen Euro berücksichtigt. Die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds betragen 165,3 Milliarden Euro.

Defizit prognostiziert

Im Jahr 2010 werden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 174,2 Milliarden Euro erwartet. Die Einnahmen des Gesundheitsfonds betragen voraussichtlich 167,2 Milliarden Euro.

Hievon werden den Krankenkassen 166,7 Milliarden Euro zugewiesen. Die verbleibenden 500 Millionen Euro dienen dem Aufbau der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Die Ausgaben der GKV liegen somit im nächsten Jahr voraussichtlich um 7,5 Milliarden Euro höher als die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

Unklar ist bisher, welche Maßnahmen die neue Bundesregierung angesichts des Milliardendefizits ergreifen wird. In den Koalitionsverhandlungen haben sowohl die Union als auch die Liberalen deutlich gemacht, dass eine Anhebung des Beitragssatzes kaum in Frage kommt – sie befürchten, dass das Steigen der Lohnnebenkosten die Wirtschaftskrise weiter verschärfen könnte. Außerdem hatte die Regierung ja erst im Juli dieses Jahres den Beitragssatz mittels Steuerzuschüssen von 15,5 auf 14,9 Prozent gesenkt. Dass eine schwarz-gelbe Koalition diese Zuschüsse angesichts der hohen

Neuverschuldung und einbrechender Steuereinnahmen erhöhen wird, hält zumindest der Gesundheitsökonom Jürgen Wasem für unwahrscheinlich. Er rechnet stattdessen mit einem Anstieg der Zusatzbeiträge für gesetzlich Versicherte auf breiter Front. Wasem sieht darin durchaus auch Vorteile, denn so komme der Wettbewerb unter den Kassen aufgrund unterschiedlich hoher Zusatzbeiträge stärker in Gang. Und wenn bei den Kassen erst einmal die Angst verschwunden sei, die eigenen Kunden mit Prämien zu verprellen, könnten sie wieder in sinnvolle Angebote investieren. Ein kräftiges Kostendämpfungsgesetz zur Stabilisierung der Finanzsituation sei hingegen nicht zu erwarten, so der Gesundheitsökonom im ZDF-Morgenmagazin.

Fonds wird modifiziert

Die FDP sieht den Gesundheitsfonds in der Verantwortung für die Finanzmisere und hat angekündigt, über das Fortbestehen des Fonds mit der Union vorbehaltlos diskutieren zu wollen. Die CDU-Gesundheitspolitikerin Anette Widmann-Mauz verwarf diese Option – eine Abschaffung des Fonds komme nicht in Frage. Allerdings kündigte Widmann-Mauz an, mit der FDP über den Wegfall der einprozentigen Belastungsgrenze (siehe Kasten) verhandeln zu wollen. So könnten die Zusatzbeiträge, an denen sich die Arbeitgeber nicht beteiligen müssen, deutlich steigen. Die schwarz-gelbe Koalition könnte also die Gunst der Stunde nutzen, die ursprünglich von der Union favorisierte „Kopfpauschale“ auf diesem Wege einzuführen.

Verschiedene Krankenkassen haben angesichts des zu erwartenden Milliardendefizits im Gesundheitsfonds Hilfe vom Staat gefordert. „Jetzt sind alle Beteiligten gefordert, ihren Beitrag zur Schließung dieser Finanzlücke zu leisten“, so Jürgen Graalman, Vizevorstandschef des AOK-Bundesverbandes. Dabei sei dafür Sorge zu tragen, dass die Beitragszahler nicht überfordert werden und es bei einer solidarischen Mittelaufbringung bleibt. Wichtigste gesundheitspolitische Herausforderung der neuen Legislaturperiode des Deutschen Bundestages sei

nach den jetzt notwendigen kurzfristigen Entscheidungen die nachhaltige Stabilisierung der Finanzbasis der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Vorstandschef der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH), Ingo Kailuweit, hatte im „Handelsblatt“ verlangt, das für Finanzlöcher im Fonds vorgesehene Darlehen in einen Steuerzuschuss umzuwandeln – der Bund hat sich verpflichtet, bei Beitragsausfällen im Gesundheitsfonds mit einem zinslosen Darlehen einzuspringen, das ab 2011 zurückgezahlt werden muss.

Otmar Müller
Gesundheitspolitischer Fachjournalist
mail@otmar-mueller.de

zm-Info

Der Gesundheitsfonds

... ist die zentrale Geldsammelstelle für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Hier landen nicht nur die Krankenkassenbeiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber, sondern auch Zuzahlungsbeiträge der Patienten sowie der Bundeszuschuss aus Steuermitteln für die Übernahme versicherungsfremder Leistungen durch die GKV. Steigen die Ausgaben der Krankenkassen, kann der einheitliche Beitragssatz angehoben werden. Allerdings muss dies erst geschehen, wenn die Ausgaben der Kassen nicht mehr zu mindestens 95 Prozent aus dem Fonds gedeckt werden. Sind die Kosten einer Kasse höher als die Einnahmen aus dem Fonds, kann die Kasse von ihren Versicherten einen zusätzlichen Beitrag verlangen. Dieser Zusatzbeitrag darf maximal ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens betragen. Ausnahme: Bei Zusatzbeiträgen bis zur Höhe von acht Euro entfällt die Einkommensprüfung und damit die Belastungsgrenze. Bei einer aktuellen Beitragsbemessungsgrenze von 3 675,- Euro im Monat ist der Zusatzbeitrag damit auf 36,75 Euro begrenzt. om

Prof. Urban Wiesing

Priorisierung kann Kosten steigern

Angesichts begrenzter Mittel ist eine gesellschaftliche Diskussion um eine Priorisierung medizinischer Leistungen unumgänglich. Das ist die Auffassung des Vorsitzenden der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Professor Urban Wiesing. Priorisierung sei nichts anderes als der Versuch, die Ausgabenseite in einer ethisch gerechtfertigten Weise zu strukturieren und die Verwendung der finanziellen Mittel transparent zu machen, erklärte Wiesing in einem Fest-



Foto: Fotolia

vortrag zur Eröffnung des Bayerischen Ärztetages in Ingolstadt. In der Wissenschaft sei Priorisierung in der internationalen Debatte

längst ein anerkanntes und akzeptables Mittel zur Begrenzung der Ausgaben im Gesundheitswesen, sagte Wiesing laut einem Bericht der „Ärzte-Zeitung“. Nirgendwo sei es dabei zu einem Kahlschlag gekommen. Allerdings müssten Priorisierungsentscheidungen politisch legitimiert werden. Die Konsequenzen einer Priorisierungsdebatte könnten im Übrigen in beide Richtungen gehen, indem Versorgungsdefizite ausgeglichen und weniger wichtige Versorgungsbereiche abgebaut werden, so Wiesing weiter. International hätten Priorisierungsdebatten in ihrer Konsequenz in einigen Fällen denn auch zu Mehrausgaben geführt. Tatsächlich gebe es auch hierzulande bereits Priorisierungen: So würden bei der Verteilung von Transplantaten Kinder bevorzugt, weil sie sonst größeren Schaden nehmen als Erwachsene. sf/sg/äz

Krankenkassen

Mehr Steuergeld vom Bund

Angesichts des drohenden Defizits von 7,5 Milliarden Euro haben Vertreter der Gesetzlichen Krankenkassen höhere Steuerzuschüsse vom Staat gefordert. „Die neue Regierung sollte den geplanten Steuerzuschuss von 2,5 Milliarden Euro vorziehen, um die dringendsten Finanzierungsprobleme der Kassen abzufedern“, sagte der Vorstandschef des Ersatzkassenverbandes, Thomas Ballast, der „Süddeutschen Zeitung“. Ähnlich äußerte sich ein Sprecher der Barmer Ersatzkasse. Damit würde sich die Finanzspritze des Bundes an die Versicherer 2010 auf 14 Milliar-

den Euro erhöhen. Diese Summe soll eigentlich erst 2012 erreicht werden. Für höhere Steuersubventionen des Gesundheitsfonds sprach sich auch der Chef der AOK Baden-Württemberg, Rolf Hoberg, aus. Wenn nötig, müsse allerdings auch der Beitragssatz von derzeit 14,9 Prozent erhöht werden. Auch der SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach plädierte in der „Thüringer Allgemeinen“ für einen höheren Steuerzuschuss. Dies habe Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) in der großen Koalition mit-

geschlossen. ck/dpa

Kommentar

Ergebnisoffene Diskussion erwünscht

Kann sich noch jemand daran erinnern, wie viel Prügel der Präsident der deutschen Ärzteschaft, Jörg-Dietrich Hoppe, vor dem letzten Ärztetag bezogen hat? Anlass damals war Hoppes Forderung nach einer Rangliste jener Leistungen, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden sollen. Dies, so Hoppe, sei ein denkbarer Weg, um sich über die weitere Finanzierung des GKV-Systems Gedanken zu machen. Nun hat sich ein weiterer Vertreter aus der Ärzteschaft zum Thema geäußert, Professor Urban Wiesing, Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Es ist sicher kein Zufall, dass sich Wiesing gerade jetzt, zu Beginn der Koalitionsverhandlungen der schwarz-gelben

Regierung zu Wort meldet. Gerade bei der FDP, die die Eigenverantwortung im Gesundheitsbereich auf ihre Fahnen geschrieben hat, vermutet man wahrscheinlich eine größere Offenheit dem Thema gegenüber als noch zu Zeiten der Großen Koalition. Wiesing jedoch brachte einen interessanten Aspekt in die Diskussion: Priorisierung kann auch Kosten steigern. Damit erweist er einem möglichen gesellschaftlichen Diskurs einen großen Dienst: Wiesings Beitrag zeigt, dass die Diskussion ergebnisoffen ist. Dies ist jedoch die Voraussetzung, um einen ethischen und redlich geführten gesellschaftspolitischen Diskurs in Gang zu bringen.

Stefan Grande

Stockholm

Treffen der Chief Dental Officers

Anfang Oktober trafen sich die Chief Dental Officers (CDO), die Chief Medical Officers (CMO) und die Chief Nurses Officers (CNO), sprich die offiziellen gesundheitspolitischen Berater, die in verschiedenen EU-Ländern für die Themen Zahnmedizin, Medizin beziehungsweise Krankenschwestern als Beobachter eingesetzt werden, zu einem viertägigen gemeinsamen Arbeitstreffen



Foto: Fotolia

in Stockholm. Den Teilnehmern wurden unter anderem das schwedische Sozialsystem sowie das System der zahnärztlichen und ärztlichen Versorgung vorgestellt. Ein großer Teil der Diskussion war zudem der Patientensicherheit, der Entwicklung von Qualitätsindikatoren (QI) sowie von Leitlinien im Rahmen der zahnärztlichen Versorgung gewidmet. Die Mehrzahl der EU-Staaten ist auf diesem Gebiet bereits seit längerem aktiv. Im Herbst 2010 wird Deutschland Gastgeber des Herbsttreffens der CEEDO in Berlin sein. Thematisch soll es auf Anregung des CEEDO-Boards um die zahnärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung gehen. sf/BZÄK

Arbeitsgruppe Gesundheit

Zwölf Köpfe treffen Vorentscheidungen

Dem zwölfköpfigen Gremium der Arbeitsgruppe für Gesundheit in den Koalitionsverhandlungen von CDU, CSU und FDP gehören zwei Ärzte und ein Zahnarzt an. Für die CDU sitzen in dem Gremium: Dr. Ursula von der Leyen, derzeit Familienministerin der Großen Koalition, Annette Widmann-Mauz, gesundheitspolitische Sprecherin der Union, Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Nordrhein-Westfalen, sowie Silke Lautenschläger, Umwelt- und Landwirtschaftsministerin in Hessen. Für die CSU sind vertreten: Wolfgang Zöllner,

stellvertretender Fraktionsvorsitzender der Union im Bundestag, Markus Söder, Gesundheitsminister in Bayern, Barbara Stamm, Landtagspräsidentin in Bayern, und Gerda Hasselfeldt, Vizepräsidentin des Deutschen Bundestages. Die FDP wird repräsentiert durch: Daniel Bahr, gesundheitspolitischer Sprecher der FDP, Dr. Philipp Rösler, Wirtschaftsminister in Niedersachsen, Dr. Wolfgang Heubisch, Wissenschaftsminister und Zahnarzt in Bayern, und Heinz Lanfermann, ehemaliger Staatssekretär im Bundesjustizministerium. sf/adp

Bundeszahnärztekammer fordert

Erhalt des Staatsexamens in der Zahnmedizin

BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel befürchtet durch Einführung des Bachelor in der Zahnmedizin eine drastische Verschlechterung für die nachfolgende Generation und fordert den Erhalt des Staatsexamens. Die Kultusministerkonferenz hatte in Waren an der Müritz über die Weiterentwicklung des Bologna-Prozesses beraten. Dabei wurden Schwachstellen in der Umsetzung der Reform aufgegriffen. Anlass für die BZÄK, erneut darauf hinzuweisen, dass die seit 50 Jahren geltende Approbationsordnung für Zahnärzte reformbedürftig sei. „Da die Anforderungen, denen sich der Zahnarzt aufgrund der Entwicklung der Gesundheitsversorgung und der Entwicklung in der zahnmedizinischen Wissenschaft stellen muss,

einem stetigen Wandel unterzogen sind, ist eine Reform der zahnärztlichen Approbationsordnung dringend erforderlich“, so Engel. Die BZÄK betont, dass das einheitliche und hochwertige Zahnmedizinstudium mit dem Abschluss Staatsexamen erhalten bleiben müsse, da der Bachelor in der Zahnmedizin keinen berufsqualifizierenden Abschluss darstelle. Sollten Bachelor-/Master-Studiengänge Eingang in eine neue Approbationsordnung finden, würde eine qualitätsgesicherte Ausbildung im Hinblick auf eine Befähigung des Zahnarztes zur Berufsausübung nach der Approbation zunehmend in Frage gestellt. Die BZÄK forderte von der Politik, auf den Sachverstand der Experten zurückzugreifen. pr/BZÄK

Brüssel

Costeff-Verband gegründet

Nur wenn das Innovationspotenzial im Gesundheitswesen voll ausgeschöpft werde, sei es möglich, die Finanzierung der europäischen Gesundheitssysteme nachhaltig zu sichern. Mit dieser Botschaft präsentierte sich der neu gegründete Verband zur Kosteneffizienz im Gesundheitswesen (Costeff) in Brüssel.

Das Ziel von Costeff: den – über den Parallelhandel auf den europäischen Markt gebrachten – Arzneimitteln, Biosimilars und Generika sowie neuen Ansätzen in der Arzneimittelversorgung, wie Wochenblister und Technologien zur häuslichen Betreuung von Alten und Kranken (Ambient Assisted Living), mehr Spielraum in der gesundheitlichen



Foto: CC

Versorgung einzuräumen.

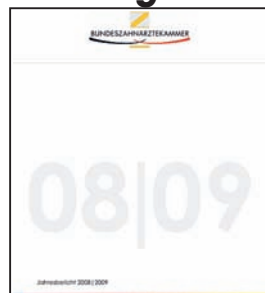
Gegründet hat Costeff der saarländische Unternehmer Edwin Kohl, Gründer der Kohlpharma GmbH: „Angesichts eines zu erwartenden Defizits der gesetzlichen Krankenkassen von 7,4 Milliarden Euro für das kommende Jahr ist es dringender denn je notwendig, Möglichkeiten zur Kosteneinsparung auszuloten“, so Kohl bei der Auftaktveranstaltung.

Jérôme Böhm von der Europäischen Kommission machte deutlich, dass die europäischen Gesundheitssysteme von einer Vernetzung bei der Kosten-Nutzen-Bewertung (HTA) innovativer Arzneimittel profitieren könnten. „Derzeit wenden nicht alle Staaten HTA-Verfahren an“, so der Kommissionsvertreter. Eine verstärkte Nutzung grenzüberschreitender Gesundheitsangebote kann nach Ansicht des Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses im Europäischen Parlament, Jo Leinen (SPD), ebenfalls zur Kosteneffizienz beitragen. Eine entsprechende EU-Richtlinie ist derzeit in Vorbereitung. sf/ps

BZÄK

Jahresbericht in neuem Design

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat ihren aktuellen Jahresbericht veröffentlicht. Er zeigt neben den Aktivitäten des vergangenen Jahres auch die Ziele und Strategien für die Zukunft auf. Durch die neue Optik wird es noch leichter ermöglicht, einen schnellen Zugang zu allen Themenfeldern der BZÄK zu finden. sf/sg/pm



Der Bericht im Internet:
<http://www.bzaek.de>

Gesundheitsfonds

AOK muss zurückzahlen

Weil die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) im laufenden Jahr offenbar mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds bekommen haben, als ihnen zusteht, müssen sie nun Geld zurückzahlen. Angeblich geht es dabei um bis zu 1,1 Milliarden Euro. Regierungskreise beziffern die Summe dagegen nur auf 172 Millionen Euro. Eine Sprecherin der AOK sagte nur: „Wir müssen zurückzahlen.“ Summen und einen Termin wollte sie nicht nennen. Der Chef des AOK-Bundesverbands, Herbert Reichelt, verwies darauf, dass die endgültige Abrechnung für das Jahr 2009 erst im Herbst 2010 vorliege. Bis dahin bekomme die



AOK in regelmäßigen Abständen nur vorläufige Zahlungen aus dem Fonds, berichtet die Zeitung „Die Welt“.

Der Gesundheitsfonds verteilt dieses Jahr insgesamt 167 Milliarden Euro an die Krankenkassen. Welche Kasse wie viel Geld bekommt, richtet sich nicht nur nach der Zahl ihrer Versicherten, sondern auch nach deren Alter, Geschlecht und vor allem nach ihren Krankheiten. Das Verfahren, das „morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich“ heißt, berücksichtigt 80 Krankheiten. Fast 70 Milliarden Euro und damit knapp die Hälfte des Fondsvolumens werden allein nach dem Kriterium der Krankheit umverteilt.

Der „Morbi-RSA“ wurde erst mit dem Fonds eingeführt und gilt als anfällig für Missbrauch.

sf/ Welt

Ost-KVen fordern

Festhalten am Fonds

Die Vertragsärzte Ostdeutschlands haben vor einer Abschaffung des Gesundheitsfonds ohne leistungsfähige Alternative gewarnt. Der mit dem Fonds eingerichtete Finanzierungsrahmen leiste einen wichtigen Beitrag zur sozialen Gerechtigkeit in Deutschland, betonten die KVen der neuen Länder in einem gemeinsamen Papier.

Dieser Rahmen zur Finanzierung dürfe nicht fahrlässig aufgegeben werden – „zumindest nicht, so lange kein anderes System implementiert werden kann, das dieses leistet“. In bestimmten Regionen sei die ambulante Versorgung

wegen der regional unterschiedlichen Mittel für einzelne Kassen zuvor kaum noch aufrecht zu erhalten gewesen, hieß es in dem Papier.

Der mit dem Gesundheitsfonds geschaffene Finanzausgleich und die Säule in dem Konstrukt schafften die Basis für eine einheitliche Versorgung: „Insbesondere in finanzschwächeren Bundesländern verhindert der Gesundheitsfonds ein Ausbluten der medizinischen Versorgung für eine aus demografischen und regionalen Ursachen heraus zunehmend multimorbide Bevölkerung.“ ck/dpa

Statistik

Krankenstand weiter gesunken

Deutschlands Arbeitnehmer melden sich seltener krank. Zwischen Januar und September 2009 sank der Krankenstand auf einen der niedrigsten Werte seit Einführung der Statistik im Jahr 1970. Wie die Zeitung „Die Welt“ unter Berufung auf das Bundesgesundheitsministerium berichtet, hatten sich in den ersten neun Monaten dieses Jahres im Schnitt 3,25 Prozent der Arbeitnehmer krank gemeldet, vor einem Jahr lag dieser Anteil bei 3,32 Prozent. Im ersten Halbjahr 2009 lag der Krankenstand in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Schnitt bei 3,24 Prozent. 1995 betrug er noch

5,07 Prozent und sank seither kontinuierlich. Die Statistik des Gesundheitsministeriums erfasst die Krankenstände aller gesetzlich versicherten Arbeitnehmer. Das Ministerium widersprach dem „Welt“-Bericht, nach dem es sich bei den Prozentwerten um den Anteil der Soll-Arbeitszeit handelt, an dem die Arbeitnehmer fehlten. Vielmehr werde in der Statistik der Anteil der fehlenden Arbeitnehmer an den Beschäftigten insgesamt beziffert. Es gehe also nicht um die Fehltagel. Arbeitsmarktexperten und der Deutsche Gewerkschaftsbund führen die seit Jahren sinkende Zahl an Krankmeldungen

auf die Sorge vor einem Verlust der Arbeitsstelle zurück. Die Wirtschaftskrise könnte den Trend noch verstärken.

Frauen fehlten mit 3,42 Prozent häufiger als Männer (3,1 Prozent). Zwar profitierten die Unternehmen von der sinkenden Zahl der Krankmeldungen, sie müssten aber immer noch rund 30 Milliarden Euro im Jahr für die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall ausgeben.

Der Deutsche Industrie- und Handelskammertag (DIHK) forderte von der Bundesregierung, die Lohnfortzahlung in den ersten Tagen der Krankheit einzuschränken. Der Deutsche

Gewerkschaftsbund wies diese Forderung mit den Worten von Vorstandsmitglied Annelie Bunttenbach als „bodenlose Frechheit“ zurück. Der Krankenstand sinke „nur deshalb, weil immer mehr Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Angst haben, ihren Arbeitsplatz zu verlieren“. Allerdings mache die Arbeit auch viele Beschäftigte krank. Durch arbeitsbedingte Erkrankungen werde die GKV jährlich mit 17 Milliarden Euro belastet. Die neue Bundesregierung solle die Unternehmen verpflichten, die Gesundheitsvorsorge der Beschäftigten zu fördern, forderte Bunttenbach. sf/sg/dpa

Neue Prüfkriterien**Pflegenoten zeigen Mängel**

Von Juli bis Mitte September wurden in Deutschland die ersten 1 057 Pflegeheime nach den neuen Kriterien geprüft. Fast ein Fünftel davon schnitt im pflegerischen Kernbereich schlecht ab. Im Umgang mit Demenzen kassierten viele ein „Ausreichend“ oder „Mangelhaft“. Über 700 Einrichtungen bescheinigten die Prüfer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sehr gute oder gute Qualität; 73 Heime erhielten dagegen lediglich ein „Ausreichend“, zwölf sogar nur die Gesamtnote „Mangelhaft“. Auf ein „Befriedigend“ kamen 256 der geprüften Häuser. Stärkere Unterschiede zeigen sich in den vier Qualitäts-

bereichen: Mehr als die Hälfte der Pflegeheime erbrachte im Kernbereich „Medizin und Pflege“ eine gute bis sehr gute Leistung. Fast ein Fünftel erhielt indes eine schlechte Bewertung. Einem Viertel wurde hier eine mittlere Qualität bescheinigt. „Die Ergebnisse zeigen, dass eine Reihe von Einrichtungen zum Teil deutliche Qualitätsdefizite hat und in die Verbesserung seiner Qualität investieren muss. Hier stellen die Pflegenoten endlich Transparenz her“, sagte Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS). Zudem werde geprüft, ob Qualitätsdefizite adäquat in den Pflegenoten abgebildet werden, sagte K.-Dieter Voß, Vorstand des GKV-Spitzenverbands: „Wenn sich in der Evaluation Defizite zeigen, werden wir nicht zögern nachzubessern.“ ck/sg/pm

Die Pflegenoten werden auf der Site <http://www.pflegenoten.de> veröffentlicht.



Foto: BARMER

vdek**Portal unterstützt Suche**

Das Internetportal www.pflegelotse.de der Ersatzkassen ist online und bietet Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen wertvolle Hilfe bei der Suche nach einer Pflegeeinrichtung. Der vom Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) entwickelte Pflegelotse informiert aktuell und bundesweit über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen und stellt Informationen über Größe, Kosten, Ausstattung, Lage sowie Anschriften bereit. In den nächsten Wochen wird der Service um

Informationen über die Qualität der Pflegeeinrichtungen (Pflegenoten) ergänzt. Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des vdek betonte: „Der Pflegelotse ist eine wertvolle Hilfe für Pflegebedürftige und deren Angehörige. Hier kann man sich einfach und schnell einen ersten Überblick über das bestehende Angebot verschaffen und dann ausgewählte Einrichtungen miteinander vergleichen.“ sf/pm

■ <http://www.pflegelotse.de/>

Korruption im Gesundheitswesen**Dubiose Misswirtschaft zulasten der Kranken**

Profitgier und dubiose Machenschaften von Akteuren im Gesundheitswesen verhindern medizinische Innovationen, die für den Patienten nützlich und sinnvoll sein könnten. Dies berichtete die Wirtschaftswoche unlängst



Foto: MEV

und zeigte auf, wie sich das deutsche Gesundheitssystem oftmals zulasten der Kranken verhält.

Als eines von mehreren Beispielen führt die Zeitschrift den Fall des österreichischen Wissenschaftlers Prof. Harald Mischak an, der in Hannover Bio-Chemie lehrt und der international als Koryphäe gilt. Mischak hat nach Angaben der Zeitschrift ein Analyseverfahren entwickelt, mit dem er Krankheiten wie Krebs, Infarkte und Alzheimer früh vorhersagen kann und das er selbst mit einer Firma in den Medizinprodukte-Markt einführen wollte. Hierzu entwickelte der Forscher einen Test, mit dem sich die häufigste Krebsart bei Männern, das Prostata-Karzinom, früh und sicher im Urin erkennen lässt.

Doch deutsche Urologen hätten sich gegen diese Innovation gesperrt. „Der Test hätte zwar den Patienten geholfen, den Urologen aber heftige finanzielle Einbußen beschert“, so das Blatt. „Denn der neue Test hätte bisher

übliche, teure und ungenaue Diagnoseverfahren überflüssig gemacht.“

Dieses Verhinderungsbeispiel sei symptomatisch für eine ganze Reihe von brisanten Ungereimtheiten, die das deutsche Gesundheitssystem und deren Akteure, wie Ärzte,

Wissenschaftler und Pharmaindustrie, in Verruf brächten.

Unterdessen wurde in Hessen die bundesweit erste „Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen“ eingerichtet. Aufgabe der bei der Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main errichteten Abteilung ist die hessenweite Bearbeitung von Ermittlungsverfahren aus sämtlichen Bereichen der medizinischen Versorgung.

Dazu zählen unter anderem Verfahren gegen Ärzte aller Fachrichtungen, Zahnärzte und Apotheker, aber auch gegen Psychotherapeuten, Hebammen oder Pflegedienstbetreiber wegen des Verdachts auf Betrug zum Nachteil der Kostenträger.

sg

Wünsche, Anregungen,
Kritik? So erreichen Sie uns:

Zahnärztliche Mitteilungen

Tel.: 030/280179-52

Fax: 030/280179-42

Postfach 080717, 10007 Berlin

e-mail: zm@zm-online.de

Ausstellung in Berlin zu 300 Jahren Zahnheilkunde

„Goldgefüllt und perlengleich“

Unter dem Motto „goldgefüllt und perlengleich“ ist seit dem 21.10.2009 im Berliner Medizinhistorischen Museum der Charité eine Ausstellung zur Zahnheilkunde zu sehen. Sie gewährt sowohl Einsichten in die technisch-instrumentelle als auch in die zahnmedizinische und die institutionelle Entwicklung der Zahnheilkunde seit dem frühen 18. Jahrhundert. Gezeigt wird die Entwicklung des Faches vom schlichten Handwerk bis hin zum heutigen wissenschaftlichen Beruf mit seinen zahlreichen Spezialisierungen. Die Ausstellungseröffnung fand in Gegenwart des

Präsidenten der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, des Präsidenten der Berliner Zahnärztekammer, Dr. Wolfgang Schmiedel, sowie des Vorstandsvorsitzenden der Charité, Prof. Dr. Karl-Max Einhäupl, statt. Dr. Engel betonte in seiner Gastrede standespolitische Aspekte: Es sei kennzeichnend für die Entwicklung des Berufsstandes, „dass sie lange ohne politische Bevormundung und Gängelei sehr gut funktionierte. Der historische und per Zahnheilkundegesetz ratifizierte Anspruch auf die fachliche Autorität und Autonomie unseres Berufsstandes darf nicht

gefährdet werden!“

Dr. Wolfgang Schmiedel ging auf die Schließung mehrerer Räumlichkeiten der Berliner Zahnmedizin seitens der Politik ein. Er bedauerte, dass es im Moment „um die gute Ausbildungsqualität, aber auch um die exzellente Forschung und Lehre im Bereich Zahnmedizin in Berlin nicht zum Besten bestellt ist“.

Zuvor schlug auf der Pressekonferenz auch der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, Dr. Jörg-Peter Husemann, eine Brücke von der Vergangenheit zu hochaktuellen Themen der Gegenwart. „Hätten sich

Leute wie Philipp Pfaff träumen lassen, dass einmal unter dem Begriff „Zahnersatz zum Nulltarif“ Zahntechnik aus Polen, der Türkei oder gar China kommen würde?“, fragte er. sg

**Ausstellung bis zum 28.02.2010
Medizinhistorisches Museum der
Charité, Charitéplatz
10117 Berlin**



Foto: Dohlus

Initiative proDente**Zungen- und Lippenpiercings
schädigen Zähne lebenslang**

Eine aktuelle Studie von US-Zahnärzten zeigt: Piercings im Mundbereich sind aus zahnmedizinischer Sicht problematisch und schädigen auf Dauer den Mundraum. Die amerikanischen Forscher erläutern die Folgen von Piercings im Mundbereich: Irreparable Schädigungen von Nervenbahnen, Entzündungen und Schmerzen. Langfristig könne der Piercing-Schmuck Zähne und Zahnhalteapparat zerstören. Dabei mache es einen Unterschied, wo genau das Piercing sich befindet: In der Zunge eingesetzt schlage der Piercingknopf durch die ständige spielerische Bewegung gegen die Zähne, was zu irreparablen Rissen im Zahnschmelz führen kann. Lang-



Foto: Fotolia

fristig können so eine erhöhte Hitze- und Kälteempfindlichkeit der Zähne sowie eine Reizung des Zahnnervs und Karies entstehen. Bei Testpersonen, die das Piercing in der Unterlippe trugen, drückte der Knopf gegen das Zahnfleisch. Die mögliche Folge: Rückgang des Zahnfleisches und des darunterliegenden Knochens. Die in der Studie getesteten Patienten hatten schon nach wenigen Monaten mit dem Schmuck im Mund bis zu acht Millimeter tiefe „Taschen“ im Zahnfleisch. Hinzu komme, dass mittlerweile viele Kieferorthopäden bei Patienten mit Zungenpiercings die Behandlung ablehnen, da bei diesen die Zunge ein verändertes Bewegungsmuster aufweist – und dadurch der Behandlungserfolg in Frage stehe. Unschädlicher und daher empfehlenswerter seien harmlose Zahnverzierungen, sogenannte Dazzler und Twinkles. Die Studie wurde im „Journal of the American dental association“ veröffentlicht. sf/pm

Früherkennung von Diabetes**Neue Möglichkeit**

Neues Indiz zur Früherkennung von Diabetes Typ 1: Wenn bei Kindern eine bestimmte Form von Antikörpern im Blut und eine genetische Besonderheit gleichzeitig vorkommen, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Krankheit sehr früh ausbricht. Münchener Forscher des Helmholtz Zentrum untersuchten 1 633 Kinder, von denen jeweils mindestens ein Elternteil ebenfalls Diabetes Typ 1 hatte. Die gefährdeten Kinder konnten be-

reits im Alter von neun Monaten identifiziert werden. Die Diagnose der Krankheit erfolgt hingegen im Schnitt erst nach mehr als acht Lebensjahren, wenn bereits schwere Stoffwechselprobleme wegen des Insulinmangels vorliegen. Durch diesen neuen Befund können Mediziner die gefährdeten Kinder frühzeitig beobachten und behandeln. In Deutschland sind etwa 11 000 Kinder betroffen. ck/pm

Onlineprognose basiert auf Nutzerverhalten**Google startet in Deutschland
Grippe-Frühwarnsystem**

Google wertet nun auch in Deutschland die Eingaben seiner Nutzer aus, um Ärzte und Gesundheitsbehörden frühzeitig vor einer Grippewelle zu warnen. Der Service „Grippe Trends“ ging nach einer Pilotphase in den USA nun auch in 19 weiteren Ländern an den Start. „Wir können ein bis zwei Wochen im Voraus sagen, ob eine Grippewelle anrollt“, sagte Google-Sprecher Stefan Keuchel in Hamburg. Das Frühwarnsystem basiert auf der Annahme, dass Patienten sich über ihre Beschwerden zunächst online informieren, bevor sie zum Arzt gehen. Es wertet dafür Millionen von Anfragen anonymisiert aus. Zur wissenschaftlichen

Fundierung des Angebots habe man untersucht, welche Begriffe Nutzer in der Vergangenheit suchten, wenn sich die Grippe ausbreitete, erklärte Keuchel. Dafür griff das Unternehmen auf Daten des Europäischen Zentrums für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) zurück. Während Google die Prognosen in den USA auf einzelne Bundesstaaten herunterbricht, ist für Deutschland bislang nur ein Bundestrend verfügbar. In den USA bietet Google den Service unter dem Namen „Flu Trends“ bereits seit November 2008 an. Experten bewerten die Genauigkeit überwiegend positiv. ck/dpa

Google.org - Startseite

(Englisch)

Grippe-Trends

Land/Region auswählen

Startseite

Wie funktioniert's?

Häufig gestellte Fragen

Grippe-Häufigkeit

sehr hoch
hoch
mittel
niedrig
minimal

Grippe-Trends weltweit verfolgen

Google hat festgestellt, dass die Häufigkeit bestimmter Suchbegriffe Anhaltspunkt für die Häufigkeit von Grippefällen sein kann. Für die Google Grippe-Trends werden Daten der Google-Suche gesammelt und ausgewertet. Auf Grundlage der Ergebnisse wird anschließend die Häufigkeit von Grippefällen geschätzt. [Weitere Informationen](#)

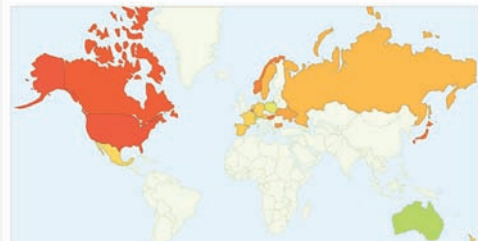


Foto: google

Umfrage**Kranke Kinder pflegt die Mutter**

Wenn Kinder krank werden, sitzt bei berufstätigen Eltern fast immer die Mutter am Bett. Nach einer Erhebung der Krankenkasse KKH-Allianz wird das Kinderkrankengeld im Bundesdurchschnitt zu 88 Prozent an Frauen gezahlt. Nur 12 Prozent der Männer bekommen danach diese Leistung. Nach Ansicht der KKH müssten Arbeitgeber verstärkt auch Vätern die Möglichkeit geben, im Notfall zu Hause einzuspringen.

Für die Auswertung wurde der Zeitraum Anfang 2008 bis Mitte 2009 untersucht. sf/dpa



Foto: Fotolia

Ältere Krebspatienten

Onkologen warnen vor Unterversorgung

Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) warnt vor einer zunehmenden Unter- und Fehlversorgung von älteren Krebspatienten. Ihre besonderen Bedürfnisse würden immer noch zu wenig beachtet, kritisierte die Gesellschaft bei ihrer Jahrestagung in Mannheim. Rund 4 500 Experten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz diskutierten auf dem Kongress, welche Auswirkungen die steigende Lebenserwartung auf die Behandlung von älteren Menschen mit Tumorerkrankungen hat. Die Mediziner erwarten einen deutlichen Anstieg der

Kosten, der durch die Fortschritte der medikamentösen Tumorthherapie noch vorangetrieben wird. „Um diesen Kostendruck bewältigen zu können, muss die Behandlung in Händen von Experten liegen, genau dokumentiert werden und transparent sein“, forderte Friedrich Overkamp vom DGHO-Vorstand anlässlich der Tagung. „Von größter Bedeutung ist ein offener Dialog zwischen Medizinern, Kostenträgern, Politik und Öffentlichkeit“, sagte der Mediziner. Die DGHO setze sich für die Etablierung Onkologischer Zentren ein. sf/dpa

LAJ Mecklenburg-Vorpommern

10. Zahnpflegekalender vorgestellt

Die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Mecklenburg-Vorpommern e.V. (LAJ M-V) hat den Zahnpflegekalender 2010 in enger Zusammenarbeit mit der Grundschule „Neumühler Schule“ in Schwerin erstellt. Unter Anleitung ihrer Lehrerinnen haben die Schülerinnen und Schüler ihre Ideen zum Thema Zahn- und Mundgesundheit gemalt und aufgeschrieben. Zeichnungen, Geschichten, Lieder, Bastelanleitungen und vieles mehr prägen den Inhalt des Kalenders. Anlässlich des Tages der Zahngesundheit wurde der Zahnpflegekalen-

der 2010 von der LAJ am 24. September in der Aula der „Neumühler Schule“ in Schwerin feierlich präsentiert. Hierbei konnte vom Vorsitzenden der LAJ M-V, Christof Schneider, der Schulleiterin Nadja Jähnig ein Preis in Höhe von 300 Euro für den Schulfonds überreicht werden. Die Schülerinnen und Schüler der Schule ließen es sich nicht nehmen, mit einem kleinen Programm für die Gäste „ihren“ Kalender in Empfang zu nehmen. Ein großes Dankeschön an alle, die zum Gelingen dieses Zahnpflegekalenders beigetragen haben. sf/cs

DEUTSCHER ZAHNÄRZTETAG

München 2009

4. bis 7. November 2009



KZBV



Deutscher Zahnärztag 2009

Ein Mega-Ereignis mit großer Nachfrage

Im Rahmen des Deutschen Zahnärztertages, der am 5. November 2009 in der Münchner Residenz mit einer Festveranstaltung und einer Ansprache des Bayerischen Staatsministers für Wissenschaft, Forschung und Kunst, Dr. Wolfgang Heubisch, eröffnet wird, finden eine Reihe von wissenschaftlichen und standespolitischen Veranstaltungen statt. Neben dem wissenschaftlichen Kongress im Internationalen Congress Center München, dessen Tagungsthema „Perio-Prothetik“ gemeinsam von DGP und DGZPW gestaltet wird, treffen sich auch die Vertreter der KZBV

sowie die Delegierten der BZÄK zu ihren Jahresversammlungen. Das wissenschaftliche Programm, das vom 5. bis 7. November 2009 in München läuft, ist bereits auf großes Interesse in der Zahnärzteschaft gestoßen. Einzelne Workshops und Symposien sind bereits ausgebucht. Die Verantwortlichen, BZÄK, DGZMK, Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DGP), Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde (DGZPW) und die Bayerische Landes Zahnärztekammer, zeigten sich hoch zufrieden über den bisherigen Anmeldeverlauf. „Offensichtlich spricht

unser wissenschaftliches Programm die Kolleginnen und Kollegen an“, so DGZMK-Präsident Prof. Dr. Thomas Hoffmann. Auch der Präsident der BZÄK, Dr. Peter Engel, zeigte sich überzeugt, dass der Deutsche Zahnärztag „ein wichtiges Zeichen für die Geschlossenheit des Berufsstandes setzen wird“. Für die gastgebende Kammer freut sich BLZK-Präsident Michael Schwarz darauf, „von München aus das Signal einer geschlossenen Zahnärzteschaft zu senden, damit die Politik auf die berechtigten Forderungen des Berufsstandes endlich reagiert“.

Einig sind sich die Veranstalter des Deutschen Zahnärztertages darin, dass eine starke berufständische Selbstverwaltung in engem Schulterschluss mit Wissenschaft und Forschung besser als der Gesetzgeber die Gewähr dafür übernehmen kann, dass Zahnheilkunde in Deutschland auch in Zukunft auf höchstem Niveau angeboten wird. Allerdings müsse der Gesetzgeber zuerst die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen. Dies bedeute vor allen Dingen die Stärkung von Selbstverantwortung und Selbstverwaltung.

BZÄK/DGZMK/BLZK



Foto: MEV

Neues Konzept

Feierliche Eröffnung im Herkulesaal

In diesem Jahr starten die Veranstalter zum offiziellen Auftakt des Deutschen Zahnärztetages ein neues Konzept. Statt der bisherigen Zentralveranstaltung findet eine feierliche Eröffnungsveranstaltung am Donnerstag, dem 5. November, abends um 19.00 Uhr in der Residenz München im Herkulesaal statt. Im Mittelpunkt steht der Festvortrag des



Foto: Bayerische Staatskanzlei

Bayerischen Staatsministers für Wissenschaft, Forschung und Kunst, Dr. Wolfgang Heubisch (Foto), über das Thema „Verantwortung und Vertrauen – Freie Berufe in Staat und Gesellschaft“. Dr. Heubisch ist selbst Zahnarzt und war jahrelang Mitglied im Vorstand der Freien Berufe. Dieser Vortrag wird einen großen Brückenschlag zwischen Stan-

despolitik, Politik, Wissenschaft und praktischer zahnärztlicher Tätigkeit schlagen.

BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel wird die Begrüßung vornehmen. Es schließen sich Grußworte eines Vertreters des Bundesgesundheitsministeriums und des bayerischen Kammerpräsidenten ZA Michael Schwarz an. Statements des DGZMK-Präsidenten Prof. Dr. Thomas Hoffmann und des KZBV-Vorsitzenden Dr. Jürgen Fedderwitz folgen im Anschluss.

Die Veranstaltung wird abgerundet durch Ehrungen verdienter Standespolitiker und Wissenschaftler durch die BZÄK beziehungsweise die DGZMK, mit einem anschließendem Empfang und der Gelegenheit zu kollegialem Austausch.

Für die Medien erfolgt eine gemeinsam von BZÄK, DGZMK und KZBV getragene Pressekonferenz, in der die Verbands-spitzenvertreter den Journalisten Rede und Antwort stehen. (Freitag, 6. November, 12.30 Uhr, The Westin Grand München Arbellapark). pr

BZÄK

Bundesversammlung

Die Bundesversammlung der BZÄK findet vom 6. bis 7. November 2009 in München statt. Veranstaltungsort ist das Westin Grand München Arbellapark. In seinem Bericht an die Delegierten wird BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel Stellung zur Politik der neuen Bundesregierung nach der Wahl nehmen und die Positionen des zahnärztlichen Berufsstandes umreißen, über die dann im Plenum debattiert und beraten wird. Auch die Vizepräsidenten Dr. Dietmar Oesterreich und Dr. Michael Frank werden Belange aus ihren Fachgebieten mit in die

Diskussionen einbringen. Drei weitere Schwerpunktthemen stehen auf der Agenda: ein Sachstandsbericht zur Situation an den Hochschulen, die Weiterentwicklung der Fort- und Weiterbildung und die weitere Marschrichtung in Sachen GOZ. Finanzfragen und Debatten über den Haushalt runden die Beratungen der Kammerdelegierten ab. pr



Foto: BZÄK

DEUTSCHER ZAHNÄRZTETAG

München 2009

4. bis 7. November 2009

KZBV

Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung der KZBV findet am 4. und 5. November 2009 im Sheraton München Arbellapark Hotel statt. Der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz und die beiden Stellvertretenden Vorsitzenden Dr. Wolfgang Eßer und Dr. Günther E. Buchholz werden in ihren Referaten zu aktuellen politischen Fragen sowie zu speziellen Themen aus ihren jeweiligen Fachbereichen Einschätzungen und Sachstandsberichte abgeben, über die die Versammlung beraten wird. Im Zentrum der Delegiertendebatten steht die Positionierung der

Vertragszahnärzteschaft zur neuen schwarz-gelben Gesundheitspolitik nach der Wahl. Zu den weiteren thematischen Schwerpunkten gehören Diskussionen zu den Selektivverträgen, zur Weiterentwicklung der Festzuschussmodelle und zur elektronischen Gesundheitskarte. Debatten über Haushalt und Finanzen runden die Veranstaltung ab. pr



Foto: Frank Kleinbach

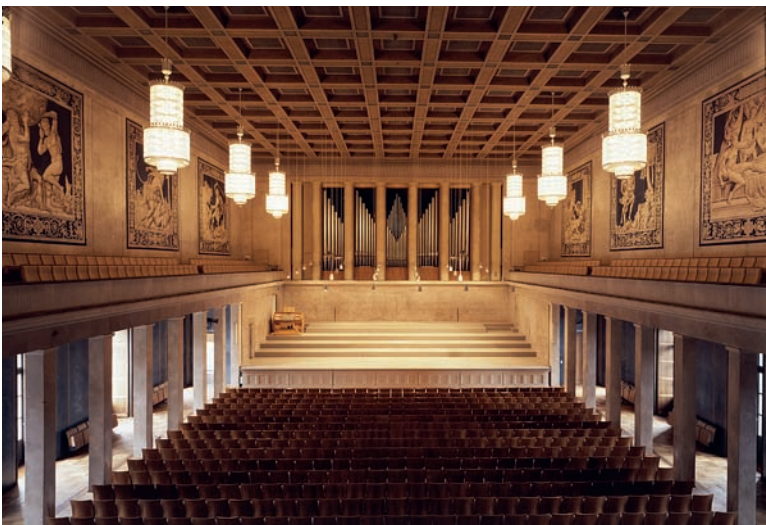


Foto: www.Schloesser.Bayern.de

Kongress**Wissenschaftliches Hauptprogramm**

Das Wissenschaftliche Hauptprogramm startet am Freitagvormittag mit Vorträgen von Dr. Wachtel aus München über „Perio-Prothetik – parodontologische Fragen aus der Praxis“, mit den Professoren Thomas Kocher und Reiner Biffar aus Greifswald zum Thema: „Streit der Disziplinen – schleifen oder scalen?“ und schließlich werden Prof. Peter Rammelsberg aus Heidelberg und Prof. Peter Eickholz, Frankfurt, die Prognose auf den Prüf-

stand stellen und sich der Frage widmen: Scalen oder Extrahieren?

Dr. Wachtel gibt dann nochmal Antworten aus der Praxis, die sicherlich eine interessante Diskussion liefern werden.

Am Nachmittag sorgt das Praktikerforum für griffige Themen rund um die Perio-Prothetik und das parodontal vorgeschädigte Gebiss, wo auch Fragen aus Kieferorthopädie und Endodontie zur Sprache kommen. sp

Diverses**Symposien**

Diverse Firmensymposien flankieren das wissenschaftliche Programm des Deutschen Zahn-

ärztetages ebenso wie Workshops, die vorwiegend am Samstag abgehalten werden. sp

Fachgesellschaften**Mitgliederversammlungen**

DGP: Alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie sind aufgerufen, am Donnerstag, dem 5.11., von 17.15 bis 18.30 Uhr an der Mitgliederversammlung teilzunehmen.

DGZPW: Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkun-

de werden am Freitag, dem 6.11., von 12.30 bis 13.45 Uhr zur Mitgliederversammlung gebeten.

DGZMK: Die Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wird am Freitag, dem 6.11., von 17.30 bis 19.00 Uhr abgehalten werden. sp

zm-Info**Highlights eines jeden Wissenschaftlers**

Wie in jedem Jahr werden wieder Preise und Ehrungen der DGP in einer gesonderten Session überreicht werden. Junge Nachwuchswissenschaftler werden für besonders herausragende Vorträge, Postervorträge und wissenschaftliche

Veröffentlichungen sowie gesondert ausgeschriebene Preise geehrt. Die Verleihung findet am Samstag, dem 7.11.09, in der Zeit zwischen 13.15 und 13.45 Uhr statt. Der Ort ist ausgeschildert. sp

AG-Keramik tagt am Mittwoch**Vollkeramik auf einen Blick**

Bereits einen Tag bevor die Tore zur Wissenschaftlichen Jahrestagung der DGZMK beim Zahnärztetag geöffnet werden, wird das 9. Keramik-Symposium in München Perspektiven aufzeigen. Am 4. und 5. November 2009 werden im Rahmen des Deutschen Zahnärztetages erfahrene Kliniker und Praktiker über ihre Erfahrungen mit Vollkeramik sprechen. Am 4.11. findet das Symposium in der Akademie der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, Fallstrasse 34, in der Zeit von 14.00 bis 18.30 Uhr statt. PD Dr. Sven Reich, Leipzig, wird die Indikationsbreite für Keramikrestorationen vorstellen,

Prof. Karl-Heinz Kunzelmann, München, und Dr. Andreas Kurbad, Viersen, werden Präparationstechniken thematisieren. Zur klinischen Bewährung wird Prof. Matthias Kern, Kiel, Stellung beziehen. Über neue Werkstoffsetzungen spricht Dr. Ulrich Lohbauer, Erlangen, und ZTM Volker Brosch, Essen, wird mit dem „digitalen Wachsmesser“ einen Einblick in die CAD/CAM-Technik geben. Der Gewinner des diesjährigen Forschungspreises wird von Dr. Bernd Reiss, Malsch, Vorsitzender AG Keramik, vorgestellt. Die prämierte Arbeit wird in einem englischsprachigen Fachorgan veröffentlicht. sp

Symposium**Keramik und CAD/CAM**

„Keramik und CAD/CAM“ ist das Thema am 5. November (14.00 - 19.00 Uhr) in der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der LMU, Goethestrasse 70. Prof. Daniel Edelhoff und Dr. Florian Beuer werden mit ihrem ZT-Team die Arbeitsweise der verschiedenen CAD/CAM-Systeme vorstellen. Die Teilnahme-Gebühren betragen: Symposium am 4.11. 150 Euro, Mitglieder AG Keramik 90 Euro, Studenten 49 Euro; CAD/CAM am 5.11. 150 Euro, Mitglieder 90 Euro, Studenten 49 Euro; für beide Veranstaltungen 250 Euro, Mitglieder 150 Euro, Studenten 80 Euro. Fortbildungs-

punkte gemäß BZÄK: Symposium 4, CAD/CAM 6 Punkte.
Kontakt zur AG Keramik:
Tel.: (0721) 945 2929, info@ag-keramik.de, www.ag-keramik.eu (mit Anmeldemaske) pm/sp

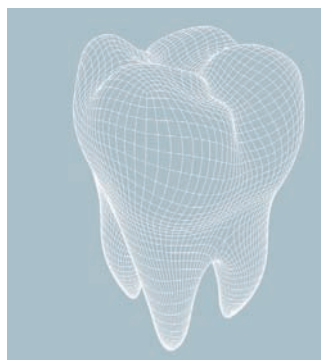


Foto: AG Keramik

Über den Tellerrand**POL-präsentiert komplexe Fälle**

Dass Zahnärzte auch über den „Tellerrand hinaus schauen“ können, beweist die Nachmittags-session am Samstag. Unter der Leitung von Professor Dr. Walter,

Dresden, werden in der Dental-ausstellung interessante Fall-darstellungen präsentiert und diskutiert. sp

Gründungssymposium**Noch ein Halitosis-Highlight**

Am Donnerstag zwischen 14.00 und 17.00 Uhr findet im She-raton München Arabellapark Ho-tel, Arabellastraße 5, das Grün-

dungssymposium Halitosis für einen interdisziplinären Arbeits-kreis statt.

zm-Info**... was noch so läuft**

Weitere Veranstaltungen stehen in München auf dem Programm:

- Für geladene Gäste aus Standespolitik und Wissenschaft wird ein Bayerischer Abend im Löwenbräukeller München ausgerichtet.
- Das Rahmenprogramm für Be-

gleitpersonen bietet am Freitag eine Führung durch die Münch-ner Altstadt, eine Probiertour über den Viktualienmarkt und eine Führung durch das Deutsche Museum. Für den Samstag sind Führungen durch das Museum

Für angehende Zahnmediziner**Studententag**

Auch für angehende Zahnmedi-ziner hält der Deutsche Zahnärz-tetag ein spezielles Programm bereit. Der Studententag findet am Samstag, dem 7. November, ganztägig in der Zahnklinik der Universität München statt. Auf dem Programm stehen neben fachlichen Aspekten auch weite-re Themen: So wer-den den Studieren-den verschiedene Interessensgruppie-rungen vorgestellt. Außerdem wird – unter Beteiligung von BZÄK-Vizepräsi-dent Dr. Dietmar Oesterreich – ein

Blick in die Berufskunde im Jahr 2020 geworfen. Weitere Treffen von Arbeitsgruppen sowie eine Studentenparty im Barysphär Foodclub, Tumblingerstr. 36, runden das Programm ab. pr

Weitere Infos unter: www.zahniportal.de



Foto: Universität Bremen

... last, but not least**Weitere wichtige Veranstaltungen**

Am Samstag tagen die Arbeits-kreise Geschichte in der Zahn-heilkunde (10.00 bis 13.00 Uhr) und der Arbeitskreis Weiterent-wicklung der Lehre in der Zahn-

heilkunde (14.00 bis 17.00 Uhr) Der Arbeitskreis Regenerative Medizin hat am Freitag zwischen 10.00 und 16.30 Uhr eine Sit-zung. sp

**Englisch für den Dental-Job**

Wer englisch lernen will, ist am Samstag von 14.00 bis 17.00 Uhr

richtig bei „Dental English for International Communication“.



Die BZÄK hat alle aktuellen Details zum Deutschen Zahnärztetag 2009 auf ihrer Webseite zusammengestellt: www.bzaek.de, Stichwort: Deutscher Zahnärztetag. Dort finden sich eine Veranstaltungsübersicht sowie Angaben zum standespolitischen wie wissenschaftlichen Programm. Weitere Informationen zum Wissenschaftskongress werden laufend aktualisiert und sind unter www.deutscherzahnaerztag2009.de als Download verfügbar.

Hauptversammlung des FVDZ

Plädoyer für einen mutigen Kurswechsel

„Endlich ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen schaffen“ - unter diesem Motto sprachen sich die Delegierten des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) auf ihrer Hauptversammlung vom 7. bis 9. Oktober in Warnemünde für eine Entpolitisierung des Systems und eine Entstaatlichung der GKV-Strukturen aus.



Foto: FVDZ, Nils Franke

Dr. Karl-Heinz Sundmacher sprach sich für eine Entpolitisierung des Gesundheitswesens aus.

Die Situation des deutschen Sozialsystems nach der Bundestagswahl brannte den Delegierten des FVDZ auf ihrer diesjährigen Hauptversammlung in Warnemünde unter den Nägeln. Sie forderten die Bundesregierung auf, das Gesundheitswesen mutig umzustrukturieren. Der Bundesvorsitzende, Dr. Karl-Heinz Sundmacher, zeigte sich in seiner Eröffnungsrede nur „verhalten optimistisch“. Die GKV werde unbezahlbar, wenn nichts Grundlegendes geändert werde, mahnte er. Als eine der Wurzeln allen Übels

bezeichnete Sundmacher die Politisierung des Gesundheitswesens und die staatliche Zwangsjacke, die allen medizinischen Organisationen und Akteuren in den vergangenen Jahren angelegt worden sei. Der Freie Verband fordere eine Entpolitisierung des Gesundheitswesens. Dazu sei die Entstaatlichung der Strukturen der GKV notwendig. Sundmacher rief zu einer neuen Gewichtung von Eigenverantwortung und Solidarität auf, um das Gesundheitswesen gegen die Belastungen des demographischen Wandels zu wappnen. Als kritisch betrachtet der Bundesvorsitzende die großen Kassenfusionen, die durch Selektivverträge und Honorardumping die Freiberuflichkeit des Zahnarztes bedrohten. Um den Kollegen eine Alternative zu den Durchgriffsmöglichkeiten des Staates und zu den Bindungen des SGB V zu bieten, empfahl er den Beitritt zur (freiverbandlich organisierten) Deutschen Zahnärzte-Genossenschaft.

Die Bedeutung von freien, unabhängigen mittelständischen Unternehmen für die Gesellschaft betonte auch Prof. Dr. Georg Meyer, Greifswald. Der Hartmannbund-Vorsitzende Dr. Kuno Winn sprach sich für ein konzertiertes Vorgehen von Ärzten und Zahnärzten aus, um Forderungen an die

Politik zu stellen. In seinem Impulsreferat ging Prof. Dr. Markus Kerber, TU Berlin, auf Auswirkungen des Lissabon-Urteils des Bundesverfassungsgerichts auf das deutsche System ein. Grußworte von ZA Sebastian Ratjen, MdL, FDP-Landtagsfraktion Mecklenburg-Vorpommern, und von Dr. Harald Terpe, MdB, Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, rundeten die offizielle Eröffnung ab.

Schwerpunkt: Gesundheitswesen

Die Delegierten brachten eine Fülle von Anträgen ein, die intensiv diskutiert und beraten wurden. Einen großen Schwerpunkt bildete die allgemeine Gesundheitspolitik. In ihrem Leit Antrag mit Resolution forderte die Versammlung, endlich ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem zu schaffen. Details dazu finden sich in den angehängten „Aktualisierten Eckpunkten zur Neustrukturierung des Gesundheitswesens“. Dazu gehöre laut FVDZ die Entpolitisierung des Gesundheitswesens. Gesetz- und Verordnungsgeber sollten ihre Einflussnahme auf die Definition von Rahmenbedingungen beschränken, das SGB V solle zu einem rein ordnungspolitisch ausgerichteten Rahmen werden. Erforderlich sei eine Entstaatlichung der GKV-Strukturen, wobei sich staatliche und halbstaatliche Organe aus den Strukturen des Gesundheitswesens zurückziehen sollten. Die ge-



Brachten ihre Standpunkte in die Delegiertenberatungen mit ein: Dr. Jürgen Fedderwitz ...



Fotos: Pompetzki

... Dr. Wolfgang Eßer ...



Foto: FVDZ, Nils Franke

... und Dr. Peter Engel.

Neuwahlen zum Bundesvorstand

In Warnemünde wurde Dr. Karl-Heinz Sundmacher, Hockenheim, als FVDZ-Bundesvorsitzender für die Amtsperiode 2009 bis 2011 bestätigt. Als stellvertretende Bundesvorsitzende wurden Dr. Wolfram Sadowski aus Gransee und Dr. Kerstin Blaschke aus Schmalkalden gewählt. Neu im Bundesvorstand sind Dr. Peter Bührens

(Schwerin), Dr. Joachim Hüttmann (Bad Segeberg) und Dr. Rainer Zajitschek (Döhlau). Erneut wiedergewählt wurden Dr. Ernst-J. Otterbach (Usingen), Dr. Alois Schneck (München), Dr. Dr. Heinrich Schneider (Metzingen), ZA Bertram Steiner (Berlin) und Dr. Dirk Timmermann (Cuxhaven). pr/pm

Der neue FVDZ-Bundesvorstand: (vordere Reihe, v.l.n.r.) Dr. Dr. Heinrich Schneider, Dr. Wolfram Sadowski, Dr. Karl-Heinz Sundmacher, Dr. Kerstin Blaschke, Dr. Joachim Hüttmann, (hintere Reihe, v.l.n.r.) ZA Bertram Steiner, Dr. Dirk Timmermann, Dr. Alois Schneck, Dr. Ernst-J. Otterbach, Dr. Peter Bührens, Dr. Rainer Zajitschek



Foto: FVDZ, Nils Franke

meinsame Selbstverwaltung solle ihren Körperschaftsstatus verlieren. Eingeführt werden solle eine Pflicht zur Versicherung für alle mit einem obligatorischen Abschluss einer Krankheitskosten-Versicherung für eine medizinische Grundversorgung.

Ein weiteres Hauptthema bildeten die Selektivverträge. Die Delegierten lehnten Verträge, die weder die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in den Mittelpunkt stellen, noch die dazu benötigten betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen aufseiten der Zahnärzteschaft berücksichtigen, mit Nachdruck ab. Zuvor hatte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz gegenüber der Versammlung die Gefahren von Selektivverträgen unterstrichen und die notwendige Stärkung der Freiberuflichkeit und der freien Arztwahl herausgestellt.

Die Delegierten forderten die neue Regierung weiterhin auf, für die Zahnmedizin die Direktabrechnung mit Kostenerstattung einzuführen. Hier hatte der Stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Wolfgang Eßer in der Debatte dafür plädiert, Festzuschüsse weiterzuentwickeln: „Mehrkostenregelung und Festzuschüsse sind die richtigen Elemente auf dem Weg zur Vision der Kostenerstattung.“

Die Hauptversammlung forderte weiterhin eine neue Gebührenordnung für Zahnärzte, die unter Beteiligung der Zahnärzte entwickelt wird, die auf der aktuellen wissenschaftlichen Beschreibung der Zahnmedizin basiert und die ein geeignetes Verfahren zur Anpassung an die Praxiskostensteigerung beinhaltet. Außerdem sprach sie sich für eine Trennung von Liquidation und Erstattung aus. Dr. Peter Engel, Präsident der BZÄK, hatte in der Diskussion seinerseits die Geschlossenheit des Berufsstandes in Sachen HOZ gelobt und appelliert, sich gegen eine Öffnungsklausel zu positionieren.

Fülle weiterer Anträge

Eine Vielzahl weiterer Anträge wurden beraten und beschlossen. Dazu gehörte das Plädoyer für Eigenverantwortung vor Solidarität, die Aufhebung der Nachweispflicht von Fortbildungen nach § 95d SGB V, die Ablehnung der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, die Abschaffung des Gesundheitsfonds, die Ablehnung der Aufsplittung des Studiums in Bachelor und Master, die Abschaffung des Gesundheitsfonds sowie der Hauptamtlichkeit bei KZVen und der KZBV. pr

Die Beschlüsse im Wortlaut finden sich unter:
www.fvdz.de

Zahnärzte zur Gesundheitspolitik nach der Wahl

Die Zukunft selbst gestalten

Schwarz-Gelb und alles wird gut? Die neue Regierungskoalition lässt bei vielen Freiberuflern verhaltenen Optimismus aufkommen. Doch nach Abschluss der Koalitionsvereinbarungen fängt die Arbeit in Sachen Gesundheitspolitik erst richtig an. Die Spitzenvertreter von BZÄK und KZBV, Dr. Peter Engel und Dr. Jürgen Fedderwitz, nehmen Stellung und formulieren Erwartungen aus Sicht der Zahnärzteschaft.

zm: Schwarz-Gelb hat jetzt das Sagen in der Regierung und ein großes kontroverses Thema in der Koalition ist und bleibt die Gesundheitspolitik. Erwarten Sie von der neuen Koalition in dieser Hinsicht neue Impulse für den Berufsstand, Herr Dr. Engel?

Dr. Engel: Es wäre falsch, anzunehmen, dass die Politik nun so ganz ohne unser eigenes

des, neue Formen der Berufsausübung – ich kann da nur einige Stichworte nennen – verlangen nach neuen Wegen und neuen Handlungsmaximen.

Hier können wir nicht auf Lösungen aus der Politik hoffen, sondern müssen selbst Vorschläge unterbreiten. Unser freiberufliches Selbstverständnis spielt da eine große Rolle.

meinwohl unseres Landes zu leisten. Wir werden daran gemessen, wie wir unser Handeln für die Allgemeinheit einsetzen.

Von der Politik erwarten wir, dass wir auf Basis der Freiberuflichkeit unseren Beruf ausüben können. Dafür werden wir kämpfen, sei es mit gebührender Härte, aber auch im konstruktiven, sachlichen Dialog.

„ Wenn wir es schaffen, den Berufsstand zu einigen und in der Gesellschaft mit einer Stimme sprechen, dann haben wir gute Chancen, etwas zu bewirken. Dr. Peter Engel

zm: Herr Dr. Fedderwitz, was bedeutet die neue Koalition für das Vertragsgeschehen – wird jetzt für die Zahnärzte alles gut?

Dr. Fedderwitz: Wir haben uns nach der Wahl zwar verhalten optimistisch gezeigt, aber von Null auf Gleich davon auszugehen, dass jetzt bessere Zeiten heranbrechen, wäre blauäugig. Entscheidend wird sein, inwieweit die neue Regierung dringende Reformschritte in der vertragszahnärztlichen Versorgung in Angriff nimmt. Oberste Maxime ist für uns das Leitbild der Freiberuflichkeit. Unsere Berufsausübung wird immer mehr durch die Reglementierung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen eingengt. Es gilt, diese Stück für Stück wieder zurückzunehmen.

Und unsere Forderungen sind bekannt: Abschaffung der Budgets einschließlich der der Politik ja bekannten Strukturverwerfungen, die mittlerweile nur noch im Bereich der zahnärztlichen Versorgung durchschlagen. Da macht es Sinn, endlich im SGB V eigene Regelungen zum Vertragszahnarztrecht vorzusehen. Oben an steht auch die Angleichung Ost an das West-Niveau. Das ist überfällig. Die Politik weiß das.

Wenn sie neben den ja wohl nicht auf der Abschlusliste stehenden Kollektivverträgen die Selektivverträge fördern will, dann muss sie auch für faire Wettbewerbsbedingungen sorgen.



Foto: BZÄK

Formulieren Erwartungen für die Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl: BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel ...

Zutun alles besser richten wird. Auch künftig werden wir Zahnärzte unsere ganze Kraft dafür einsetzen müssen, weitere störende Einflussnahmen auf unsere Praxen zu verhindern. Fest steht auch, dass sich unser Berufsstand in den nächsten Jahren und Jahrzehnten einer Vielzahl von Veränderungen stellen muss. Der demographische Wandel, die Feminisierung des Berufsstandes

Kernanliegen muss bleiben, die zahnärztliche Behandlung in Unabhängigkeit, Eigenverantwortung und auf Basis des individuellen Vertrauensverhältnisses des Zahnarztes zu seinem Patienten zu gewährleisten. Doch wenn wir Freiberuflichkeit als Grundlage unseres Handelns einfordern, müssen wir im Gegenzug auch Pflichten übernehmen. Dazu gehört es, einen Beitrag für das Ge-



Foto: Lopata

... und der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz.

zm: Herr Dr. Engel, Kanzlerin Angela Merkel hat im Vorfeld der Koalitionssondierungen betont, dass im konstruktiven Dialog aller Beteiligten die notwendigen Anpassungen bei der Novellierung der ärztlichen und zahnärztlichen Gebührenordnungen erfolgen sollen. Heißt das: Grünes Licht für eine neue GOZ?

Dr. Engel: Das bleibt abzuwarten. Fest steht wohl, dass die Novellierung erneut auf den Tisch kommt. Wir werden uns in diesen Prozess kritisch einbringen. Für uns muss die erste Prämisse darin bestehen, dass eine GOZ nicht aus dem Bema rekrutiert werden kann, sondern als umfängliche gesamte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in einem neuen Leistungskatalog beschrieben sein muss. Das haben wir in der Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ) bereits getan. Vor allem muss die sogenannte Öffnungsklausel in §2a GOZ sowie die Verankerung der Mehrkostenregelung des SGB V in der zuletzt vorgelegten Form gestrichen werden – sie ist rechtlich und fachlich falsch. Wir müssen das Gesundheitssystem für die Zukunft nachhaltig gestalten. Dazu gehört auch eine Honorarordnung, die über die nächsten Jahre Bestand hat. Das Ganze mündet noch in einen weiteren

Gesichtspunkt: Das weitere Verhältnis zwischen GKV und PKV steht auf dem Prüfstand. Eine solidarische Versicherung bei gleichzeitigem Schritthalten mit dem medizinischen Fortschritt kann nur dann gewährleistet werden, wenn dem GKV-Leistungskatalog zukünftig Grenzen gesetzt werden. Das heißt letztlich, dass für die GKV medizinisch notwendige Grundleistungen sowie darüber hinausgehende Wahlleistungen definiert werden müssen. Für die PKV bedeutet das, dass sich das Vollversicherungsgeschäft zugunsten des Geschäfts mit Zusatzversicherungen verschieben wird. Auch das verlangt nach einer zukunftssicheren Gebührenordnung.

zm: Herr Dr. Fedderwitz, Sie wollen das Festzuschussmodell in der zahnmedizinischen Versorgung weiter ausbauen. Warum, und welchen Weg stellen Sie sich vor?

Dr. Fedderwitz: Wenn wir die Strukturen in der zahnärztlichen Versorgung nachhaltig ändern wollen – das Ende der Budgetierung steht da ganz oben – dann sollten wir die Besonderheiten herausstellen. Zunehmend bieten wir in allen Leistungsbereichen – nicht nur beim Zahnersatz – Therapiealter-

nativen an. Das unterscheidet uns grundlegend von unseren ärztlichen Kollegen. Diese Alternativen gilt es so zu nutzen, dass wir herauskommen aus den zu engen, nicht zukunftsorientierten Strukturen der GKV. Mit dem Festzuschussmodell beim Zahnersatz haben wir begonnen. Das Modell ist mittlerweile auch bei der Politik anerkannt. Die Menge ist nicht entgleist, die Patienten werden nicht überfordert und – ich bleibe dabei – auch wir Zahnärzte sind damit nicht schlechter gefahren. Wir haben ein Festzuschussmodell für Füllungen fertig und auch ein Konzept für Paro mit der BZÄK und der DGZMK im Konsensverfahren. Wir sind auf einem guten Weg.

» Wenn wir die Strukturen in der zahnärztlichen Versorgung nachhaltig ändern wollen – das Ende der Budgetierung steht da ganz oben – dann sollten wir die Besonderheiten herausstellen. Dr. Jürgen Fedderwitz

zm: Herr Dr. Engel, wie genau wollen Sie den Berufsstand fit machen für die Zukunft?

Dr. Engel: Wenn wir es schaffen, den Berufsstand zu einigen und in der Gesellschaft mit einer Stimme sprechen, dann haben wir gute Chancen, etwas zu bewirken. Einen großen Vorteil bieten das Kammerwesen und die freiberufliche Selbstverwaltung. Wir müssen die Kammern fit machen für die Zukunft. Sie sind nicht nur Dienstleister für ihre eigenen Mitglieder, sondern auch für die Gesellschaft.

Dazu gilt es, eine Vielzahl von Herausforderungen zu meistern. Ich nenne als Beispiel die Fort- und Weiterbildung. Hier müssen kontinuierliche Anreize zum lebenslangen Lernen erfolgen. Sowohl universitäre wie auch kammereigene Regelungen müssen es dem Zahnarzt ermöglichen, weitergehende Qualifikationen zu erwerben. Gerade die Weiterbildung liegt fest in der Verantwortung der Kammern. Auch zukünftig wird der allgemeinärztlich tätige Kollege ein wesentlicher Träger der Versorgung bleiben.



Foto: vario images

Die neue Regierung steht vor den altbekannten Problemen im Gesundheitswesen.

Deshalb gehört das Thema Generalist/Spezialist in eine Gesamtbetrachtung der Qualifizierung des Berufsstandes. Ferner müssen wir den Berufswünschen jüngerer Kollegen Rechnung tragen. Ich mahne in diesem Zusammenhang die Verabschiedung der novellierten Approbationsordnung an, die derzeit im Abstimmungsprozess der Bundesländer fest steckt. Auch in Zukunft muss der Zahnarzt für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten da sein. Die Kammern werden dazu ihren Beitrag leisten.

zm: Trotz der Bemühungen der Zahnärzteschaft halten Selektivverträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern zunehmend Einzug in das Vergütungsgeschehen. Herr Dr. Fedderwitz, wo liegt die Gefahr?

Dr. Fedderwitz: Na ja, zunehmend Einzug ist noch übertrieben, aber es gilt: Einkaufsmodelle und Selektivverträge führen schnell zu einem Flickenteppich in der Versorgung. Die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung wird gefährdet und für den Zahnarzt bleiben Unabhängigkeit und Freiheit auf der Strecke. Auch die vermeintlichen Vorteile für den Patienten halte ich für mehr als fraglich. Zu befürchten ist eher ein Verlust an Qualität und eine zunehmende Vereinheitlichung zahnärztlicher Leistungen. Ganz

zu schweigen davon, dass die freie Arztwahl des Patienten eingeschränkt wird. Die meisten Schlagzeilen und die größte Unruhe – zu Recht – macht derzeit ein Selektivvertrag, der den Versicherten Zahnersatz zum Nulltarif verspricht. Das ist eindeutig ein Vertrag zulasten Dritter. Und die Dritten sind in diesem Fall die Zahntechniker in Deutschland und wir Zahnärzte. Wer sich in einen solchen Vertrag einschreibt, muss sich auf Honorarverlust einstellen, auf limitierte

GOZ-Steigerungssätze, auf längere Gewährleistung, auf nicht kostendeckende Dumpingpreise. Das kann nur auf Kosten der Qualität gehen – und die verantwortet zu guter Letzt auch der Zahnarzt. Das sind schon giftige Verträge. Nach wie vor gilt: Der Goldstandard ist für jeden Vertragszahnarzt der Kollektivvertrag. Daran muss sich jeder Selektivvertrag messen. zm



Foto: KZBV

Vor allem der Erhalt freiberuflicher Strukturen liegt den beiden Spitzenvertretern am Herzen.

AS-Akademie

Neuer Fortbildungsgang – Anmeldung jetzt möglich

Anfang 2010 startet der neue, inzwischen sechste Fortbildungsgang der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement. Interessenten können sich jetzt anmelden.



Foto: Dr. S. Liepe

Diskussionsforen wie im Rahmen eines Besuchs in Brüssel gehören zum Programm des Studiengangs.

Seit neun Jahren führen die zahnärztlichen Körperschaften mit großem Erfolg ein besonderes berufsbegleitendes Fortbildungsangebot für junge Zahnärztinnen und Zahnärzte durch, die Interesse an der Übernahme von Verantwortung in Gremien der zahnärztlichen Berufspolitik und Selbstverwaltung haben und sich das notwendige Know-how dafür zulegen wollen.

Derzeit zwölf zahnärztliche Körperschaften unter der Schirmherrschaft von BZÄK und KZBV tragen die Fortbildungsplattform, mit dem Ziel einer umfassenden wissenschaftlich und systematisch ausgerichteten Selbstprofessionalisierung der Zahnärzteschaft für den Erhalt und die Stärkung der Freiheit im Heilberuf.

Rüstzeug für die Praxis

Mit der politischen Fortbildung erhalten die Teilnehmer zudem auch Rüstzeug für das betriebswirtschaftliche Management ihrer Praxis. Zum Themenspektrum der Akademie gehören unter anderem Recht und Ökonomie des Gesundheitswesens und der Zahnarztpraxis, Gesundheitssystemforschung, Rhetorik, Öffentlichkeitsarbeit, Diskussionsforen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen mit Entscheidungsträgern und Besuche bei Institutionen in Berlin und Brüssel runden ein vielseitiges interdisziplinäres Studienprogramm ab.

Den fünften Studiengang der Akademie werden Ende dieses Jahres 20 Kolleginnen und Kollegen erfolgreich mit dem Zertifikat „Manager in Health Care Systems“ abschließen.

Im Februar 2010 beginnt dann der neue Studiengang der AS-Akademie. Dieser sechste postgraduale Fortbildungsgang erstreckt sich über zwei Jahre bis Ende 2011. Die Veranstaltungen finden an insgesamt zehn Wochenenden (jeweils von Donnerstagnachmittag bis Samstagnachmittag) in Form von Seminarblöcken statt. Eine Anmeldung ist noch bis zum Jahresende möglich.

Aufsatteln für akademischen Abschluss

Die Studienvermittlung erfolgt unter Leitung von Prof. Dr. B. Tiemann durch hochkarätige Dozenten aus Wissenschaft und Praxis. Für das zweijährige Curriculum wird eine Gebühr in Höhe von 3 900 EUR erhoben.

Die Teilnahme wird gemäß den Leitsätzen der BZÄK/DGZMK/KZBV zur zahnärztlichen Fortbildung mit Punkten bewertet. Der Erwerb eines akademischen Abschlusses (M.B.A.) ist unter teilweiser Anrechnung der AS-Fortbildung in Form eines dreisemestrigen postgradualen Studiums an der Leuphana Universität Lüneburg möglich.

pm/AS



Anmeldung zum sechsten Studiengang und weitere Informationen über:

<http://www.zahnaerzte-akademie-as.de>

Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement
Chausseestraße 13, 10115 Berlin
Birgit Koch
Tel.: 030 – 4000 5 112
Fax: 030 – 4000 5 129
b.koch@bzaek.de

Sachverständigenrat über hausärztliche Versorgung:

Kurswechsel angemahnt

Der Streit um die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V schwelmtun weiter. Die Kontrahenten: Hausärzteverband, KBV und Kassen. Zwischen den Fronten: Der Sachverständigenrat.

Die hausärztliche Versorgung muss gestärkt werden – darin sind sich viele Akteure im Gesundheitswesen einig. Dahinter steht die Überzeugung, dass der Hausarzt als Lotse die medizinische Versorgung steuern und damit der viel beklagten und teuren Über- und Fehlversorgung Einhalt gebieten kann. Zudem sind klare finanzielle Anreize erforderlich, um Allgemeinmediziner zur Niederlassung in ländlichen Regionen zu bewegen und dort die Grundversorgung der Bevölkerung zu sichern. Doch wesentlich weiter reicht der Konsens derzeit nicht: Vor allem am § 73b SGB V, der die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten Hausarztverträge anzubieten, scheiden sich die Geister. Da sind zum einen die Hausärzte selbst, vertreten durch den Hausärzteverband (HÄV) und seinen Vorsitzenden Ulrich Weigeldt. Anders als für die meisten ärztlichen Fachgruppen, war Ulla Schmidt (SPD) für sie kein Feindbild, sondern eine wichtige Verbündete, wie Weigeldt unlängst betonte: „In den letzten neun Jahren konnten wir Hausärzte uns über mangelnde Unterstützung durch die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt nicht beschweren. Unter ihrer Ägide – und mit Unterstützung der CSU – hatte die große Koalition die Voraussetzung für einen Vertragswettbewerb um die beste hausärztliche Versorgung geschaffen.“

Sympathiebeweise

Und auch Schmidt wurde nie müde, ihre Sympathie für die Hausärzte zu bekunden: Noch kurz vor der Bundestagswahl beim 32. Deutschen Hausärztetag im September 2009 in Berlin bekräftigte Schmidt ihr Bekenntnis zu einem ihrer zentralen gesund-

heitspolitischen Ziele, der Stärkung der hausärztlichen Versorgung. Nicht ohne dabei die widerspenstigen Krankenkassen nachdrücklich aufzufordern, endlich das Gesetz umzusetzen und die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung zu schließen. „Es ist nicht zu tolerieren, dass manche Akteure im Gesundheitswesen glauben, die Bestimmungen des Sozialgesetzbuches würden für sie nicht gelten“, warnte Schmidt und kritisierte, dass – abgesehen von den AOK-Verträgen in Bayern und Baden-Württemberg und einer Reihe von Verträgen mit BKKen – der überwiegende Teil der Kassen seinen Versicherten noch keine hausarztzentrierte Versorgung angeboten habe, sondern es auf Schiedsverfahren ankommen lasse. Dennoch gab sich die Ministerin siegesgewiss, dass sich die hausarztzentrierte Versorgung als Erfolgsmodell durchsetzen wird.

Das sehen die gescholtenen Kassen – insbesondere nach dem zwischenzeitlichen Wechsel im bundespolitischen Machtgefüge – ganz anders. So kritisierte Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des Ersatzkassenverbandes VdEK, den aktuellen Gesetzesentwurf zur Änderung des § 73 b SGB V: „Die geplante Gesetzesänderung zur hausärztlichen Versorgung widerspricht dem von der Politik immer wieder postulierten Anspruch, für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen zu sorgen.“ Denn danach solle die Ausschreibung solcher Verträge entfallen und das Verhandlungsmandat würde auf die Hausärzteverbände übergehen.

Dieses Verhandlungsmandat ist nach Auffassung von Weigeldt beim HÄV allerdings bestens aufgehoben: „Der Deutsche Hausärzteverband hat diese Herausforderung angenommen und dies mit seinen Beschlüssen

durch die Delegiertenversammlung in Berlin und die Landesverbände eindrücklich bestätigt“, erklärte der Hausärzte-Chef. Ziel sei hierbei der ausschließliche Abschluss von Vollversorgungsverträgen mit Bereinigung und einer Fallwerthöhe von 85 Euro: „Wir setzen den § 73b SGB V um, wir realisieren das Recht der Versicherten auf das Angebot einer Hausarztzentrierten Versorgung mit Vollversorgungsverträgen mit Bereinigung der Gesamtvergütungen.“

Rolle der Körperschaften

Die Forderungen des HÄV-Vorsitzenden mündeten in eine unverhohlene Kampfansage an die KBV: „Das Versagen der Zwangskörperschaften bei der Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung ist offensichtlich. Eine starke hausärztliche Versorgung ist aber unverzichtbar in Deutschland.“ Gelingt es nicht, den primären Zugang zur Medizin über den Hausarzt sicherzustellen, werde der Finanzbedarf für hoch spezialisierte Medizin und Krankenhäuser unkontrollierbar steigen. Die bisherigen Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung haben nach Auffassung Weigeldts bereits „sehr gute Ergebnisse für über drei Millionen Versicherte in Deutschland“ geliefert. Die flächendeckende Versorgung einer alternden und zunehmend multimorbiden Bevölkerung könne nur gesichert werden, wenn der eingeschlagene Weg der Tarifautonomie für Hausärzte und Fachärzte mit effektivem Bürokratieabbau, einer klaren Honorarordnung und leistungsgerechter Honorierung in Euro und Cent deutschlandweit fortgesetzt werde, forderte Weigeldt. Von der künftigen Regierungskoalition erwartet er eine Fortsetzung von Ulla Schmidts Kurs: „Wir gehen von der Nachhaltigkeit und Verlässlichkeit politischer Entscheidungen aus.“ Sein Verband sehe mit der neuen Regierungsmehrheit gute Chancen, den Wettbewerb mit den Körperschaften um die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zu fördern.

Bestärkt sehen sich Weigeldt und seine politischen Mitstreiter auch durch das jüngste Sondergutachten des Sachverständigen-



Andreas Köhler,
Vorstandsvorsitzender
der KBV

Foto: KBV

rates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, das am 7. Oktober 2009 in Berlin der Öffentlichkeit präsentiert wurde. Das Gutachten zeige, dass eine gute Primärversorgung gesundheitliche und ökonomische Vorteile für Patienten und das Gesundheitssystem insgesamt bringt, so der einhellige Kommentar des HÄV und der AOK Baden-Württemberg – eine der wenigen Kassen, die bislang einen Hausarztvertrag nach § 73b SGB V anbietet.



Ulrich Weigeldt,
Vorsitzender des
Hausärzteverbandes

Foto: HÄV

tieren und zu einem neuen Rollenverständnis kommen müsse, so die Auffassung der Gutachter. Eine gute Primärversorgung habe gesundheitliche und ökonomische Vorteile für Patienten und das Gesundheitssystem insgesamt, insbesondere vor dem Hintergrund der zivilisationsbedingten Volkskrankheiten. Mit einer Stärkung der Primärversorgung

könne man die hohe Zahl der Arztkontakte in Deutschland pro Patient und Jahr senken, die derzeit mehr als doppelt so hoch wie im europäischen Durchschnitt liege, glauben die Experten des Sachverständigenrates. In einem System, das ärztliche Behandlung nach einzelnen Leistungen vergüte, würden Diagnosen gesammelt und es werde immer weiter diagnostiziert und therapiert – denn letztlich verdienten sowohl Vertragsärzte als auch Krankenhäuser ausschließlich an kranken Versicherten und nicht an deren Gesunderhaltung.

Hausarztverträge

Die Systemkritik des Sachverständigenrates lässt sich zwar durchaus als Plädoyer für eine pauschalierte Vergütung verstehen, wie der

HÄV sie in seinen Hausarztverträgen realisieren möchte. Doch mit den Rahmenbedingungen dieser Verträge ist das Gremium deshalb nicht automatisch einverstanden: So hält der Versorgungsforscher Professor Gerd Glaeske, Mitglied des Sachverständigenrates, den aktuellen Paragraphen für wettbewerbsfeindlich. Die derzeitige Regelung nach § 73b SGB V werde der Bedeutung der hausärztlichen Versorgung nicht gerecht, erklärte Glaeske in einem Interview mit dem KBV-Organ „KBV Klartext“: „Die Monopolstellung von Hausärztegemeinschaften hat mehr standespolitischen als versorgungsorientierten Charakter.“ Das Gesetz zwingt alle Kassen dazu, eine solche Versorgung anzubieten. „Wir haben im Rat immer wieder darauf hingewiesen, dass man keine Vorgaben machen sollte für solche selektiven Verträge, sondern dass diese Teil des Wettbewerbs sind“, so Glaeske. Insofern seien gesetzliche Vorgaben zum obligatorischen Abschluss von Hausarztverträgen kontraproduktiv: „Der Sachverständigenrat hält diese Regelung für nicht sinnvoll. Wir plädieren dafür, dass eine Kasse sich mit oder ohne solche Hausarztverträge im System positionieren kann“, erklärte Glaeske.

Antje Soleimanian
Essener Str. 4, 22419 Hamburg

Änderung der Versorgung

Ganz so eindeutig wie HÄV und AOK es glauben machen wollen, fiel das Urteil des Sachverständigenrates aber gar nicht aus. Zwar unterstreichen die Experten darin die Bedeutung der hausärztlichen Versorgung in einer alternden Gesellschaft: Die hausärztliche Versorgung müsse sich grundlegend ändern, wenn sie den Anforderungen einer immer älter werdenden Bevölkerung und den zunehmenden chronischen Krankheiten noch gerecht werden will. Die Schlüsselrolle in diesem Veränderungsprozess habe der Arzt, der sich ganz neu orien-

Gemeinsamer Zahnärztetag Niedersachsen und Bremen

Fortbildung in der Hafenstadt

Mit über 500 Teilnehmern fand die gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Kammern Niedersachsen und Bremen diesmal in der Hansestadt an der Weser statt. Beide Kammerpräsidenten, Dr. Brita Petersen aus Bremen und Dr. Michael Sereny, Niedersachsen, begrüßten die Teilnehmer einmal anders – im Duett mit Wilhelm Busch und trafen es auf den Punkt: „Also lautet der Beschluss, dass der Mensch was lernen muss ... sondern auch der Weisheit Lehren muss man mit Vergnügen hören!“

Und dass diese Veranstaltung zum Vergnügen aller Teilnehmer wurde, dafür hatten die Fortbildungsreferenten mit der Auswahl der Redner schon gesorgt.

Denn gleich anschließend stellte PD Dr. Rainer Buchmann, Düsseldorf, unter Beweis, wie ein parodontologisches Praxiskonzept auszusehen hat, damit Patient sowie Zahnarzt und Team zufrieden nicht nur auf den Behandlungserfolg, sondern auch auf die finanzielle Seite des Geschehens schauen können. Buchmann machte deutlich, wie wichtig eine durchdachte Delegation ist, und postulierte: „Wenn wir die Diagnose gemacht haben, müssen wir die Preise kennen. Denn der Patient braucht Eckpunkte zur Orientierung“. Er gab wichtige Anleitungen: „Paro ist wirtschaftlich, aber Paro geht nur im Team!“ und wurde fachlich: „Antibiotika bekommen nur Patienten mit Immunsuppression (wie nach Radiatio), nach der Endokarditis oder Patienten mit Implantaten (Hüfte, Knie)“. Und weiter: „Nur mit einer Anästhesie kommen Sie bis an den Grund einer Tasche, ohne nur in das obere Drittel!“ Der Referent plädierte dafür, sich mit den Preisen der einzelnen Leistungen auseinander zu setzen und diese im Patientengespräch mitzuteilen. Er riet auch dazu, am Empfang oder im Wartezimmer Leistungen mit Erklärungen und Preisen auszulegen. „Das hat einen psychologischen Effekt und schafft Klarheit für den Patienten!“ Buchmann gab noch weitere wertvolle Tipps: „Machen Sie immer ein Bild vor der ersten Behandlung!“ Oder: „Wenn Sie Weichgewebechirurgie sowie Mikrochirurgie machen, rechnen Sie mit der GOÄ ab, das ermöglicht die Abrechnung der Behandlung mit Lupenbrille, des Materials



Foto: CC



Foto: ZKN

Auftritt im Duett: Bremens Kammerpräsidentin Dr. Brita Petersen und Dr. Michael Sereny, Kammerpräsident Niedersachsens, bei der Eröffnung

und mehr!“ Und schließlich: „Wenn Sie noch nicht fit sind in der Parodontologie, dann holen Sie sich ein oder zwei Mal pro Woche einen Spezialisten in die Praxis: Das bindet Ihre Patienten und rechnet sich!“

Mundraum inspizieren

Die „medizinische“ Seite der Zahnmedizin wurde von Professor Dr. Dr. Hans-Joachim Sliephake, Göttingen, beleuchtet. Im Fokus stand das Mundhöhlenkarzinom, das in die Top-Ten der Krebserkrankungen aufgerückt ist (Frauen elfte Stelle, Männer achte Stelle) und bereits bei der normalen Inspektion der Mundhöhle in seinem Frühstadium entdeckt werden kann. Der Kieferchirurg rech-

nete: Bei 55 000 Zahnärzten müsste jeder Zahnarzt alle zehn Jahre einen Tumorpatienten sehen. „Und diesen einen sollten Sie nicht verpassen!“ Sliephake repetierte die Risikofaktoren wie Alkohol, Tabak und wenig Gemüse/Obst, ging auf die Lokalisation ein, die für den Zahnarzt gut einsehbar ist, wie Mundboden 36 Prozent, Zunge 15 Prozent, Wange sieben Prozent, Lippen zehn Prozent, und machte darauf aufmerksam, dass die Karzinogenese nicht über Nacht verläuft, sondern der Zahnarzt durchaus für die Erstdiagnose gefragt ist. „Fragen Sie immer nach anderen Karzinom-erkrankungen, denn es könnte auch ein Sekundär-CA sein!“ Er warnte auch vor einer Erythroplakie, die mit einer Transformationsrate von über 50 Prozent maligne entartet und: „Denken Sie auch an Lues im Spätstadium!“

Die Fortschritte der Adhäsivtechnik für die heutige zahnärztliche Behandlung stellte Professor Dr. Lothar Pröbster, Wiesbaden, vor. Er machte deutlich, wie wichtig die Schaffung einer Retention durch die Ätzung ist, um die chemisch-physikalische Verbindung zwischen organischem Material und Füllstoff dauerhaft zu gewährleisten. Er diskutierte die Möglichkeiten und Grenzen der Adhäsivtechnik aus klinisch-wissenschaftlicher und gleichsam aus betriebswirtschaftlicher Sicht und leitete daraus ein durchführbares Praxiskonzept ab.

„Zeigen Sie Ihren Patienten Wertschätzung!“ Und: „Der Händedruck ist wichtig und entscheidend für das weitere Arzt-Patienten-Verhältnis!“ Mit diesen klaren Sätzen machte die Kommunikationstrainerin Betül Hanisch aus Freiburg klar, worauf es im Miteinander ankommt. Sie hatte vorher in einem Seminar die Mitarbeiterinnen geschult und dort klar zu verstehen gegeben: „Was ich Ihnen hier sage, sage ich auch gleich Ihren Chefs, damit die dahinter stehen, wenn Sie ab morgen die Umgangsformen in Ihrer Praxis auf den Kopf stellen!“ Und last but not least: „Denken Sie positiv, das hebt die Stimmung, das Klima in der Praxis und fördert die Freude am Beruf – und in einer positiven Atmosphäre fühlen sich auch Ihre Patienten wohl!“ sp

Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege

Seit 30 Jahren in Hamburg aktiv

Mit einer Fortbildungsveranstaltung feierte die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Hamburg (LAJH) am 30. September ihr 30-jähriges Bestehen. Die über 150 Teilnehmer in den Räumlichkeiten der Techniker Krankenkasse erlebten einen fachlichen wie emotionalen Nachmittag.



Ein emotionaler Moment: Prof. Dr. Gülzow (li.) wurde von Kammerpräsident Prof. Dr. Sprekels für seine verdienstvolle wissenschaftliche Begleitung der LAJH-Arbeit geehrt.

Neben Prophylaxe-Themen standen drei Tage nach der Bundestagswahl auch politische Fragestellungen in den Statements im Mittelpunkt. Im wissenschaftlich orientierten Hauptvortrag spannte Prof. Dr. Ulrich Schiffner (UKE) einen breiten Bogen von historischen Bemühungen um die Zahngesundheit über aktuelle Strategien der Kariesprävention bis hin zu futuristischen Ansätzen, die Kariesbakterien mit diversen Verfahren klein zu halten.

Hoher Stellenwert

Prof. Dr. Wolfgang Sprekels, LAJH-Vorsitzender und Präsident der Zahnärztekammer Hamburg, resümierte anschließend, welchen hervorragenden Stellenwert die LAJH über 30 Jahre in der Hansestadt gewonnen habe, weil die Arbeit erfolgreich und gut sei. „Wir haben den Kariesbakterien durch unsere Aktionen in Kindergärten und Schulen das Leben immer schwerer gemacht,“ erklärte er. So lag die Zahl der 3- bis 6-jährigen in den Kindergärten mit naturgesunden

Milchzähnen im Jahre 1978 bei nur neun Prozent – 2006 waren es 49,2 Prozent. „Das sind kalte Zahlen – aber dahinter verbergen sich viele nicht geweinte Tränen von Kindern, die noch nicht selbst auf ihre Zähne achten können“, stellte Sprekels weiter fest. Als besonders problematisch gelte in Hamburg heute rund ein Sechstel aller Kinder, das rund 85 Prozent der Defekte an den Zähnen aufweise. „Allerdings dürfen wir daneben die Betreuung der Kinder mit nur ganz wenigen Defekten nicht vernachlässigen“, betonte Sprekels, um diesen positiven Gesundheitsstatus der Zähne zu halten. Dazu müsse nach Wegen gesucht werden, wie schon Krippenkinder gezielt gefördert werden können. Auf die LAJH warte daher auch in den nächsten Jahren noch genug Arbeit.

Günter Ploß, LAJH-Vize und Landeschef des Verbands der Ersatzkassen (vdek) in Hamburg, äußerte danach seine teilweise abweichenden Vorstellungen von der künf-

er. Hiervon werden Zahnpflegeaktionen in Kindergärten und Schulen finanziert. Die LAJH betreut jährlich über 50 000 Kinder in Kindergärten und mehr als 70 000 Kinder in den Hamburger Schulen. Sie unterstützt ein Programm zur Fluoridierung von Zähnen an Schulen, an dem etwa 10 000 Kinder pro Jahr teilnehmen. Die LAJH finanziert außerdem Aufführungen eines speziellen Theaterstückes in Kindergärten, das pro Jahr rund 5 000 Kinder sehen und erleben können. Und darüber hinaus versorgt die LAJH die Kindergärten und Schulen mit jährlich rund 150 000 Zahnbürsten und rund 10 000 Zahnputzsets für die ganz kleinen Kinder.

Prof. Gülzow geehrt

Dann wäre nach dem Programm ein Schlusswort fällig gewesen. Dafür ging Kammerpräsident Sprekels ans Rednerpult, kündigte aber an, dass er noch einen besonderen Punkt vorzutragen habe. Er zeichnete mit sehr persönlichen Worten Prof. Dr. Hans-Jürgen Gülzow (UKE) für seine Verdienste um die wissenschaftliche Begleitung der LAJH über rund 30 Jahre mit der Ehrenmitgliedschaft der LAJH aus. Diese Geste überraschte



„Full house“ bei der Jubiläumsveranstaltung

tigen Gesundheitspolitik. Er nahm Stellung zum Gesundheitsfonds und zur Finanzierung des Gesundheitswesens wie auch zur einzigartigen Rolle und zum vielfältigen Engagement der LAJH im Kapitel Gesundheitsaufklärung in Hamburger Schulen. „Die Hamburger Krankenkassenverbände übernehmen mit jährlich fast 600 000 Euro den größten Anteil an den Ausgaben,“ erklärte

den Geehrten und traf offenbar ins Schwarze, denn Prof. Gülzow wurde mit Standing Ovationen des ganzen Publikums geehrt. Das war der gelungene Abschluss einer etwas ungewöhnlichen Fortbildungsveranstaltung.

Gerd Eisentraut
 Pressestelle der Hamburger Zahnärzte
 Möllner Landstraße 31
 22111 Hamburg

Tot im Rampenlicht

Stefan Grande

Es passiert fast jeden Abend: In deutschen Wohnstuben beugt sich auf irgend-einem Fernsehkanal jemand mit wichtig-ernster Mimik über einen spektakulären Leichenfund. Pünktlich zum Krimischluss ist der Fall gelöst und der Täter über-führt, der Pathologe lieferte mal wieder den entscheidenden Hinweis. Mit dem Bild, das die Massenmedien vermitteln, haben Rechtsmedizin und Pathologie allerdings oft nur wenig zu tun. Die Wirklichkeit ist anders – so manches Mal jedoch genauso grausam.

In TV-Krimis wie „Quincy“, „Tatort“ oder „CSI“ (Crime Scene Investigation = Tathergangsermittlung) ist es gut zu sehen: Schon lange nicht mehr werden allein die Spitzfindigkeit und Kombinationsgabe eines Kommissars benötigt, um Todesursachen zu klären und Verbrecher zu überführen. Neben dem Kriminologen ist der Rechtsmediziner oft zum eigentlichen Hauptdarsteller geworden. Dieser runzelt oft die Stirn und wird zumeist vom Kommissar zur raschen Auskunft über Todesursache und Todeszeitpunkt gedrängt. Doch wenn es auch oft so dargestellt wird: Pathologen und Rechtsmediziner sind keine Polizeibeamte oder Kommissare, sie sind auch nicht an der Verhaftung von Tatverdächtigen beteiligt. Nur im Fernsehen als Unterhaltungsbranche vermischen sich häufig Pathologie und Rechtsmedizin, mal mehr („CSI“), mal weniger („Tatort“), in ein seltsames Durcheinander von Kriminalisten und Leichenschnipplern, letztere oft mit merkwürdigem, schrulligem Charakter oder diversen Spleens. Dabei fungiert diese Kunstfigur schon als Quasi-Requisit und hat es auf diese Art und Weise zu einem festen topos im literarischen wie filmischen Krimigenre gebracht.

Todesursache unklar

Etwa 900 000 Menschen sterben in Deutschland pro Jahr. Bei 40 bis 60 Prozent aller untersuchten Verstorbenen wird bei

der Obduktion eine andere Todesursache festgestellt, als auf dem Leichenschauchein angegeben. In Deutschland werden nur fünf Prozent aller Verstorbenen seziiert. Es wird davon ausgegangen, dass aufgrund der geringen Obduktionszahlen jährlich 1 200 bis 2 400 Tötungsdelikte unentdeckt bleiben. Neben der persönlich geprägten Motivation, dass die Angehörigen nach einem natürlichen oder nicht natürlichen Todesfall wissen wollen, woran oder weshalb ein Verstorbener verschied, spielen beim nicht natürlichen Tod juristisch relevante Aspekte eine Rolle. Die Frage, ob der Verschiedene etwa durch Gewalteinfluss, Selbstmord, einen Verkehrsunfall oder durch sonstige unglückliche oder kriminelle Vorkommnisse wie Brandunfall und Ersticken zu Tode kam, ist kriminaltechnisch zu klären und hat juristische Konsequenzen. Prinzipiell gilt: Wenn die Todesursache unklar ist, muss über die Staatsanwaltschaft ermittelt werden. Diese setzt dann Rechtsmediziner für die Ermittlung ein. Und, ja, bei der Ermittlung der Todesursache eines Verstorbenen geht es auch um ganz profane versicherungsrelevante Aspekte, darauf verweist der Rechtsmediziner Lars Oesterhelweg vom Institut für Rechtsmedizin an der Berliner Charité. Versicherungen wollten wissen, ob der Verstorbene eines natürlichen oder eines unnatürlichen Todes wegen verstarb. Zudem: Die Klärung von Todesursachen und die Identifizierung von Leichen über medizinisch-kriminaltechnische Unter-



suchungsverfahren haben oberste Priorität in einem Rechtsstaat: Ist eine Obduktion bei einer ungeklärten Todesursache erst einmal durch Staatsanwälte oder Richter angeordnet, ist sie auch durchzuführen.

Die Leichenöffnung

In der Forensik, einem Teilbereich der Rechtsmedizin, werden bei einem nicht natürlichen Tod systematisch kriminelle Handlungen analysiert. Der Unterschied zwischen einem Pathologen und einem Rechtsmediziner ist schnell erklärt: Pathologen öffnen Leichen, deuten aber nicht. Auch Rechtsmediziner sezieren Tote, dies aber zur Erklärung des Versterbens und auf Anordnung der Staatsanwaltschaft. Dazu ermitteln sie Todesursache und Todeszeitpunkt, darüber hinaus sind sie an der Identifizierung von Leichen beteiligt. Wenn in deutschen Fernsehstuben also via TV-Krimi eine Leiche geöffnet wird, ist damit auf-



Foto: cinetext

„Bigger than life“: Im Krimigenre der fiktionalen Filmwelt erzeugen Tod und Pathologie einen besonderen Nervenkitzel, wie hier auf einem Foto des Films „Anatomie“ mit Franka Potente zu sehen ist.

grund des Deutungsverhaltens der Krimifigur meist ein Rechtsmediziner am Werk, nicht ein Pathologe. Das Internetlexikon Wikipedia weist darauf hin, dass sich der ge-läufige Irrtum aus einer Fehlübersetzung erklären könnte: „Im amerikanischen Sprachgebrauch entspricht der Rechtsmediziner dem forensic pathologist.“

Hitlers Identifizierung

Zahnärzten dürfte diese mediale Verwischung der TV-Welt ohnehin schnell ins Auge springen, schließlich werden sie schon während des Studiums mit der Pathologie vertraut gemacht. Daher dürfte den Praktikern auch die forensische Odontologie bekannt sein, bei der – als Teilbereich der Rechtsmedizin – die Identität eines Toten anhand der Zähne festgestellt wird. Dies aus gutem Grund: Zähne und der individuelle

Zahnzustand nach Behandlungen lassen sehr genaue Rückschlüsse auf die Identität einer Person zu, daher spricht man auch vom dentalen Fingerabdruck. Am bekanntesten ist hierbei sicherlich die Identifizierung von Adolf Hitler im Mai 1945 anhand seines Gebisses (siehe zm 96, Nr. 10/2006), die wohl nicht anders als ein bizarrer Trep-penwitz der Geschichte zu bezeichnen und in die Annalen der Todesidentifizierung eingegangen ist: Ausgerechnet der deutsch-jüdische Zahnarzt Fedor Bruck, der sich aus Angst vor den Nationalsozialisten und in beständiger Gefahr, in ein KZ abtransportiert zu werden, jahrelang in Kellern und Schrebergärten in Berlin verstecken musste, wurde Zeuge bei der Identifizierung von Hitlers sterblichen Überresten. Bruck war mit dabei, als Vertreter der Sowjetarmee Hitlers Leichnam anhand des Gebisses identifizierten.

Rund ein halbes Jahrhundert später reiste der Kriminalbiologe und Forensiker Dr. Mark Benecke 2002 nach Moskau, um die Identität Hitlers mittels seiner Zähne erneut zu bestätigen. Die Süddeutsche Zeitung berichtete: „Bei den Zähnen, die in einer Zigarrenschachtel liegen, zeigt sich der Kriminalbiologe nach der Untersuchung sicher, dass sie echt sind.“

Zähne und DNA

Die zahnärztliche Mithilfe bei der Identifizierung von Toten ist in den Berufsalltag der Zahnmediziner hiezulande längst integriert. Als zusätzliche Untersuchungsmethode tritt die Kriminalpolizei immer wieder an Zahnärzte heran, um die Identifizierung einer Leiche mittels des Zahnzustandes voranzubringen. Guido Busch vom Polizeipräsidium Berlin, und oftmals mit derartigen Recherchen betraut: „Wir nutzen auch diese Möglichkeit, wenn es darum geht, eine unbekannt Leiche zu identifizieren. Allerdings gibt es die Tendenz, dass diese Methode nicht mehr so häufig angewendet werden muss. Mit der Identifizierung von

zm-Info

Am Tatort

Am Tatort untersucht der Rechtsmediziner den Verstorbenen zum ersten Mal. Er sammelt anhand der Auffinde-Situation und eventueller Verletzungen am Körper der Leiche Hinweise auf die Todesursache. Außerdem überprüft er die Leichentemperatur und das Vorliegen und die Ausprägung der drei sicheren Todeszeichen: Totenstarre, Totenflecke und Fäulnis. Anhand dieser Informationen ist eine Bestimmung des Todeszeitpunktes möglich. Dieser wird in Stunden angegeben und liefert stets nur eine Annäherung. Eine minutengenaue Aussage ist nicht möglich. Als ungefähre Regel gilt, dass ein Verstorbener mit Durchschnittsgewicht in normaler Bekleidung bei normaler Zimmertemperatur 1° C pro Stunde abkühlt.



Foto: MEV

Fiktionen aus der Welt des Films verdecken oftmals den Blick für die Lebenswirklichkeit und den Berufsalltag von Rechtsmedizinern.

Toten über deren DNA, also die speziellen Persönlichkeitsmerkmale in Gewebe, Haare, Speichel und Blut, werden mittlerweile überwiegend Tote identifiziert.“

zm-Info

Gottfried Benn

Lange bevor sich Krimiautoren von Obduzierten und Leichensezierungen inspirieren ließen, machte der deutsche Lyriker Gottfried Benn sie zum Gegenstand einiger seiner Gedichte. In seinem 1912 veröffentlichten Lyrikband „Morgue“ (französisch für Leichenschauhaus) verarbeitete er persönliche Erfahrungen: Benn arbeitete zu dieser Zeit als Assistenzarzt in der Pathologie in Berlin, der Seziertisch war sein Arbeitsplatz. Im Gedicht „Kleine Aster“ heißt es:

„Ein ersoffener Bierfahrer wurde auf den Tisch gestemmt. / Irgendeiner hatte ihm eine dunkelhellila Aster zwischen die Zähne geklemmt / Als ich von der Brust aus unter der Haut / mit einem langen Messer / Zunge und Gaumen herauschnitt, / muss ich sie angestoßen haben, / denn sie glitt / in das nebenliegende Gehirn.“

Trotzdem: Auch Veröffentlichungen in den zm und anderen zahnmedizinischen Fachorganen sind am kriminaltechnologischen Erfolg beteiligt. So publizierten die zm 1997 eine Studie von Willi-Eckard Wetzels und Ursel Ferchland, die auf der Grundlage von kriminalpolizeilichen Fahndungsveröffentlichungen, die im Zeitraum von 1978 bis 1990 in den zm erschienen sind, untersucht, in welchem Umfang die zahnärztliche Mithilfe zur Identifizierung beigetragen hatte. Ergebnis: Der Einbezug des Fachwissens von Zahnärzten wurde ausdrücklich gewürdigt. Veröffentlichungen von Zahnschemata in berufsständischen Fachpublikationen wurden explizit als „hilfreich“ bei der Identifizierung angesehen.

Gegen das Klischee

Um der Öffentlichkeit dabei zu helfen, die Realität vom medialen Bild etwas mehr unterscheiden zu können, war in Berlin unlängst die Ausstellung „Vom Tatort ins Labor – Rechtsmediziner decken auf“ zu sehen. Die Schau wurde vom Berliner Medizinhistorischen Museum der Charité in Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsmedizin der Charité und dem Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin gestaltet und hatte enorm starken Zulauf.

„Wir waren selbst völlig überrascht, das war die bestbesuchte Ausstellung die wir je hatten“, bilanziert Prof. Thomas Schnalke, Leiter des Berliner Medizinhistorischen Museums der Charité. Rund 100.000 Menschen interessierten sich für die Ausstellung, die, um mit den Klischees aufzuräumen, die Berufs- und Lebenswirklichkeit von Rechtsmedizinern zeigte. Denn es sind gerade der Medienrummel und die fiktiven Verzerrungen der Filmwelt, die die Wirklichkeit eines häufig herben Berufsalltags, dessen Dasein – wie woanders auch – hauptsächlich vom Tagesgeschäft und von Routinetätigkeiten gekennzeichnet ist, in ein

falsches Licht rücken. Rechtsmediziner klingeln nicht, wie im Fernsehen oft suggeriert, an der Haustür der Angehörigen von Verstorbenen, um sie zu befragen und dann abstruse Theorien über Tathergang und Motiv zu entwickeln.

Staatstragende Funktion

Prof. Dr. med. Michael Tsokos, Direktor der rechtsmedizinischen Institute in Berlin, Mit-Initiator der Ausstellung und Bestseller-Autor („Dem Tod auf der Spur: Zwölf spektakuläre Fälle aus der Rechtsmedizin“) hat deswegen bereits schon Vorlesungen gehalten darüber, was wirklich im Sektionsaal geschieht. Titel der Uni-Lesungen: „Faszina-



Foto: chnetext

Rechtsmediziner kämpfen gegen das bisweilen grell ausgeleuchtete Medien-Zerrbild an.

tion Rechtsmedizin – Medien versus Wirklichkeit“. Denn: Während die Medienwelt weiter ihr Zerrbild zeigt, proklamieren die Rechtsmediziner eine staatstragende Funktion: „Nur eine qualifizierte wissenschaftliche Rechtsmedizin ist der Garant für eine funktionierende Rechtssicherheit in einem Rechtsstaat“, heißt es im Ausstellungstext. Unterdessen wundert sich Museumsleiter Thomas Schnalke heute noch darüber, wie viele die Schau sehen wollten. War es Voyeurismus, der die Besucher ins Museum trieb? Schnalke winkt ab. „Das wäre zu oberflächlich. Vielmehr waren eine große Neugier



Foto: medical pictures

Leid und oftmals Tragödien kennzeichnen den Berufsalltag von Rechtsmedizinern, wie hier etwa am Tatort, der mit Absperrungsband der Polizei versehen ist. Am Auf findeort untersuchen Kriminalpolizei und Rechtsmediziner den Verstorbenen zum ersten Mal, um erste Hinweise auf die Art des Versterbens zu erhalten.

zm-Info

Forensische Pathologie

Hier beschäftigt sich der Rechtsmediziner mit nicht natürlichen und unklaren Todesfällen. Letzteres heißt, dass nicht bekannt ist, warum jemand verstorben ist. Nicht natürliche Todesart bedeutet, dass man nicht an einer inneren, krankheitsbedingten Todesursache verstorben ist, sondern etwa infolge eines Unfalls oder Tötungsdeliktes.

und ein starker Erkenntnisdrang über die Themen, Körper, Vergänglichkeit und Tod bei den Besuchern zu beobachten.“ Hier sieht er auch einen wesentlichen Unterschied zur Film-Welt: „Einen Film schau ich mir aus einer gewissen emotionalen und räumlichen Distanz an. In einer Ausstellung gibt es kein Entrinnen.“ Zwar legten die Ausstellungsmacher großen Wert darauf, den Besuchern keine Show-Veranstaltung zur bloßen Neugierbefriedigung zu liefern, sondern Erkenntniswert zu schaffen, indem sie den blanken, oftmals sehr grausamen Berufsalltag zeigten. Doch trotz aller Bemü-

hungen, so Schnalke, ließ mancher Besucher den Anblick ausgestellter Körperteile, Leichenbilder und Seziervorgänge so nah an sich heran kommen, dass er fast ohnmächtig wurde.

Berufsalltag – Großes Leid

Es ist schwer, sich eine realistische Vorstellung davon zu machen, wie der Berufsalltag eines Rechtsmediziners aussieht und was es im Obduktionssaal oder in den forensischen Laboratorien für Arbeiten zu verrichten gibt. Vieles, was Rechtsmediziner in ihrem Alltag



Fotos: Patrik Budenz

Im Leichenkühlraum liegt die Temperatur konstant bei 4 Grad Celsius. Die Verstorbenen werden vor und nach der Sektion dort gelagert, um die Fäulnis zu verlangsamen. Sie sind in Folie eingeschlagen, faule oder stark verletzte Körper liegen in geschlossenen Leichensäcken.

zu sehen bekommen, liegt jenseits der Vorstellungskraft der meisten Menschen – und die Welt der Toten bleibt außer Polizisten, Staatsanwälten und den (Rechts-)Medizern der Allgemeinheit verschlossen.

Für gewöhnlich arbeiten Rechtsmediziner direkt am Tatort eines Verbrechens oder dort, wo der Leichnam gefunden wurde. Der Sektionssaal zählt ebenso zum Arbeits-

ort, wie das Labor, in dem zusätzliche Untersuchungen durchgeführt werden. Zudem werden sie oft in Gerichten als Sachverständige benötigt. Das Grauen ist ihr Alltag, denn die Umstände, die dazu führten, dass ein Mensch sterben musste, sind bisweilen nichts für schwache Gemüter. „Unsere Ekelgrenzen sind ziemlich weit gesteckt“, verriet die Rechtsmedizinerin Saskia Guddat, die die Berliner Ausstellung mitgestaltet hat. Trotzdem fällt es auch ihr nicht immer einfach: „Was Menschen an den Menschen zufügen, ist manchmal so unvorstellbar, dass es einen schon schlucken lässt.“

Im Zerrspiegel der Medien

Indes: In den genannten amerikanischen Krimiserien geht es vorrangig um Spannung und Crime in einer „unrealistischen Hochglanzwelt“, wie Michael Tsokos sagt. Dort sorgt die als spektakulär verkaufte „KTU“, die kriminaltechnische Untersuchung, für den wahren Nervenkitzel. Die Rechtsmedizin und ihre Vertreter sind damit Mittel zum Zweck und stehen im Dienst einer medialen Unterhaltungsbranche und -kultur. Will sich

der ‚Kick‘, der ‚Thrill‘, beim Zuschauer schon nicht über das Drehbuch einstellen, dann, so argwöhnen Kritiker, muss es die effekthascherische und voyeuristische Untersuchung, die dem Rechtsmediziner obliegt, leisten. Somit erscheint dieser Berufszweig nicht gerade als getreue mediale Spiegelung der Lebenswirklichkeit, sondern als filmischer Zerrspiegel im gleißenden Scheinwerferlicht. Doch: Grell ist es selten, das Licht, in dem das Thema ausgeleuchtet wird, es dominieren ‚kalte‘ Farben wie ein dunkles Blau oder ein metallenes Grün, manchmal umweht von eisigem Dampf – gleichsam als Atem des Todes.

Film und Realität

Dabei sind die Produzenten der deutschen „Tatort“-Krimis schon um eine möglichst realitätsbezogene Darstellung ihrer Rechtsmediziner und Pathologen bemüht. „Wir arbeiten durchaus mit der Polizei und Fachleuten aus der Rechtsmedizin zusammen“, sagt Dr. Josephine Schröder-Zebralla, die als Redakteurin für den Berliner Tatort zuständig ist. Auch bei der Produktionsfirma Colo-

zm-Info

Die Sektion

Die Sektion (Synonym: Obduktion, Autopsie) wird normalerweise von einem Richter angeordnet. Der Sektionssaal ist der Hauptarbeitsplatz des Rechtsmediziners in der forensischen Pathologie. In ihm finden auf den Sektionstischen die gerichtlich angeordneten Leichenöffnungen statt. Muss zeitnah eine Sektion erfolgen, etwa bei einem nächtlichen Tötungsdelikt, so kann auch ein Staatsanwalt die sofortige Öffnung der Leiche veranlassen. Angehörige müssen dem nicht zustimmen. Es ist gesetzlich festgelegt, dass immer alle drei Körperhöhlen (Kopf, Brust und Bauch) geöffnet werden. Abhängig vom Fall kann zusätzlich noch eine Öffnung des Rückens, der Arme und der Beine erfolgen.



Der Abtransport eines Leichnams gehört mit zum Berufsalltag von Rechtsmedizinern.

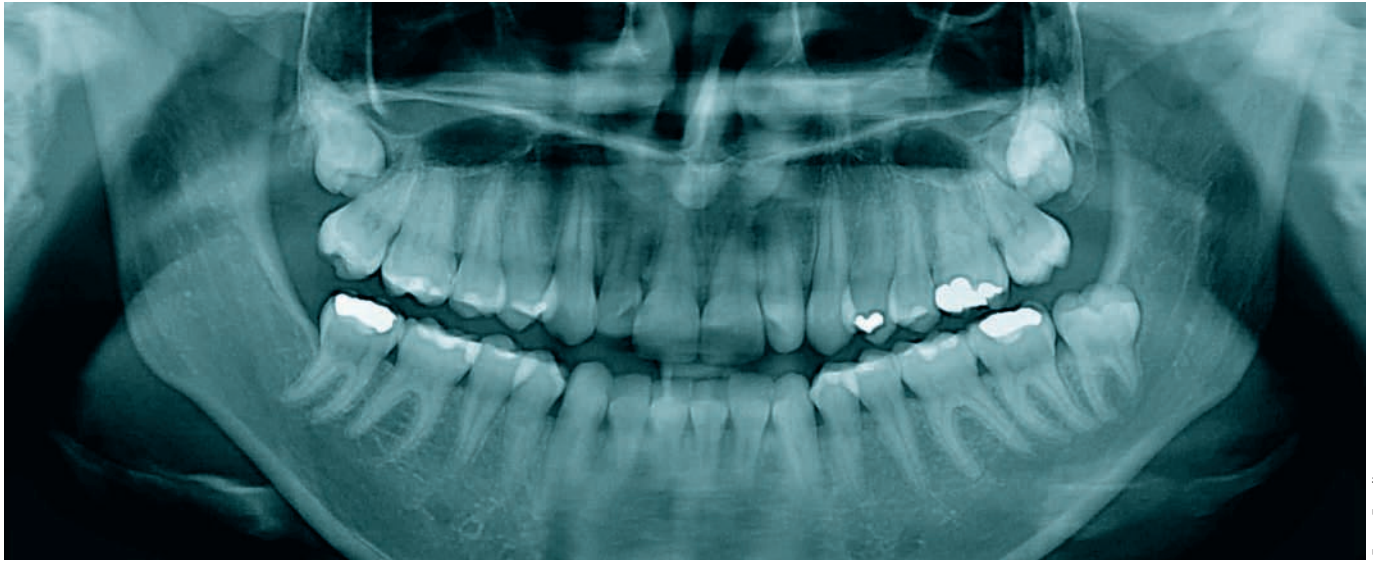


Foto: Fotolia

Mithilfe des Zahnstatus kann durch einen Vergleich mit früheren Behandlungsunterlagen – wie etwa einem Röntgenbild – eine Identifikation eines Verstorbenen erreicht werden. Gerade beim Tsunami im Indischen Ozean 2004 reisten viele Rechtsmediziner und Zahnärzte in die betroffenen Gebiete, um die Toten zu identifizieren.

nia Media in Köln legt man auf Nachfrage Wert auf eine weniger verzerrende Darstellung dieses Filmsujets und hat mit dem Schauspieler Joe Bausch, der den Rechtsmediziner im Kölner Tatort des WDR spielt, sogar einen gelernten Mediziner in der Filmcrew. Sieht man sich Sonntagabends im Fernseh-„Tatort“ das Ergebnis an, wird klar,

dass es im Wesentlichen um Spannung und Unterhaltung geht, ohne die Fiktionsmuster amerikanischer Krimipendants zu kopieren und bei der Figur des Rechtsmediziners allzu weit weg von der Realität zu kommen.

Angst-Lust

In amerikanischen TV-Serien wie CSI, Crossing Jordan oder Dexter ist davon jedoch wenig zu sehen: Schelle Schnitte, Überblendungen, Schockeffekte und andere filmtechnische Raffinessen, die an die Ästhetik von Videoclips der Popkultur erinnern, lassen den Rechtsmediziner eher wie einen Sherlock Holmes im Gruselkabinett erscheinen. Die Serien haben hohe Einschaltquoten, und manch einer mag sich fragen, was Menschen überhaupt dazu treibt, sich so etwas anzuschauen. Krimis hätten an sich schon einen großen Reiz, sagt etwa Prof. Dr. med. Stephan Doering, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie in Köln. Dahinter stehe eine gewisse „Angst-Lust“: „Das Thema Tod jagt einem

Schauer über den Rücken, zumal ein gewaltvoller Tod. Mord geht unter die Haut, macht Angst. Aus sicherer Entfernung sehen wir uns als Zuschauer entspannt im Fernseh- oder Kinosaal die grausamsten Vorkommnisse und Verbrechen an. Gerade weil so viel Leid und Schrecken damit verbunden ist. Und denken unbewusst daran, dass man ja selbst auch Verbrechenopfer werden kann.“

Aus dem Alltag verbannt

Derweil stehen Rechtsmedizin und deren fiktive mediale Darstellung in den Filmkrimis durchaus in einer spannungsreichen Wechselwirkung. Auf der einen Seite findet man

zm-Info

Der Rechtsmediziner

Die Rechtsmediziner bekommen die Ergebnisse vom Pathologen und deuten dann die Todesursache. Mit ihrem Fachwissen bewerten sie Obduktionsbefunde und Ergebnisse nachfolgender Untersuchungen wie etwa mittels der Mikroskopie. Rechtsmediziner sammeln und liefern die naturwissenschaftlichen Beweise, ob das eine oder andere Szenario in einem gewaltsamen Todesfall wahrscheinlich ist oder ob es ausgeschlossen werden kann. Fachärzte für Rechtsmedizin haben ein klassisches sechsjähriges Medizinstudium sowie im Anschluss eine mindestens fünfjährige Facharztweiterbildung absolviert.



Foto: Patrik Burdenz

Berufsalltag Sektion: Die Gewichte aller inneren Organe werden im Sektionsprotokoll vermerkt.

Foto: vario images



Die „Körperwelten“ des Gunther von Hagen: Kritiker werfen den medienwirksam inszenierten Ausstellungen des Öfteren vor, dass in ihnen die Grenzen von anatomischem Erkenntnisgewinn und reiner Unterhaltungsshow allzu fließend sind.

den Zerspiegel der TV-Serien, auf der anderen Seite bringt die Mediendarstellung das Thema 'Sterben' so stärker ins öffentliche Bewusstsein. „Das steigende Interesse der Menschen heute am Thema Tod ist im Zusammenhang mit der zunehmenden Abgrenzung des Todes im normalen Leben zu sehen“, sagt der Berliner Psychologe Fredi Lang. Während Altern, Sterben und Tod im familiären und sozialen Kontext über Generationen hinweg sehr direkt erlebt werden konnten, wie etwa dadurch, dass die Toten früher öffentlich auf der Straße aufgebahrt wurden, sei Derartiges heute weitgehend aus dem eigenen Erleben verschwunden. Da der Tod als Phänomen im Alltag kaum mehr

vorkomme, sei sein Mit- und Nacherleben im Zusammenhang der Mediennutzung als „eine Form der Erfahrungs- und Orientierungssuche“ zu sehen. Ganz zwangsläufig wird dadurch ein Kontrapunkt gesetzt zum aktuellen Zeitgeist einer Anti-Aging-Gesellschaft, in der Jugend an sich schon ein Wert ist, und in der auch das Altern nur allzu oft über die Scheinwelt des Werbefernsehens als ein lustvoller Prozess aus Reisen, Happiness und Genuss dargestellt wird.

Oberflächlich und abstrakt

Mittels TV-Krimi gerät der Tod selbst (wieder) ins Alltägliche, wenn auch über den

Umweg der Neugierde des Zuschauers an unnatürlichen Todesarten. Lang: „Das Interesse am Thema Tod spiegelt den gesellschaftlichen Umgang damit, in dem die abgespaltenen Erlebnis-Welten teilweise wieder in die eigene Lebensaktivität zurückgeholt werden.“ Doch Lang hegt eine gewisse Skepsis hinsichtlich der Tiefe der persönlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Tod, es fehle die eigene Betroffenheit im Erleben: „Die stärkere Zurschaustellung des Todes in einer gekünstelten Medienwelt erscheint angesichts einer Gesellschaft, in der Tod und Trauer im stillen Kämmerlein gezeigt werden, doch recht oberflächlich und abstrakt.“ ■

zm-Info

Gunther von Hagens Körperwelten

Auch der Anatom, Hochschullehrer und Unternehmer Gunther von Hagen beschäftigt sich mit Leichen. Seine von ihm „Körperwelten“ genannten Ausstellungen plastinierter Organe und Leichen ziehen viele Zuschauer an. Von Hagen proklamiert zwar einen Aufklärungsanspruch, doch scheiden sich bei ihm immer wieder die Geister an der Redlichkeit, tatsächlich wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn leisten zu wollen. Der Psychotherapeut Stephan Doering: „Bei der Arbeit von Gunther von Hagen könnte man schon manchmal auf den Gedanken kommen, dass es weniger darum geht, anatomisches Wissen zu vermitteln.“ Indem man die plastinierten Leichenteile nicht nur zeige, sondern mittels der Plastinate „Szenen“ darstelle, wie etwa bei der letzten Schau 2009 in Berlin ein kopulierendes Paar, stehe wohl mehr der Schau- und Showeffekt im Vordergrund. „Erlebnis-Anatomie“ nennt es Prof. Thomas Schnalke, Leiter des Berliner Medizinhistorischen Museums der Charité.

Wiss. Mitteilung der Dt. Ges. für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde (DGZPW)

Temporäre Befestigung von festsitzendem Zahnersatz

Die temporäre Befestigung von festsitzendem Zahnersatz ermöglicht gegebenenfalls funktionelle und ästhetische Korrekturen nach dem Probetragen beziehungsweise vor der definitiven Befestigung [1]. Grundsätzliche Vorgaben für das temporäre Einsetzen von Zahnersatz sind in der Literatur nicht beschrieben. Die Entscheidung zum Probetragen und der Dauer des Probetragens liegt im Ermessen des Zahnarztes und muss im Einzelfall unter Abwägung von Nutzen und Risiken geprüft werden [2].

Im Fall einer temporären Befestigung von festsitzendem Zahnersatz ist der Patient aufzuklären. Vor dem temporären Befestigen einer definitiven Restauration müssen folgende Fragen geklärt werden:

- Handelt es sich um eine zahn- oder um eine implantatgestützte Versorgung?
- Eignet sich der Werkstoff, aus dem die definitive Restauration hergestellt wurde, zum temporären Befestigen?
- Welcher definitive Befestigungswerkstoff soll später zum Einsatz kommen?

Zahngestützte Restaurationen

Rekonstruktionen auf der Basis von metallischen Werkstoffen

Definitive Versorgungen auf der Basis von metallischen Werkstoffen können in der Regel temporär befestigt werden. Die Eigenfestigkeit der Restauration reicht aus, um auch in Kombination mit Befestigungsmaterialien geringer Druckfestigkeit und Retention, den Kaukräften zu widerstehen [3-5]. Der Halt auf dem Zahnstumpf wird durch die Geometrie der Präparation gesichert [6]. Demgegenüber benötigen minimal-invasive Brückenkonstruktionen aus metallischen Werkstoffen (Adhäsiv-Brücke) zur Befestigung zwingend einen adhäsiven Verbund. Sie eignen sich daher nicht zum Probetragen [7-9].

Vollkeramische Restaurationen

Für Restaurationen aus Glaskeramik wird eine temporäre Zementierung nicht empfohlen. Um eine Fraktur unter Kaulast zu vermeiden, müssen diese Versorgungen durch einen adhäsiven Verbund zum Zahn



Fotos: Wald, Winkler

Entfernung des temporären Befestigungszementes am Teleskopprovisorium Zahn 13.

gestützt werden. Inwieweit Restaurationen aus Oxidkeramiken (Al_2O_3 , ZrO_2) Probe getragen werden können, ist derzeit nicht vollständig geklärt. Erste Erfahrungen mit Zirkoniumdioxid zeigten bisher kein erhöhtes Frakturrisiko [12]. Das Hauptproblem bei vollkeramischen Restaurationen besteht beim Probetragen darin, die Versorgung ohne Beschädigung zum definitiven Einsetzen vom Zahnstumpf zu lösen.

Auswahl des temporären Befestigungswerkstoffes

Viele Publikationen belegen einen negativen Einfluss der Rückstände von temporären Befestigungsmaterialien auf die Haftung und Abbindereaktion der nachfolgend verwendeten definitiven Befestigungswerkstoffe [13-23]. Daher wurden zahlreiche Vorschlä-

ge zur optimalen Reinigung der Dentin- und Schmelzoberflächen von Rückständen des temporären Befestigungsmaterials beschrieben [23-26]. Von allen Maßnahmen scheint die Reinigung der Zahnoberfläche mit einer geeigneten Reinigungspaste (wie Bimsstein, Schlemmkreide) den größten Erfolg zu erzielen [23,24]. Die ausschließliche Reinigung der Zahnoberfläche beziehungsweise Entfernung der Reste des temporären Befestigungswerkstoffes mit Scalern oder Detergentien wird als unzureichende Maßnahme eingestuft [14,17,23,24].

Die Abbindereaktion klassischer Befestigungszemente, wie zum Beispiel Zinkphosphat- oder Glasionomere, wird durch temporäre Befestigungsmaterialien nicht beeinträchtigt. Dies ist nicht ohne Weiteres auf Befestigungswerkstoffe übertragbar, die ein Schmelz-/Dentin-Adhäsivsystem voraussetzen. Insbesondere können eugenol-haltige Präparate die Polymerisation von methacrylat-basierten Dentinadhäsiven und Befestigungswerkstoffen auf Kompositbasis beeinträchtigen [15,16]. Daher wird in diesen Fällen empfohlen, auf eugenol-haltige temporäre Zemente zu verzichten und eugenol-freie Präparate auszuwählen. Obwohl nicht alle Publikationen zeigen, dass die Rückstände eugenol-haltiger Zemente den adhäsiven Verbund negativ beeinträchtigen [22], sollte man auf ihre Verwendung im Zweifelsfall verzichten.

Implantatgestützte Restaurationen

Metall-verstärkte Restaurationen werden seit Jahren in der Implantologie routinemäßig temporär befestigt [22-30]. Es finden sich aber nur sehr wenige klinische Studien, die diese Vorgehensweise stützen [29]. Ebenfalls ungeklärt ist auch die Frage, ob Kronen und Brücken aus Zirkoniumdioxid in Analogie zu Versorgungen aus metallischen Werkstoffen temporär auf Implantatabutments befestigt werden können. Bisher wurde die Möglichkeit einer potentiell erhöhten Frakturgefahr temporär befestigter vollkeramischer Kronen oder Brücken nicht ausreichend untersucht. Die Frage, welcher temporäre Befestigungswerkstoff zum Einglie-

dem von festsitzenden Restaurationen auf Implantatabutments geeignet ist, ist in der Literatur umstritten. Zemente auf der Basis von Eugenol scheinen eine höhere Retentionskraft aufzuweisen als eugenol-freie Präparate [31,32]. Die potentielle Eignung eines temporären Befestigungsmaterials hängt davon ab, wie viel Retentionskraft benötigt wird, um die Restauration unter Kau-last in Funktion zu halten, und wie wenig Retention die Restauration haben darf, um sie bei Bedarf zerstörungsfrei vom Abutment abzunehmen. Faktoren wie Stumpf-geometrie (Winkel, Fläche, Stumpflänge), Stumpfgenaugigkeit, Stumpfmaterial beziehungsweise Restaurationswerkstoff (Edel-metall, Nichtedelmetall, Keramik) bestimmen die Materialauswahl [28-33]. Kontrovers wird auch die Frage diskutiert, ob temporäre Befestigungsmaterialien die Fuge zwischen Abutment und Restauration



Teleskopprovisorium Zahn 13 nach dem Versäubern und Entfernen der Zementreste.

gegen das Eindringen von Mikroorganismen abdichten. Es ist aus In-vitro-Studien bekannt, dass temporäre Befestigungswerkstoffe nicht randdicht sind [34,35]. Inwiefern die mangelnde Abdichtung und nachfolgend eindringende Mikroorganismen

zu einer Periimplantitis führen können und damit langfristig den Implantaterfolg in Frage stellen, ist derzeit nicht abschätzbar [35-37]. Eine engmaschige Kontrolle temporär befestigter Implantatversorgungen wird daher empfohlen.

*Prof. Dr. Michael Behr
Prof. Dr. Gerhard Handel
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Franz Josef-Strauss-Allee 11
93053 Regensburg*

*Priv.-Doz. Dr. Markus Balkenhol
Zentrum für ZMK-Heilkunde Dental Clinic
Bereich Werkstoffkunde
Schlangenzahl 14, 35392 Giessen
e-mail: markus.balkenhol@dentist.med.uni-giessen.de*



Die Literaturliste kann im Bereich Download auf www.zm-online.de abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

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

Heben Sie diese Seite für einen Fall aus Ihrer Praxis auf

--	--	--

◀ Graue Felder nicht ausfüllen!
▼

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

Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation): lebensbedrohlich: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> aufgetreten am: _____ Dauer: _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table>																				

Arzneimittel/Werkstoff:	Dosis, Menge	Applikation	wegen	BfArM-Nr.																
1. _____				<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table>																
2. _____				<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table>																
3. _____				<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table>																
4. _____				<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table>																

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel ① ② ③ ④	dieses früher gegeben ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	vertragen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ggf. Reexposition neg. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table>				

Allgemeinerkrankung: behandelt mit: _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table>												

Anamnestische Besonderheiten: Nikotin <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Kontrazeptiva <input type="checkbox"/> Arzneimittelabusus <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gegen: _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table>												

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung: _____

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung: wiederhergestellt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit Defekt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Exitus <input type="checkbox"/> (ggf. Befund beifügen) Todesursache: _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table>				

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

Bericht erfolgte zusätzlich an: BfArM <input type="checkbox"/> , Hersteller <input type="checkbox"/> , Arzneimittel-Komm. Ärzte <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/>	Beratungsbrief erbeten <input type="checkbox"/>
--	---

Name des Zahnarztes (evtl. Stempel)	Klinisch tätig? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Datum: _____
Unterschrift		

Differentialdiagnose der Wangenschwellung

Radikuläre Zysten des Oberkiefers

Tobias Vollkommer, Corinna Lang-Schwarz, Martin Gosau, Torsten E. Reichert



Abbildung 1:
Aufnahme en face (a)
und von unten (b)
präoperativ: nicht
druckdolente, prall
elastische Schwellung
im Bereich der linken
Wange

Ein 56-jähriger Patient wurde mit einer seit Monaten langsam größenprogredienten, nicht schmerzhaften Wangenschwellung links vom Hausarzt überwiesen (Abbildung 1). Bei der klinischen Untersuchung imponierte extraoral eine 4 x 4 cm² große, prall elastische Schwellung der Wange links ohne Rötung, Überwärmung oder wesentliche Druckdolenz bei Normästhese des N. infraorbitalis beidseits. Eine Nasenatmungsbehinderung bestand nicht. Intraoral zeigte sich ein kariös zerstörtes adultes Lückengebiss mit multiplen Wurzelresten und mehreren nicht erhaltungswürdigen Zähnen. Die Wurzelreste sowie die Zähne 23, 25, 47 und 48 reagierten im Kälteprovokationstest negativ und waren perkussionsnegativ. Ferner fiel eine vestibuläre und palatinale Auftreibung des Vestibulums und des harten Gaumens in regio 22 bis 25 auf. Das durchgeführte Orthopantomogramm (Abbildung 2) ließ mehrere rundliche, scharf begrenzte Radioluzenzen im Bereich des Oberkiefers apikal der Zähne 13 bis 15 und der Zähne 12 bis 26 erkennen.



Abbildung 2: Orthopantomogramm (OPG) präoperativ: rundliche, scharf begrenzte zystische Raumforderungen mit Sklerosierungssaum, im ersten Quadranten 4 x 3 cm² messend, am ehesten ausgehend von Wurzelrest 13, im zweiten Quadranten 5 x 4 cm² und 1,5 x 1,5 cm² messend, ausgehend von Zähnen 23 und 25 mit Projektion auf die Sinus maxillares

Der aktuelle klinische Fall

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

Die veranlasste Computertomographie zeigte ausgedehnte zystische Prozesse im Oberkiefer beidseits mit expansivem, verdrängendem Wachstum und Ausdehnung in die Sinus maxillares beidseits sowie linksseitig bis in die Weichteile der Wange bei deutlicher Ausdünnung und teilweiser Destruktion der Corticalis (Abbildung 3).

Bei der sich anschließenden Operation in Intubationsnarkose erfolgte auf der rechten Seite eine Kieferhöhlenoperation mit Zystektomie wobei die Knochenhöhle zur Nebenbucht der Kieferhöhle gemacht wurde. In regio 12 bis 26 wurden Zystektomien durchgeführt. Zusätzlich wurden sämtliche Wurzelreste und nicht erhaltungswürdigen Zähne entfernt (Abbildung 4).

Die histopathologische Begutachtung der Präparate ergab ausgedehnte radikuläre Zysten (Abbildung 5).

Bei der radiologischen Kontrolle nach einem halben Jahr zeigten sich die

Radioluzenzen deutlich rückläufig, klinisch fanden sich unauffällige Verhältnisse.

Diskussion

Die radikuläre Zyste ist eine in der Regel einkammerige sich auf einer entzündlichen Basis bildende odontogene Zyste, die sich durch Proliferation aus einem apikalen Granulom, seltener einer Parodontitis, durch Einwachsen des Epithels aus Malassez-Epithelnestern, den Resten der Hertwig-Epithelscheide oder des Saumepithels entwickelt [Regezi 2008]. Die radikuläre Zyste ist mit 50 bis 80 Prozent die häufigste odontogene Zyste. Sie ist im Oberkiefer etwa doppelt so häufig vertreten wie im Unterkiefer [Meningaud et al., 2006; Tortorici et al., 2008]. Pathohistologisch ist ein dreischichtiger Wandaufbau charakteristisch. Die innere epitheliale Schicht besteht aus einem mehrschichtigen Plattenepithel, daran angren-

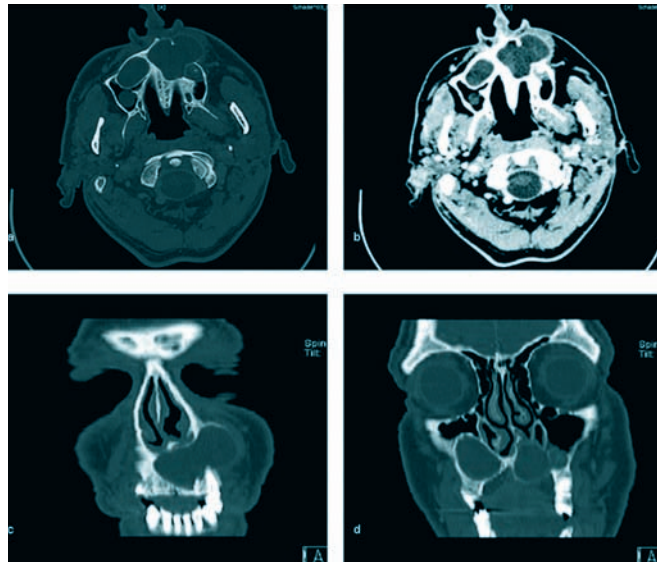


Abbildung 3:
CT präoperativ axial und coronar: Darstellung von zystischen Raumforderungen des Oberkiefers, rechts mit einer Ausdehnung von circa $3,0 \times 2,7 \times 1,8 \text{ cm}^3$, links von $4,0 \times 3,1 \times 2,5 \text{ cm}^3$ mit expansivem Wachstum und Ausdehnung in den Sinus maxillaris sowie bis in die Weichteile der Wange bei deutlicher Ausdünnung und teilweiser Destruktion der Corticalis; ferner kleiner zystischer Prozess in regio 26 mit einem Durchmesser von etwa $1,5 \text{ cm}$

ger Wandaufbau charakteristisch. Die innere epitheliale Schicht besteht aus einem mehrschichtigen Plattenepithel, daran angren-

zend findet sich oftmals eine Zone entzündlichen Infiltrats und abschließend kollagenfaserreiches, zellarmes Bindegewebe.

Zur Differentialdiagnose der Wangenschwellung müssen Ursachen entzündlicher, zystischer und neoplastischer Genese berücksichtigt werden. Akute entzündliche Prozesse wie Abszesse weisen in der Regel die klassischen Entzündungszeichen sowie erhöhte laborchemische Entzündungsparameter auf, worauf im hier vorliegenden Fall nichts hindeutete. Des Weiteren sind odontogene und nicht odontogene Tumoren so-

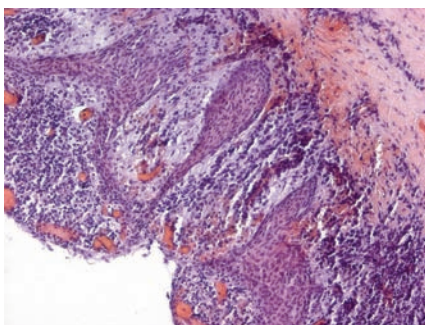
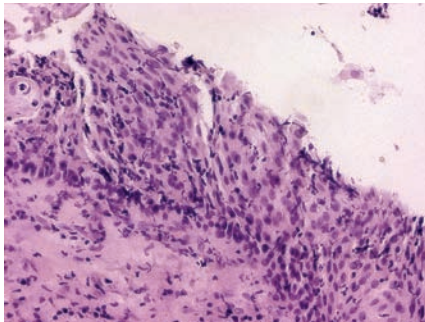
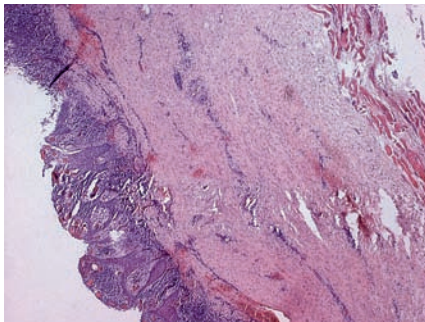


Abbildung 5: Histopathologischer Befund:
a: Übersichtsaufnahme (HE x 50); mit mehrschichtigen Plattenepithelien ausgekleidete Zyste mit narbig fibrosiertem und sklerosiertem Zystenbalg mit starker chronischer und florider Entzündung ohne Anhalt für Malignität
b: Anteile eines Zystenbalgs mit Auskleidung durch ein mehrschichtiges Plattenepithel (HE x 100);
c: Zystenbalg mit dichtem, vor allem lymphozytärem Begleitinfiltat (HE x 200)

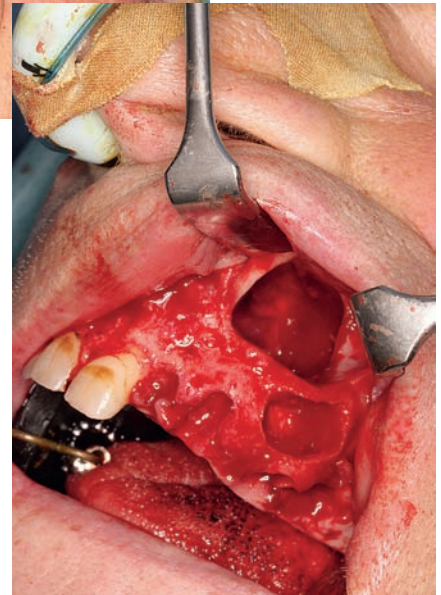
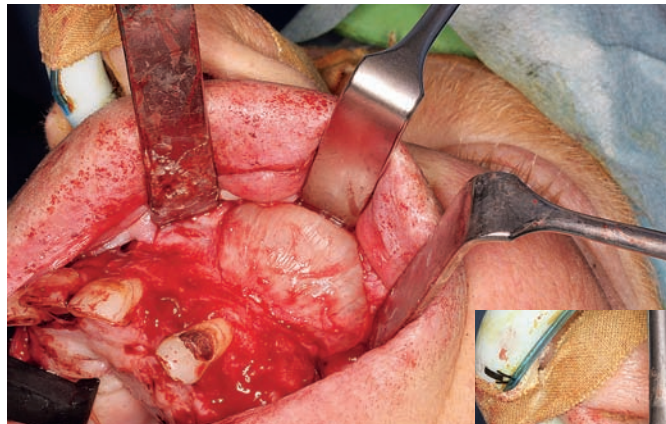


Abbildung 4:
Situs intraoperativ nach Darstellung der zystischen Raumforderung im Oberkiefer links (a) und nach Entfernung derselben (b)

wie benigne und maligne Neoplasien abzugrenzen. Zu den häufigsten Neubildungen epithelial-odontogenen Ursprungs zählen der keratozystisch odontogene Tumor (KZOT) und das Ameloblastom [Blanas et al., 2000; Neville et al., 2002; Reichart und Jundt, 2008]. Bei den benignen Neubildungen kommen insbesondere monomorphe und pleomorphe Speicheldrüsenadenome in Frage. Den häufigsten malignen Tumor der Nasennebenhöhlen stellt das Plattenepithelkarzinom dar, gefolgt von den malignen Speicheldrüsentumoren, wie dem adenoidzystischen Karzinom, dem Mukoepidermoidkarzinom und den Adenokarzinomen. Des Weiteren können verschiedene benigne und maligne Knochentumoren odontogener oder nicht odontogener Abstammung sowie tumorähnliche Entitäten im Kieferbereich zu Wangenschwellungen führen [McIntosh et al., 2008; Jundt und Reichart, 2008]. Aufgrund der relativ eindeutigen Beziehung zu den kariös zerstörten Zähnen, der wegweisenden klinischen Untersuchung mit negativem Kälteprovokationstest der Zähne und des nicht destruirenden zystischen Wachstums der Raumforderung erscheint im vorliegenden Fall die Diagnose einer radikulären Zyste nahe zu liegen. Eine follikuläre Zyste als zweithäufigster Zysten-typ ließe radiologisch eine perikoronare Aufhellung um einen retinierten Zahn oder Zahnkeim erwarten und ist häufiger im Unterkiefer als im Oberkiefer lokalisiert.

Da der klinische und radiologische Befund aber keineswegs beweisend ist, sollte nach einer erfolgten dreidimensionalen Größenbestimmung mittels Computertomogra-

phie die pathohistologische Begutachtung des entfernten Gewebes erfolgen.

Therapeutisch ist bei radikulären Zysten bis zu einem Durchmesser von 10 mm und Erhaltungswürdigkeit des schuldigen Zahnes ein endodontischer Behandlungsversuch möglich. Bei ausbleibendem Behandlungserfolg und größeren radikulären Zysten ist eine Operation, die im wesentlichen auf die von Partsch beschriebenen Verfahren der Zystostomie (Partsch I) und Zystektomie (Partsch II) zurückgeht, die Therapie der Wahl [Partsch, 1892, Partsch, 1910]. Letzterer ist in der Regel der Vorzug zu geben, insbesondere bei allseitig knöchern begrenz-



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

ten Zysten und wenn das Risiko der Schädigung von Nachbarstrukturen gering ist. Der Zystektomie liegt das Prinzip der vollständigen Entfernung des Zystenbalgs mit dichtem Verschluss der Wunde zugrunde. Die entstehende geschlossene Knochenhöhle kann durch Eigenblut, Kollagen, allogene oder xenogene Knochenersatzmaterialien oder bei ausgedehnten Zysten mit autologem Knochen gefüllt werden. Eine Zystostomie dagegen basiert auf einer offenen Behandlung der Zyste mit lediglich partieller Entfernung des Zystenbalgs, die dadurch zu einer Nebenbucht der Mundhöhle wird. Sie ist indiziert, wenn eine vollständige Entfernung nicht möglich oder das Risiko der Verletzung von Nachbarstrukturen gegeben ist, geht jedoch mit einer langen Nachbehandlungsdauer und dem Risiko, Anteile eines KZOT, Ameloblastoms oder Karzinoms auf dem Boden einer odontogenen Zyste zu übersehen, einher. Die Nachbehandlung erfolgt durch ein ausreichend langes Offenhalten der Knochenhöhle mit Hilfe von Tamponaden oder eines Obturators, bis durch knöcherne Regeneration eine muldenförmige Abflachung erreicht ist. Bei Zysten des Oberkiefers entsprechender Ausdehnung und Lokalisation empfiehlt sich eine Zystan-

Fazit für die Praxis

- Differentialdiagnosen einer Schwellung der Wange sind neben radikulären Zysten wie follikuläre oder residuale Zysten, der keratozystisch odontogene Tumor, benigne und maligne odontogene Tumoren sowie maligne Neoplasien unter anderem der Nasennebenhöhlen und der kleinen Speicheldrüsen.
- Raumforderungen des Oberkiefers und der Nasennebenhöhlen zeigen häufig ein klinisch und radiologisch unspezifisches Erscheinungsbild und bedürfen daher einer ausreichenden klinischen, radiologischen und histopathologischen Abklärung.
- Radikuläre Zysten können multipel auftreten und große Dimensionen erreichen. Den entfernten Zystenbalg gilt es histopathologisch zu untersuchen, um andere Entitäten auszuschließen.

trostomie, Antrozystektomie oder Rhinostomie, das heißt die Vereinigung des Zystenlumens mit der Kieferhöhle oder der Na-

senhauptehöhle, wenn keine Zystektomie erfolgen kann [Waßmund, 1927, Lindorf, 1974; Loebell, 1948].

Unabhängig von der Wahl des Operationsverfahrens sollte der Patient in Abhängigkeit des pathologisch-anatomischen Gutachtens wegen des Risikos der Rezidivierung und malignen Transformation in regelmäßigen Abständen klinisch und radiologisch nachuntersucht werden.

*Tobias Vollkommer
Dr. Dr. Martin Gosau
Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie
Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg
martin.gosau@klinik.uni-regensburg.de*

*Dr. Corinna Lang-Schwarz
Institut für Pathologie
Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg*



Die Literaturliste kann im Bereich Download auf www.zm-online.de abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.

Der besondere Fall

Bisphosphonat-assoziierte Osteonekrose des Unterkiefers

Sven Otto, Sigurd Hafner, Michael Ehrenfeld, Christoph Pautke

Bisphosphonat-assoziierte Osteonekrosen der Kiefer haben sich zu einem weithin bekannten und ernsthaften klinischen Problem entwickelt, insbesondere bei der Behandlung von Patienten mit malignen Grunderkrankungen und intravenöser Applikation von stickstoffhaltigen Bisphosphonaten. Der folgende Fallbericht diskutiert wesentliche klinische Symptome, die bereits im Frühstadium der Erkrankung auftreten können, und die Fluoreszenz-orientierte Nekroseabtragung als innovative chirurgische Therapieoption.



Abbildung 1a: intraoraler Befund: Fistelbildung im Bereich der attached Gingiva vestibulär des asensiblen Zahnes 47 (Testung mit Kohlendioxidschnee) mit Pusaustritt bei Kompression

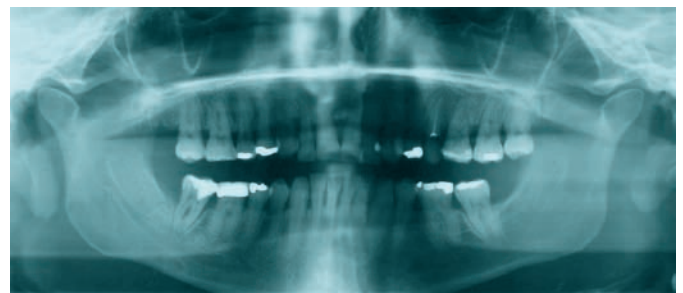


Abbildung 1b: präoperatives Orthopantomogramm mit diskret ausgeprägten, radioopak und radiolucent gemischten Arealen in regio 46/47 sowie Erweiterung des Parodontalspalts des Zahnes 47 und verstärkter Zeichnung der Lamina dura. Ein Sequester lässt sich nicht abgrenzen.

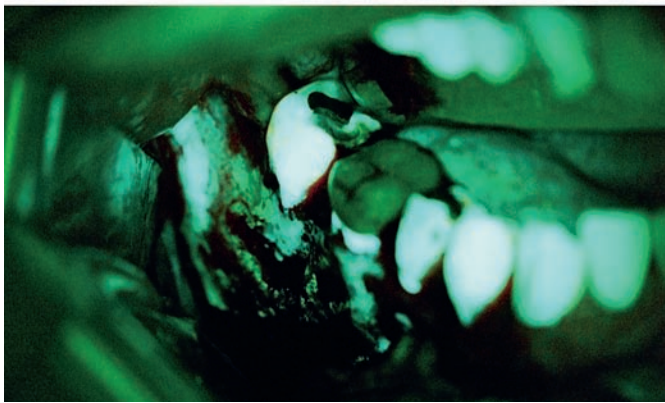
Die Erstbeschreibung Bisphosphonat-assoziiierter Osteonekrosen erfolgte 2003 etwa zeitgleich in drei verschiedenen Beiträgen [Marx, 2003; Wang et al., 2003; Migliorati, 2003]. Seither haben sich Bisphosphonat-assoziierte Osteonekrosen des Kiefers zu einer ernsthaften Nebenwirkung entwickelt, von der insbesondere onkologische Patienten

mit intravenöser Applikation stickstoffhaltiger Bisphosphonate betroffen sind. Die Diagnosekriterien einer eigens eingerichteten Taskforce der American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS) beinhalten erstens eine aktuelle oder frühere Therapie mit Bisphosphonaten, zweitens die Anwesenheit von exponiertem nekroti-

schen Knochen im Kiefer-/Gesichtsbereich sowie drittens die fehlende Anamnese einer therapeutischen Bestrahlung in dieser Region [AAOMFS, 2007]. Entsprechend der aktuellen Klassifizierung kann eine Bisphosphonat-assoziierte Osteonekrose auch dann diagnostiziert werden, wenn kein intra- oder extraoral exponierter Knochen vorliegt, sofern typische klinische oder radiologische Zeichen der Bisphosphonat-assoziierten Osteonekrose nachweisbar sind (Stadium 0) [Ruggiero et al., 2009].

Die meisten bisher publizierten Fälle Bisphosphonat-assoziiierter Osteonekrosen traten bei Patienten mit malignen Grunderkrankungen, insbesondere Mamma-Karzinomen, multiplen Myelomen und Prostata-Karzinomen, auf, die eine intravenöse Behandlung mit stickstoffhaltigen Bisphosphonaten (zum Beispiel: Zoledronat, Pamidronat und Ibandronat) erhielten [Bamias et al., 2005; Abu-Id et al., 2008]. Das klinische Bild Bisphosphonat-assoziiierter Osteonekrosen kann stark variieren, wobei neben dem intra- oder extraoral exponierten Knochen, der das Leitsymptom der Erkrankung darstellt, auch Schmerzen, Schwellungen und entzündliche Veränderungen bis hin zum Abszess, auftreten können [Khosla et al., 2007; Abu-Id et al.,

2008]. Aktuelle wissenschaftliche Arbeiten thematisieren intraorale Fistelbildungen sowie eine Beeinträchtigung der Sensibilität im Versorgungsgebiet des Nervus alveolaris inferior (Vincent'sches Zeichen) als mögliche Frühsymptome Bisphosphonat-assoziiierter Osteonekrosen [Otto et al., 2009; Mawardi et al., 2009]. Im Spätstadium der



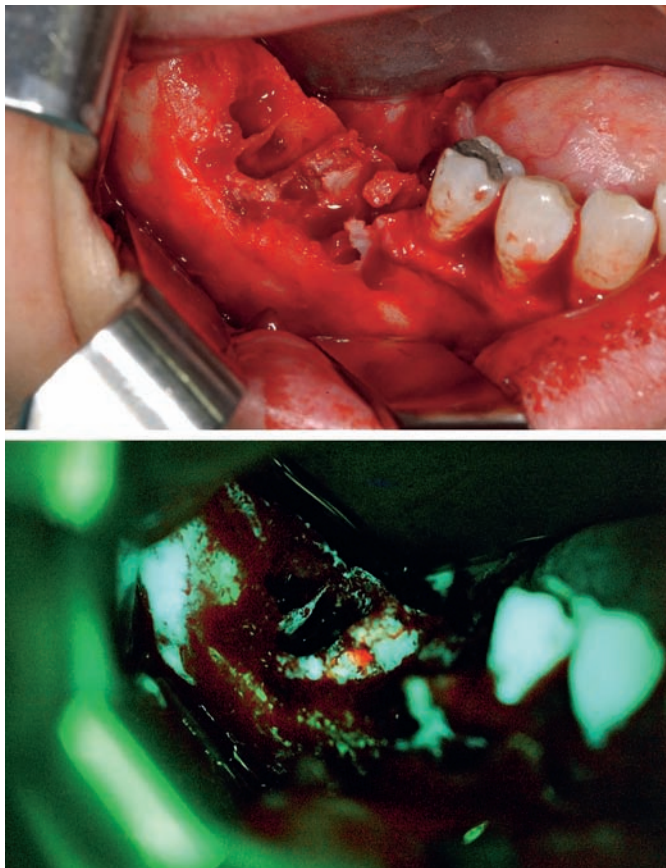
Abbildungen 2a und b: klinisches (a) und korrespondierendes fluoreszenzoptisches (b) Bild des intraoperativen Situs nach Darstellung des vestibulären Alveolarfortsatzes von regio 44 bis 47 mit Arrosion der vestibulären Kompakta in regio 46, 4. Der betreffende Knochen zeigt keine Fluoreszenz.

Erkrankung kann es im Unterkiefer durch Strukturschwächungen zu pathologischen Frakturen, im Oberkiefer zur Beteiligung der Kieferhöhle im Sinne einer Sinusitis oder einer Mund-Antrum-Verbindung kommen. Da die Mehrzahl der klinischen Symptome unspezifisch ist, spielen differentialdiagnostische Überlegungen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass ein Großteil der betroffenen Patienten an malignen Grunderkrankungen leidet, eine erhebliche Rolle.

Fallbericht

Eine 47-jährige Patientin wurde aufgrund von Schmerzen im Bereich des Unterkiefers rechts sowie einer seit zwei Monaten bestehenden, zunehmenden Beeinträchtigung der Sensibilität im Bereich der Unterlippe rechts in unsere Klinik überwiesen. Mehrere bereits alio loco initiierte antibiotische Therapieversuche mit Augmentan (Amoxicillin/Clavulansäure) sowie Sobelin (Clindamycin) waren nicht erfolgreich und wurden von der Patientin aufgrund von Unverträglichkeiten abgesetzt.

Die allgemeine Anamnese der Patientin ergab das Vorliegen eines skelettal metastasierenden Mamma-Karzinoms (Erstdiagnose: 1996). Die Patientin wurde nach Ablatio mammae rechts im Bereich der Axilla rechts bestrahlt und erhielt mehrere Chemotherapie-Zyklen. Aufgrund einer Wirbelkörpermetastase mit anschließender Spondylodese sei es zu einer inkompletten Querschnittssymptomatik ab Th 6 gekommen. Die Medikamentenanamnese der Patientin ergab eine von 2000 bis 2005 erfolgte intravenöse Therapie mit Zoledronat 4 mg (vierwöchentlich), seit 2005 Therapie mit Ibandronat 6 mg intravenös (vierwöchentlich). Die extraorale Untersuchung der Patientin bestätigte eine ausgeprägte Hypästhesie im Bereich der Unterlippe rechts mit teilweise eingeschränkter / teilweise aufgehobener Spitz-Stumpf-Diskrimination. Die intraorale Untersuchung ergab das Vorliegen einer Fistel im Vestibulum regio 47 (siehe Abbildung 1a). Bei Palpation dieses druckdolentem Areals kam es zum Austritt von Pus. Die Zähne 46 und 47 erwiesen sich als asensibel. Die radiologische Untersuchung



Abbildungen 3a und b: klinisches (a) und korrespondierendes fluoreszenzoptisches (b) Bild des intraoperativen Situs nach Extraktion der Zähne 46 und 47. Es fällt ein nekrotisches und unvollständig sequestriertes Knochenareal im lingual-interradikulären Bereich der Zähne 46 und 47 mit verminderter Fluoreszenz auf. Die hier sichtbare rötliche Fluoreszenz wird typischerweise durch die bakterielle Besiedlung verursacht.

(Orthopantomogramm (siehe Abbildung 1b) und digitale Volumentomographie) zeigten gemischt radioluzente und radiopaque Areale in regio 46/47 in unmittelbarer Nähe des Canalis mandibulae rechts.

Vor dem Hintergrund der anamnestischen Angaben (skelettal metastasierendes Mamma-Karzinom und intravenöse Therapie mit Bisphosphonaten), den klinischen Befunden (ausgeprägte Hypästhesie im Versorgungsgebiet des Nervus alveolaris inferior rechts und Fistelbildung mit Pusaustritt) sowie den beschriebenen radiologischen Befunden ergab sich der Verdacht auf das Vorliegen einer Bisphosphonat-assoziierten Osteonekrose des Unterkiefers rechts. Differentialdiagnostisch kam vor allem eine metastatische Infiltration durch das bekannte skelettal metastasierende Mamma-Karzinom der Patientin in Frage.

Nach Aufklärung der Patientin über die Verdachtsdiagnosen sowie Besprechung der therapeutischen Alternativen erfolgte die Entscheidung zur chirurgischen Intervention, wobei präoperativ eine antibiotische

Therapie mit Doxycyclin 100 mg (1-0-1) oral empfohlen wurde, die neben der antimikrobiellen Wirkung eine intraoperative Visualisierung von vitalen und nekrotischen Knochenarealen, wie von Pautke et al. beschrieben, ermöglicht [Pautke et al., 2009 a].

Nach dieser Vorbehandlung einschließlich lokal desinfizierender Spülungen erfolgte die stationäre Aufnahme der Patientin zur Exploration des Unterkiefers rechts regio 44 bis 48, zur Extraktion der Zähne 46 und 47, die sich im Bereich des nekrotischen Knochens befanden, und zur Fluoreszenz-orientierten Nekroseabtragung (intraoperativer Situs siehe Abbildungen 2 bis 4), wobei diese auf der Anreicherung sowie den Fluoreszenz-Eigenschaften der präoperativ verabreichten Tetrazyklin-Präparate beruht und intraoperativ als ein wertvolles Instrument zur Unterscheidung von vitalem und nekrotischem Knochen genutzt werden konnte. Nach abschließender modellierender Osteotomie scharfer Knochenkanten erfolgte die plastische Deckung der Wunde. Der postoperative Verlauf gestaltete sich

unter intravenöser antibiotischer Therapie mit Augmentan (2,2 g, 1-1-1) komplikationslos. Auffällig war eine bereits am zweiten und dritten postoperativen Tag deutliche Besserung der Sensibilität im Bereich der Unterlippe rechts. Am vierten postoperativen Tag konnte die Patientin bei regelrechten Wundverhältnissen aus unserer stationären Behandlung entlassen werden. Im Rahmen weiterer ambulanter Kontrollen zeigte sich ein regelrechter Heilungsverlauf (siehe Abbildungen 5a und b) sowie eine nahezu vollständige Normalisierung der Sensibilität im Bereich der Unterlippe rechts. Die histologische Aufarbeitung des eingesandten Gewebes bestätigte das Vorliegen nekrotischen Knochens sowie Zeichen einer chronischen Entzündung. Die klinische Verdachtsdiagnose Bisphosphonat-assoziierte Osteonekrose des Unterkiefers rechts wurde somit bestätigt. Hinweise für eine metastatische Infiltration durch das vorbekannte Mamma-Karzinom ergaben sich nicht.

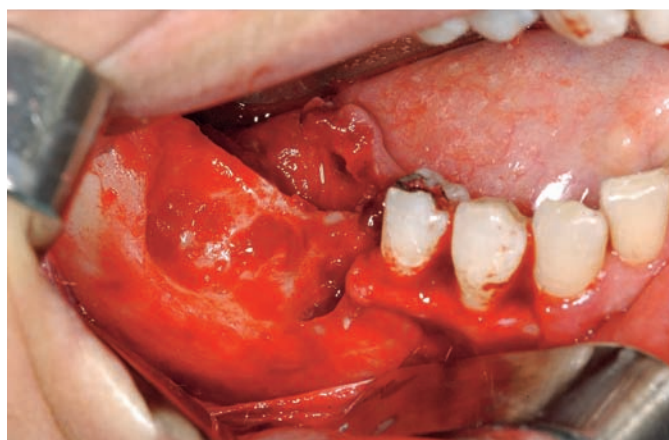
Diskussion

Gefühlsstörungen im Versorgungsgebiet des Nervus alveolaris inferior im Rahmen von entzündlichen Veränderungen des Unterkiefers sind ein seit Langem bekanntes Phänomen und wurden erstmals 1896 von Vincent beschrieben [Vincent, 1896]. Die Beteiligung des Nervus alveolaris inferior im Sinne einer Hypästhesie oder Anästhesie wurde jüngst als ein zwar seltenes, jedoch charakteristisches Zeichen Bisphosphonat-assoziiierter Osteonekrosen hervorgehoben, das im Frühstadium der Erkrankung oder sogar als Initialsymptom auftreten kann [Otto et al., 2009]. Da die Mehrzahl der Patienten mit Bisphosphonat-assoziiierter Osteonekrose des Kiefers an einer malignen Grunderkrankung leidet und die Bisphosphonatgabe zumeist zur Prävention oder Therapie der skelettalen Metastasierung dient, muss differentialdiagnostisch eine metastatische Infiltration des Kieferknochens ausgeschlossen werden. Auch die in unserem Fall vorliegende Fistelbildung wurde kürzlich als typisches Frühsymptom Bisphosphonat-assoziiierter Osteonekrosen charakterisiert [Mawardi et al., 2009]. Da

die meisten klinischen Symptome Bisphosphonat-assoziiierter Osteonekrosen unspezifisch sind und neben lokal entzündlichen Veränderungen auch auf der Basis von metastatischen Infiltrationen entstehen können, ist eine histologische Abklärung dringend notwendig.

Aktuell ist nicht nur die Pathogenese Bisphosphonat-assoziiierter Osteonekrosen, vor allem das nahezu exklusive Auftreten dieser Erkrankung im Bereich der Kiefer, nicht vollständig aufgeklärt [Allen and Burr, 2009]. Es bestehen auch erhebliche Kontroversen hinsichtlich der adäquaten Therapie.

favorisieren zahlreiche neuere Arbeiten eine chirurgische Intervention [Montebugnoli et al., 2007; Stanton and Balasanian, 2009; Carlson and Basile, 2009; Pautke et al., 2009a], wobei nach präoperativer antibiotischer Therapie eine Entfernung des gesamten nekrotischen Knochens mit anschließender plastischer Deckung sowie postoperativer antibiotischer Therapie empfohlen wird [Otto et al., 2009]. Ein wesentliches Problem dieses Vorgehens besteht in der intraoperativen Visualisierung und Unterscheidung von vitalem und nekrotischem Knochen. Aktuell konnte nachgewiesen



Abbildungen 4a und b: klinisches (a) und korrespondierendes fluoreszenzoptisches (b) Bild des intraoperativen Situs nach weitgehender Abtragung der nekrotischen Knochenanteile vor dem Glätten scharfer Knochenkanten. Es zeigt sich eine deutliche Fluoreszenz nach Nekroseabtragung. Die im fluoreszenzoptischen Bild erkennbare Fluoreszenzauslöschung in den zentralen Arealen der Knochenwundhöhle ist durch die Knochenblutung bedingt. Intraoperativ war unter Absaugung des Blutes auch in diesen Bereichen eine deutliche Fluoreszenz erkennbar.

Einige Autoren, insbesondere aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum, empfehlen weitgehend konservative Therapie-Schemata, die langzeitige Antibiotikagaben, lokal desinfizierende Spülungen und lediglich oberflächliche Kürettagen beinhalten [Khosla et al., 2007], obwohl unter dieser Therapie nur selten eine Abheilung der Schleimhäute erreicht werden kann [Bamias et al., 2005]. Im Unterschied dazu

werden, dass das Auftreten von Blutungen aus dem Knochen kein sicheres Zeichen für die Vitalität der betreffenden Areale darstellt, da auch in diesen Bereichen histologisch nekrotischer Knochen nachgewiesen werden konnte [Pautke et al., 2009a, Pautke et al., 2009b]. Eine Optimierung der intraoperativen Unterscheidbarkeit von vitalem und nekrotischem Knochen ermöglicht die vor Kurzem von zwei Arbeitsgruppen



Abbildung 5a:
intraoraler Befund vier
Wochen postoperativ:
Es zeigen sich reizlose
Wundverhältnisse
ohne Anhalt für eine
Dehiscenz oder
Entzündung.

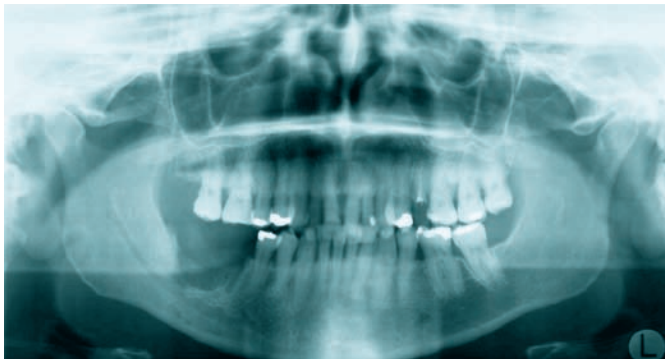


Abbildung 5b:
postoperatives Ortho-
pantomogramm
mit Radioluzenz im
Sinne des knöchernen
Defekts nach Fluores-
zenz-orientierter
Nekroseabtragung

unabhängig voneinander beschriebene Fluoreszenz-orientierte Nekroseabtragung, deren Prinzip auf der Anreicherung eines Tetrazyklin-Derivats (Doxicyclin) im Bereich vitalen Knochens nach vorheriger oraler Applikation beruht [Fleisher et al., 2008, Pautke et al., 2009a]. Intraoperativ kann das eingelagerte Doxicyclin aufgrund seiner Fluoreszenz-Eigenschaften mithilfe einer leistungsstarken Fluoreszenz-Lampe (Velscope) visualisiert werden. Dies führt intraoperativ zu einer erheblichen Vereinfachung der Abgrenzung von vitalem und nekrotischem Knochen und erleichtert somit die Festlegung der Abtragungsgrenzen. Erste klinische Ergebnisse sowie die ersten Ergebnisse einer Pilotstudie sind vielversprechend.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Auftreten einer Hyp- oder Anästhesie im Versorgungsgebiet des Nervus alveolaris inferior sowie von intra- oder extraoralen Fisteln bei Patienten, die intravenöse Darreichungsform von Bisphosphonaten aufgrund von malignen Grunderkrankungen erhalten, Symptome Bisphosphonat-assoziiertes Osteonekrosen darstellen,

die auch im frühen Stadium der Erkrankung auftreten können. Eine Erkennung dieser Frühstadien auch durch die behandelnden Zahnärzte ist von besonderer Bedeutung, da bei früher Intervention günstigere Heilungsaussichten bestehen und die resultierenden knöchernen Defekte weniger ausgeprägt sind als bei Therapie von Spätstadien [Vescovi et al., 2008; Mawardi et al., 2009]. Differentialdiagnostisch muss bei Patienten, die Bisphosphonate aufgrund von malignen Grunderkrankungen erhalten, generell an das Vorliegen einer metastatischen Infiltration gedacht werden. Eine histologische Abklärung ist daher zwingend erforderlich.

Die Therapie Bisphosphonat-assoziiertes Osteonekrosen sollte an spezialisierten Zentren erfolgen. Nach anfänglich konservativen Therapieempfehlungen ist aktuell ein Trend zur früheren chirurgischen Intervention mit günstigeren Heilungsaussichten und weniger ausgeprägten knöchernen Defekten erkennbar. Die vor Kurzem beschriebene Methode der Fluoreszenz-orientierten Nekroseabtragung zur Therapie Bisphosphonat-assoziiertes Osteonekrosen

stellt in diesem Zusammenhang eine für die Zukunft vielversprechende Methode dar [Pautke et al., 2009a].

Tipp für die Praxis

■ Hypästhesien im Versorgungsgebiet des Nervus alveolaris inferior und intraorale Fistelbildungen stellen bei Patienten unter intravenöser Bisphosphonat-Therapie typische Symptome Bisphosphonat-assoziiertes Osteonekrosen dar, die als Frühzeichen oder sogar als Initialsymptome der Erkrankung fungieren können.

■ Die Früherkennung Bisphosphonat-assoziiertes Osteonekrosen ist von entscheidender Bedeutung, da frühe Interventionen ein weniger invasives Vorgehen ermöglichen und günstigere Chancen hinsichtlich der Ausheilung bieten.

■ Da die Mehrzahl der klinischen und radiologischen Symptome Bisphosphonat-assoziiertes Osteonekrosen unspezifisch ist, muss differentialdiagnostisch eine metastatische Infiltration durch die der Bisphosphonat-Applikation häufig zugrunde liegenden malignen Grunderkrankungen in Betracht gezogen werden.

■ Daher ist es zwingend erforderlich, die durch Kürettage, Biopsie, Sequestrotomie oder Nekroseabtragung gewonnenen Gewebebestandteile einer eingehenden histologischen Aufarbeitung zuzuführen.

Dr. Sven Otto
Dr. Sigurd Hafner
Prof. Dr. Dr. Michael Ehrenfeld
PD Dr. Dr. Christoph Pautke
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie
Direktor: Prof. Dr. Dr. Michael Ehrenfeld
Ludwig-Maximilians-Universität
Lindwurmstr. 2 a
80337 München
Sven.Otto@med.uni-muenchen.de
Otto_Sven@web.de

zm Leser
service

Die Literaturliste kann im Bereich Download auf www.zm-online.de abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.

Früherkennung zahnmedizinisch vernachlässigter Kinder

Zahnärzte haben hohe Verantwortung

Reinhard Schilke, Fenja Felgenhauer, Lorenz Grigull

Kaum eine Woche vergeht, in der nicht Meldungen von misshandelten oder vernachlässigten Kindern in der Presse erscheinen. Bei 65 bis 75 Prozent dieser Kinder bestehen Verletzungen im Gesicht, im Nacken und im HNO-Bereich. Etwa die Hälfte betrifft das Gesicht und die Mundhöhle [17, 18]. Gibt es neben diesen Auswirkungen auch Anhaltspunkte dafür, dass die Zahngesundheit ein Indikator für Vernachlässigung sein kann?

Kindesvernachlässigung ist die am häufigsten auftretende und am wenigsten erkannte Gefährdungssituation. Sie wird von der Allgemeinheit, aber auch von medizinischen Fachkräften oft übersehen oder nicht beachtet. Vernachlässigung verläuft schleichend. Sie beginnt meist im Säuglings- und Kleinkindalter und bleibt häufig bis zum Eintritt in den Kindergarten oder die Schule un-

physischer Misshandlung. Sie sind aber keineswegs unter dem Begriff „banal“ abzutun und erfordern daher die Aufmerksamkeit aller medizinischen Fachkräfte [20].

Allgemeine Definitionen

Vernachlässigung steht in direktem Kontext mit körperlicher Gewalt (physischer Miss-

und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre“ [31]. Die Unterlassung kann aktiv (bewusst) oder passiv (unbewusst) sein, aufgrund unzureichender Einsicht oder mangelnden Wissens erfolgen. Die durch die Vernachlässigung bewirkte chronische Unterversorgung des Kindes hemmt, beeinträchtigt oder schädigt nachhaltig seine körperliche, geistige und seelische Entwicklung und kann zu gravierenden bleibenden Schäden oder gar zum Tod des Kindes führen [31]. Aktive Vernachlässigung ist die wissentliche Verweigerung von Handlungen (Versorgung, Hygiene, Nahrung, Schutz), die von der sorgeberechtigten Person als Bedarf des Kindes erkannt wird. Passive Vernachlässigung entsteht aus mangelnder Einsicht oder Nichterkennen von Bedarfssituationen, Überforderung oder unzureichenden Handlungsmöglichkeiten der sorgeberechtigten Personen (zum Beispiel: Alleinlassen des Kindes, Vergessen von Versorgungsleistungen, unzureichende Pflege, Mangelernäh-



Abbildung 1a: Frontalansicht der Zähne eines 16 Monate alten Jungen: deutlich erkennbare Schwellung der Schleimhaut und der Gingiva über dem rechten mittleren Schneidezahn, weiche Beläge am Zahnfleischrand sichtbar. Der paramarginale Zahnschmelz zeigt keine Anzeichen einer Hartschmelzfehlbildung.



Abbildung 1b: Aufsicht auf den Oberkiefer: Am rechten mittleren Schneidezahn tritt Pus aus dem gingivalen Sulkus aus. Der subgingival liegende Zahnschmelz an den Molaren ist unverändert.

erkannt. Je jünger die betroffenen Kinder sind, desto größer ist das Risiko nachhaltiger Schäden [8].

Zahnmedizinische Vernachlässigung, sogar in ihren schwersten Ausprägungen, wird in einem noch größeren Ausmaß ignoriert [17, 20]. Die zahnmedizinischen Auswirkungen sind nicht lebensbedrohlich wie bei extremer medizinischer Vernachlässigung oder

handlung), seelischer Gewalt (psychischer Misshandlung) und sexueller Gewalt (sexueller Missbrauch) [5, 26]. Bisweilen wird als fünfte Kategorie das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom genannt. Vernachlässigung wird als „andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgeverantwortlicher Personen bezeichnet, welches zur Sicherstellung der physischen

Handlung). Eine scharfe Grenzziehung zwischen passiver und aktiver Vernachlässigung ist jedoch oftmals nicht möglich [27].

Im Wesentlichen werden zwei Formen der Vernachlässigung differenziert. Körperliche (medizinische) Vernachlässigung liegt bei fehlender Pflege und Kleidung, mangelnder Ernährung und Hygiene sowie unzureichender Versorgung/Gesundheitsfürsorge vor,

die zu massiven Entwicklungsstörungen führen kann, bis zum psychosozialen Minderwuchs. Emotionale Vernachlässigung (Deprivation) entsteht bei einem nicht hinreichenden oder ständig wechselnden emotionalen Beziehungsangebot und fehlender Reaktion auf emotionale Signale [12, 19]. Weitere Formen sind die kognitive Vernachlässigung (unzureichende Anregung und Förderung motorischer, geistiger, emotionaler und sozialer Fähigkeiten oder mangelndes Engagement für die schulische Entwicklung) und die erzieherische Vernachlässigung (mangelnder Schutz vor Gefahren, Missachtung kindlichen Fehlverhaltens und Gleichgültigkeit der sozialen Bindungen des Kindes).

Kinder werden demnach vernachlässigt, wenn ihre grundlegenden Bedürfnisse nicht gewährleistet sind, sie unzureichend ernährt, gepflegt, gefördert, gesundheitlich versorgt, beaufsichtigt und/oder vor Gefahren geschützt werden [11, 16].



Abbildung 1c:
Aufsicht auf den
Unterkiefer:
Weiche Beläge auch
an den lingualen
Flächen der Schneide-
zähne. Der linguale
Zahnschmelz der
Molaren erscheint
normal.

Hier liegt zahnmedizinische Vernachlässigung vor

Als grobe Anhaltspunkte für eine physische Vernachlässigung der Mundhöhle werden einem Laien erkennbare unbehandelte Karies (mindestens zwei Zähne pro Quadrant), Schmerzen, Infektionen, Blutungen oder Traumata der orofazialen Region genannt [3, 7, 24, 33]. Dieses gilt insbesondere dann, wenn nach Aufklärung über die Erkrankungen keine Behandlung eingeleitet wurde [3, 7, 24].

zm-Info

Zusammenfassung

Vernachlässigung ist die häufigste Misshandlungsform. Sie ist Folge einer chronischen bewussten oder unbewussten Unterversorgung durch die sorgeverantwortlichen Personen. Die Mehrzahl der vernachlässigten Kinder wird nicht als vernachlässigt erkannt, da die Anzeichen der Vernachlässigung weniger deutlich sind als bei anderen Misshandlungsformen. In Publikationen werden intraorale Anzeichen einer Vernachlässigung zwar als Indikator genannt, aber im Weiteren nicht mehr berücksichtigt. Die Anzahl wissenschaftlicher Arbei-

ten, die sich mit der Häufigkeit von Karies bei misshandelten und vernachlässigten Kindern auseinandergesetzt hat, ist gering. Festzustellen ist, dass diese Kinder deutlich häufiger kariöse, nicht behandelte Zähne haben. Die sich daraus ergebenden Probleme sind keineswegs auf die Mundhöhle begrenzt, sondern haben Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit und Entwicklung des Kindes. Daher ist es wichtig, dass zahnmedizinische Vernachlässigung frühzeitig erkannt und konsequent therapiert wird. ■

Die American Academy of Pediatric Dentistry und die American Academy of Pediatrics definieren zahnmedizinische Vernachlässigung als „vorsätzliches Unterlassen von Eltern oder Sorgeberechtigten eine Behandlung anzustreben und diese durchführen zu

nachlässigung ab dem Zeitpunkt, an dem sorgeberechtigte Personen durch einen Arzt oder Zahnarzt die Erkrankung des Kindes, deren Ausmaß und die notwendige Behandlung sowie die Wege, diese Behandlung zu erreichen, aufgezeigt wurden und sie auf das ihnen bekannte schwerwiegende zahnmedizinische Problem nicht angemessen reagieren [16]. Arzt oder Zahnarzt sollten sicher sein, dass die Sorgeberechtigten die Erklärungen über die Erkrankung und deren Auswirkungen verstanden haben und gegebenenfalls Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen, wenn bestimmte Umstände (zum Beispiel finanzielle oder organisatorische Gründe) einer Behandlung im Wege stehen. Den Sorgeberechtigten sollte erklärt werden, dass jedwede Schmerzausschaltung während der zahnärztlichen Behandlung angewandt wird, um das Wohlergehen des Kindes sicherzustellen. Erst wenn dann eine Behandlung ihres Kindes unterlassen wird, sollten weitere Maßnahmen, wie zum Beispiel die Meldung an offizielle Stellen, eingeleitet werden [1, 16, 22].

Häufigkeit von Vernachlässigung

Die Angaben zur Inzidenz von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung variieren in Europa zwischen 5 und 30 Fällen je 1 000 Kinder [25]. In Großbritannien sind 2,4 von 1 000 Kindern (im ersten Lebensjahr sogar

lassen, die notwendig ist, um einen Grad von oraler Gesundheit zu sichern, der unentbehrlich für eine adäquate Funktion und Freiheit von Schmerzen und Infektionen ist“ [1, 22]. Dabei müssen Sorgeberechtigte mit entsprechender Kenntnis und vorsätzlicher Unterlassung (eine Behandlung aufzusuchen) von denjenigen unterschieden werden, denen diese Kenntnisse oder ein Bewusstsein für die Bedürfnisse ihres Kindes fehlen. In letzterem Fall kann daher nicht von vorsätzlicher Vernachlässigung gesprochen werden [16]. Deshalb beginnt Ver-

5,1) in offiziellen Registern für Misshandlung und Vernachlässigung erfasst. Der Anteil von Vernachlässigung beträgt 42 Prozent, für emotionale Misshandlung 19 Prozent, für physische Misshandlung 16 Prozent und für sexuelle Misshandlung 9 Prozent. 14 Prozent der Fälle sind multiplen Ursachen zuzuordnen. Der überwiegende Anteil der Kinder ist zwischen null und vier Jahren alt. Jedoch wird auch bei diesen Zahlen von hohen Dunkelziffern ausgegangen [16].

US-amerikanische Meldedaten aus dem Zeitraum 1994 bis 2003 geben für Vernachlässigung Inzidenzen zwischen 6,5 bis 7,7 pro 1 000 Kinder, 0,4 bis 0,6 für medizinische Vernachlässigung und 0,7 bis 0,9 für emotionale Misshandlung im Vergleich zu 2,3 bis 2,6 für physische Misshandlung und 1,2 bis 1,9 für sexuelle Misshandlung an. Damit beträgt der Anteil der Vernachlässigung zwischen 55 und 65 Prozent und der der emotionalen Misshandlung zwischen 4 und 6 Prozent [zitiert nach 19].

40 Prozent der vernachlässigten Kinder sind zwischen drei und fünf Jahren alt [9]. Wetzels gibt an, dass etwa 100 Todesfälle pro Jahr in Deutschland gemeldet werden, die auf die Folgen von Misshandlung oder Vernachlässigung zurückzuführen sind. Schätzungen gehen von sechs- bis zehnmal höheren Zahlen aus [35].

Risikofaktoren für Vernachlässigung

Vernachlässigung entsteht durch permanente Überbelastung und durch Probleme, die Mütter und Väter aus eigener Kraft nicht bewältigen können. Materielle Belastungen (Armut), soziale Belastungen (Isolation), persönliche Belastungen (ungewollte Schwangerschaft, Sucht, eigene Deprivationserfahrung), familiäre Belastungen (anhaltender Paarkonflikt) oder auch die Persönlichkeit des Kindes (zum Beispiel Krankheitsanfälligkeit) stellen Risikofaktoren für Vernachlässigung dar. Vernachlässigende

ben [15]. Sie konnten klar herausarbeiten, dass diese Eltern mit den Anforderungen ihres eigenen täglichen Lebens überfordert waren. Ihnen fehlten oft eigene regelmäßige Zahnarztbesuche, das Vertrauen in das zahnmedizinische Gesundheitssystem und Selbstvertrauen.

Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit der Vernachlässigung erhöhen [1,10,22, 28]:

- psychisch kranke Eltern (Sucht, Psychose, Depression, Persönlichkeitsstörungen)
 - geringe Schulbildung
 - mangelnde soziale Unterstützung (Alleinerziehende, junge Mütter), soziale Deprivation
 - geringer sozioökonomischer Status
 - Minoritäten ohne hinreichende gesellschaftliche Eingliederung (Sprache)
 - vulnerable Kinder (junge Kinder, kranke und besonders förderungsbedürftige Kinder)
- Treten mehrere Faktoren auf, ist das Risiko erhöht. Andererseits ist trotz des Vorliegens eines oder mehrerer Faktoren nicht zwangsläufig Vernachlässigung zu beobachten!



Abbildung 2a: Frontalansicht der Zähne des 33 Monate alten Jungen: Verlust der Aufbaufüllungen an allen Unterkiefer-Schneidezähnen. Glattflächenkaries an den Eckzähnen, deren inzisaler Zahnschmelz keine Veränderungen aufweist.

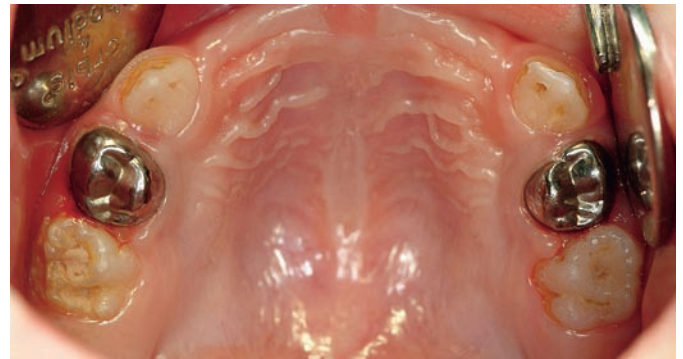


Abbildung 2b: Aufsicht auf den Oberkiefer: kariöse Läsionen an den Okklusal- und Vestibulärflächen der zweiten Molaren und an den Eckzähnen

Deutschland verfügt über keine verwertbaren Datenquellen, um die Häufigkeiten sicher benennen zu können. Offizielle Stellen gehen davon aus, dass 5 bis 10 Prozent der Kinder in Deutschland vernachlässigt oder abgelehnt werden [9, 26, 27]. Als Untergrenze von Schätzungen wird eine Zahl von 50 000 Kindern genannt, die in Deutschland unter erheblicher Vernachlässigung leiden. Nach oben hin schwanken die Zahlen um das Fünf- bis Zehnfache [8]. Mehr als

Eltern haben oft selbst Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung in ihrer Kindheit erlebt. Aufgrund dieser Erfahrungen ist es den Eltern oft nicht bewusst, dass es ihren Kindern an etwas mangelt. Das Aufsuchen von Hilfeeinrichtungen setzt allerdings das Empfinden voraus, dass dem Kind etwas fehlt [8].

Hallberg et al. untersuchten die Ursachen, warum einige Eltern dem für ihre Kinder vereinbarten zahnärztlichen Termin fernblei-

Untersuchungen zu Karies und Vernachlässigung

Kariöse Zähne werden in exemplarischen Beschreibungen häufig als typischer Indikator für Vernachlässigung genannt [23, 27]. Bemerkenswert ist, dass im weiteren Verlauf auf diese oralen Erkrankungen nicht weiter eingegangen wird, während Folgen physischer Misshandlung umfangreich dargestellt werden. Ist ein Zusammenhang zwi-

schen Misshandlung und Vernachlässigung und dem vermehrten Auftreten kariöser Läsionen in der Literatur überhaupt belegt? Nur wenige Publikationen befassen sich mit dem Zusammenhang zwischen misshandelten oder vernachlässigten Kindern und deren oraler Gesundheit.

Badger untersuchte 68 Kinder von Militär-angehörigen im Alter zwischen zwei und 19 Jahren, die als Opfer von Misshandlung oder Vernachlässigung erkannt worden waren [4]. Die Anzahl kariöser, wegen Karies fehlender und mit Füllungen versorgter Zähne in beiden Dentitionen dieser Kinder stellte er altersentsprechenden US-amerikanischen Mittelwerten gegenüber. Er konnte weder in der Gruppe der Sechs- bis Zwölfjährigen noch in der Gruppe der 13- bis 19-Jährigen signifikante Unterschiede zu den nationalen Mittelwerten finden [4].

Neuere Untersuchungen konnten jedoch deutliche Unterschiede herausarbeiten. Greene et al. untersuchten ebenfalls unter US-Militärangehörigen 30 misshandelte

Kariesrisiko, zum anderen mit der physiologisch größeren Anzahl von Zähnen der zweiten Dentition [13].

Die gleiche Arbeitsgruppe verglich in einer weiteren Untersuchung die Gesundheit der Zähne der ersten Dentition zwischen misshandelten beziehungsweise vernachlässigten Kindern und Kindern gleichen Alters [14]. 42 Kinder (Alter: drei bis elf Jahre) sowie als Kontrolle 822 andere Kinder wurden zahnärztlich auf die Anzahl kariöser und nicht mit Füllungen versorgter Zahnflächen untersucht. Das Risiko für unbehandelte, kariöse Zahnflächen an Zähnen der ersten Dentition war bei misshandelten Kindern 5,2-fach erhöht.

Olivan nahm eine zahnärztliche Untersuchung von 236 misshandelten oder vernachlässigten Kindern im Alter von sechs bis zwölf Jahren (mittleres Alter: 9,6 Jahre) in Saragossa, Spanien, vor [28]. 50,4 Prozent der Kinder zeigten unbehandelte kariöse Zähne. Die Prävalenz von unbehandelten kariösen Läsionen war bei misshandelten

extrahierte Zähne hatte. Early childhood caries (ECC, Anzahl kariöser Zähne > 1) wurde jedoch bei 57,6 Prozent, severe early childhood caries (S-ECC, Anzahl kariöser Zähne > 4) bei 31,8 Prozent der Kinder diagnostiziert. Damit war die Häufigkeit von ECC bei misshandelten oder vernachlässigten Kindern annähernd doppelt so hoch wie bei Fünfjährigen in der gleichen Region. Die mittlere Anzahl kariöser Zähne war bei den Vier- bis Sechsjährigen misshandelten und vernachlässigten Kindern neunmal höher als bei anderen Fünfjährigen der Region (mittlere Anzahl kariöser Zähne = 0,42; $p < 0,001$). Der Anteil von Kindern mit unbehandelter Karies betrug in der Gruppe der misshandelten Kinder 61,5 Prozent und in der Gruppe der vernachlässigten Kinder 56,6 Prozent. S-ECC waren bei misshandelten Kindern mit 46,2 Prozent häufiger zu beobachten als bei vernachlässigten Kindern (28,3 Prozent); diese Unterschiede waren jedoch nicht signifikant. Die mittlere Anzahl kariöser Zähne (3,24 Zähne) von allen 66 Kindern unterschied sich bei misshandelten und vernachlässigten Kindern nicht signifikant (3,54 gegenüber 3,17). Die mittlere Anzahl kariöser Zähne der ersten Dentition der 38 Kinder mit Karies betrug 5,63 (misshandelte Kinder: 5,75; vernachlässigte Kinder: 5,60) [34].

Kasuistik

Eine alleinerziehende 21-jährige Mutter mit russischem Migrationshintergrund suchte mit ihrem 16 Monate alten Jungen unsere Klinik auf. Sie gab an, dass das Kind in letzter Zeit oft weinte und eine Nahrungsaufnahme ablehnte. Der Junge wurde voll gestillt. Eine Zahnpflege war nach Auskunft der Mutter wegen Schmerzen nicht möglich. Die sonstige medizinische Anamnese des Kindes war unauffällig.

Bei der Inspektion der Mundhöhle des Kindes zeigte sich ein altersentsprechender Durchbruchstand der Zähne (Abbildung 1). Sämtliche Zahnflächen wiesen Beläge auf. Alle zwölf Zähne zeigten Zahnhartsubstanzdefekte. Die Schneidezähne des Oberkiefers waren am stärksten betroffen. Diejenigen Zahnschmelzanteile, die erst seit kurzer Zeit



Abbildung 2c:
Aufsicht auf den
Unterkiefer:
Tiefe kariöse Läsionen
an den zweiten
Molaren.

oder vernachlässigte Kinder im Alter zwischen fünf und 13 Jahren [13]. Bei diesen Kindern wurde die Anzahl unbehalteter, kariöser Zahnflächen im Gebiss der zweiten Dentition evaluiert. Die Ergebnisse wurden mit denen von 873 Kindern gleichen Alters verglichen. Die Untersucher kamen zu dem Ergebnis, dass missbrauchte Kinder achtmal häufiger unbehaltete, kariöse Zähne haben als die Kinder der Kontrollgruppe. Das Risiko für unbehaltete, kariöse Zähne erhöhte sich mit zunehmendem Alter des Kindes. Dieses erklären die Autoren zum einen mit dem bei älteren Kindern erhöhten

oder vernachlässigten Kindern in dieser Studie deutlich höher als im landesweiten Durchschnitt in Spanien oder anderen entwickelten Ländern in dieser Altersgruppe [28].

Valencia-Rojas et al. untersuchten im Bereich von Toronto, Kanada, 66 Vorschulkinder mit Misshandlung (19,7 Prozent) oder Vernachlässigung (80,3 Prozent) im Alter von zwei bis sechs Jahren (mittleres Alter: 4,1 Jahre) zahnärztlich [34]. Lediglich vier Kinder (6,1 Prozent) zeigen dentale Verletzungen während keines der untersuchten Kinder gefüllte oder als Folge von Karies

Recalltermine

23.01.07	nicht erschienen
24.01.07	Motivation und Instruktion
06.02.07	Füllungsverlust 73, Motivation und Instruktion
05.03.07	professionelle Zahnreinigung kaum möglich
14.03.07	Termin kurzfristig abgesagt
13.04.07	Füllungsversuch 73 abgebrochen
24.04.07	professionelle Zahnreinigung, Reparatur der Füllung 73 nicht möglich
24.05.07	nicht erschienen
13.06.07	leichte Schwellung UK links
14.06.07	Behandlung unter Dormicum: Zahn 73 einflächige Füllung Zahn 75 Trepanation, Wurzelkanalbehandlung, konfektionierte Krone
27.06.07	Absage (Mandelentzündung)
27.11.07	Absage (Asthma/Husten)
12.12.07	nicht erschienen
14.02.08	Absage (Atemwegs-Erkrankung)
26.02.08	Absage (Magen-Darm-Erkrankung)
11.03.08	Absage (Windpocken)
27.03.08	Inspektion gut möglich, Mundhygiene verbesserungsfähig, Motivation und Instruktion
22.04.08	Beläge angefärbt, Putzübung
28.04.08	Absage (Fieber)
08.05.08	nicht erschienen
20.05.08	nicht erschienen

Tabelle 1: Verlauf der vereinbarten Termine im Rahmen der Nachsorge nach dem letzten Termin in Allgemeinanästhesie.

innerhalb der Mundhöhle standen, zeigten keine Veränderungen. Im Bereich des Zahnes 51 bestand im Vestibulum eine fluktuierende Schwellung. Auf Druck entleerte sich Pus aus dem gingivalen Sulkus (Abbildung 1b). Aufgrund des großen Behandlungsbedarfs und des geringen Alters wurde eine zahnärztliche Behandlung in Intubationsnarkose angeboten und zeitnah durchgeführt. Dabei wurde der entzündete Schneidezahn 51 entfernt, sämtliche anderen Schneidezähne mit Füllungen und die ersten Molaren mit konfektionierten Kronen versorgt. An den verbliebenen Oberkiefer-Schneidezähnen wurde jeweils eine Wurzelkanalbehandlung durchgeführt. Bei einer postoperativen Kontrolle nach einer Woche war der Patient beschwerdefrei. Weitere Vorstellungen erfolgten nicht. Nach zwölf Monaten traten Beschwerden an den Oberkiefer-Schneidezähnen auf. Die

Füllungen waren zum Teil verloren gegangen. Von dem behandelnden Zahnarzt wurden die Zähne 52, 61 und 62 in Maskennarkose entfernt und eine Vorstellung in der konservierenden Abteilung unseres Hauses empfohlen.

Weitere drei Monate später wurde der nun 31 Monate alte Junge mit Schmerzen wieder vorgestellt. Nach der ersten Narkosebehandlung wurde abgestellt. Außerhalb der Mahlzeiten erhielt das Kind verdünnte Fruchtsäfte. Diese wurden auch zum Einschlafen und während der Nacht gegeben. Zum Zähneputzen wurde ausschließlich fluoridfreie Zahncreme verwendet. Der intraorale Befund ergab kariöse Läsionen an allen zweiten Molaren, Eckzähnen und Unterkiefer-Schneidezähnen. Die mit konfektionierten Kronen versorgten Zähne waren unauffällig. Erneut wurde eine Sanierung in Intubationsnarkose vorgeschlagen. Diese

wurde zwei Monate später durchgeführt (Abbildung 2). Intraoperativ zeigte der Zahn 81 eine deutliche Lockerung sowie radiologisch eine periapikale Aufhellung und wurde daher entfernt. Die Zähne 55, 75 und 85 wurden mit konfektionierten Kronen, sämtliche anderen Zähne mit adhäsiven Füllungen versorgt. Der Zahn 71 wurde endodontisch behandelt. Der behandelnde Kinderarzt bestätigte, dass alle kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen von der Mutter wahrgenommen wurden und keine auffälligen Befunde vorlagen.

Ein Ausschnitt aus dem bisherigen weiteren Behandlungsverlauf ist der Tabelle 1 zu entnehmen. Auffällig ist die große Anzahl nicht eingehaltener oder wegen Krankheit abgesagter Termine.

Folgen zahnmedizinischer Vernachlässigung

Folgen von Vernachlässigung sind in Extremfällen Tod durch Verhungern, Verdurstern, vermeidbare Unfälle oder krankheitsbedingte Todesfälle. Dieses sind die in den Medien immer wieder präsentierten Spitzen eines Eisbergs. Weniger drastische Folgen, weil sie oftmals nicht unmittelbar erkennbar sind, können körperliche Entwicklungsstörungen und Krankheiten (zum Beispiel Gedeihstörungen, psychosozialer Minderwuchs, Verletzungen), psychosoziale Entwicklungsstörungen (zum Beispiel Rückstände der sprachlichen, motorischen, kognitiven, Sauberkeits-Entwicklung, emotionale Störungen, Bindungsstörungen, Verhaltensstörungen) und langfristig die Weitergabe der erlernten Verhaltensmuster in die nächsten Generationen hinein sein.

Durch tief zerstörte, kariöse Zähne leidet das Kind unter chronischen Schmerzen. Dies kann zur Beeinträchtigung des Schlafens, des Lernens und der Teilnahme an täglichen Aktivitäten führen. Es hat Schwierigkeiten beim Essen, weswegen insbesondere kauaktive Nahrungsmittel gemieden werden. Die weitere Zahnpflege ist erschwert, da die Zähne berührungs- und kälteempfindlich sind. Kariöse Zähne der ersten Dentition steigern das weitere Kariesrisiko, da die Keimzahl im Speichel und auf den Zahn-

oberflächen deutlich erhöht ist. Kinder mit kariös zerstörten Gebissen zeigen ein verzögertes Wachstum. Kariöse Destruktionen der Frontzähne führen zur Beeinträchtigung der Sprachentwicklung und zu Hänseleien durch andere Kinder [1, 2, 15, 16, 22, 32]. Chronisch entzündete Zähne führen zu einer Keimverschleppung in den periapikalen Raum. Im Weiteren können sich Fisteln, Abszesse (Abbildung 1a) und Mineralisationsstörungen an den nachfolgenden Zähnen bilden. Müssen Zähne der ersten Dentition vorzeitig entfernt werden, kann es zu Durchbruchstörungen der nachfolgenden Zähne bis hin zu deren Retention kommen. Es können sich Anomalien der Zahnstellung, der Okklusion und der Kieferposition entwickeln. Dieses kann zu Dysgnathien und zur Annahme von Dyskinesien führen. Beides hat langwierige kieferorthopädische Behandlungen zur Folge [29, 30]. Daher wird gefordert, dass aus medizinischen Gründen nach der Diagnose ECC umgehend eine zahnärztliche Behandlung eingeleitet wird, um weitere Zerstörungen der Zahnhartsubstanzen zu vermeiden, aber auch um die genannten Folgen, die die Gesundheit des Kindes beeinträchtigen, auszuschließen [2, 29, 30].

Schlussfolgerungen

Vernachlässigung ist die mit Abstand häufigste Misshandlungsform. Sie ist ein chronischer Zustand der Mangelversorgung des Kindes. Diese Ableitung aus der allgemeinen Definition von Vernachlässigung trifft insbesondere auf zahnmedizinische Vernachlässigung zu, da kariöse Läsionen als Folge eines chronischen Prozesses an den Zähnen entstanden und, zumindest nach der Aufklärung der sorgeberechtigten Personen über die Ursachen der Erkrankung und deren Folgen, die Möglichkeiten einer konsequenten Behandlung gegeben sind. Innerhalb des medizinischen Berufsstandes ist allgemein akzeptiert, dass unbehandelte Verletzungen zu Komplikationen führen. Dieses wird jedoch gänzlich ignoriert, wenn es zahnmedizinische Vernachlässigung betrifft. Die Schwere einer zahnmedizinischen Vernachlässigung muss als genauso hoch

angesehen werden wie die einer sonstigen medizinischen Vernachlässigung [32].

Bei der Befundung der Zähne ist auf Differentialdiagnosen der Karies zu achten. Exogene Beläge auf den Zähnen, angeborene und erworbene Störungen der Zahnhartsubstanzbildung sind ebenso auszuschließen wie traumatisch bedingte Zahnhartsubstanzdefekte.

Nur durch eine engere Zusammenarbeit zwischen Kinderarzt und Zahnarzt sowie einer regelmäßigen und früher einsetzenden Vorstellung der Kinder bei einem Zahnarzt können Defizite bereits im Frühstadium erkannt werden. Diese gegenseitige Ergänzung erscheint umso wichtiger, da auf zahnärztlicher Seite beim Erkennen von Vernachlässigung Defizite bestehen. In der pädiatrischen Ausbildung wiederum wird die dentale Diagnostik nur rudimentär vermittelt.

Misshandelte oder vernachlässigte Kinder weisen deutlich mehr unversorgte kariöse Läsionen auf als altersentsprechende Kontrollgruppen. Es ist daher wünschenswert, dass bei bestätigten Fällen von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung routinemäßig eine zahnärztliche Untersuchung als Teil einer Gesamtrehabilitation veranlasst wird [6, 13, 14].

*Reinhard Schilke, Fenja Felgenhauer
Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und
Präventive Zahnheilkunde
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
schilke.reinhard@mh-hannover.de*

*Lorenz Grigull
Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Kinderheilkunde, Pädiatrische Hä-
matologie und Onkologie*

Vorliegender Beitrag wurde in der Kinder- und Jugendmedizin 8/2008 veröffentlicht und erscheint mit freundlicher Genehmigung des Verlags, um ihn dem zahnärztlichen Leserkreis zugänglich zu machen.



Die Literaturliste kann im Bereich Download auf www.zm-online.de abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.

Depression am Arbeitsplatz

Krankmacher Job

Dauerstress, schlechte Stimmung im Team, Angst um die wirtschaftliche Existenz. Wenn solche Gefühle den Arbeitsalltag bestimmen, können sie in eine Depression münden. Gefährdet sind nicht nur die Angestellten großer Unternehmen, auch in kleinen Betrieben wie Zahnarztpraxen kann der Job zum Krankmacher werden.

Auf dem Schreibtisch stapeln sich die Patientenakten, die Laboregebnisse lassen mal wieder auf sich warten und mit den Kollegen läuft es einfach nicht rund – so kann der Arbeitsalltag für Praxismitarbeiterinnen aussehen. Aber auch Zahnärzte und Zahnärztinnen haben eine große Arbeitslast zu bewältigen. Den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden, das Praxisteam zu koordinieren und den bürokratischen Verwaltungsaufwand zu stemmen, kostet Kraft. Und nebenbei muss man auch noch ein Auge darauf haben, dass die Praxis gut läuft.

Vielen Menschen macht beruflicher Stress nichts aus. Im Gegenteil, sie genießen jede Herausforderung und freuen sich, wenn es richtig „zur Sache“ geht. Doch Vorsicht: Bei Dauerstress stößt irgendwann jeder an seine Grenzen. Auch die Supermotivierten. Ob

positiv oder negativ: Die Arbeit beeinflusst unser Wohlbefinden. Ängste im oder um den Job gehen auf Dauer an die Substanz.

Psychischer Druck nimmt zu

Arbeitsbedingte psychische Störungen treten in Deutschland immer häufiger auf. Laut DAK-Gesundheitsreport 2009 lag ihr Anteil am Krankenstand im vergangenen Jahr bei 10,6 Prozent. Die dadurch verursachten Fehltagelagen gegenüber 2007 um 7,9 Prozent zu. Angstzustände und Depressionen sind die vierthäufigste Krankheit am Arbeitsplatz und werden nach EU-Schätzungen in 15 Jahren auf Platz zwei vorgerückt sein.

Für diese Entwicklung gibt es keine pauschale Erklärung. Dass Stress im Beruf eine

wichtige Rolle spielt, liegt jedoch nahe: Der Übergang von der Industrie- zur Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft hat das Belastungsprofil von Arbeitnehmern grundlegend verändert. Während die körperliche Beanspruchung durch Lärm oder Hitze zurückgegangen ist, nahm der psychische Druck zu. „Die fortschreitende Arbeits- und Anforderungsverdichtung führt zu mehr Stress, da sie meist mit Zeit- und Termindruck einhergeht. Personal wird abgebaut, die Arbeitsmenge bleibt jedoch gleich oder erhöht sich sogar. Ständig präsent ist außerdem die Angst, den Job zu verlieren. Das geht ganz schön an die Nerven und raubt Energien“, erklärt die Arbeits- und Organisationspsychologin Dr. Fritzi Wiessmann. Die stille Übereinkunft, Arbeitsplatzsicherheit im Tausch gegen Engagement und Loyalität zu erhalten, gerät in wirtschaftlich unsicheren Zeiten ins Wanken. Die Folge: Man fühlt sich im Job ständig mehr gefordert – aber trotzdem ersetzbar. Das führt zu Angst und Dauerstress.

Stress, der über Monate und Jahre anhält, ohne ausgeglichen zu werden, ist einer der wichtigsten psychosozialen Auslöser von Depressionen. Stress hat viele Ursachen, unter anderem die kontinuierliche Beschleunigung der Arbeitsprozesse. Dank Internet und E-Mail, Fax und Telefon reißt der Informationsstrom praktisch nie ab und will schnell verarbeitet werden. Das grenzt die zeitlichen Freiräume ein, aber auch wie die Informationen verarbeitet werden, steht Arbeitnehmern häufig nicht frei.

Die Folgen: Demotivation und schlechte Leistungen. Aus einer Studie im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) geht außerdem hervor, dass schlecht gestaltete Arbeit das Risiko depressiver Störungen erhöht.

Ebenfalls entscheidend für die seelische Gesundheit ist das Betriebsklima. Wo eine Ellbogenmentalität an der Tagesordnung ist, wo Leistungs- und Konkurrenzdruck herrschen, wo gemobbt und intrigiert wird, bleiben viele Menschen auf der Strecke. Fehlende Loyalität unter Kollegen oder Konflikte im Team können zu Verunsicherung, Vereinsamung und schließlich Depressionen führen.



Foto: Fotolia

Die Arbeit wächst über den Kopf, es gibt keine Ruhephasen mehr, medizinische Probleme folgen dann bald auf dem Fuß.



Den Kollegen beobachten und ihn animieren „zurück zuschrauben“, das ist wichtig und kann psychischen Problemen vorbeugen.

Probleme erkennen

Stress im Job lässt sich nicht vermeiden. Psychische Belastungen sind ein normaler und notwendiger Bestandteil des Alltags – auch des Arbeitslebens. Um damit klar zu kommen, hilft eine gute Work-Life-Balance. Das schafft man, indem man in das Wohlbefinden seines Teams investiert. Praxisinhaber, die das nicht tun, zahlen unter Umständen drauf. „Unzufriedene Mitarbeiter äußern ihren Protest durch hohe Krankheitsquoten oder häufige Kurzerkrankungen“, erklärt Fritzi Wiessmann. Nach Informationen des Statistischen Bundesamts verursachten psychische und Verhaltensstörungen im Jahr 2006 Krankheitskosten in Höhe von 26,7 Milliarden Euro – im Jahr 2002 waren es noch 23,3 Milliarden. Depressionsbedingte Frühberentungen schlagen laut der Deutschen Depressionshilfe mit jährlich 1,5 Milliarden Euro zu Buche.

Psychische Krankheiten sind schon lange bevor es zu Fehltagen kommt teuer für Arbeitgeber, weil sie die Leistungsfähigkeit der Betroffenen mindern. Die BAuA schätzt

die daraus resultierenden Verluste auf jährlich 1,3 Milliarden Euro.

Mitarbeiterfreundliche Rahmenbedingungen zu schaffen, macht also Sinn. Auch wichtig: die Symptome einer Depression erkennen zu können. Die Mitarbeiter eines Praxisteam sollten aufmerksam werden, wenn einer ihrer Kollegen – sei es Chef oder Helferin – dauerhaft gleichgültig wirkt, sich plötzlich abweisend oder aggressiv verhält oder sich isoliert. Häufig trauen Betroffene sich nichts mehr zu, wirken ängstlich und verunsichert oder sind oft krankgeschrieben.

Psychische Störungen äußern sich geschlechtsspezifisch. So bleiben Frauen der Arbeit häufiger wegen psychischer Erkrankungen fern als Männer. Laut Angaben der DAK entfielen bei den Frauen im vergangenen Jahr 13,1 Prozent der Fehltage auf diese Ursache – bei den Männern waren es 8,7 Prozent.

Von Depressionen sind Männer mit 5,4 Prozent nur halb so oft betroffen wie das weibliche Geschlecht (11,2 Prozent). Eine Erklärung dafür könnte sein, dass Männer durch ihre hormonelle Situation seltener erkranken, Frauen sind vor allem im Klimakterium betroffen. Möglich ist aber auch, dass Männer ein anderes Verhalten nach Hilfe haben. Möglicherweise ist das die Erklärung dafür, weshalb depressive Episoden bei ihnen seltener erkannt werden.

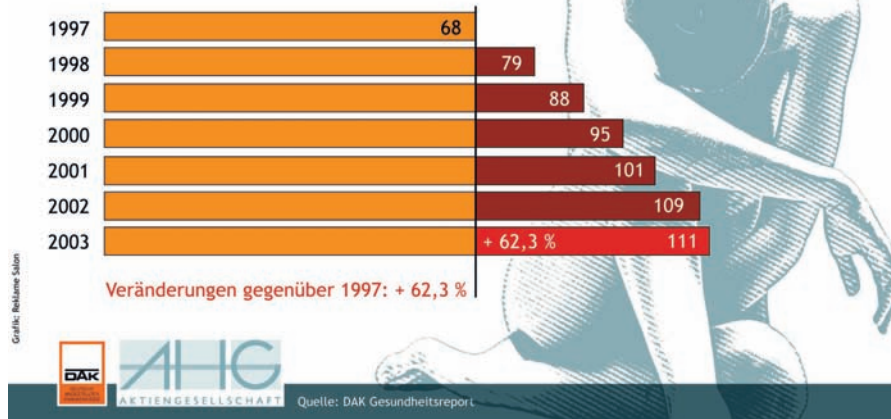
Männer hingegen sind anfälliger für Alkoholismus und Schizophrenie. So fielen Männer bei den psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol im Jahr 2007 doppelt so oft aus wie ihre Kolleginnen.

zm-Linkliste

- Institut für Psychosomatische Zahnmedizin, Psychologie in der Zahnheilkunde und Zahnärztliche Psychotherapie oralophobie.de
- Deutsches Bündnis gegen Depression buendnis-depression.de/depression/arbeitsplatz.php
- Kompetenznetz Depression kompetenznetz-depression.de

Psychische Erkrankungen auf dem Vormarsch

AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen je 100 Versicherte von 1997 bis 2003



Psychische Erkrankungen nehmen drastisch zu, wie eine Sonderauswertung von 2003 zeigt.

Verwandter Burn-out

Etwa ein Viertel aller niedergelassenen Ärzte und jeder fünfte Krankenhausarzt leidet am Burn-out-Syndrom (BOS). Laut dem Institut für Psychosomatische Zahnmedizin, Psychologie in der Zahnheilkunde und Zahnärztliche Psychotherapie in Achern besonders betroffene Kollegen: übergewissenhafte, sensitive und ehrgeizige Praxisinhaber zwischen dem 25. und 45. Lebensjahr, die dazu neigen, sich selbst zu überfordern und dadurch in ein Leistungsdefizit geraten. Zu den Anzeichen eines BOS gehören Konzentrationschwierigkeiten, Lustlosigkeit und Erschöpfung (siehe auch Repetitorium zM 15/2006, S. 46-49). Erschöpfung stellt sich ein – ähnlich wie bei einer Depression –, wenn die dauerhafte Einwirkung eines oder mehrer Stressoren nicht ausreichend kompensiert wird. Zahnärzte können sich aufgrund einer Vielzahl von Faktoren dauerhaft ausgepowert fühlen: zu lange Arbeitszeiten und der Verzicht auf Feierabend, Zeitdruck im Praxisablauf, Personalprobleme, finanzieller Druck, Stress mit KZVen, PKVen oder Behörden und die Unfähigkeit, sich gegen schwierige Patienten abzugrenzen. Ein Unterschied zwischen Depressionen und BOS ist aber, dass bei schwerer Erschöpfung

seltener Selbstanklagen oder die für Depressionen charakteristischen Denkverzerrungen, Selbstmordgedanken und Appetitminderungen auftreten. Menschen mit BOS leiden stattdessen unter einer ausgeprägten Frustration und führen ihre Probleme auf eine äußere Ursache zurück, beispielsweise einen zurückliegenden Streit oder medizinische und paramedizinische Erklärungen. Vorsicht: Unbehandelt kann ein Burn-out in eine schwere Depression münden. Es ist wichtig, eine genaue Diagnose zu stellen, weil sich die Therapien bei Depression und BOS unterscheiden. Antidepressiva sollten beim Burn-out meist nur kurz und unterstützend eingesetzt werden, während sie bei einer Depression oft über längere Zeit unverzichtbar sind.

Prävention lohnt sich

Im Jahr 2004 ergab eine Umfrage des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts der Hans-Böckler-Stiftung unter 2200 Betrieben, dass fast 80 Prozent der Firmen nicht wissen, was ihren Angestellten ungesunden Stress verursacht – obwohl Arbeitgeber seit 1996 laut Arbeitsschutzgesetz verpflichtet sind, die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu schützen. Fritz Wiess-

mann weiß, warum Arbeitgeber oft davor zurückschrecken, psychische Belastungen zu erfassen: „Zum einen fehlt in einer in der Vergangenheit eher technisch orientierten Arbeitswelt ein Problembewusstsein für ein mitarbeiterfokussiertes Arbeitshandeln. Nicht selten fürchten Führungskräfte oder die Geschäftsleitung, Führungsdefizite oder Organisationsmängel schwarz auf weiß aufgezeigt zu bekommen, weswegen man Erhebungen kritisch gegenübersteht.“ Viele Unternehmen fürchten zudem hohe Kosten. Eine Untersuchung des Instituts für Arbeitspsychologie und Arbeitsmedizin in Herdecke sollte Arbeitgebern hingegen Mut machen. Die Wissenschaftler haben errechnet, dass sich ein Euro Investition in eine moderne Gesundheitsförderung nach drei Jahren mit mindestens 1,8 Euro auszahlt. Gute – und einfache – Formen der Prävention für Chefs: Gestaltungsspielräume einräumen, Aufgaben klar zuteilen sowie transparentes und verlässliches Handeln als Geschäftsführer. All dies wirkt sich positiv auf



Foto: Fotolia

... wenn die Arbeit zu viel wird, muss der Stress abgebaut werden.

die Gesundheit der Mitarbeiter aus. Aber natürlich trägt letztendlich jeder selbst Verantwortung für seine körperliche und geistige Gesundheit. Deshalb ist es ratsam, sich regelmäßig zu fragen, wie es mit der eigenen Fähigkeit zu entspannen aussieht. Wenn es hiermit hapert, ist Gegensteuern angesagt.

Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln
SusanneTheisen@gmx.net

Repetitorium

Seltene Krankheiten – Orphan Drugs

Christine Vetter

Hypertonie, Migräne, Asthma – bei der Behandlung solcher Volkskrankheiten können Mediziner auf eine Vielzahl gut untersuchter Arzneimittel zurückgreifen. Anders bei seltenen Erkrankungen wie zum Beispiel dem Morbus Gaucher oder der Tyrosinose. Solche Erkrankungen werden oft erst spät erkannt. Ihre Therapiemöglichkeiten basieren häufig auf so genannten „Orphan Drugs“ und sind in aller Regel eng limitiert.

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



Medikamente für äußerst seltene Erkrankungen haben einen anderen Zulassungsweg. Denn man kann sie ...

Rund 30 Millionen Menschen in Europa – davon rund vier Millionen in Deutschland – leiden an einer sogenannten seltenen Erkrankung. Wer kennt schon den Morbus Fabry, das Sanfilippo-Syndrom oder das Dravet-Syndrom? Doch auch durchaus bekanntere Krankheitsbilder wie die Leukämien im Kindesalter, die Phenylketonurie, die Mukoviszidose und die amyotrophe Lateralsklerose, das Schilddrüsenkarzinom sowie der Nierenkrebs gehören zu den seltenen Erkrankungen. Diese treten häufig bereits im Kindesalter auf. Sie gehen oft auf einen genetischen Defekt zurück, werden aber zum Teil erst mit Verzögerung



... nicht immer in großen Studien testen.

ung diagnostiziert und sind mit erheblichen Belastungen für die betroffenen Familien und mit einer oft sehr eingeschränkten Prognose behaftet.

Prävalenz unter 1/2000

Von einer seltenen Erkrankung ist entsprechend der in Europa gültigen Definition auszugehen bei gesundheitlichen Störungen, an denen weniger als einer von 2000 Einwohnern eines Landes leiden. In anderen Nationen werden die Grenzen etwas anders gewählt, liegen aber in der gleichen Größenordnung. Für Europa gilt damit eine Erkrankung als „selten“ bei einer Prävalenz unter 500/1 000 000 Einwohner.

Das aber bedeutet keinesfalls, dass insgesamt nur wenige Menschen betroffen sind. Denn Schätzungen zufolge gibt es 5 000 bis 7 000 verschiedene seltene Erkrankungen. Selbst bei einer vergleichsweise nur geringen Zahl der Betroffenen bei einer speziellen Erkrankung ist somit doch die Zahl der insgesamt an seltenen Krankheiten leidenden Personen groß. Sie wird auf rund sechs bis acht Prozent der Bevölkerung geschätzt.

Große Heterogenität

Die verschiedenen Krankheitsbilder zeigen hinsichtlich der Zahl der Patienten wie auch des klinischen Erscheinungsbildes eine große Heterogenität. So gibt es Störungen wie die Mukoviszidose, die innerhalb der seltenen Erkrankungen vergleichsweise häufig sind, während andere nur einige hundert Personen in Europa betreffen und damit als „sehr selten“ einzustufen sind.

Die betreffenden Leiden können mit einer Vielzahl von Funktionsstörungen und Symptomen einhergehen. Sie können die körperliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, die geistigen Fähigkeiten oder auch das Verhalten der Patienten.

Meist genetischer Defekt

Etwa 80 Prozent der seltenen Erkrankungen liegt ein genetischer Defekt zugrunde. Oft basiert dieser auf der Mutation eines Gens, allerdings können die Veränderungen ebenfalls mehrere Gene betreffen und es können ferner auch umfassende Chromosomen-Anomalien vorliegen. Unabhängig davon können Infektionen, Noxen, Allergien oder zum Beispiel degenerative Veränderungen die Ursache einer seltenen Erkrankung sein.



Foto: Bilderbox-Bildmaschine

Hinter diesem Schicksal kann auch eine seltene, nicht diagnostizierte Erkrankung stecken.

Diese können sich – so wie bei der Mukoviszidose – bereits im Kindes- und Jugendalter bemerkbar machen oder wie im Fall des Morbus Huntington (Veitstanz) erst beim Erwachsenen klinisch in Erscheinung treten. Sie können sich mit charakteristischen Symptomen manifestieren, was dann relativ rasch zur richtigen Diagnose führt. Häufiger aber werden sie durch Symptome, die auch bei anderen Erkrankungen auftreten, verschleiert. Zum Teil dauert es Monate und Jahre, ehe die konkrete Diagnose gestellt wird.

Gemeinsamkeiten seltener Erkrankungen

Trotz der Heterogenität haben die seltenen Erkrankungen doch einige Gemeinsamkeiten miteinander, wie die Organisation Eurordis (European Organisation for Rare Disease) in einer Informationsschrift mitteilt. So handelt es sich durchweg um schwere bis sogar sehr schwere Erkrankungen, die chronisch, progredient und zum Teil sogar lebensbedrohlich verlaufen. Die Störungen belasten die Erkrankten wie auch deren Familien erheblich und gehen zumeist mit einer Beeinträchtigung oder sogar dem Verlust der Autonomie des Betroffenen einher. Eine Heilung der Patienten ist mit den herkömmlichen Methoden in der Regel nicht möglich, und auch an einer wirkungsvollen Therapie hapert es oft, wie das Beispiel des Morbus Huntington zeigt. Bei anderen Störungen wie etwa der Mukoviszidose ist es durch die Therapie jedoch möglich, die Symptome, die Lebensqualität und auch die Lebenserwartung deutlich zu bessern.

„Verwaiste“ Erkrankungen

Neben den seltenen Erkrankungen gibt es ferner die sogenannten vernachlässigten Erkrankungen („neglected diseases“). Es handelt sich hierbei vorwiegend um Krankheitsbilder, die in Entwicklungsländern auftreten und in den Industrieländern kein größeres Gesundheitsproblem darstellen. Sie erfahren in aller Regel daher weder in der Forschung noch in der Medikamentenentwicklung gebührende Aufmerksamkeit. Seltene und vernachlässigte Erkrankungen werden unter dem Oberbegriff der „verwaisten Erkrankungen“ – auch „Orphan Diseases“ genannt – zusammengefasst. Den Störungen gemeinsam ist, dass eine systematische Forschungsförderung fehlt, dass es an Diagnose- und Therapiemöglichkeiten mangelt und dass allgemein in der Öffentlichkeit wie auch im gesundheitspolitischen Bereich oftmals die notwendige Aufmerksamkeit im Hinblick auf die Diagnostik und Therapie der Erkrankungen wie auch die medizinische und soziale Betreuung der Betroffenen fehlt.

Orphan Drug: Arzneimittel für diese Erkrankungen

Patienten, die an einer Orphan Disease leiden, sind häufig auf Medikamente angewiesen, die aber zwangsläufig bei der jeweiligen Erkrankung nicht so umfassend geprüft werden konnten und können wie Medikamente, die bei Volkskrankheiten eingesetzt werden. Für Wirkstoffe, die bei seltenen Erkrankungen hilfreich sind, kann deshalb der sogenannte „Orphan Status“ beantragt werden, durch den besondere Vorschriften für die Prüfung und Zulassung solcher Orphan Drugs zum Tragen kommen.

Die Gleichstellung der Patienten sicherstellen

Bereits seit Jahren gibt es Bestrebungen, die Versorgung von Patienten mit seltener Erkrankung zu verbessern und allein in den vergangenen beiden Jahren hat sich laut Angaben des Verbands der forschenden Pharmaunternehmen (VFA) die Zahl der in Deutschland zugelassenen Medikamente gegen Orphan Diseases nahezu verdoppelt. Allerdings gibt es noch erheblichen weiteren Handlungsbedarf, heißt es in einer Broschüre des Verbands.

Dies dokumentiert nicht zuletzt eine Empfehlung des Europäischen Ministerrats, der



Foto: Takeda

Forschung ist hier gefragt.

sich Ende des vergangenen Jahres für die Erarbeitung nationaler Aktionspläne zur Bekämpfung seltener Krankheiten ausgesprochen hat. Damit soll die Gleichbehandlung der betroffenen Patienten sichergestellt und gleichzeitig gewährleistet werden, dass die Betroffenen ebenso wie Menschen mit Volkskrankheiten flächendeckend eine qualitativ hochwertige Versorgung hinsichtlich Diagnostik und Therapie erfahren.

Starke Benachteiligungen

Das aber ist noch längst nicht der Fall, wie Eurordis, eine europäische Vereinigung von Patientenorganisationen, mitteilt. Die Vereinigung kämpft dafür, dass die medizinische Versorgung und die Lebensqualität von Menschen mit seltener Erkrankung und deren Familien verbessert werden. So dauert es nach Angaben der Organisation zum Teil inakzeptabel lange, ehe die richtige Diagnose gestellt wird. Das kann fatale Folgen haben, wenn durch die verzögerte Diagnose Therapiechancen verpasst werden. Die Patienten und ihre Familien machen zum Teil eine diagnostische Odyssee von Arzt zu Arzt und von Klinik zu Klinik durch, sie erhalten oftmals nur spärliche Informationen über die Ursache der Symptome und über mögliche Hilfsangebote und Ansprechpartner.

So wurde laut einer Eurordis-Umfrage bei 40 Prozent der Patienten zunächst eine falsche Diagnose gestellt, was bei einem von sechs Betroffenen einen chirurgischen Eingriff nach sich zog, und jeder zehnte Patient wurde aufgrund der falschen Diagnose unnötigerweise psychiatrisch behandelt.

Es kommt darüber hinaus zu erheblichen Benachteiligungen in der Schule, bei der Berufsausbildung und im Beruf sowie allgemein im sozialen Leben. Es drohen Stigmatisierung, Ausgrenzung aus der Gesellschaft und die soziale Isolation, so Eurordis.

Neben dieser Organisation macht sich hierzulande vor allem das sogenannte Kinder-Netzwerk e.V. für eine verbesserte Versorgung vor allem von Kindern, Jugendlichen und (jungen) Erwachsenen mit seltener Erkrankung stark. Die Organisation baut unter anderem eine umfassende Datenbank zu den Erkrankungen auf, um so das Wissen zu



Foto: Takeda

Regelmäßige Blutuntersuchungen liefern schnelle Hinweise auf mögliche Erkrankungen.

erweitern, den betroffenen Familien zum Beispiel mit dem Vermitteln von Krankheits-Experten wie auch mit allgemeinen Informationen zur Seite stehen zu können und insgesamt die Diagnostik und Therapie von „Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen“ zu optimieren. Für die speziellen Bedürfnisse von betroffenen Kindern wie auch Erwachsenen engagiert sich auf nationaler Ebene ferner die ACHSE e.V. (Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen), ein Netzwerk von Patientenorganisationen von Kindern und erwachsenen Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Aktuelle Regelungen

Bis vor wenigen Jahren gab es ganz allgemein nur wenig Engagement bei der Entwicklung spezieller Therapieverfahren für die Behandlung seltener Erkrankungen. Das lag nicht zuletzt daran, dass die Entwicklung der notwendigen Arzneimittel aufwändig und kostspielig ist, der spätere Einsatz aufgrund der Seltenheit der Erkrankungen aber wenig lohnenswert erschien. Bereits in den 80er-Jahren wurden daher in den USA Sonderregelungen für die Prüfung und Zulassung von Orphan Drugs etabliert.

In Europa wurden im Jahre 2000 für die Entwicklung, Zulassung und Vermarktung von Arzneimitteln zur Behandlung von seltenen schweren chronischen oder lebensbedrohli-



Orphan Diseases – Orphan Drugs

„Orphan Diseases“ stehen üblicherweise nicht im Mittelpunkt des Interesses der Entwicklung neuer therapeutischer Optionen, da dies aus ökonomischer Sicht nicht Erfolg versprechend ist. So ist die Wahrscheinlichkeit der Markteinführung eines Medikaments gegen Erkrankungen des zentralen Nervensystems oder gegen Krebs 13-mal größer als die eines Pharmakons zur Therapie einer solchen vernachlässigten Erkrankung („Orphan Drug“).

Das hereditäre Angioödem (HAE) – Orphan Disease

Das HAE, eine genetische Erkrankung, kann undiagnostiziert und/oder unbehandelt während der zahnmedizinischen Behandlung zu unvorhersehbaren Komplikationen führen. Aufgrund eines qualitativen oder quantitativen Mangels des C1-Esteraseinhibitors (C1-INH) im Plasma kommt es – vermittelt durch Bradykinin – zu einem vermehrten Übertritt von Flüssigkeit ins Gewebe. Die Schwere der Ödembildung variiert von Patient zu Patient von asymptomatischen bis hin zu lebensbedrohlichen Verläufen. Manifestationsorte können Extremitäten, Gesicht, Zunge, Larynx, Genitalien und der Intestinaltrakt sein. Schwellungen von Zunge und Larynx können aufgrund der respiratorischen Beeinträchtigung lebensbedrohlich enden. Das Risiko eines letalen Ausgangs einer unbehandelten Episode liegt bei 15 bis 33 Prozent. Auslösende Faktoren können mechanische Einwirkungen, Gewebetraumata, hormonelle Einwirkungen, Entzündungen, Infektionen sowie emotionale und mit Stress behaftete Situationen sein. Daher werden bei betroffenen Patienten vor einer Operation oder einem Zahnarztbesuch üblicherweise C1-INH-Konzentrate zur Kurzzeitprophylaxe appliziert. Im Gegensatz zum akuten anaphylaktischen Ereignis, einer nahe liegenden Differentialdia-

gnose, ist die Anwendung von Adrenalin, Antihistaminika und Kortikosteroiden nicht effizient. Kommt es zu einem akuten Ereignis, werden gewöhnlicherweise humane Plasmakonzentrate, Tranexamsäure und humaner C1-INH eingesetzt. Bei der Langzeitbehandlung wird zusätzlich Danazol, ein Testosteronderivat, das die Produktion von C1-INH in der Leber steigert, benutzt.

Icatibant – Orphan Drug

2008 wurde Icatibant (Firazyr®), ein spezifischer Inhibitor der Bradykinin-B2-Rezeptoren, zur Therapie akuter Attacken des HAE und als erste Therapieform für die Indikation HAE in der EU zugelassen. Das Medikament wird subkutan injiziert. Nach Applikation wurden die ersten Zeichen einer Verbesserung nach 0,8 h beobachtet (16,9 h bei Placebo, 7,9 h bei Tranexamsäure). Somit steht für die Orphan Disease hereditäres Angioödem eine auch zahnärztlich sinnvoll einsetzbare Orphan Drug für den Notfall zur Verfügung.

Allen Kolleginnen und Kollegen, die sich mit diesem Thema näher beschäftigen müssen oder wollen sei die seit 1997 bestehende europäische Datenbank Orphanet (www.orphanet) empfohlen. Die französische Arbeitsgruppe unter der Leitung von Prof. Ségolène Ayme, einer Humangenetikerin, kooperiert mit Wissenschaftlern in mehr als 35 Ländern und hat eine Enzyklopädie von über 2.200 Erkrankungen zusammen getragen.

*PD Dr. Dr. Monika Daubländer
Universitätsmedizin KöR der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie*

*Dr. Peer Kämmerer
Klinik für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie
Augustusplatz 2
55131 Mainz*

chen Erkrankungen bessere Rahmenbedingungen etabliert, für die eine zufriedenstellende Behandlungsmöglichkeit bislang nicht existiert.

Gibt es dagegen bereits gute Therapieoptionen für die jeweilige Erkrankung, so können nur Arzneimittel, die eindeutig einen zusätzlichen Nutzen versprechen, den Status eines

Orphan Drug erhalten. Zu den Vorteilen, die dieser Status beinhaltet, gehören nach VFA-Angaben unter anderem ein vereinfachtes Zulassungsverfahren mit deutlicher Reduktion der Zulassungsgebühren und ein zehnjähriges Exklusivrecht bei der Vermarktung des Arzneimittels in der jeweiligen Indikation.

Bereits verfügbare Orphan Drugs

Derzeit sind 52 Orphan Drugs hierzulande zugelassen. Dazu gehören unter anderem Wirkstoffe gegen wenig bekannte Defekte wie etwa ein monoklonaler Antikörper gegen die paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie, eine Erkrankung, bei der infolge eines Gendefekts Erythrozyten vorzeitig zerstört werden, was zu lebensbedrohlichen Thrombosen führen kann. Auch Medikamente zur Behandlung der Akromegalie, also des Riesenwuchses, sowie des Hereditären Angioödems, einem erblich bedingten, anfallsartig auftretenden Angioödem, zählen zu den Orphan Drugs ebenso wie Wirkstoffe zur Therapie der Hyperammonämie, einer infolge eines Enzymmangels bedingten Störung des Harnstoffzyklus, und des Morbus Wilson, einer Kupferansammlung in der Leber sowie in Hirnzellen.

Doch auch Wirkstoffe gegen Erkrankungen, die ebenfalls selten, aber deutlich populärer sind, sind als Orphan Drugs anerkannt. Dies ist zum Beispiel bei Medikamenten zur Behandlung der Mukoviszidose der Fall und auch bei Wirkstoffen, die bei der akuten lymphatischen Leukämie eingesetzt werden oder bei der akuten myeloischen Leukämie, der chronischen myeloischen Leukämie sowie beim Lungenhochdruck und der Sichelzellanämie.

Unter den Orphan Drugs finden sich dabei auch Wirkstoffe, die zugleich bei Volkskrankheiten genutzt werden, die jedoch bei den Orphan Diseases eine besondere Indikation finden. Dazu gehört unter anderem der Phosphodiesterase-5-Hemmer Sildenafil, der



Foto: vfa-Martin Joppen

Fieberhaft wird in den großen Forschungslabors gearbeitet.

üblicherweise zur Behandlung der erektilen Dysfunktion genutzt wird, aber ebenfalls beim Lungenhochdruck therapeutisch wirksam ist. Auch Celecoxib, das als Schmerzmittel eingesetzt wird, hat bei der Familiären adenomatösen Polyposis, einer genetisch bedingten Erkrankung, die mit einem massiv erhöhten Darmkrebsrisiko assoziiert ist, den Status eines Orphan Drug ebenso wie das Analgetikum Ibuprofen bei der Therapie des Ductus arteriosus bei Frühgeborenen.

Unter den Orphan Drugs finden sich zudem Arzneimittel, die gegen mehrere seltene Erkrankungen wirksam und entsprechend zugelassen sind. Das ist beim Sorafenib der Fall, einem Tyrosinkinasehemmer, der beim Nierenkrebs wie auch beim Leberkrebs wirksam ist sowie beim Imatinib, einem Wirkstoff, der bei der Behandlung verschiedener Leukämieformen genutzt wird.

Schützenhilfe vonseiten der Biotechnologie

Nicht zuletzt die Möglichkeiten der modernen Biotechnologie nähren Hoffnungen auf weitere Neuentwicklungen im Bereich der Orphan Drugs. So wird es zunehmend möglich, Wirkstoffe zu entwickeln, die sich gezielt gegen eine vorliegende genetische Veränderung richten wie etwa gentechnisch hergestellte Enzyme gegen bestimmte lysosomale Speicherkrankheiten wie den Mor-

bus Gaucher oder den Morbus Fabry. Die Erleichterungen bei der Entwicklung und Zulassung solcher Arzneimittel erhöhen laut VFA die Chancen der Betroffenen auf neue künftige Therapieoptionen.

Aktionsplan gefordert

Vor dem Hintergrund der europaweit noch unzureichenden Versorgung von Patienten mit seltener Erkrankung haben einige Länder bereits einen nationalen Aktionsplan etabliert, der die Situation der betroffenen Patienten stärken soll. Zu diesen Ländern gehören Dänemark, Frankreich, Italien, Schweden, Spanien und Großbritannien. Nach dem Erlass der „Verordnung von Medizinprodukten für seltene Erkrankungen“ gibt es laut Eurordis zudem Überlegungen zur Gründung von Referenz-Zentren und -Netzwerken mit dem Ziel der Verdichtung der bereits vorhandenen Erfahrungen und Kompetenzen. Einen nationalen Aktionsplan auch in Deutschland zu etablieren, um die Ressourcen zu bündeln, fordert eindringlich der VFA. Der Verband schlägt dabei unter anderem die Einrichtung eines Komitees vor, in dem Experten aus allen Bereichen von Ärzten und Forschern über die Krankenkassen bis hin zu Gesundheitspolitikern und betroffenen Patienten selbst zusammenarbeiten. Über die bereits existierenden Zentren hinaus sollen sogenannte „Exzellenzzentren“ für seltene Erkrankungen eingerichtet und etabliert sowie in ein nationales und ein europäisches Netzwerk integriert werden. Ziel dabei ist es, die Erforschung seltener Erkrankungen voranzutreiben, die „Diagnose, Therapie und Versorgung von Patienten mit solchen Erkrankungen zu verbessern und zu standardisieren“ und zudem auch eine „grenzüberschreitende Therapie von Patienten mit seltenen Krankheiten unbürokratisch“ zu ermöglichen.

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

**Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln**

zm-Info

Weiterführende Informationen:

- ACHSE (Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen e.V.), www.achse-online.de
- Eurordis (European Organisation for Rare Disease), www.eurordis.org
- Kindernetzwerk, www.kindernetzwerk.de
- VFA (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.), www.vfa.de

Schulprobleme hochbegabter Kinder

Wenn die Klügsten scheitern

Martin H. Schmidt

Wenn hochintelligente Schüler auf ahnungslose und uninteressierte Erwachsene stoßen, gibt es häufig Probleme mit den schulischen Leistungen. Der Grundstein für eine optimale Entwicklung der Fähigkeiten dieser Kinder wird bereits in den ersten Schuljahren gelegt. Gleichzeitig muss darauf geachtet werden, dass die motorische und soziale Entwicklung nicht zu kurz kommt.

Lange war die Förderung von Eliten aus einem falschen Demokratieverständnis heraus suspekt. Selbst aus renommierten Büchern der Entwicklungspsychologie waren Kapitel über Hochbegabte gestrichen worden. Unter dem Einfluss des Sputnikschocks begann sich dies zu ändern, wurde mit der Globalisierung dringlicher und hat angesichts der PISA-Studien erst recht Aktualität erlangt. Heute werden Ärzte und Psychiater mit der Thematik konfrontiert, wenn Eltern nach Möglichkeiten suchen, eine Unterforderung hochbegabter Kinder auszugleichen oder ihr vorzubeugen, aber auch dann, wenn psychopathologische Symptome auftreten oder schulische Konflikte fehlgedeutet werden.

Zwei Prozent der Schüler sind hochbegabt

Intelligenztests sind so normiert, dass sie bei 68 Prozent der Untersuchten Intelligenzquotienten innerhalb einer negativen und einer positiven Standardabweichung vom Mittelwert ergeben (IQ-Werte zwischen 85 und 115). Für die 16 Prozent jenseits des oberen Grenzwerts spricht man von guter Begabung, für die gut zwei Prozent jenseits der zweiten positiven Standardabweichung (IQ ab 130) von sehr hoher Intelligenz. Diese Kinder und Jugendlichen sind oft früher „schulreif“ als Gleichaltrige, sie durchlaufen den Bildungsweg rascher als die meisten und sind zu allgemeinen oder spezifischen kognitiven, kreativen, sozialen, künstlerischen oder motorischen Hochleistungen fähig. Voraussetzungen dafür sind in der Regel entsprechende Förderung und intrinsische Motivation. Die Gesellschaft



Foto: CC

Hochbegabt: Diese Kinder haben es oftmals schwer, zumal psychopathologische Störungsbilder mitunter mit typischen Symptomen oder Folgestörungen intellektuell sehr gut ausgestatteter Kinder verwechselt werden.

schuldet auch künftigen Leistungsträgern angemessene Unterstützung bei ihrer Entwicklung.

Einfache Intelligenztests genügen nicht

Für die Diagnostik hoher Begabungen sind mehrdimensionale Intelligenztests unerlässlich, denn Hochleistungen dürfen nicht nur in einem Segment der kognitiven Fähigkeiten erbracht werden. Geeignet sind das Leistungsprüfsystem (LPS), das adaptive Intelligenzdiagnostikum (AID), die neue Revision des Hamburg-Wechsler-Intelligenztests

für Kinder (HAWIK III) oder ähnliche Verfahren. Die Testprofile dürfen dabei Spitzen, aber keine Einbrüche bei Einzelleistungen aufweisen. Zusätzlich ist die Erhebung eines psychopathologischen Befunds als Screening notwendig, um Symptome auch in Bereichen zu erkennen, über die Eltern und/oder der Patient aktuell nicht klagen, und um eine ausreichende Differentialdiagnostik zu ermöglichen. Nicht im pathologischen Bereich liegen häufige Verhaltensweisen sehr gut begabter Kinder und Jugendlicher, die testdiagnostisch schwer zu erfassen sind, sich häufig aber aus der Vorgeschichte ergeben (Tabelle 1).

Probleme und Fehldiagnosen

Auch wenn gut begabte Kinder ihre Entwicklungsaufgaben häufig ohne Schwierigkeiten meistern, unterliegen sie dennoch typischen Entwicklungsrisiken. Bei Mädchen und Kindern aus Randgruppen oder Minderheiten wird eine hohe Begabung

leichter verkannt, obwohl sie hier gleich häufig vorkommt wie in anderen Bevölkerungsgruppen. Der Zwang zu konformem Verhalten in der Schule verlangt oft besondere Anpassungsleistungen. Die Neugier gerät in Konflikt mit der Notwendigkeit des Übens. Mit der Problematik nicht vertraute Erwachsene können dann für die Realisierung hoher Leistungen eher hinderlich sein.

Das Hauptrisiko ist, dass während des Grundschulalters, in dem wesentliche Aspekte der Leistungsmotivation verfestigt werden, eigenes Anstrengungsverhalten nicht ausreichend gefördert wird. Um eine optimale intrinsische Leistungsmotivation auszubilden, sind Anforderungen

notwendig, die knapp unterhalb der Schwelle dessen liegen, was für das jeweilige Kind erreichbar ist. Steigen beim Übergang in die Sekundarstufe die Anforderungen und sehen sich gut begabte Schülerinnen und Schüler in Konkurrenz zur Gruppe Leistungstärkerer, wirkt sich das Fehlen von Anstrengungsbereitschaft meist nachteilig aus. Solche Kinder müssen Lerntechniken, auf die andere schon in der Grundschule angewiesen waren, manchmal erst in der Sekundarstufe erwerben und erleiden deshalb Leistungseinbrüche, die zur Resignation führen können. Sozial sind Kinder mit hoher Intelligenz zuweilen isoliert, weil ihre Altersgenossen ihren kognitiven Ansprüchen nicht genügen, obwohl sie für die motori-

sche und soziale Entwicklung auf den Kontakt mit ihnen angewiesen sind. Dies tritt umso eher auf, je größer die intraindividuellen Diskrepanzen zwischen unterschiedlichen Entwicklungsbereichen (zum Beispiel motorischen Fertigkeiten und sozialer Intelligenz) sind. Solche Differenzen fallen vor allem am Übergang zum Jugendalter auf.

Kinder mit Leistungsproblemen der geschilderten Art entwickeln häufig Ängste, depressive oder zwanghafte Symptome. Sie klagen häufiger über Schlafstörungen oder körperliche Beschwerden, ohne dass jeweils die Schwelle für eine krankheitswertige Störung überschritten wird. Solche Symptome werden begünstigt durch eine hohe Sensibilität und die Neigung zu Perfektionismus, aber auch durch unverträgliche Anpassungsforderungen aus einem Umfeld mit mangelndem Verständnis. Interaktionsprobleme in Familien oder auch in der Schule ergeben sich aus theoretisch berechtigten, aber praktisch nicht erfüllbaren Erwartungen von Bezugspersonen. Unterforderung, Motivationsdefizite, Unterschätzung oder sogar Abwertung können zu Konzentrationsstörungen führen und begünstigen Kontaktschwierigkeiten. Nicht vergessen werden darf, dass auch hochbegabte Kinder umschriebene Entwicklungsstörungen aufweisen können, wie die auf phonologischen Defiziten beruhende Lese-Rechtschreibschwäche, die im Kontext hoher Intelligenzleistungen als Folge fehlender Anstrengungen missverstanden werden kann. Zudem können die Kinder wie alle anderen auch belastenden Familienkonstellationen unterworfen sein.

Vorsicht Verwechslung!

Es gibt einige psychopathologische Störungsbilder, die mit typischen Symptomen oder Folgestörungen intellektuell sehr gut ausgestatteter Kinder verwechselt werden, die aber auch zusätzliche Komplikationen darstellen können.

■ **Hyperkinetisches Syndrom:** Reizoffenheit, Impulsivität und Ablenkbarkeit vor allem bei jüngeren Kindern können als Ausdruck kreativer Neugier fehlgedeutet werden.



Pädagogische Interventionen wirken oftmals vorbeugend gegen die Entstehung psychischer Störungen bei hochbegabten Kindern.

Foto: Noam/ Fotolia

■ **Depressive Episoden / dysthyme Störungen:** Sie müssen nicht Folge der oben beschriebenen typischen Konflikte sein, sondern können eigenständig auftreten, aber solche Folgestörungen vortäuschen.

■ **Asperger-Syndrom:** Das Missverhältnis zwischen kognitiv und emotional bestimmtem Verhalten führt nicht selten zu Fehldiagnosen.

■ **Substanzmissbrauch:** Seine Folgen können mit dem beschriebenen typischen Desinteresse verwechselt werden.

■ **Angstsymptome und Angststörungen:** Können völlig andere Gründe haben als die typischen Konflikte Gutbegabter.

■ **Zwangsstörungen:** Können mit Gründlichkeit und Perfektionismus solcher Schüler verwechselt werden.

■ **Anorektische Essstörungen:** Kommen bei gut begabten Schülerinnen häufiger vor als bei Mädchen mit durchschnittlicher Intelligenz.

Lösungswege

Da Schulprobleme gut begabter Schülerinnen und Schüler hauptsächlich aus den Differenzen mit schulischen und elterlichen Erwartungen resultieren, sind die meisten der infrage kommenden Interventionen

pädagogischer Art. Oft wirken speziell diese vorbeugend gegen die Entstehung psychischer Störungen. Bei der Verkürzung des schulischen Curriculums denkt man in der Regel an ein schnelleres Durchlaufen der Sekundar- und Oberstufe. Gerade im Hinblick auf das Risiko mangelnder Motivationsentwicklung muss aber auch erwogen werden, Klassen in der Grundstufe zu überspringen. Dabei ist darauf zu achten, dass die motorischen und sozialen Anforderungen für sehr gut begabte Kinder nicht zu hoch sind beziehungsweise kompensiert werden können. Solche Probleme zeigen sich etwa im Schreibtempo oder beim Sportunterricht. Eine Alternative zum Überspringen von Klassen der Mittel- und Oberstufe sind Auslandsaufenthalte, die Sprachkenntnisse kompletieren und den Erfahrungshorizont generell erweitern. Kommen Lösungen dieser Art nicht infrage, bedarf es einer Anreicherung des schulischen Curriculums. Idealerweise ist dies Angelegenheit der Schule, um begabte Schüler nicht in Abhängigkeit von ihrem Herkunftsmilieu zu benachteiligen. Auch den Eltern stehen vielfältige Möglichkeiten offen, um zusätzliche Lernanreize zu schaffen, die für die Motivation förderlich sind (Fremdsprachen lernen, künstlerischer oder sportlicher Bereich). Vielerorts werden Ferienkurse für gut begabte Kinder angeboten. Zudem bestehen zusätzliche Lernmöglichkeiten wie etwa in Form der „Kinderuniversität“. Eltern oder Lehrer können Kontakte mit Gleichbegabten und Gleich-

interessierten vermitteln. Dabei darf der Umgang mit Kindern vergleichbarer motorischer und sozialer Entwicklung nicht vernachlässigt werden.

Medizinische/psychologische Hilfen

Therapeutische Interventionen des Kinder- und Jugendpsychiaters, klinischen Psychologen oder Pädiaters können sich auf die Behandlung einer Grunderkrankung oder komorbiden Störung richten. Oft zielen sie

zm-Info

Häufige Verhaltensweisen hochbegabter Kinder

- vielseitige Interessen
- Neugier, die den Dingen auf den Grund gehen möchte (unbequeme Fragen)
- unübliche Wege des Denkens und der Lösungsfindung
- Einfallsreichtum, Suche nach kurzen Lösungswegen
- Kreativität: Gegenstände werden in ungewöhnlicher Weise miteinander in Verbindung gebracht
- Beharrlichkeit beim Verfolgen eigener Ziele
- Überzeugung, Dinge bewältigen zu können, die ihnen andere (noch) nicht zutrauen
- beharrliches Hinterfragen fester Regeln und Gewohnheiten (wirkt oft störend)
- hohe eigene Sensibilität (gute kognitive und soziale Wahrnehmung)
- in der Regel ausgeprägte soziale Kompetenzen (rücksichtsvoll, integrativ)
- übernehmen oft die Führung

auf die Beratung des Umfelds und seine Sensibilisierung für die Probleme des einzelnen Hochbegabten ab. Gelingt dies nicht, ist die Alternative eine kognitive Umstrukturierung bei den betroffenen Schülerinnen und Schülern selbst, dass ungünstiges Verhalten ihres Umfelds nicht negativer Absicht, sondern mangelndem Verständnis entspringt. Da häufig eine unzureichende intrinsische Motivation besteht, ist es therapeutisch wichtig, dass das Kind den Zusammenhang zwischen eigener Anstrengung und schulischem Erfolg erkennt. Umgekehrt müssen perfektionistische Ansprüche reduziert werden. Schließlich können Techniken des Interaktionstrainings helfen, Beziehungen zu Lehrern, Eltern und Gleichaltrigen zu verbessern.

Von den oben geschilderten Risiken sind die Folgen unzureichender Leistungsmotivation langfristig am gravierendsten. Langzeitstu-

dien an Hochbegabten zeigen, dass fast ein Viertel von ihnen deswegen seine potenzielle Leistungshöhe nicht erreicht. Die Rate psychischer Störungen bei hochbegabten Kindern bleibt während des Jugendalters leicht erhöht. Soweit bekannt gleicht sie sich mit dem Eintritt ins Studium oder mit der beruflichen Bewährung der Prävalenz in der Gesamtbevölkerung an. Mit steigendem Alter lösen sich intraindividuelle Entwicklungsdisharmonien auf, alterstypische Interaktionsstörungen gehen mit zunehmender Unabhängigkeit des Jugendlichen zurück.

Fazit

Das Hauptaugenmerk muss einmal darauf gerichtet werden, dass hohe Begabungen bei Mädchen oder Kindern aus Randgruppen oder Minderheiten nicht übersehen werden. Leistungsmotivation muss im

Grundschulalter nachhaltig gefördert werden. Auch im weiteren Bildungsgang sind die Kinder entsprechend ihrer Begabung zu fordern. Begleiterkrankungen hochbegabter Schülerinnen und Schüler müssen erkannt und behandelt werden. Innerhalb des kindlichen Umfelds besteht die Hauptaufgabe darin zu verhindern, dass typische Verhaltensweisen sehr gut Begabter aus Unbequemlichkeit oder Unverständnis abgewertet werden. Weniger denn je kann unsere Gesellschaft im Zuge des augenblicklichen Globalisierungsprozesses auf Hochleistungen gut begabter Kinder und Jugendlicher verzichten.

*Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin H. Schmidt
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Quadrat J 5
D-68159 Mannheim*

Nachdruck aus: MMW-Fortschr. Med. Nr. 47/2007 (149 Jg.)

Weltorganspendetag

Für mehr Leben – für Organspende

Die Transplantationsmedizin hat in den vergangenen Jahren große Fortschritte gemacht. Doch nur ein Drittel der Menschen, die einer Transplantation bedürfen, bekommt tatsächlich ein neues Organ. Die Hauptursache hierfür liegt im weltweiten Spendermangel. Die Öffentlichkeit im Hinblick auf diese Problematik wachzurütteln und für mehr Bereitschaft zur Organspende zu werben, war Ziel des Welttags und Europäischen Tags der Organspende, der in diesem Jahr mit zahlreichen Aktionen erstmals in Berlin begangen wurde.



So einen ausgefüllten Organspendeausweis sollte möglichst jeder Erwachsene bei sich tragen.

Rund 27800 Organtransplantationen wurden im vergangenen Jahr in Europa durchgeführt. Mehr als 63000 Menschen aber stehen auf der Warteliste für ein Spenderorgan, wobei 3800 von ihnen im Jahr 2008 während der Wartezeit auf das lebensrettende Organ verstorben sind. Diese Zahlen wurden anlässlich des Welttages und Europäischen Tages der Organspende in Berlin bekannt gegeben. Dort fanden am 4. Oktober unter Beteiligung zahlreicher prominenter Künstler, Politiker und auch Betroffener mehrere Hunderttausend Besucher den Weg zum Brandenburger Tor, wo mit Aktionen und Informationsveranstaltungen, aber auch begleitet von Unterhaltung wie einem Open-Air-Konzert, auf die Problema-

tik aufmerksam gemacht wurde. Der Tag stand unter dem Motto: „You have the power to donate life – be an organ donor“.

Weiterhin erheblicher Mangel an Organen

Wie bedeutsam das Thema ist, macht ein Aufruf von Bundespräsident Horst Köhler anlässlich des Weltorganspendetages deutlich: „Wir sollten alle bedenken, dass jeder Einzelne von uns mit der Bereitschaft zur Organspende zum Lebensretter werden kann“, so Köhler. Die Zahlen sind allgemein alarmierend und dabei macht auch Deutschland keineswegs eine Ausnahme: So warten hierzulande rund 12000 Men-

schen auf ein neues Herz, eine neue Niere oder ein anderes lebensrettendes Organ. Nur rund einem Drittel der Betroffenen aber kann tatsächlich durch eine Transplantation geholfen werden. Der Mangel an Spenderorganen hat dabei hierzulande im vergangenen Jahr 889 Menschen das Leben gekostet.

Auch wenn der Organspendemangel ein weltweites Problem ist, so ist die Situation in Deutschland noch dramatischer. Denn die Bereitschaft zur Organspende ist hierzulande besonders gering: So liegt Deutschland nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation innerhalb Europas mit 14,6 Spendern pro eine Million Einwohner nur im unteren Mittelfeld und unter dem EU-Durchschnitt von 16,1 Spendern pro eine Million Einwohner. Spanien ist mit über 34 Spendern/eine Million nach wie vor „Weltmeister“ in der Organspende, gefolgt von Portugal mit 26,7 und den USA mit 26,3 Spendern. „Aufgrund seiner spezifischen Ausgestaltung des Transplantationswesens und seiner Krankenhausstrukturen ist Spanien Vorbild für viele Länder“, heißt es in einer Mitteilung der Stiftung Organtransplantation.

Hemmschuh Zustimmungslösung

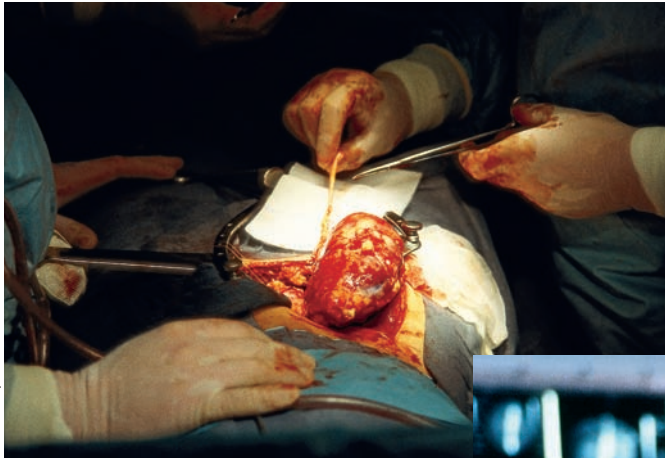
Zur Erklärung des Phänomens werden die unterschiedlichen Strukturen in den Krankenhäusern, Abweichungen der medizinischen Standards sowie länderspezifische Gesetze angeführt. So gilt in Spanien und Portugal wie auch in einigen anderen Ländern Europas die sogenannte Widerspruchs-

Dieses Herz soll zukünftig in einem neuen Körper schlagen und ihn am Leben erhalten.

lösung, bei der von einer Bereitschaft zur Organspende ausgegangen wird, wenn dem nicht zu Lebzeiten explizit widersprochen wird. Geschieht dies nicht, so können im Todesfall Organe entnommen werden – übrigens nicht nur bei Einheimischen, sondern durchaus auch bei Deutschen, wenn sie in diesen Ländern versterben. Anders in Deutschland und ebenso in Dänemark und Griechenland: In diesen Ländern gilt die erweiterte Zustimmungslösung, bei der der Organspende also aktiv zugestimmt werden muss, entweder direkt durch Unterzeichnung eines Organspendeausweises oder indirekt nach Feststellung des Todes durch die hinterbliebenen Angehörigen. Allerdings besitzen nur 17 Prozent der Deutschen einen Organspendeausweis, obwohl laut einer aktuellen Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 80 Prozent der Organspende positiv gegenüberstehen.

Foto: Okapia





Die Herztransplantation ist in vollem Gange ...

Foto: Oklapia

Weiter steigender Organbedarf

Dabei steigt die Zahl der Menschen, die ein neues Organ benötigen, weiter an, und allein in den USA kamen, so hieß es in Berlin, im Jahr 2008 fast doppelt so viele Menschen auf die Warteliste, wie Transplantationen vorgenommen werden konnten. Im Land der „unbegrenzten Möglichkeiten“ warten derzeit mehr als 110 000 Menschen auf die lebensrettende Operation, wobei 2008 jedoch lediglich 27 000 von ihnen geholfen werden konnte.

Während in den Industrienationen genaue Statistiken hinsichtlich des Bedarfs an Organspenden und den tatsächlich durchgeführten Transplantationen geführt werden, fehlen weltweit verlässliche Zahlen und das betrifft vor allem die Länder Asiens und Afrikas. Es liegen somit nur Schätzungen vor, wobei die „Organización Nacional de Trasplantes“ (ONT) für 2007 von weltweit rund 99 300 erfolgten Eingriffen ausgeht.

Internationale Anstrengungen

Diese Zahl soll mit weltweiten Aufklärungsveranstaltungen wie dem aktuell stattgefundenen Welttag der Organspende langfristig gesteigert werden. Getragen wurde die Veranstaltung in Berlin von der Deutschen Stiftung Organtransplantation in Kooperation mit der Weltgesundheitsorganisation, Fairtransplant und dem Council of Europe. Denn der Organmangel ist ein weltweites



Foto: Fotex

... hier ist das Organ gerade angekommen und wartet auf seinen neuen „Einsatz“.

Problem, das entsprechender internationaler Anstrengungen bedarf: „Der weltweite Mangel an Organen und der medizinische Fortschritt vereint die Beteiligten in dem Bestreben, eine effizientere, gerechte und vollständige Versorgung aller Patienten auf den Wartelisten zu erreichen“, so die Deutschen Stiftung für Organspende. Es gilt nach ihren Forderungen zunächst, allgemeine Standards zu etablieren und damit die Qualität und die Sicherheit von Transplantationen auf internationaler Ebene zu verbessern. „Korruption und Transplantationstourismus können nur gemeinsam durch staatliche Regulierungen bekämpft und verhindert werden“, heißt es in einer Erklärung der

Organisation. Erst im Frühjahr 2008 hatten in Istanbul Vertreter aus 78 Ländern einstimmig eine gemeinsame Erklärung gegen Organhandel und Transplantationstourismus verabschiedet. „Diese vielfältigen Aspekte sind neben der Aufklärung der Öffentlichkeit wichtige Ansatzpunkte, um dem weltweiten Organmangel langfristig entgegen zu wirken“, teilt die in Frankfurt ansässige Stiftung mit.

In diesem Jahr fand bereits der fünfte Welttag und der elfte Europäische Tag der Organspende statt. Nachdem die Austragungsorte in den letzten Jahren in Asien und Südamerika lagen, stand nach Genf im Jahre 2005 jetzt erstmals wieder Europa im Fokus. Dem Welttag angeschlossen war dabei ein internationaler Organspendekongress der „International Society for Organ Donation and Procurement“, bei dem Experten aus zahlreichen Nationen über Möglichkeiten für eine bessere internationale Vernetzung zur Förderung der Organspende diskutierten.

Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	LZK Berlin/Brandenburg	S. 85	Implantologie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 85
	ZÄK Nordrhein	S. 87		LZK Berlin/Brandenburg	S. 86
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 87		ZÄK Nordrhein	S. 86
	ZÄK Niedersachsen	S. 88		KZV Baden-Württemberg	S. 89
Ästhetik	ZÄK Bremen	S. 85	Interdisziplinär	ZÄK Niedersachsen	S. 89
	ZÄK Nordrhein	S. 86	Kinderzahnheilkunde	LZK Berlin/Brandenburg	S. 85
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 87		ZÄK Nordrhein	S. 86
Alterszahnheilkunde	ZÄK Nordrhein	S. 86		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 87
Endodontie	ZÄK Nordrhein	S. 86	Notfallbehandlung	ZÄK Nordrhein	S. 87
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 87		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 87
	ZÄK Hamburg	S. 88		ZÄK Hamburg	S. 88
	ZÄK Niedersachsen	S. 89		KZV Baden-Württemberg	S. 89
	KZV Baden-Württemberg	S. 89	Parodontologie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 85
Ergonomie	ZÄK Niedersachsen	S. 89		ZÄK Nordrhein	S. 86
Fotographie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 85		ZÄK Hamburg	S. 88
Helferinnen-Fortbildung	LZK Rheinland-Pfalz	S. 85		KZV Baden-Württemberg	S. 89
	ZÄK Nordrhein	S. 87		DGP	S. 94
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 87	Praxismanagement	ZÄK Hamburg	S. 88
	KZV Baden-Württemberg	S. 89	Promotion	LZK Berlin/Brandenburg	S. 85
	DGZH	S. 94	Prophylaxe	LZK Sachsen	S. 85
Hygiene	KZV Baden-Württemberg	S. 89		LZK Berlin/Brandenburg	S. 86
				ZÄK Nordrhein	S. 86
			Prothetik	LZK Sachsen	S. 85
				ZÄK Nordrhein	S. 86
				ZÄK Niedersachsen	S. 89
				DGOI	S. 94
			Qualitätssicherung	ZÄK Bremen	S. 85
				ZÄK Nordrhein	S. 86
			Restaurative ZHK	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 87
				ZÄK Hamburg	S. 88
				RWTH Aachen	S. 94
				AWP	S. 94
			Röntgen	KZV Baden-Württemberg	S. 89
			Supervision	DGZH	S. 94

Fortbildung der Zahnärztekammern **Seite 85**

Kongresse **Seite 90**

Universitäten **Seite 94**

Wissenschaftliche Gesellschaften **Seite 94**

Freie Anbieter **Seite 96**

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 Bremen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Mehr als nur drei Streifen. Aktuelles Wissen rund um die Konstanzprüfung
Referent: Gerald König
Termin: 27.11.2009: 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 6
Gebühr: 149 EUR
Kurs-Nr.: 990050

Thema: Aesthetic under your control – Red Aesthetics. Praktischer Intensivkurs Plastische PA-Chirurgie
Referenten: Dr. Thomas Schwenk, Dr. Marcus Striegel
Termin: 24.09.2010: 14.00 – 19.00 Uhr, 25.09.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 14
Gebühr: 648 EUR
Kurs-Nr.: 10502

Thema: Aesthetic under your control – White Aesthetics. Intensivkurs Funktion und Vollkeramik
Referenten: Dr. Thomas Schwenk, Dr. Marcus Striegel
Termin: 26.02.2010: 14.00 – 19.00 Uhr, 27.02.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 12
Gebühr: 648 EUR
Kurs-Nr.: 10501

Auskunft u. schriftliche Anmeldung: Zahnärztekammer Bremen
 Frau Ordemann / Herr Hogrefe
 Universitätsallee 25
 28359 Bremen
 Tel.: 0421/33303-77
 Fax: 0421/33303-23
 e-mail: r.ordemann@zaek-hb.de
 oder t.hogrefe@zaek-hb.de

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Praxis der Patientenfotografie – Praktischer Kurs
Referent: Herr Scherpf
Termin: 04.11.2009: 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: LZK
Sonstiges: 7 Fortbildungspunkte
Kurs-Nr.: 098154
Kursgebühr: 210 EUR

Thema: Mitarbeiter führen Mitarbeiter
Referentin: Frau Nemetz
Termin: 06.11.2009: 13.00 – 20.00 Uhr
Ort: LZK
Kurs-Nr.: 098363
Kursgebühr: 160 EUR

Thema: Paro Patient – Systematische Therapie mit Konzept und Kompetenz
Referenten: Herr Dr. Otte, Herr Dr. Rössler, Frau Lennemann
Termin: Abrechnung 06.11.2009, Theorie 07.11.2009, Hands-on 27./28.11.2009: jeweils 10.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Sonstiges: Fortbildung für ZFA. Kursteile Abrechnung und Theorie (je 250 EUR) können auch separat gebucht werden.
Kurs-Nr.: Abrechnung 098217, Theorie 098218, Hands-on 098219
Kursgebühr: 590 EUR

Thema: Mein erstes Implantat – Chirurgischer Folgekurs (Hands-on)
Referent: Herr Dr. Köttgen
Termin: 25.11.2009: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Sonstiges: 5 Fortbildungspunkte
Kurs-Nr.: 098135
Kursgebühr: 210 EUR

Auskunft und Anmeldung: LZK Rheinland-Pfalz
 Frau Albrecht, Frau Faltin
 Langenbeckstraße 2
 55131 Mainz
 Tel.: 06131/9613660
 Fax: 06131/9613689

LZK Sachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Möglichkeiten zahnmedizinischer Prophylaxe für Menschen mit Behinderungen
Referent: Dr. Imke Kaschke – Berlin
Termin: 25.11.2009: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte, Praxismitarbeiterinnen
Gebühr: 95 EUR
Kurs-Nr.: D 92/09 (5 Punkte)

Thema: Augmentationsworkshop mit Hands-on am Tierpräparat
Referent: Dr. Dr. Thomas Mehnert – Köln
Termin: 27.11.2009: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 280 EUR
Kurs-Nr.: D 94/09 (9 Punkte)

Auskunft u. schriftliche Anmeldung: Fortbildungsakademie der LZK Sachsen
 Schützenhöhe 11
 01099 Dresden
 Tel.: 0351/80 66–101
 Fax: 0351/80 66–106
 e-mail: fortbildung@lzk-sachsen.de
 www.zahnaerzte-in-sachsen.de

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

Interdisziplinäres Forum MED-DENT

Thema: Der Kindermund [4]
Referenten: Prof. Dr. Lothar Schweigerer – Berlin, Prof. Dr. Christian H. Splieth – Greifswald
Termin: 18.11.2009: 18.00 – 21.00 Uhr
Gebühr: 48 EUR
Kurs-Nr.: 6040.2

Thema: Außervertragliche Leistungen nach neuer GOZ in der KFO [7]
Referentin: Heike Herrmann – Berlin
Termin: 20.11.2009: 13.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: 245 EUR
Kurs-Nr.: 0912.1

Thema: Wege zum Doktorhut [6]
Referent: Prof. Dr. Klaus-Roland Jahn – Berlin
Termin: 20.11.2009: 14.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: 145 EUR
Kurs-Nr.: 5044.3

Thema: Diagnose und Therapie von Mundschleimhauterkrankungen in der Zahnarztpraxis [8]
Referentin: OÄ Dr. Christiane Nobel – Berlin
Termin: 21.11.2009: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 195 EUR
Kurs-Nr.: 6004.3

Thema: Craniomandibuläre Orthopädie – Aszendierende und deszendierende Funktionsstörungen im Kiefergelenk und Bewegungsapparat [15]
Referentinnen: Dr. Annette Diehl – Berlin, Dr. med. Uta Laukens – Berlin, Annette Wiemann – Berlin
Termin: 27.11.2009: 14.00 – 19.00 Uhr, 28.11.2009: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 385 EUR
Kurs-Nr.: 6046.0

Thema: Mini-Implantate in der Kieferorthopädie [14]
Referenten: OA Dr. med. dent. Benedict Wilmes – Düsseldorf
Termin:
 04.12.2009: 14.00 – 19.00 Uhr,
 05.12.2009: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 445 EUR
Kurs-Nr.: 0921.0

Thema: 14. Berliner Prophylaxetag / Vortragsblock [8]
Referenten: Prof. Dr. Dr. h. c. Georg Meyer – Greifswald, Prof. Dr. Hans-Curt Flemming – Duisburg, Prof. Dr. Christof Dörfer – Kiel, Dr. Benjamin Schütz – Berlin, PD Dr. Rainer Seemann – Konstanz
Termin: 05.12.2009:
 09.00 – 16.15 Uhr
Gebühr: 119 EUR
Kurs-Nr.: 3050.0

Auskunft und Anmeldung:
 Philipp-Pfaff-Institut Berlin
 Alßmannshäuserstraße 4-6
 14197 Berlin
 Tel.: 030/414725-0
 Fax: 030/4148967
 e-mail: info@pfaff-berlin.de

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häußl-Institut

Kurs-Nr.: 09127 T 8 Fp
Thema: Upgrade Beraten und Motivieren. Auf veränderte Bedingungen richtig agieren
Referent: Dr. Michael Cramer – Overath
Termin: 15.11.2009:
 09.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 270 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 130 EUR

Kurs-Nr.: 09132 P 6 Fp
Thema: Implantologie mit dem Frailit-2 und dem Xive-System. Grundlagen, Tipps und Tricks für die Praxis

Referent: Prof. Dr. Thomas Weischer – Essen
Termin: 18.11.2009:
 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 200 EUR

Kurs-Nr.: 09199 T 8 Fp
Thema: 20. PZM-Fortbildungsveranstaltung
Referent: Dr. Rüdiger Butz – Moers
Termin: 20.11.2009:
 09.00 – 17.30 Uhr
Teilnehmergebühr: 150 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 50 EUR

Kurs-Nr.: 09137 P 13 Fp
Thema: Intensivkurs Endodontie
Referenten: Prof. Dr. Rudolf Beer – Essen, Dr. Thomas Lang – Essen
Termin:
 20.11.2009: 14.00 – 18.00 Uhr,
 21.11.2009: 09.00 – 16.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 440 EUR

Kurs-Nr.: 09139 TP 13 Fp
Thema: Arbeitssystematik bei der Patientenbehandlung
Referent: Dr. Richard Hilger – Kürten
Termin:
 20.11.2009: 14.00 – 18.00 Uhr,
 21.11.2009: 09.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 420 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 210 EUR

Kurs-Nr.: 09198 8 Fp
Thema: Aspekte der Alterszahnheilkunde
Referent: Dr. Ullrich Wingenfeld – Dinslaken
Termin: 21.11.2009:
 09.30 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 75 EUR

Kurs-Nr.: 08198 P 9 Fp
Thema: Modul 9 des Curriculums Parodontologie. Abschlussgespräche mit Fallpräsentationen
Referent: Prof. Dr. Sören Jepsen – Bonn
Termin: 21.11.2009:
 09.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 240 EUR

Kurs-Nr.: 09138 TP 8 Fp
Thema: Spannende und entspannende Kinderzahnbehandlung mit Hypnose
Referentin: Dr. Gisela Zehner – Herne
Termin: 21.11.2009:
 09.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 200 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 100 EUR

Kurs-Nr.: 09109 8 Fp
Thema: Mehr Erfolg in der Prophylaxe – Prophylaxe, der sanfte Weg zu gesunden Zähnen
Referent: Dr. Steffen Tschackert – Frankfurt
Termin: 25.11.2009:
 14.00 – 20.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 240 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 180 EUR

Kurs-Nr.: 09141 P 17 Fp
Thema: Update Ästhetische Zahnmedizin mit Komposite und Vollkeramik inkl. Hands-on
Referent: Priv.-Doz. Dr. Jürgen Manhart – Holzkirchen
Termin:
 27.11.2009: 14.00 – 20.00 Uhr,
 28.11.2009: 09.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 580 EUR

Anzeige

Kurs-Nr.: 09120 T 13 Fp
Thema: Praxisprozesse optimieren – Erfolge und Rückschläge QM für Fortgeschrittene Team Power II
Referentin: Dr. Gabriele Brieden – Hilden
Termin:
 27.11.2009: 14.00 – 18.00 Uhr,
 28.11.2009: 09.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 290 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 190 EUR

Kurs-Nr.: 09144 4 Fp
Thema: Kompendium der Implantatprothetik Teil 3 – Versorgung der verkürzten Zahnreihe
Referent: Prof. Dr. Ernst-Jürgen Richter – Würzburg
Termin: 28.11.2009:
 09.00 – 12.30 Uhr
Teilnehmergebühr: 110 EUR

Kurs-Nr.: 09145 4 Fp
Thema: Kompendium der Implantatprothetik Teil 4 – Sinnvolle und bewährte Therapiekonzepte im teilbezahnten Gebiss und im zahnlosen Oberkiefer
Referent: Prof. Dr. Ernst-Jürgen Richter – Würzburg
Termin: 28.11.2009:
 13.30 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 110 EUR

Kurs-Nr.: 09142 4 Fp
Thema: Kompendium der Implantatprothetik Teil 1 – Der zahnlose Unterkiefer und die Verankerung herausnehmbaren und bedingt abnehmbaren Zahnersatzes
Referent: Prof. Dr. Ernst-Jürgen Richter – Würzburg
Termin: 27.11.2009:
 09.30 – 12.30 Uhr
Teilnehmergebühr: 110 EUR

Fortbildung in den Bezirksstellen

Köln
Kurs-Nr.: 09443 2 Fp.
Thema: LEU – Endodontische Revision oder Apikoektomie. Die aktuelle Sicht der Endodontologie und Chirurgie
Referenten: Prof. Dr. Michael A. Baumann – Hürth, Dr. Bernd Schneider – Frechen
Termin: 18.11.2009:
 17.00 – 19.00 Uhr
Ort: Zentrum der Anatomie der Universität zu Köln, Joseph-Stelzmann-Str. 9, 50937 Köln
Teilnehmergebühr: gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich

Kurs-Nr.: 09143 4 Fp
Thema: Kompendium der Implantatprothetik Teil 2 – Implantate und abnehmbare Prothetik im Restgebiss: das Prinzip der „strategischen Pfeiler“
Referent: Prof. Dr. Ernst-Jürgen Richter – Würzburg
Termin: 27.11.2009:
 13.30 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 110 EUR

Vertragswesen

Kurs-Nr.: 09349 4 Fp
Thema: Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragszahnärztlichen Versorgung nach der ab dem 1.1.2008 geltenden Verfahrensordnung (Seminar für Zahnärzte)
Referenten: Dr. Hans-Joachim Lintgen – Remscheid, ZA Ralf Wagner – Langerwehe
Termin: 18.11.2009: 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30 EUR

Kurs-Nr.: 09345 4 Fp
Thema: Zahnersatz – Abrechnung nach BEMA und GOZ unter Berücksichtigung der Festzuschüsse – Teil 3 (Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter)
Referenten: ZA Lothar Marquardt – Krefeld, Dr. Hans Werner Timmers – Essen
Termin: 25.11.2009: 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30 EUR

Kurs-Nr.: 09350 4 Fp
Thema: Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen. Der Schwerpunkt liegt in der Beschreibung der Schnittstellen des BEMA zu außervertraglichen Leistungen (Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter)
Referent: Dr. Andreas Schumann – Essen
Termin: 25.11.2009: 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30 EUR

Fortbildung der Universitäten

Düsseldorf
Kurs-Nr.: 09358 TP 5 Fp
Thema: Notfallbehandlungsmaßnahmen für Zahnärzte und zahnärztliches Personal
Referenten: Dr. Dr. Rita Antonia Depprich – Düsseldorf, Dr. Dr. Jörg Handschel – Münster
Termin: 25.11.2009: 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Karl-Häupl-Institut
Teilnehmergebühr: 195 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 80 EUR

Essen
Kurs-Nr.: 09372 T 5 Fp
Thema: Zahnärztliche Notfallmedizin für das Praxisteam
Referent: Prof. Dr. Thomas Weischer – Essen
Termin: 25.11.2009: 14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Kliniken Essen-Mitte Huysens-Stift, Henricistr. 92, 45136 Essen
Teilnehmergebühr: 160 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 25 EUR

Fortbildung für ZFA

Kurs-Nr.: 09281
Thema: Mit Köpfchen durch die Ausbildung. Anregungen für eine erfolgreiche Ausbildung (Seminar für Auszubildende im 1. bis 3. Ausbildungsjahr)
Referentinnen: ZMF Katja Knie-riem-Lotze – Hann. Münden, ZMV Susanne Rettberg – Göttingen
Termin: 14.11.2009: 09.00 – 16.30 Uhr
Teilnehmergebühr: 95 EUR

Kurs-Nr.: 09283
Thema: Abrechnung und Kontrolle von Laborleistungen – die Übereinstimmung mit der Zahnarztabrechnung (Seminar für ZMV)
Referent: ZA Lothar Marquardt – Krefeld
Termin: 18.11.2009: 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 60 EUR

Kurs-Nr.: 09263
Thema: Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RöV § 24 Absatz 2 Nr. 3 und 4 vom 30. April 2003
Referenten: Dr. Regina Becker – Düsseldorf, Prof. Dr. Jürgen Becker – Düsseldorf, Dr. Andreas Künzel – Hilden
Termin: 27.11.2009: 08.30 – 17.45 Uhr, 28.11.2009: 08.30 – 17.45 Uhr, 29.11.2009: 08.30 – 11.45 Uhr
Teilnehmergebühr: 240 EUR

Kurs-Nr.: 09292
Thema: Abrechnungsworkshop der Festzuschüsse
Referenten: Dr. Hans Werner Timmers – Essen, ZA Lothar Marquardt – Krefeld
Termin: 27.11.2009: 15.00 – 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 90 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**Zentrale Zahnärztliche Fortbildung**

Thema: Komposit und Vollkeramik: Kompositveneer, Schicht- und Matrizentechnik / Veneer- und Teilkronenpräparation – Kurs mit praktischen Übungen am Phantomkopf (Im Rahmen der Kurzserie Zahnerhaltung)
Referent: ZA Ulf Krüger-Janson – Frankfurt/Main
Termin: 04.12.2009: 09.00 – 20.00 Uhr
Gebühr: ZA: 482 EUR
Fortbildungspunkte: 9
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 09 740 143

Thema: Spannende und entspannende Kinderzahnbehandlung mit Hypnose
Referentin: Dr. Gisela Zehner – Herne
Termin: 05.12.2009: 09.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: ZA: 330 EUR ZFA: 165 EUR
Fortbildungspunkte: 8
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 09 740 104

Thema: Dentinadhäsive: Anspruch und Wirklichkeit. Die Versorgung des endodontisch behandelten Zahnes
Referenten: PD Dr. Till Dammaschke – Münster, Dr. Markus Kaup – Münster
Termin: 09.12.2009: 15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: ZA: 65 EUR
Fortbildungspunkte: 4
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 09 740 031

Thema: GOZ – Spezial Training
Referentin: ZMV Christine Bau-meister – Haltern
Termin: 12.12.2009: 09.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: ZA: 190 EUR ZFA: 95 EUR
Fortbildungspunkte: 8
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 09 740 078

Thema: Management von Zahnunfällen in der zahnärztlichen Praxis
Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi – Basel
Termin: 12.12.2009: 10.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: ZA: 404 EUR
Fortbildungspunkte: 8
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 09 740 103

Thema: Ästhetische Zahnheilkunde (Im Rahmen der Kurzserie Ästhetik)
Referent: PD Dr. Jürgen Manhart – Holzkirchen
Termin: 18.12.2009: 11.00 – 19.00 Uhr, 19.12.2009: 09.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: ZA: 696 EUR
Fortbildungspunkte: 17
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 09 740 145

Mitarbeiterteam

Thema: Update ZMP – bleiben Sie stets am „Zahn der Zeit“
Referentin: Dipl.DH Dorothee Neuhoff (ZÄKWL)
Termin: 03.12.2009: 09.00 – 17.00 Uhr, 04.12.2009: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: ZFA: 175 EUR
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 09 342 303

Thema: Erneuerung der Kenntnisse im Strahlenschutz
Referenten: Dozententeam ZÄKWL
Termin: 04.12.2009: 14.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: ZFA: 55 EUR
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 09 342 227

Thema: Das Kind als Patient – oder: ich gehe gern zum Zahnarzt
Referentin: Dr. Katharina Bückter – München
Termin: 04.12.2009: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: ZFA: 199 EUR
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 09 342 621

Thema: Röntgen und Strahlenschutzkurs
Referenten: Prof. Dr. Hermann Meiners, Dr. Irmela Reuter – Münster, Daniela Blanke (ZÄKWL)
Termin: 04.12.2009: 14.00 – 16.00 Uhr, 05.12.2009: 09.00 – 15.00 Uhr
Gebühr: ZFA: 250 EUR
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 09 342 213

Thema: Versiegelungen von Zahnfissuren
Referenten: Dr. Frank Bordan – Gelsenkirchen, ZMP Barbara Kortemeyer (ZÄKWL), ZMF Daniela Weber – Gelsenkirchen
Termin: 05.12.2009: 08.00 – 17.00 Uhr, 12.12.2009: 08.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: ZFA: 290 EUR
Ort: Sport-Paradies, Adenauerallee 118, 45891 Gelsenkirchen
Kurs-Nr.: 09 342 339

Thema: Einführung/Umstellung auf die digitale Radiographie
Referentin: Daniela Blanke (ZÄKWL)
Termin: 11.12.2009: 14.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: ZFA: 75 EUR
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 09 342 620

Auskunft:
 Akademie für Fortbildung der ZÄKWL
 Auf der Horst 31
 48147 Münster
 (Herr Bertram)
 Tel.: 0251/507-600
 Fax: 0251/507-609
 dirc.bertram@zahnaerzte-wl.de

ZÄK Hamburg



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Notfälle in der zahnärztlichen Praxis, lebensrettende Sofortmaßnahmen.
 Kurs III – Teamkurs
Referenten: Oberfeldarzt Hans-Peter Daniel – Lütjensee, Alfred Schmücker – Hamburg
Termin: 02.12.2009: 15.30 – 19.30 Uhr
Gebühr: 80 EUR, 40 EUR für MA
Kurs-Nr.: 40158 inter

Thema: Therapie periimplantärer Erkrankungen (ausgebucht)
Referentin: Dr. Sonja Sälzer – Hamburg
Termin: 02.12.2009: 15.00 – 18.30 Uhr
Gebühr: 100 EUR
Kurs-Nr.: 31036 B impl

Thema: Vorhersagbarer endodontischer Erfolg
Referentin: Dr. Edith Falten – Hamburg
Termin: 04.12.2009: 14.00 – 18.00 Uhr, 05.12.2009: 09.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 420 EUR
Kurs-Nr.: 40161 kons

Thema: Umgang mit Patienten aus fremden Kulturen
Referent: Dr. Hermann Hagemann – Münster
Termin: 04.12.2009: 14.00 – 18.00 Uhr, 05.12.2009: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 320 EUR
Kurs-Nr.: 20135 praxisf

Thema: Wissenschaftlicher Abend: Zusammenhänge zwischen parodontaler und allgemeiner Gesundheit
Referent: Prof. Dr. Thomas Kocher – Greifswald
Termin: 07.12.2009: 20.00 Uhr s. t.
Kurs-Nr.: 36 paro

Thema: Chef sein heißt auch fördern und fordern – Der Zahnarzt in seiner Rolle als Führungskraft
Referent: Dr. Frank Hagenow – Hamburg
Termin: 11.12.2009: 14.00 – 18.00 Uhr, 12.12.2009: 09.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: 360 EUR
Kurs-Nr.: 40171 praxisf

Thema: Warme vertikale Kondensationstechnik
Referentinnen: Dr. Edith Falten – Hamburg, Dr. Karin Kremeier – Hamburg
Termin: 12.12.2009: 09.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 310 EUR
Kurs-Nr.: 40163 kons

Auskunft u. schriftliche Anmeldung:
 Zahnärztekammer Hamburg - Fortbildung
 Postfach 740925
 22099 Hamburg
 (Frau Westphal)
 Tel.: 040/733405-38
 pia.westphal@zaek-hh.de
 (Frau Knüppel)
 Tel.: 040/733405-37
 susanne.knueppel@zaek-hh.de
 Fax: 040/733405-76
 www.zahnaerzte-hh.de

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Parodontologie in der Abrechnung
Referentin: Helen Möhrke
Termin: 07.11.2009: 14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 99 EUR
Kurs-Nr.: Z/F 0976 (4 Punkte)

Thema: Ergonomie in der Zahnarztpraxis. Optimale Patientenergänzung, ökonomische Arbeitsweise

Referent: Manfred Just

Termin: 11.11.2009:

14.00 – 19.30 Uhr

Gebühr: 535 EUR

(Teamgebühr 1 ZA + 1 ZFA)

Kurs-Nr.: Z/F 0986 (7 Punkte)

Thema: Augmentative Verfahren mit autologen Knochentransplantaten – mit Sicherheit zum Implantaterfolg

Referent: Dr. Jochen Tunkel

Termin: 18.11.2009:

14.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: 72 EUR

Kurs-Nr.: Z 0977 (4 Punkte)

Thema: Endodontie – Lichtblicke für die Kanalarbeit

Referent: Prof. Dr. Knut Merte

Termin:

27.11.2009: 14.00 – 18.00 Uhr,

28.11.2009: 09.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: 420 EUR

Kurs-Nr.: Z 0979 (13 Punkte)

Thema: Parodontales Debridement
Mechanische antiinfektiöse Therapie zwischen Wissenschaft und Praxis

Referent: PD Dr. Gregor Petersilka

Termin: 02.12.2009:

14.30 – 19.00 Uhr

Gebühr: 325 EUR

(Teamgebühr 1 ZA + 1 ZFA)

Kurs-Nr.: Z/F 0981 (5 Punkte)

Thema: Prothetikfalle Kiefergelenk
Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Manual/Physiotherapeut

Referenten: Dr. Ulf Gärtner,

Werner Rörig

Termin: 04.12.2009:

14.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: 185 EUR

Kurs-Nr.: Z 0983 (5 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

KZV Baden-Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsforum Freiburg

Thema: Mitarbeiter motivieren
Mitarbeiter

Referentin: Sabine Nemeč – Langensfeld

Termin: 04./05.12.2009

Gebühr: 325 EUR

Kurs-Nr.: 09/420

Thema: Die Revision von Wurzelkanalbehandlungen

Referent: PD Dr. Karl-Thomas

Wrbas – Freiburg

Termin: 11./12.12.2009

Gebühr: 120 EUR

Kurs-Nr.: 09/127

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

Fortbildungen der Bezirks- Zahnärztekammer Karlsruhe

Thema: Notfallsituationen in der
Zahnarztpraxis

Termin: 02.12.2009:

14.30 – 19.30 Uhr

Ort: Zahnärztehaus Mannheim

Gebühr: 59 EUR

Fortbildungspunkte: 6

Kurs-Nr.: G30709

Thema: Workshop: Organisation
der Hygienemaßnahmen

Termin: 09.12.2009:

14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Zahnärztehaus Mannheim

Gebühr: 99,50 EUR

Fortbildungspunkte: 5

Kurs-Nr.: B22009

Thema: Aktualisierungskurs: Fachkunde im Strahlenschutz für Zahnärzte und Zahnärztinnen

Termin: 12.12.2009:

09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Zahnärztehaus Mannheim

Gebühr: 98 EUR

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: B22109

Auskunft und Anmeldung:

Bezirkszahnärztekammer Karlsruhe

Helga Koerber-Kelley / Andreas

Bierreth

Joseph-Meyer-Str. 8-10

68167 Mannheim

Tel.: 0621/38000-166 u. -133

Fax: 0621/38000-170

e-mail: helga.koerber-kelley@bzk-karlsruhe.de

andreas.bierreth@bzk-karlsruhe.de

Fortbildungsveranstaltungen der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe

Thema: Praxiskonzept Parodontologie

Referent: Dr. Raphael Borchard –
Münster

Termin:

04.12.2009: 09.00 – 18.00 Uhr,

05.12.2009: 09.00 – 13.00 Uhr

Gebühr: 500 EUR

Fortbildungspunkte: 16

Kurs-Nr.: 4524

Thema: Behandlung von chirurgischen
Komplikationen in der Implantologie

Referent: Priv.-Doz. Dr. Dr. Horst E.

Umstadt – Ludwigshafen

Termin: 05.12.2009:

09.00 – 16.00 Uhr

Gebühr: 280 EUR

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: 4549

Team/ZFA:

Thema: Feinheiten der erfolgreichen
Rezeptionstätigkeit.

Weniger Leerlauf und Technik –
mehr Erfolg!

Referentin: Brigitte Kühn– Tutzing

Termin: 04.12.2009:

09.00 – 17.00 Uhr

Gebühr: 180 EUR

Kurs-Nr.: 4547

Auskunft:

Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Sophienstraße 41
76133 Karlsruhe
Brita Nürnberger/Serpil Yazan
Tel.: 0721/9181-200
Fax: 0721/9181-222
mail: fortbildung@za-karlsruhe.de

Kongresse**■ November****9. Keramik-Symposium****(mit Workshop CAD/CAM)**

Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft für Keramik in der Zahnheilkunde e.V. (AG Keramik.)

Termin: Keramiksymposium 04.11.2009: 14.00 – 18.30 Uhr; Workshop CAD/CAM: 05.11.2009: 14.00 – 19.00 Uhr

Ort: München
Keramiksymposium: Europäische Akademie BLZK, Fallstr. 34;
Workshop: Poliklinik Zahnärztl. Prothetik, Goethestr. 70

Auskunft: AG Keramik
Postfach 100117, 76255 Ettlingen
Tel.: 0721/9452929
Fax: 0721/9452930
e-mail: info@ag-keramik.de
www.ag-keramik.eu

1st Dental-Facial Cosmetic International Conference**Termin:** 06./07.11.2009

Ort: Dubai (UAE),
Jumeirah Beach Hotel
Auskunft: info@cappmea.com
www.cappmea.com/aesthetic

18. Jahrestagung der DGL

Veranstalter: DGL – Deutsche Gesellschaft für Laserzahnheilkunde e.V.

Termin: 06./07.11.2009
Ort: Hotel Pullman,
Helenenstraße 14, 50667 Köln
Auskunft: Oemus Media AG
Tel.: 0341/48474-308
Fax: 0341/48474-290
e-mail: kontakt@oemus-media.de
www.oemus-media.de

Laser Start Up 2009**13. LEC Laserzahnheilkunde-Einsteiger-Congress**

Veranstalter: Oemus Media AG
Termin: 06./07.11.2009
Ort: Hotel Pullman,
Helenenstraße 14, 50667 Köln
Auskunft: Oemus Media AG
Tel.: 0341/48474-308
Fax: 0341/48474-290
e-mail: kontakt@oemus-media.de
www.oemus-media.de

Symposium „Frühkindliche Karies – Standortbestimmung und Präventionsstrategien“

Veranstalter: WHO-Kollaborationszentrum „Prävention oraler Erkrankungen“ (WHOCC) am Zentrum für ZMK-Heilkunde des Universitätsklinikums Jena
Tagungspräsidentin: Prof. Dr. Susanne Kneist

Termin: 07.11.2009**Ort:** Dorint Am Goethepark Weimar

Auskunft: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Sylvia Braunsdorf
Tel.: 03641/3533275
www.conventus.de/ecc

1. Gemeinsame wissenschaftliche 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

Zahnärztliche Fortbildungstage**Rust (für Ärzte und Assistentinnen)**

Themen: Prophylaxe Teamtag; Herbsttagung Rust – Zukunft Zahn von A-Z

Veranstalter: ÖGZMK Burgenland in Zusammenarbeit mit dem ZAFI (zahnärztl. Fortbildungsinstitut); Dr. Herbert Haider (ÖGZMK), Dr. Edzard Johann Stadler, DDR. Franz Karl Tuppy (ZAFI)

Termin: 13./14.11.2009

Ort: Seehotel Rust / Neusiedler See
Auskunft: Ärztezentrale Med.Info
Helfersdorferstr. 4
A-1014 Wien

Tel.: (+43/1) 53116-48

Fax: (+43/1) 53116-61

e-mail: azmedinfo@media.co.at

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

9. DGZS-Symposium für Zahnärztliche Schlafmedizin

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin
Termin: 14.11.2009

Ort: Neue Messe Leipzig

Auskunft: Porstmann Kongresse
Alte Jakobstraße 77, 10179 Berlin
Tel.: 030/284499-30
Fax: 030/284499-31
e-mail: info@dgzs.de
www.dgzs.de
(DGZS Vorkurs 13.11.2009)

1. Bundeskongress für Privatmedizin**Termin:** 14.11.2009:

08.30 – 17.00 Uhr

Ort: Köln, Maternushaus

Auskunft: Andrea Böhle
Tel.: 0221/139836-64
e-mail: boehle@frielingsdorf.de
www.bundeskongress-privatmedizin.de

MEDICA**41. Weltforum der Medizin****Termin:** 18. – 21.11.2009**Ort:** Düsseldorf Messe – CCD

Auskunft: MEDICA Deutsche Ges. für Interdisz. Medizin e.V.

Postfach 70 01 49

70571 Stuttgart

Tel.: 0711/72 07 12-0

Fax: 0711/72 07 12-29

e-mail: bn@medicacongress.de

www.medicacongress.de

MosExpoDental**Termin:** 18. – 21.11.2009**Ort:** Moscow, Gostiny Dvor
exhibition Center

Auskunft:
e-mail: info@mosexpodental.com
www.mosexpodental.com

Nose, Sinus & Implants**Veranstalter:** Oemus Media AG**Termin:** 20./21.11.2009**Ort:** Berlin, Palace Hotel und
Charité**Auskunft:** Oemus Media AG

Tel.: 0341/48474-308

Fax: 0341/48474-290

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:

09.00 – 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

3. Nationaler Präventionskongress Satellitensymposium: Prävention Bisphosphonat-assoziiertes Kiefernekrosen in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Termin: 28.11.2009.

11.00 – 12.30 Uhr

Ort: Deutsches Hygiene-Museum
Dresden

Vorsitz: PD Dr. med. habil.

Christoph Schindler (Institut für Klinische Pharmakologie, Technische Universität Dresden)

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 okkulsales 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 Kongresssaal
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 Österr. Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Termin: 04./05.12.2009

Ort: Maritim Hotel, 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: info@pedc2009.com

■ Januar

24. Berliner Zahnärztetag, 20. Berliner Zahntechnikertag, 39. Dt. Fortbildungskongress für die ZFA

Themen: „Zahnärztliche Grundversorgung im Praxisalltag“ (Wiss. Leitung: Prof. Dr. M. Noack, Prof. Dr. M. Kern)
„Zahntechnik – innovativ und alltagstauglich“ (Fachliche Leitung: ZTM S. Witkowski, ZTM R. Struck)
„Den Alltag bewältigen! Die tägliche Herausforderung an das Praxisteam“ (Fachliche Leitung: Dr. S. Fath)

Termin: 15./16.01.2010

Ort: Estrel Convention Center, Berlin

Auskunft: Quintessenz Verlag, Kongress-Service
Komturstr. 18, 12099 Berlin
Tel.: 030/76180-624/-628
Fax: 030/76180-693
www.quintessenz.de/bzaet

4. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Linguale Orthodontie

Termin: 15. – 17.01.2010

Ort: Düsseldorf

Auskunft:
www.dglo-jahrestagung.de

4. Hamburger Zahnärztetag

Thema: „Aktuelle prothetische Konzepte“

Termin:

22.01.2010: 14.00 – 18.00 Uhr,
23.01.2010: 09.30 – 16.00 Uhr
(für Mitarbeiterinnen:
22.01.2010: 13.00 – 17.45 Uhr)

Ort: Hotel Empire Riverside,
Hamburg

Auskunft u. schriftliche Anmeldung:

Zahnärztekammer Hamburg –
Fortbildung

Postfach 740925

22099 Hamburg

(Frau Westphal)

Tel.: 040/733405–38

pia.westphal@zaek-hh.de

(Frau Knüppel)

Tel.: 040/733405–37

susanne.knueppel@zaek-hh.de

Fax: 040/733405–76

www.zahnaerzte-hh.de

18. Zahnärztetag Sachsen-Anhalt

Thema: „Kraniomandibuläre Dysfunktion“

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Dr. Klaus Louis Gerlach –
Magdeburg

Referenten: Prof. Dr. Stefan Kopp –
Frankfurt/Main, Dr. Gernot Plato –
Rendsburg

Termin: 30.01.2010:

09.30 – 13.30 Uhr

Ort: Magdeburg, Herrenkrug

Parkhotel

Auskunft/Anmeldung:

ZÄK Sachsen-Anhalt

Postfach 3951

39014 Magdeburg

Frau Einecke: 0391/739 39 14

e-mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de

■ Februar

ICCMO-Kongress in Berlin

Veranstalter: ICCMO

(International College of Cranio-Mandibular Orthopedics)

Termin: 04. – 07.02.2010

Ort: NH-Hotel,

Berlin-Friedrichstraße

Tagungsthema: Die Cranio-mandibuläre Orthopädie

Auskunft:

e-mail: info@iccmo.de

www.iccmo.de

Februartagung der Westfälischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.

Thema: Standards in der Prothetik – unter Evidenz- und Kosten-gesichtspunkten

Referenten: Prof. Dr. Petra Scheutzel – Münster, Prof. Dr. Bernd Wöstmann – Gießen, Dr. Josef M. Sobek – Hamm

Termin: 06.02.2010:

09.00 – 13.30 Uhr

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

Auskunft: Westfälische Gesellschaft für ZMK-Heilkunde e.V.

Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgenger

Polikli. für Zahnärztliche Prothetik

Waldeyerstr. 30, 48149 Münster

Tel.: 0251/8347084

Fax: 0251/8347182

e-mail: weersi@uni-muenster.de

11. Internationales KFO-Praxisforum 2010

Thema: Kieferorthopädische Erfahrungskonzepte aus Klinik und Praxis für die Praxis – Interdisziplinäre Netzwerke – die KFO der Zukunft (48 Punkte)

Termin: 27.02. – 06.03.2010

Ort: Hotel Zermatter Hof,
Zermatt/Schweiz

Auskunft: Dr. Anke Lentrodt

Eidelstedter Platz 1

22523 Hamburg

Tel.: 040/5703036

Fax: 040/5706834

e-mail: info@dr-lentrodt.de

www.dr-lentrodt.de

■ März

1st International Orthodontic Meeting

Termin: 07./08.03.2010

Ort: Dubai, United Arab Emirates

14th UAE International Dental Conference & Exhibition – AEEDC Dubai 2010

Termin: 09. – 11.03.2010

Ort: Dubai, United Arab Emirates

Auskunft / Conference Registration:

Jeanette M. Sales

Tel.: 00971 4 362 4717 Ext:110

Fax: 00971 4 362 4718

e-mail: jeanette.sales@index.ae

www.aeedc.com

11. Exponential

Veranstalter: IFEMA International
Termin: 11. – 13.03.2009
Ort: Madrid
Auskunft:
 e-mail: ifema@t-online.de

56. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

Thema: Zahnerhaltung = Lebensqualität. Aktuelle präventive und restaurative Konzepte
Tagungspräsident: Prof. Dr. Bernhard Klaißer – Würzburg
Termin: 17. – 20.03.2010
Ort: Gütersloh
Auskunft: Akademie für Fortbildung der ZÄKW (Frau Frank)
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
 Tel.: 0251/507-601
 Fax: 0251/507-609
 christel.frank@zahnaerzte-wl.de

■ April**21. Fortbildungsveranstaltung der BZK Freiburg für ZFA in Schluchsee**

Thema: Das Praxisteam – Die Basis für eine erfolgreiche Parodontologie
Termin: 16.04.2010
Ort: Schluchsee
Auskunft:
 Tel.: 0761/4506-343
 Fax: 0761/4506-450
 ingrid.stoicov@bzk-freiburg.de

35. Schwarzwaldtagung der südbadischen Zahnärzte in Titisee

Thema: Parodontologie – Die Basis einer erfolgreichen Zahnmedizin
Termin: 16./17.04.2010
Ort: Titisee
Auskunft:
 Tel.: 0761/4506-343
 Fax: 0761/4506-450
 ingrid.stoicov@bzk-freiburg.de

20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Alters ZahnMedizin e.V.

Thema: Alters ZahnMedizin zwischen Demenz und Drittem Frühling
Termin: 24.04.2010
Ort: Kiel
Auskunft: www.dgaz.org

17. Internationales Frühjahrs-Zahn-Seminar Meran

Tagungsmotto: „Die Oberkieferfront – eine Herausforderung“
Termin: 29.04. – 01.05.2010
Wiss. Leitung: Univ. Prof. DDr. Siegfried Kulmer – Innsbruck
Ort: Kurhaus Meran, Freiheitstr. 37, I-39012 Meran
Auskunft:
 Verein Tiroler Zahnärzte
 Sekretariat: Christine Kapplmüller
 Anichstr. 35, A-6020 Innsbruck
 Tel.: (+43/512) 504-27189
 Fax: (+43/512) 504-27616
 e-mail: office@vtz.at
 www.vtz.at/meran

■ Mai**17. Schweizer Dental Schau 2010**

Thema: Quo vadis Dentalmarkt? Was tun, wenn Kunden nicht mehr so richtig investieren wollen?
Termin: 27. – 29.05.2010
Ort: Basel
Auskunft: info@dental2010.ch
 www.dental2010.ch

Universitäten**RWTH Aachen****CEREC-Seminar**

Thema: Intensives HandsOn-Training im gesamten CEREC-Chairside-Indikationsbereich, problemorientiert
Organisation: Lehrauftrag Zahnmedizinische Curricularentwicklung und -forschung
Termin: 11./12.12.2009: Fr. 8.30 bis 19.30 Uhr, Sa. 8.30 bis 14.00 Uhr
Seminargebühr: 1 000 EUR oder Sirona-Gutschein
Trainer: Prof. Dr. drs. Jerome Rotgans
Ort: Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde des Universitätsklinikums der RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
Fortbildungspunkte: 20

Auskunft/Anmeldung:

Tel.-Hotline: 0175/400 47 56
 Tel.: 0241/80 88-733 oder -110
 Fax: 0241/80 82 468
 e-mail: jrotgans@ukaachen.de
 www.zahnerhaltung.ukaachen.de

Wissenschaftliche Gesellschaften**DGZH****Regionalstelle Stuttgart**

Thema: Supervision H5: Supervision mit Fallvorstellung per Video
Termin: 11.12.2009: 09.00 – 12.00 Uhr
Ort: DGZH-Regionalstelle Stuttgart
Fortbildungspunkte: 4
Referent/in: Gudrun Schmierer
Kursgebühr: 90 EUR

Thema: Helferinnen Curriculum H5: Fortgeschrittene Methoden hypnotischer Einflussnahme
Termin: 11.12.2009: 14.00 – 20.00 Uhr, 12.12.2009: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: DGZH-Regionalstelle Stuttgart
Referent/in: G. & A. Schmierer
Kursgebühr: 250 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

DGP**Herbstsymposium der ARPA-Wissenschaftsstiftung**

Thema: Möglichkeiten und Grenzen der modernen PAR-Therapie unter besonderer Berücksichtigung multi-morbider Patienten
Termin: 28.11.2009
Ort: Heidelberg

Auskunft und Anmeldung:

DGP (Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V.)
 e-mail: kontakt@dgparo.de

Akademie Praxis und Wissenschaft**Fortbildungskurse**

Thema: Umsetzung der funkt. Vorbehandlung in die restaurative Phase
Termin: 04./05.12.2009
Ort: Marburg
Referent: Lotzmann
Kursgebühr: 480 EUR; (450 EUR DGZMK-Mitglieder; 430 EUR APW-Mitglieder)

Thema: Einsatz von glasfaserverstärkten Kompositen in der Zahnerhaltung
Termin: 11./12.12.2009
Ort: Heidelberg
Referent: Wolff
Kursgebühr: 600 EUR; (580 EUR DGZMK-Mitglieder; 550 EUR APW-Mitglieder)

Auskunft:

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

DGOI**Fortbildungsveranstaltungen**

Thema: Update Augmentations-techniken und Weichgewebsmanagement
Termin: 11./12.12.2009
Ort: Klinik Dr. Bergmann, Viernheim
Sonstiges: Mit Live-OPs und Hands-on
Referent: Dr. F. Bergmann
Kursgebühr: Mitglieder DGOI: 850 EUR, Nichtmitglieder: 1 000 EUR

Auskunft und Anmeldung:

DGOI (Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie)
 Frau Semmler
 Mo. bis Fr. 8.15 bis 12.15 Uhr
 Bruchsalter Str. 8
 76703 Kraichtal
 Tel.: 07251/61899615
 Fax: 07251/61899626

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: RAYID-Kompaktkurs 1+2

Veranstalter: Aufwind Consulting GmbH
Termin: 27. – 29.11.2009
Ort: Schlehdorf in Obb
Sonstiges: Ref.: Dr. Martina Obermeyer; 17 Punkte
Kursgebühr: 975 EUR steuerfrei
Auskunft:
 Dr. Martina Obermeyer
 Aufwind Consulting
 Kocheler Straße 1
 82444 Schlehdorf am Kochelsee
 Tel.: 08851/6156-91
 Fax: 08851/6156-90
 e-mail: info@aufwind.org

Thema: 2. Saarbrücker Symposium

„CMD / Orofaziale Schmerzen“ (im Rahmen des des Netzwerk-Symposiums „Interdisziplinäre Therapie von schmerzhaften kranio-mandibulären Dysfunktionen“)
Veranstalter: Wissen-Schafft-Erfolg Institut für Dentalfortbildung GmbH
Wissensch. Leitung: Dr. Horst Kares
Termin: 28.11.2009

Ort: Mercure Hotel Saarbrücken Süd

Sonstiges: 10 Punkte (beantragt)
Kursgebühr: 230 EUR inkl. Mittagessen

Auskunft:
 Wissen-Schafft-Erfolg Institut für Dentalfortbildung GmbH
 Ackerstr. 5, 47269 Duisburg
 Thomas Geiger
 Tel.: 0203/985177-333
 Fax: 0203/985177-344
 e-mail: geiger@dentalschule.de
 www.dentalschule.de

Thema: Fitness-Programm

Prophylaxe: Spezialisten vermitteln Know-how (In drei Schritten zum Prophylaxe-Profi)
Veranstalter: Hu-Friedy
Termin/Ort: 03./04./05.12.2009 Stuttgart
Sonstiges: drei aufeinander folgende jeweils eintägige Fortbildungen; Teil 1: Fitnessprogramm für die Handinstrumentierung, Teil 2: Fitnessprogramm für die maschinelle Instrumentierung, Teil 3: Fitnessprogramm für Werbung, Abrechnung und Organisation; alle Kurse sowohl einzeln als auch im Block buchbar
 Referenten: Evelyn Krauß, ZMF; Kerstin Krüger, Dentalhygienikerin
 Anna Pohla, Dentalhygienikerin; Kerstin Degen, ZMF; Carmen Klüver, Dentalhygienikerin; Martina Weidinger-Wege, ZMV
Auskunft und Anmeldung: praxis-Dienste Fortbildungs GmbH
 Brückenstr. 45, 69120 Heidelberg
 Tel.: 06221/649971-0
 Fax: 06221/649971-20

Thema: Weichgewebsmanagement in der Parodontologie

Veranstalter: Gemeinschaftspraxis für Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Dr. Dr. Biermann, Dr. Dr. Stroink, Prof. Dr. Dr. Fritzemeier, Dr. Dr. Schmitt
Termin: 04.12.2009:
 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: 40210 Düsseldorf
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Dr. Sören Jepsen in Kooperation mit der Firma Straumann
Kursgebühr: 300 EUR inkl. MwSt.
Auskunft: Gemeinschaftspraxis für Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Stresemannstr. 7
 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/875508-0
 Fax: 0211/875508-99
 www.kieferchirurgie.org

Thema: „Prothesengesicht? Nein Danke!“

Veranstalter: DENS Akademie
Termin: 04.12.2009:
 16.00 – 18.00 Uhr
Ort: DENS Akademie
 Georg-Wilhelm- Str. 7
 10711 Berlin-Wilmersdorf
Sonstiges: Anmeldung erbeten; 2 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 35 EUR
Auskunft: DENS Akademie
 Berliner Str. 13, 14513 Teltow
 Tel.: 03328/3345-40
 Fax: 03328/3345-47
 www.dens-berlin.com

Thema: QS 4: Die richtige

Strategie bestimmt den Erfolg
Veranstalter: Dr. Walter Schneider Team GmbH
Termin: 04.12.2009
Ort: Düsseldorf
Kursgebühr: 490 EUR pro Person, 790 EUR Teampreis (2 Pers.)
Auskunft: Dr. Walter Schneider Team GmbH
 Max-Eyth-Str. 42
 71088 Holzgerlingen
 Tel.: 07031/461870
 Fax: 07031/461877
 www.solutio.de

Thema: Kompositfüllungen: State of the Art

Veranstalter: Westerburger Kontakte
Termin: 04./05.12.2009
Ort: 56457 Westerburg
Sonstiges: Ref.: ZA Wolfgang-M. Boer
Kursgebühr: 690 EUR + MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte
 Schloss Westerburg,
 56457 Westerburg
 Tel.: 02663/91190-30
 Fax: 02663/91190-34
 www.westerburgerkontakte.de

Thema: Die zahnfarbene Seitenzahnrestauration

Veranstalter: Z.a.T. Fortbildungs GmbH
Termin: 04./05.12.2009
Ort: Adelfhofstr. 1, Tegernsee
Sonstiges: Praktischer Arbeitskurs mit Prof. Dr. Klaiber
Kursgebühr: 640 EUR + MwSt.
Auskunft: Z.a.T. Fortbildungs GmbH, Adelfhofstr. 1
 83684 Tegernsee
 Tel.: 08022/706556
 Fax: 08022/706558

Thema: Let's start with implants – Ein Workshop für Zahnärztinnen in kleiner Gruppe

Veranstalter: Camlog Biotechnologies AG
Termin: 04./05.12.2009
Ort: München
Sonstiges: Ref.: Dr. Claudio Cacaci, Dr. Peter Randolzheimer, Dr. Martina Obermeyer; 13 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 535 EUR
Auskunft: Camlog Biotechnologies AG, Tel.: 07044/9445-607

Thema: Einführung in die Manuelle Funktions- und Strukturanalyse (MSA-I)

Veranstalter: IFG – Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH
Termin: 04./05.12.2009
Ort: Stuttgart – Hotel Maritim
Sonstiges: Ref: Prof. Dr. Axel Bumann – Berlin
Kursgebühr: 690 EUR + MwSt. inkl. Verpflegung + Unterlagen
Auskunft: IFG, Wohldstr. 22
 23669 Timmendorfer Strand
 Tel.: 04503/779933
 Fax: 04503/779944
 e-mail: info@ifg-hl.de
 www.ifg-hl.de

Thema: Ästhetische Front- und Seitenzahnfüllungen. Komposit-schichttechnik nach Dr. Lorenzo Vanini (prakt. Arbeitskurs)

Veranstalter: IFG – Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH
Termin: 04./05.12.2009
Ort: Frankfurt – Hotel Maritim
Sonstiges: Ref: Dr. Jörg Weiler
Kursgebühr: 498 EUR + MwSt. inkl. Verpflegung + Materialien
Auskunft: IFG, Wohldstr. 22
 23669 Timmendorfer Strand
 Tel.: 04503/779933
 Fax: 04503/779944
 e-mail: info@ifg-hl.de
 www.ifg-hl.de

Thema: „Führung einfach“ = einfach führen – it's simple, but not easy (Seminar für Praxisinhaber/innen – Führungskräfte/Praxismanager/innen auf Anfrage)

Veranstalter: Haranni Akademie
 Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 05.12.2009:
 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie, Herne
Sonstiges: Ref.: Friedrich W. Schmidt

Kursgebühr: 430 EUR inkl. MwSt. und Tag.spauschale, 300 EUR jede weitere Person aus derselben Praxis
Auskunft: Haranni Academie Schulstr. 30, 44623 Herne
 Ansprechpartn.: Renate Dömpke
 Tel.: 02323/9468-300
 Fax: 02323/9468-333

Thema: Einführung in die Körpersprache mit Prof. Samy Molcho
Veranstalter: IFG – Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH
Termin: 05.12.2009
Ort: Stuttgart – Hotel Maritim
Sonstiges: Nutzenanwendung im Umgang mit Patienten und Mitarbeitern
Kursgebühr: 398 EUR + MwSt. inkl. Verpflegung
Auskunft: IFG, Wohldstr. 22 23669 Timmendorfer Strand
 Tel.: 04503/779933
 Fax: 04503/779944
 e-mail: info@ifg-hl.de
 www.ifg-hl.de

Thema: Das große Hans-Uwe L. Köhler Seminar „Ich gehe gern zum Zahnarzt!“
Veranstalter: IFG – Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH
Termin: 05.12.2009
Ort: Hamburg – Hotel Empire Riverside
Sonstiges: Nutzenanwendung im Umgang mit Patienten und Mitarbeitern
Kursgebühr: ZA: 298 EUR, Mitarbeiter/in 139 EUR + MwSt. inkl. Verpflegung
Auskunft: IFG, Wohldstr. 22 23669 Timmendorfer Strand
 Tel.: 04503/779933
 Fax: 04503/779944
 e-mail: info@ifg-hl.de
 www.ifg-hl.de

Thema: Karteikartenlos arbeiten – Werkzeuge
Veranstalter: DENS Akademie
Termin: 09.12.2009: 16.00 – 18.00 Uhr
Ort: DENS Akademie Georg-Wilhelm- Str. 7 10711 Berlin-Wilmersdorf
Sonstiges: Anmeldung erbeten; 2 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 35 EUR
Auskunft: DENS Akademie Berliner Str. 13, 14513 Teltow
 Tel.: 03328/3345-40
 Fax: 03328/3345-47
 www.dens-berlin.com

Thema: Grundlagen-Kurs Prothetik
Veranstalter: Astra Tech Dental
Termin: 11./12.12.2009
Ort: Hannover
Sonstiges: geeignet für Einsteiger in die Implantologie; spezieller Kurs für prothetische Themen
 Kursleiter: Prof. Dr. Meike Stiesch
Auskunft: telefonisch: 06431/9869229 (Fr. König) 06431/9869227 (Fr. Neugebauer) 06431/9869213 (Fr. Weidenfeller)
 Fax: 06431/9869230
 mail: fortbildung@astratech.com
 www.astratechdental.de

Thema: FT 1: Diagnosegerechte Therapie des funktionsgestörten Patienten. Schwerpunkt: Funktionstherapeutische Geräte – FTG („Aufbisschienen“)
Veranstalter: Westerburger Kontakte
Termin: 11./12.12.2009
Ort: 56457 Westerbürg
Sonstiges: Ref.: Dr. Diether Reusch, ZA Jochen Feyen, ZTM Paul Gerd Lenze, ZA Tadas Korzinskas, ZT Dominik Püsch
Kursgebühr: 980 EUR + MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte Schloss Westerbürg, 56457 Westerbürg
 Tel.: 02663/91190–30
 Fax: 02663/91190–34
 www.westerburgerkontakte.de

Thema: Ästhetische Zahnheilkunde – „Ästhetik mit direkten Komposit-Füllungen“ (Hands-on-Kurs)
Veranstalter: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, München
Termin: 11./12.12.2009
Ort: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, Weinstr. 4 (Marienplatz), 80333 München
Sonstiges: Ref.: Wolfgang-M. Boer; Kurs-Nr.: E-ÄZ 03
Kursgebühr: 545 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: Minimalinvasive Mini-druckknopfimplantate für den zahnlosen Kiefer
Veranstalter: Dr. med. Dr. med. dent. Heinrich Bültmann-Hagedorn
Termin: 12.12.2009, 16.01., 13.02., 13.03., 10.04., 15.05. & 19.06.2010
Ort: Bremen
Sonstiges: Praktische Implantationsübungen mit M1 Implantaten; 7 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 170 EUR
Auskunft: Praxis Dr. Dr. Bültmann-Hagedorn und Dr. Thieme Faulenstr. 54, 28195 Bremen
 Tel.: 0421/382212
 Fax: 0421/39099532
 e-mail: Praxis@MKG-HB.de

Thema: Non-Prep Veneers Zertifizierungs-Hands-On-Kurs
Veranstalter: DentalSchule – Institut für zahnmedizinische Fortbildung GmbH
Termin: 12.12.2009: 10.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Sonstiges: Theoretische Grundlagen der Veneertechnik, Tipps und Tricks der adhäsiven Eingliederung, u. a.; Ref.: Dr. Jens Voss; 8 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: ZFA/ZMF: 279 EUR + MwSt., ZA: 1490 EUR + MwSt. (Modelle werden gestellt)
Auskunft: DentalSchule – Institut für zahnmedizinische Fortbildung Papenreye 55, 22543 Hamburg
 Tel.: 040/35715-991
 Fax: 040/35715-993
 info@dentalschule.de
 www.dentalschule.de

Thema: Update Kinderzahnheilkunde 2009
Veranstalter: Gemeinschaftspraxis für Kiefer- und Gesichtschirurgie Dr. Dr. Biermann, Dr. Dr. Stroink, Prof. Dr. Dr. Fritzemeier, Dr. Dr. Schmitt
Termin: 12.12.2009: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: 40210 Düsseldorf
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Norbert Krämer
Kursgebühr: 180 EUR + MwSt.
Auskunft: Gemeinschaftspraxis für Kiefer- und Gesichtschirurgie Stresemannstr. 7, 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/875508-0
 Fax: 0211/875508-99
 www.kieferchirurgie.org

Bekanntmachungen

BZK Pfalz

Vertreter-Versammlung der Bezirkszahnärztekammer Pfalz

Die nächste Vertreter-Versammlung der Bezirkszahnärztekammer Pfalz findet am

Freitag, dem **04. Dezember 2009** um **14.00 Uhr** in 67059 Ludwigshafen, Brunhildenstr. 1, Zahnärzthehaus, statt.

Anträge zur Tagesordnung müssen gem. § 1 der Geschäftsordnung schriftlich eingereicht werden und spätestens drei Wochen vor der VV bei der Geschäftsstelle der BZK Pfalz vorliegen.

Gez. Dr. Georg Jacob
 Vorsitzender der Vertreter-Versammlung

Verlust von Kammerausweisen

LZK Baden-Württemberg

Dr. Silvia Leisinger
 Talweg 12 A, 79379 Müllheim
 geb. am 08.06.1963

Dr. Petra Groten
 Füllmaurerstr. 1, 72072 Tübingen
 geb. am 18.02.1967

Dr./UMF Temeschburg Jutta Stein
 Marienstr. 34 H, 63069 Offenbach
 geb. am 16.05.1971

Kontakt:

BZK Freiburg
 Merzhauser Str. 114-116
 70100 Freiburg
 Tel.: 0761/4506-0
 Fax: 0761/4506-400

BZK Karlsruhe
 Joseph-Meyer-Str. 8-10
 68167 Mannheim
 Tel.: 0621/38000-0
 Fax: 0621/38000-170

Zahnärzte und Versorgungsforschung

Offiziell vernetzt

Unter dem Leitthema „Versorgungsstrukturen und Qualität in Zeiten unsicherer Finanzierung“ fand vom 1. bis 3. Oktober in Heidelberg der 8. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung statt. Erstmals präsentierten sich dort Vertreter der Zahnärzteschaft mit einem eigenen Programmpunkt. Das Besondere daran: Damit hat die Zahnmedizin vollen Anschluss an die wissenschaftliche Plattform der Versorgungsforschung in Deutschland gefunden. Mit einer neu gegründeten Fachgruppe geht die Arbeit jetzt weiter.



Dr. Wolfgang Micheelis, IDZ (li.), und Dr. Wolfgang Bengel, DGZMK, leiteten den Workshop Zahnmedizin.

Fotos: DNVF

Der 8. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung in Heidelberg wartete mit einem enormen Pensum auf. Mehr als 400 Vorträge und Posterdemonstrationen standen auf der Tagesordnung. Die Themenpalette war vielfältig. Das zeigen Referatstitel wie „Leitlinien Herzinsuffizienz zwischen Praxis und Spezialklinik“, „Hausärztliche Prävention bei übergewichtigen Patienten“, „Demenz und Depression“, „Modellbasierte Versorgungsforschung bei Komorbidität“, „Effekte von Disease-Management-Programmen“, „Pay for Performance – Chancen und Risiken“ oder „Qualitätszirkel und Qualitätsmanagement.“ Der Organisator, das Deutsche Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF), hielt den Kongress in diesem Jahr zusammen mit dem 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. im Universitätsklinikum Heidelberg ab. Der Kongress insgesamt war sehr gut besucht: Über 600 Teilnehmer aus der gesamten Bundesrepublik waren vertreten, darunter Ärzte, Zahnärzte, Psychologen, Soziologen, Pflegewissenschaftler und politische Entscheidungsträger.

Versorgungsforschung versteht sich als Forschung „zur letzten Meile des Gesundheitswesens“, also zu der Stelle, wo sich Theorie und Praxis im medizinischen Versorgungsalltag begegnen. Sie wird unter anderem als definiertes Programm intensiv von der Bundesärztekammer finanziell gefördert.

Erstmals präsentiert

Aus zahnärztlicher Sicht ein Novum war der Workshop „Versorgungsforschung in der Zahnmedizin“. Erstmals ist es der Zahnärzteschaft in Heidelberg gelungen, mit einem eigenen Programmpart auf einem DNVF-Kongress aufzutreten. Die zahnmedizinische Versorgungsforschung hat damit vollen Anschluss an die wissenschaftliche Plattform des DNVF gefunden.

Gleichwohl wird das Thema Versorgungsforschung in der Zahnmedizin schon lange bearbeitet. Schwerpunktmäßig geschieht dies vor allem an den Zahnkliniken Kiel, Greifswald, Heidelberg, Dresden, Witten-Herdecke, München und am Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Köln.

Parodontalgesundheit

Insgesamt wurden zwei zahnärztliche Sessions mit zwölf Vorträgen angeboten: Der erste fand unter Federführung der DGZMK mit Vorsitz des Vizepräsidenten Dr. Wolfgang Bengel, Heiligenberg, statt. Hier ging es unter anderem um parodontalen Handlungsbedarf in Deutschland, basierend auf der DMS-IV-Studie des IDZ. Übergreifende Maßnahmen zur Verbesserung der Parodontalgesundheit in der Bevölkerung seien notwendig, so das Fazit der Wissenschaftler. Zudem sei von einer Unterversorgung in diesem Bereich auszugehen. Hier müssten entsprechende Schritte eingeleitet werden. Auch die Prognosen der Zahnärzteszahl und des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2030 standen mit auf der Agenda. Insgesamt werde nach Ansicht der Wissenschaftler die Anzahl der Zahnärzte abnehmen, bei gleichzeitiger Abnahme der Bevölkerung. Die Anzahl der Einwohner pro behandelndem Zahnarzt werde sich deshalb kaum ändern. Der Bedarf an zahnärztlichen Leistungen nehme aufgrund einer verbesserten Mundgesundheit zwar ab, jedoch sei in der Parodontologie mit einer Zunahme zu rechnen.

Zu den weiteren Themen der ersten Sektion gehörten Aspekte der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität bei implantatgetragenen Zahnersatz, bei an Demenz Erkrankten und bei Kindern und Jugendlichen.

zm-Info

BZÄK und Versorgungsforschung

Die BZÄK setzt sich schon seit Jahren für die Stärkung der Versorgungsforschung – als ein wichtiger Baustein des Berufsstandes zur Weiterentwicklung und Gestaltung des Gesundheitswesens – ein. Dies kommt zum Beispiel auch in den Arbeitsschwerpunkten 2009 zum Ausdruck.

Patientenzufriedenheit

Der zweite Teil fand unter Vorsitz von Dr. Wolfgang Micheelis, Wissenschaftlicher Leiter des IDZ, statt. Hier ging es unter anderem um eine Befragung zur Patientenzufriedenheit mit der zahnärztlichen Versorgung, gemeinsam durchgeführt von der Universität Kiel, dem AQUA-Institut Göttingen, der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe und der Universität Heidelberg. Die Untersuchung stärkte die Position, dass die Kommunikation mit dem Zahnarzt aus Patientensicht eine wichtige Rolle spielt und dass hier noch große Verbesserungspotenziale liegen. Bei der Bewertung von Patientenbefragungen sollte man zudem auch die jeweilige Situation einer Praxis berücksichtigen.

Eine weitere vorgetragene These lautete: Die Polarisierung der Karies könne als Anzeichen für eine positive Entwicklung in der Gruppenprophylaxe gesehen werden. Dies vertrat der MDK Essen. Um den Mundgesundheitszustand sozial Benachteiligter zu verbessern, sollten nicht nur Risikostrategien auf die Agenda gesetzt werden. Vielmehr sollte der bisherige Mix aus genereller und zielgerichteter Bevölkerungsstrategie beibehalten werden.

Weitere Themen standen zur Diskussion, da-

Fachgruppe Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gegründet

Gemeinsam mit über zwanzig Repräsentanten aus der zahnmedizinischen Wissenschaft und Forschung, darunter der Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Dr. Wolfgang Bengel, hat sich am 1. Oktober 2009 die Fachgruppe „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung e.V. (DNVF) konstituiert. Zum Sprecher der neuen Fachgruppe wurde Prof. Dr. Christof Dörfer (Universität Kiel) gewählt.

Wie der Geschäftsführer des DNVF, Prof. Dr. Edmund Neugebauer, der vom DNVF-Vorstand als Pate für die Fachgruppe benannt worden war, erläuterte, sei es Ziel des 2005 mit 20 Fachgesellschaften gegründeten Netzwerks, die an der Versorgungsforschung im Gesundheitswesen beteiligten Wissenschaftler zu vernetzen, Wissenschaft und Versorgungspraxis zusammenzuführen sowie die Versorgungsforschung insgesamt zu fördern. Prof.

Neugebauer empfahl der neuen Fachgruppe die Mitarbeit an der Arbeitsgruppe „Patienteninformation“.

Treffen der Fachgruppe sollen jeweils zum Kongress für Versorgungsforschung stattfinden, darüber hinaus wird halbjährlich ein Mitgliederbrief versandt. Die Gründung der Fachgruppe geht auf die ursprüngliche Initiative des DGZMK-Präsidenten Prof. Dr. Thomas Hoffmann (Universität Dresden) zurück, die in Zusammenarbeit mit dem IDZ vorangetrieben wurde. „Damit schließen wir eine weitere Lücke für die Schaffung einer wissenschaftlich evidenzbasierten ZMK in Deutschland“, so Hoffmann.

Für die weitere Arbeit hat die Geschäftsstelle der DGZMK personell aufgerüstet. Dr. Ursula Schütte und Dr. Anke Weber unterstützen das DGZMK-Team vor allem bei der Organisation der neuen Fachgruppe und der Leitlinienarbeit. pr/pm

runter Aspekte der Entscheidungsfindung bei der oralen Rehabilitation, die Wachstumsdynamik von zahnärztlichen Existenzgründungen in Abhängigkeit von der Praxisform, die Beurteilung von Erfolgen bei

Parodontaltherapien und die zahnärztliche Versorgung von Pflegeheimen. pr

■ **Mehr zum Kongress unter www.dkvf2009.de/media/Hauptprogramm_mit_Abstractband.pdf**

Damit „die Neue“ nicht lange neu bleibt

Einarbeitung mit Konzept

Ein festes Team, in dem es wenig Personalwechsel gibt, ist Gold wert. Ein Zustand, der Nerven schont und Zeit und Geld spart, weil Reibungsverluste umgangen werden, die zwangsläufig durch Neueinstellungen entstehen. Die Realität aber ist eine andere. Fluktuationen innerhalb des Teams gehören im aktuellen Arbeitsleben und in vielen Zahnarztpraxen zum Alltag. Verbunden damit ist die Suche nach neuen Mitarbeiterinnen und deren Integration in das Team. Eine zügige Einarbeitung ist ein Gewinn für alle Beteiligten.



Die Neueinstellung von Mitarbeitern ist für alle Beteiligten mit erheblichen Lernprozessen verbunden – Geduld ist dabei ein Schlüsselwort.

Je mehr Personal eine Praxis hat, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass es immer wieder Personalwechsel gibt. Und die Teams werden größer: Die durchschnittliche Anzahl der Mitarbeiterinnen pro Praxis ist in Deutschland zwischen 1992 und dem Jahr 2007 laut KZBV-Jahrbuch 2008 um über 30 Prozent gestiegen (1992: 2,4 Mitarbeiterinnen; 2007: 3,13 Mitarbeiterinnen pro Praxis), in den neuen Bundesländern sogar um knapp 40 Prozent. Gleichzeitig ist die Anzahl der größeren Praxen mit überdurchschnittlichem Personalbedarf gestiegen: Während die Zahl der Einzelpraxen in Deutschland zwischen 1991 und 2007 nahezu gleich geblieben ist (gut 37 000 Praxen), hat sich die Anzahl von Gemeinschaftspraxen/Berufsausübungsgemeinschaften mit mehr als einem Praxisinhaber in diesem Zeitraum auf 8 688 fast verdrei-

facht, die Anzahl der Praxen mit mehr als zwei Praxisinhabern ist sogar um über 700 Prozent gestiegen (Quelle: KZBV-Jahrbuch 2008).

Einarbeitung mit System

Eine Fluktuation im Team ist bei diesen Praxisgrößen geradezu vorprogrammiert. Der zeitliche und finanzielle Aufwand von Stellenbesetzungen ist zwar schwer in Zahlen auszudrücken, aber erheblich: gegebenenfalls das nachlassende Engagement der bisherigen Mitarbeiterin, eventuell noch verbunden mit Krankschreibung; das Aufsetzen von Anzeigen; die Durchsicht von Bewerbungsunterlagen; der Umstand, Bewerbungsgespräche zu führen; die Einarbeitung der neuen Mitarbeiterin. Eine geplante Einarbeitung

als Ausdruck einer zielgerichteten Personalführung erscheint unerlässlich.

Zentrale Bestandteile des Einarbeitungskonzepts sind der Einsatz einer Mentorin für die neue Mitarbeiterin und ein systematischer Einarbeitungsplan.

Einsatz einer Mentorin

Selbst eine Mitarbeiterin, die qualifiziert ist, muss sich in die neue Praxis einarbeiten: Sie muss möglichst schnell die spezifischen Abläufe und Gegebenheiten der Praxis kennenlernen und gegebenenfalls sogar weitere fachliche Kompetenzen erwerben. Das trifft noch stärker auf eine weniger erfahrene Mitarbeiterin zu.

Um die Einarbeitung möglichst schnell und effizient zu gestalten, hat sich daher der Einsatz einer Mentorin bewährt. Die Mentorin ist eine praxiserfahrene Mitarbeiterin, die im selben Bereich arbeitet wie die neue Mitarbeiterin. Sie hat die vorübergehende Funktion einer Ansprechpartnerin und Anleiterin für die neue Mitarbeiterin:

So ist es denkbar, dass in der Einarbeitungsphase an einem festgelegten Tag pro Woche ein kurzes Anleitungsgespräch zwischen der Mentorin und der neuen Mitarbeiterin geführt wird. Dabei werden offene Fragen zu praxisspezifischen Abläufen und Gegebenheiten geklärt. Bei Bedarf vereinbaren beide in Absprache mit dem Praxisinhaber ein „Lernprogramm“, in dem konkret festgelegt wird, wie und wann die neue Mitarbeiterin fachliches Know-how unter gezielter Anleitung erwirbt. Dies ist umso wichtiger, je höher die Anforderungen sind, die an die neue Mitarbeiterin gestellt werden.

Je qualifizierter eine neue Mitarbeiterin ist und je zügiger sie sich in Ihre speziellen

Gewissenhafte Checklisten können wichtige Hilfsmittel sein, damit neue Mitarbeiter schneller Alltagsroutine gewinnen.





Foto: Das Fotoarchiv/MEV

Die Begrüßung neuer Mitarbeiter ist Chefsache, genauso wie die Vorstellung dem Team gegenüber.

Praxisgegebenheiten einarbeitet, desto schneller ist die Arbeit der Mentorin beendet. Die Zeit, die für die Arbeit der Mentorin investiert wird, wird mehr als ausgeglichen, indem eine gezielte und dadurch schnellere Einarbeitung der neuen Mitarbeiterin erfolgt. Zudem kann dadurch die neue Mitarbeiterin motiviert werden, da sie erfährt, was konkret von ihr erwartet wird und sie die gestellten Anforderungen schneller erfüllen kann. Ein Nebeneffekt: Behandler, Team und Neueinsteiger haben weniger Anlass, sich über mögliche Anfängermisslichkeiten zu ärgern.

Checkliste hilft

Mithilfe einer Checkliste kann die Einarbeitung systematisiert werden: Darauf ist zusammengestellt, worüber die neue Mitarbeiterin im Einzelnen zu informieren ist; welche Dokumente ihr zu zeigen oder auszuhändigen sind, wie etwa ihre Stellenbeschreibung und die von der Praxis erstellten Checklisten, Arbeitsanweisungen und dergleichen, die ihre Tätigkeit betreffen; welche behördlichen Auflagen zu erfüllen sind, wie etwa Belehrungen oder Geräteeinweisungen. Ebenso wird im Sinne eines Controlling festgelegt, bis wann die einzelnen Schritte der Einarbeitung erfolgt sein sollen.

„Lernprogramm“

Eine neue Behandlungsassistentin ist insgesamt qualifiziert, sollte aber in ihrer früheren Praxis keine Abdrücke nehmen oder Provisorien erstellen, was jetzt zu ihren Aufgaben zählt. Deshalb legt die neue Kollegin zusammen mit der Mentorin die Schritte fest, wie sie dies unter Anleitung übt und sich dadurch zügig einarbeitet.

Häufig ist einer neuen Mitarbeiterin auch die Praxissoftware nicht bekannt. Je nachdem, wie umfangreich sie die Software nutzen soll, muss sie hier möglichst schnell eingearbeitet werden. Auch hierfür legt die Mentorin zusammen mit ihr fest, wer und wann der neuen Kollegin eine Einführung in das Computerprogramm gibt, statt nur auf „learning by doing“ zu setzen.

Einführungsgespräch

Die Begrüßung der neuen Mitarbeiterin ist Chefsache und sollte nicht an eine noch so kompetente Mitarbeiterin delegiert werden. Das ist eine Frage des Stils, denn damit wird der Stellenwert verdeutlicht, den die Mitarbeiter in einer Praxis haben. In einem kurzen, ungestörten Einführungsgespräch im Büro möglichst zusammen mit der Mentorin werden der Mitarbeiterin nochmals ihre

Ein erstes Feedback-Gespräch zwischen den Parteien sollte schon nach einer kurzen Einarbeitungszeit und noch während der Probezeit erfolgen.



Foto: MEV

Aufgabenbereiche benannt, Ablauf und Einsatz in den ersten Tagen besprochen und das Mentorinkonzept erläutert. Und sie wird mit dem Praxisteam bekannt gemacht.

Feedback-Gespräch

Nach einer ersten Einarbeitungsphase von zwei bis vier Wochen kann der Praxisinhaber gemeinsam mit der Mentorin ein kurzes Feedback-Gespräch mit der neuen Mitarbeiterin führen. In diesem Gespräch erhält sie Rückmeldung über ihre bisherige Arbeit: wo hat sie sich gut eingearbeitet, welche Leistungen müsste sie noch verbessern. Ebenso werden mögliche Fragen der Mitarbeiterin und ihre eigene Einschätzung besprochen. Außerdem werden die nächsten Einarbeitungsschritte festgelegt und möglicherweise konkrete Vereinbarungen getroffen.

Aufwand lohnt sich

Zugegeben: Die systematische Einarbeitung neuer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ist nicht ganz umsonst – sie kostet Zeit. Doch der Aufwand und der Einsatz lohnen und rechnen sich: Durch einen systematisierten Einarbeitungsplan, den zeitlich begrenzten Einsatz einer Mentorin, einem zielgerichteten „Lernprogramm“ sowie einem Feedback-Gespräch kann die Praxis die Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen effizienter und Erfolg versprechender gestalten.

*Bernd Sandock, Dipl.-Psychologe
Spindelmühler Weg 22
12205 Berlin
info@sandock.de*



Größere Praxen, größere Teams: Gerade in medizinischen Zentren von Großstädten ist viel Personal beschäftigt.

Foto: Olkapia

Stress und Burn-out**Anzeichen frühzeitig erkennen**

Stress, gleich welcher Art, ist auf Dauer ungesund. Er kann sich gesundheitlich ganz verschieden auswirken. „Bei manchen Menschen äußern sich die Folgen in einer psychischen Erkrankung – Depression, Angstzustände, Medikamenten- oder Alkoholabhängigkeit, Schlafstörungen oder Burn-out“, erläutert Annett Zeh, Diplom-Psychologin der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Häufig reagiere der Körper bei andauernder Stressbelastung auch mit Kopfschmerzen, Tinnitus, Hauterkrankungen oder Rücken-

ckenleiden. Folgenden Anzeichen sollte nachgegangen werden:

- Sie fühlen sich spürbar gereizt und reagieren schon bei nichtigen Anlässen übermäßig.
- Sie fühlen sich innerlich gehetzt.
- Sie können sich nicht mehr entspannen, kommen nur schwer zur Ruhe und fühlen sich auch in der Freizeit zu dauernder Aktivität verpflichtet.
- Sie merken, dass Ihnen immer häufiger keine Freude mehr bereitet, was Ihnen bislang Spaß gemacht hat.
- Sie können auf Gespräche nicht mehr eingehen; es fällt Ihnen schwer, anderen zuzuhören.
- Ihre innere Unruhe überlagert Ihr Interesse an sozialen Beziehungen; Sie vernachlässigen familiäre und freundschaftliche Kontakte.
- Sie beginnen, sich der Außenwelt zu verschließen, und ziehen sich immer mehr zurück. sg/pm



Foto: CC

Trends

Praxis & Finanzen

Aus Kostengründen**Viele lassen Zahnbehandlungen**

Fast jeder sechste Deutsche hat in den vergangenen drei Jahren eine Zahnbehandlung aus Kostengründen aufgeschoben. Das ist das Ergebnis einer repräsentativen Umfrage des Meinungsforschungsinstituts ipsos.

Bei Menschen mit einem Haushaltseinkommen bis 1 249 Euro im Monat war es sogar mehr als

jeder Vierte. Außerdem haben 13 Prozent einen Zahnersatz geringer Qualität gewählt, weil ihnen das am besten geeignete Material zu teuer war. An der telefonischen Umfrage im Auftrag der HanseMercur Versicherungsgruppe in Hamburg nahmen 1 000 Menschen über 14 Jahren teil. sg/pm

Häusliches Arbeitszimmer und Steuerkarte**Freibetrag eintragen lassen**

Finanzämter müssen vorerst akzeptieren, dass Kosten für das heimische Arbeitszimmer von maximal 1 250 Euro als Freibetrag auf der Lohnsteuerkarte eingetragen werden. Dies teilt der Berufsverband Freier Berufe (BFB) mit. Demnach verschickte

das Bundesfinanzministerium eine dementsprechende Anweisung an die Vor-Ort-Finanzämter. Der BFB forderte weitere Konsequenzen. Der Erlass müsste Gesetz und die tatsächlichen Kosten auch vollumfänglich anerkannt werden. sg/pm

Carsharing**Fahrer zahlt mit, wenn's kracht**

Carsharing kann eine sinnvolle Alternative für alle sein, die sich selbst kein Auto zulegen, aber auf Mobilität nicht verzichten wollen. Doch wie sieht es mit der Haftung aus, wenn der Fahrer mit dem Auto einen Schaden verursacht? Bei Unfällen tritt die Kfz-Haftpflichtversicherung für Schäden Dritter ein. Anders sieht das bei der Vollkaskoversicherung aus. „Zwar sind die Autos im Carsharing vollkaskoversichert, aber meistens mit Selbstbeteiligung“, sagt Lilo Blunck, Vorstandsvorsitzende des Bundes der Versicherten. Damit seien diese Fahrzeuge auch bei durch den Fahrer selbst verschuldeten Unfällen versichert. Die Bdv-Chefin: „Die Selbstbeteiligung allerdings muss der Fahrer auf

jeden Fall aus eigener Tasche bezahlen.“ Tipp: Bei manchen Carsharing-Anbietern gibt es die Wagen auch mit reduzierter Vollkasko-Selbstbeteiligung. Dafür muss der Fahrer etwas mehr fürs Auto bezahlen. Achtung: Wer ein eigenes Fahrzeug zugunsten des Carsharings aufgibt, sollte klären, wie lange sein Schadenfreiheitsrabatt erhalten bleibt. Das ist wichtig für den Fall, wenn der Fahrer später wieder ein eigenes Gefährt versichern möchte. Hat er seinen Führerschein noch keine drei Jahre, kann es ihm passieren, dass er mit einem Beitragsatz von 230 Prozent wieder neu einsteigen muss. Lilo Blunck: „Kluge Carsharing-Fahrer lassen sich die unfallfreie Fahrzeit vom Anbieter bestätigen. Diese

Bescheinigung kann ihnen möglicherweise eine günstigere Einstufung für die eigene Kfz-Versicherung verschaffen.“ sg/pm

Wer Carsharing-Partner sucht, kann etwa unter www.carsharing.de Anbieter recherchieren.



Foto: Bdv/Dreyling

Umkehrdarlehen

Finanzieller Spielraum für den Ruhestand

In den USA und in Großbritannien setzen Ruheständler schon lange ihr Eigenheim ein, um ihre Rente aufzubessern. Jetzt bekommen auch deutsche Rentner die Möglichkeit, ihre Immobilien in Bares umzuwandeln und trotzdem weiter darin zu wohnen. Doch der Preis ist hoch.



Hier lässt es sich gut aushalten. Wer träumt nicht von einem solchen Domizil für den Lebensabend?

Foto: MEV

Die Kinder sind längst erwachsen und gut versorgt. Sie leben in einer entfernten Stadt und können sich nicht vorstellen, ins elterliche Haus zu ziehen. Oder aber das Zahnarzt-paar ist kinderlos und braucht auf Erben sowieso keine Rücksicht zu nehmen. Man könnte das Eigenheim verkaufen und ausziehen. Doch die lieb gewonnene Nachbarschaft, das bequeme und vertraute Wohnen in den eigenen vier Wänden, die viele Erinnerungen an die vergangenen Jahre speichern, machen diese Entscheidung schwer. Vielleicht benötigt der Besitzer ja auch zusätzliches Geld für die Finanzierung neuer Fenster, einer effizienteren Heizung oder für die Umrüstung auf barrierefreies Wohnen. Senioren im Alter von 65 Jahren an aufwärts stoßen mit der Bitte um einen Kredit bei Banken meistens auf taube Ohren. Elgin Gorissen-van Hoek, vereidigte Sachverständige für Immobilien in München, kennt Beispiele aus ihrem Kundenkreis: „Manchmal fordern die Kreditgeber sogar die Mitunterschrift der Erben. Für meine Kunden eine Zumutung.“ In solchen Fällen können sich die eigenen vier Wände dennoch als sprudelnde

Quelle erweisen, und zwar durch sogenannte Umkehrdarlehen. Dabei wird das Haus, in dem man lebt, bis zu einem gewissen Teil des Objektwertes beliehen. Ob das Darlehen als Gesamtsumme oder tranchenweise aufgenommen wird, liegt ganz im eigenen Ermessen.

Darlehen Immokasse

Seit Kurzem bietet beispielsweise die Immokasse ein sogenanntes Umkehrdarlehen an. In Kooperation mit der Deutschen Kreditbank DKB beleihet sie Immobilien bis zu maximal 35 Prozent des Verkehrswertes. Das ist nicht viel im Vergleich zu den üblichen 60 Prozent, die eine Hypothekbank jüngeren Hauskäufern bei einer guten Eigenkapital-Ausstattung gewährt. Die Immokasse zahlt das Darlehen wahlweise in einer einmaligen oder in Teilsummen aus. Wer will, kann über einen bestimmten Zeitraum eine monatliche oder quartalsweise Rente beziehen. Der Zins beträgt derzeit nominal 6,9 Prozent. Die Zahlung wird jeweils zum 31. Dezember fällig. Der Kunde kann wäh-

len, ob er die Zinsen zahlt oder auflaufen lässt. Zahlt er nicht, wird eine Stundungsgeldgebühr fällig. Die Immokasse, Vertriebspartner der DKB, hat dieses Produkt für Kunden entwickelt, die mindestens 65 Jahre alt sind und über ein lastenfreies Haus mit einem Mindestwert von 100 000 Euro verfügen. Wer sich für die Immokasse entscheidet, darf sein Haus bis ans Lebensende bewohnen. Zieht er aus oder stirbt der Besitzer, bedienen die Erben das Darlehen oder aber sie verkaufen das Haus und lösen den Kredit ab. Für das Darlehen haftet allein das Haus. Verfügt der Verstorbene noch über anderes Vermögen, wie zum Beispiel ein Depot, bleibt dieses unangetastet. Damit das Haus im Ernstfall bei einem späteren Verkauf auch die zugrunde gelegte Summe erzielt, verpflichten sich die Besitzer, für dessen Erhaltung zu sorgen. Das heißt, dass Dach, Fenster, Fassade und Heizung in Ordnung sein müssen. Schönheitsreparaturen werden nicht verlangt.

Für die Kunden bedeutet dieses Angebot: Sie können ihr Alterseinkommen aufbessern und dennoch in ihrer vertrauten Umgebung bleiben.



Foto: N. Vendel/Bildmaschine.de

Bei den verschiedenen Geldinstituten ist nach Möglichkeiten zu Umkehrdarlehen nachzufragen.

Das Darlehen steigt im Laufe der Jahre kontinuierlich an. So besitzt zum Beispiel ein Siebzjähriger ein Haus mit einem Marktwert von 300 000 Euro. Das Darlehen beträgt beim Start 65 000 Euro. Das Resterbe – also der Betrag, den die Erben beim Verkauf

Nützliche Adressen im Internet

Immokasse: www.immokasse.de

Verband öffentlicher Banken:

www.voeb.de

Investitionsbank Schleswig-Holstein:

www.ibank-sh.de

Hannoversche Leben:

www.hannoversche-leben.de

Stiftung Liebenau:

www.stiftung-liebenau.de

Zustifter-Rente: www.zustifterrente.de

des Hauses bekämen – liegt bei 235 000 Euro. Am Ende des ersten Jahres ist das Darlehen auf 71 655 Euro gestiegen und der Restwert liegt bei 228 345 Euro. Nach zehn Jahren sind es 168 450 Euro. Nach 30 Jahren beträgt das Darlehen 292 750 und den Erben bleiben 7 250 Euro – vorausgesetzt, am Markt erzielt die Immobilie die veranschlagten 300 000 Euro. Gelingt das nicht, trägt die Immokasse das Ausfallrisiko.

Verband öffentlicher Banken

Der Verband öffentlicher Banken (VÖB) bastelt seit einiger Zeit ebenfalls an einem Modell für ein Umkehrdarlehen. Die Einführung – immer wieder verschoben – soll nun auf jeden Fall in diesem Jahr stattfinden. Als Vorreiter will die Investitionsbank Schleswig-Holstein (IB) mit der Förder-Immokasse vor allem Menschen helfen, die außer ihrer Immobilie keine Reserven mehr haben, um ihre Rente aufzubessern. Das Angebot ist auf die Region beschränkt. Der Zins liegt mit 6,5 Prozent leicht unter dem der Immokasse. Die Eigentümer des Hauses können eine lebenslange und steuerfreie Rente beziehen oder sich das Darlehen in einer Summe auszahlen lassen. Wird ihnen das Haus zu groß und denken sie an einen Auszug, wird das Haus verkauft und das Darlehen abgelöst. Als Voraussetzung für einen Kredit erwartet die IB Schleswig-Holstein, dass keine Belastungen mehr auf dem Haus liegen und die

Immobilie selbst genutzt wird. Die Höhe der Beleihung ist nicht von vornherein festgelegt. Sie hängt vielmehr vom Standort und vom Zustand des Hauses ab. Als weiterer Faktor kommt das Alter des Kunden dazu. Er muss mindestens 60 Jahre alt sein. Je früher er den Vertrag abschließt, desto länger dauern die monatlichen Zahlungen und desto niedriger fallen sie aus. Als Kalkulationsbasis dient die Sterbetafel. Bei Paaren zählt das Alter der Frau. Denn sie hat eine höhere Lebenserwartung als der Ehemann. Die Bank verpflichtet sich, bis ans Lebensende des Besitzers zu zahlen – maximal bis zu einem Alter von 110 Jahren. Dafür verlangt sie die Zahlung eines Garantientgelts, das individuell verschieden ist. Erzielen die Erben beim Verkauf des Hauses nicht den nötigen Betrag, um das Darlehen abzulösen, darf die Bank auch auf sonstige Vermögenswerte wie zum Beispiel Aktien oder Festgeld zugreifen.

Knackpunkt Langlebigkeit

Der Knackpunkt bei den beiden Modellen für eine Umkehrhypothek ist immer das sogenannte Langlebigkeitsrisiko. Daran scheiterten bis jetzt alle Versuche, älteren Menschen eine Möglichkeit zu bieten, ihr Haus für die Rente zu nutzen. In den USA und Großbritannien, wo es die „Reverse Mortgage“ seit vielen Jahren gibt, sichert der Staat das Risiko ab. Er garantiert den Banken seine Unterstützung, sollten Kunden länger leben als geplant. Allein in den USA nutzten im vergangenen Jahr 112 000 Rentner dieses Angebot. Hierzulande ist das Umkehrdarlehen eine Angelegenheit zwischen Bank und Kunde.

Wer über ein üppiges Ruhestandseinkommen verfügt und wen keinerlei Geldsorgen drücken, für den hält die Hannoversche Leben noch einen Kredit bereit. Damit kann der Hausbesitzer zum Beispiel Energiesparmaßnahmen oder den Umbau für altersgerechtes Wohnen finanzieren. Auch der Traum von der Weltreise lässt sich mithilfe einer Hypothek verwirklichen. Vorausgesetzt die Bonität stimmt und der Kunde hat das Rentenalter erreicht, beleih der Versicherer das schuldenfreie Haus bis zu 60



Foto: Eric Gevaert/Fotolia

Eine Immobilie in Bares umwandeln: Durch ein Umkehrdarlehen ist dies möglich – und man hat noch das eigene Dach über dem Kopf.

Prozent. Das Darlehen wird in einer Summe oder in – bis zu sieben – Teilbeträgen ausbezahlt. Der Nominalzins liegt derzeit bei 4,74 Prozent. Für eine Immobilie im Wert von 300 000 Euro rechnet sich das Beispiel so: Das Darlehen beträgt 150 000 Euro, der Effektivzins 4,82 Prozent, die Tilgung ein Prozent (Mindestsatz). Der Ruheständler zahlt demnach alle drei Monate 2 152,50 Euro. Der Zins wird bis zum Lebensende des Darlehensnehmers festgeschrieben. Sondertilgungen sind jederzeit – egal in welcher Höhe – herzlich willkommen.

Stiftung Liebenau

Das Haus in Bargeld verwandeln, das Wohnrecht lebenslang nutzen und gleichzeitig Gutes tun, damit argumentiert die Stiftung Liebenau am Bodensee, wenn sie Hausbesitzer für die Idee der Zustifter-Rente begeistern will. Unter dem Dach der Stiftung Liebenau versammeln sich mehrere Unternehmen. Hauptaufgabe ist das Engagement für Behinderte, alte Menschen und Jugendarbeit. Das Prinzip der Zustifter-Rente funktioniert so: Menschen, die ihr Alterseinkommen aufbessern wollen, um den Lebensstandard zu erhöhen oder um überhaupt über die Runden zu kommen, verkaufen ihre Immobilie an die Stiftung Liebenau. Dafür bekommen sie eine lebenslange Rente und die Garantie, in der vertrauten Umgebung bleiben zu können, solange sie wollen. Gleichzeitig entbindet die Stiftung die Verkäufer von ihren Instandhaltungspflichten und übernimmt anfallende Reparaturen. Wie hoch die Rente ausfällt, ergibt sich aus dem Alter der Besitzer (es sollte zwischen 65

und 80 Jahren liegen), dem Wert des Hauses und einem Risikoabschlag. Das Wohnrecht auf Lebenszeit wird im Grundbuch abgesichert. Die Kosten für Notar und Gutachter übernimmt die Stiftung. Christoph Sedlmeier, bei der Stiftung Liebenau zuständig für die Zustifter-Rente empfiehlt Interessenten: „Es ist unbedingt erforderlich, gleich zu Beginn der Überlegungen die Angehörigen mit einzubeziehen. Sie sollten wissen, was mit ihrem möglichen Erbe geschieht.“ Darüber hinaus rät er dazu, auch die Meinung von Fachleuten wie zum Beispiel eines Steuerberaters einzuholen. Von Vorteil ist es sicherlich auch, selbst einen unabhängigen Gutachter mit der Schätzung des Hauses zu beauftragen. Selbst wenn sich der Zahnarzt dann letztlich gegen die Zustifter-Rente entscheidet, hilft ihm diese Beurteilung bei der Aufteilung des Erbes. Entscheidet er sich aber für die Stiftung, übernimmt sie auch die Kosten für den Gutachter. Ist der Vertrag unterschrieben, bekommt der Verkäufer seine lebenslange Rente und das Wohnrecht. Die monatliche Zahlung geht auch dann weiter, wenn ihm das Haus zu groß wird und er beschließt auszuziehen. Entscheidet er sich beispielsweise für betreutes Wohnen oder zieht er zu seinen Kindern, bezieht er weiterhin seine Rente, bis er stirbt. Über den Rest verfügen die Erben. Die Stiftung hofft indessen auf deren Großzügigkeit.

Bei aller Bequemlichkeit, wer mit dem spitzen Bleistift rechnet, merkt schnell, dass es sich bei diesem Modell um ein schlechtes Geschäft handelt. Das weiß auch Christoph Sedlmeier: „Rein wirtschaftlich betrachtet, ist es sicher sinnvoller, das Haus zu verkaufen. Doch unsere Interessenten interessieren sich nicht für Gewinnmaximierung. Sie möchten in Ruhe und in ihrer gewohnten Umgebung alt werden. Dass sie dabei noch Gutes tun, wenn am Ende etwas für die Stiftung übrig bleibt, gibt ihnen ein gutes Gefühl.“ Seit der Finanzkrise steigt die Zahl der Interessenten. Viele von ihnen trauen den Banken nicht mehr. Sie möchten wissen, was mit ihrem Geld geschieht. So auch eine ältere Dame, die der Stiftung ihr Mietshaus verkauft hat – wohl wissend, dass sie nur mit den Mieteinnahmen und einem

„Schnaps drauf“ rechnen kann. Sie wollte sich einfach nicht mehr um ihre Geldangelegenheiten und die Probleme mit den Mietern kümmern.

Altersrente aufbessern

Was die Wirtschaftlichkeit angeht, so rechnen sich die verschiedenen Modelle nicht. Im Grunde gehen Banken und Stiftung eine Wette mit ihrer Klientel ein, bei der beide im Voraus nicht wissen, wer sie gewinnt. Alle Darlehensgeber tragen das Langlebigkeitsrisiko ihrer Kunden. Außerdem steht es in den Sternen, wie sich der Immobilienmarkt innerhalb der nächsten 30 Jahre entwickeln wird und ob die Objekte sich gut verkaufen lassen oder nicht. Die Immobilienexpertin Gorissen-van Hoek weiß auch, „dass man bei diesen Modellen normalerweise mehr verliert als man herausholen kann. Aber man darf die Umkehrhypothek nicht unter Anlagegesichtspunkten betrachten. Sie ist eine gute Sache für Menschen, die so ihr Alterseinkommen aufbessern können, ohne dafür zu bezahlen. Das Haus wird einfach verbraucht.“

Marlene Endruweit
m.endruweit@netcologne.de



Foto: MEV

Nicht nur der Garten, sondern auch die eigenen vier Wände wollen gehegt und gepflegt werden.

Die sichere Seite im Internet

Frühe Rechtklärung beugt Haftungsrisiken vor

Für die Nutzung werblicher und informativer Inhalte auf der eigenen Praxis-Homepage gelten klare gesetzliche Vorgaben. Trotzdem herrscht bei vielen Zahnärzten noch große Unsicherheit über eine gesetzeskonforme Einbindung von nicht selbst erzeugten Inhalten, wie Bildern, Texten oder Videos.

Die Rede ist von unberechtigter Nutzung eines fremden Inhalts („Content“). Wie der Zahnarzt mit der Einbindung fremder Inhalte auf seiner Homepage verfahren muss, und worauf genau zu achten ist, ist im Urheberrecht verankert. Da dessen Kenntnis allerdings noch nicht sehr weit verbreitet sein dürfte, sind zahlreiche Abmahnverfahren gegenüber Zahnarztpraxen, bei denen es sich immer in erster Linie um die unerlaubte Verwendung von Inhalten – ob Texte, Bilder oder Graphiken – auf der eigenen Website dreht, zu beobachten. Aus der Menge der Abmahnverfahren hat sich mittlerweile bereits eine ganze Industrie entwickelt. Spezialisierte Unternehmen machen sich im Auftrag ihrer Kunden, den Urhebern, verstärkt auf die (Netz-)Suche nach unerlaubten Inhalten auf zahnärztlichen Onlineseiten. Das geschieht durch sogenannte Webcrawler, die systematisch das Internet durchforsten. Werden diese fündig und entdecken etwa einen nicht-lizenzierten Stadtplan, können dem Zahnarzt Unterlassungsklagen oder sogar empfindliche Geldstrafen an den Urheber drohen. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Zahnarzt die unberechtigten Inhalte unbewusst online gestellt hat.

Rechtsfälle Stadtplan

Aber was kann der Zahnarzt tun, damit diese Situation gar nicht erst entsteht? Bereits beim Grundkonzept der Webseite, also bei der Planung des Webdesigns, der Auswahl der Texte, deren Aussagen und Visualisierung sollte darauf geachtet werden, ob Inhalte verwendet werden, deren Erlaubnis vom Urheber eingeholt werden müssen. Was in der Theorie sehr einleuchtend klingt, erweist sich aber in der Praxis oft viel schwieriger. Eine der häufigsten Fallen, das Urheberrecht zu verletzen, ist die Online-Ein-



Foto: Fotolia

Bevor es an die Gestaltung der eigenen Praxis-Webseite geht, sollte das Urheberrecht sorgfältig studiert werden.

bindung von Stadtplänen. Der Zahnarzt möchte seinen Patienten den Service bieten, ihnen die Anfahrt so anschaulich wie möglich darzustellen. Zu diesem Zweck lädt er einen Stadtplan aus dem Internet herunter und stellt ihn auf seiner Seite ein. Was die wenigsten wissen: Diese webbasierten Stadt- und Routenpläne sind urheberrechtlich geschützt. Für die Nutzung muss an den Rechteinhaber in der Regel eine Gebühr entrichtet werden. Investiert man ein wenig mehr Zeit in die Recherche, stößt man aber auch auf kostenfreie Stadtpläne, die im Internet zum Download zur Verfügung stehen.

Urheberrechte klären

Grundsätzlich gilt: Alle im Internet aufgeführten Fotos, Bilder oder Graphiken oder sonstigen Inhalte dürfen nur mit Erlaubnis des Rechteinhabers (schriftlich oder mündlich) auf die eigene Webseite gestellt werden. Versäumt der Zahnarzt die Klärung der Urheberrechte, drohen ihm Abmahnungen und Schadenersatzforderungen.

Enthält die Webseite neben Informationen zur Praxis ebenfalls journalistisch-redaktionelle Beiträge, muss der jeweilige Autor

namentlich genannt und ebenfalls um Erlaubnis für die Veröffentlichung gefragt werden. Er ist für den Inhalt seines Artikels verantwortlich und gleichzeitig der Urheber.

Hier ist es wichtig, dass der Besucher der Zahnarzt-Website sofort erkennen kann, von wem der Beitrag stammt. Dies ist insbesondere in haftungsrechtlicher Hinsicht relevant, da sich der Zahnarzt im Regelfall nicht sämtliche von dritter Seite getroffenen Aussagen als eigene zurechnen lassen möchte.

Die Zahnarztpraxis KU64 aus Berlin beispielsweise kennt die oft schwierige Umsetzung von urheberrechtlichen Vorgaben in der Praxis. Die Praxisbetreiber fanden eine Lösung, indem

sie Spezialisten für diese Aufgaben einstellten. „Das Team, das bei uns den Onlineauftritt betreut, besteht nicht etwa aus Zahnärzten, sondern aus EDV-Spezialisten oder Webdesignern. Die kennen sich mit der Online-Rechtesituation aus“, sagt Petros Prontis aus der Praxis.

Kammer konsultieren

Andere Praxen wiederum, die nicht extra Personal hierfür einstellen können, müssen das Problem auf andere Art lösen. Wichtig ist allerdings, dass man sich als Zahnarzt, der sich über eine Internetseite der Öffentlichkeit präsentieren möchte, bewusst macht, welche Inhalte und welche Art von Texten man online stellen möchte. Kleiner Tipp: Vielleicht gibt es ja jemanden im Kollegenkreis, der sich damit auskennt, oder der einen kennt, der einen kennt ... Und schließlich: Die Rechtsberatungen der Zahnärztekammern geben hierzu immer gerne und kompetent Auskunft.

*Silvia Hänig
Eichendorffstr. 22
85521 Ottobrunn bei München*

Abfindungsklauseln in zahnärztlichen Sozietätsverträgen

Klassische Fehler vermeiden

Wenn zahnärztliche Gemeinschaftspraxen aufgelöst werden, birgt dies Unruhe- und Konfliktpotential. Nicht selten geht es bei der Trennung der ehemaligen Geschäftspartner um die Höhe der Abfindung. Hintergrund: Die entsprechenden Regelungen im Gemeinschaftsvertrag sind zu undeutlich formuliert.



Foto: Das Fotoarchiv

Je eindeutiger die Verträge von Gemeinschaftspraxen abgefasst sind, desto größer ist bei der Trennung die Chance auf eine zufriedenstellende Lösung für beide Geschäftspartner.

Gerade aus missverständlich formulierten Abfindungsklauseln erfolgen häufig Interpretations- und Umsetzungsschwierigkeiten. Um bei der Trennung von zahnärztlichen Verbänden die Höhe der Abfindung klären zu können, werden in der Regel Sachverständige eingesetzt. Können sich die Parteien nicht auf einen Gutachter einigen, muss zwangsläufig einer benannt werden. Öffentlich bestellte Sachverständige für die Bewertung von Praxen werden fast ausnahmslos durch die Industrie- und Handelskammern benannt. Diese sollen zunächst einmal eine Praxis bewerten, damit dann die Abfindung entsprechend dem Praxisanteil des ausscheidenden Gesellschafters ermittelt werden kann. Werden in Abfindungsklauseln hierzu falsche Regelungen getroffen, können die vertraglichen Vorgaben bereits aufgrund der Nichtdurchführbarkeit der Klauseln scheitern. Auch in Sozietätsverträgen oft gemachte Verweise auf Bewertungsrichtlinien der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) oder der

Zahnärztekammer können zur Nichtdurchführbarkeit der Klausel führen, da derartige Richtlinien gar nicht existieren.

Vertragliche Weisung

Bei der Praxisbewertung sind Probleme vorgezeichnet, wenn in Verträgen bestimmte Bewertungsansätze festgeschrieben sind, anhand derer die Bewertung vorzunehmen ist. Denn üblicherweise wird der Sachverständige als neutraler Gutachter grundsätzlich einen „objektivierten“ Wert ermitteln. Für die Bewertung wird in der Regel auf ein Verfahren abgestellt, das alle wesentlichen Parameter einer Unternehmung ausreichend berücksichtigt und wertschätzt. Weil sich zahnärztliche Praxen entgegen teilweise verbreiteter Meinungen problemlos unter den betriebswirtschaftlichen Unternehmensbegriff subsumieren lassen, sind damit für deren Bewertung die wissenschaftlich anerkannten Bewertungsverfahren, das (modifizierte) Ertragswertverfahren

und die Discounted-Cash-Flow-Verfahren, als fundiert zu beurteilen.

Bewertungs-Mix

Äußerst problematisch sind Klauseln, die vorsehen, zur Praxiswertermittlung mehrere Bewertungsmethoden zu vermischen, um anschließend einen Mittelwert zu errechnen. Es ist kaum vorstellbar, dass sich hierbei reale Praxiswerte ergeben, ferner kann die Spannweite zwischen den einzelnen Werten sehr groß ausfallen.

Werden Bewertungsverfahren diktiert, die nicht mit den Grundsätzen ordnungsmäßiger Unternehmensbewertung vereinbar sind (wie etwa Berechnungen nach Faustformeln), lassen sich keine objektivierten Praxiswerte berechnen. Auch eine vielleicht gut gemeinte Regelung, bei der Bewertung möge man Umsatztendenzen berücksichtigen, kann erhebliches Kopfzerbrechen bereiten. Es bleibt dann beispielsweise unklar, ob es sich dabei um eine vorausschauende Prognose, oder um eine Betrachtung der Umsätze ab einem fest definierten Bewertungsstichtag handeln soll.

Pauschale Klauseln

Nicht selten finden sich pauschale Abfindungsklauseln in den Verträgen. So wie etwa die Regelung, zur Festlegung des ideellen Wertes einer Praxis, den Gewinn

zm-Info

Das Discounted-Cash-Flow-Verfahren

Das Discounted-Cash-Flow-Verfahren ist eine betriebswirtschaftliche Berechnungsmethode, die die wirtschaftlichen Erfolgsaussichten eines Unternehmens, hier einer Zahnarztpraxis, berücksichtigt.

Das Ertragswertverfahren

Auch das Ertragswertverfahren ist ein gängiges betriebswirtschaftliches Verfahren zur Ermittlung des Unternehmenswertes. Ebenfalls steht hier das Potenzial einer Praxis, zukünftig Gewinne zu erwirtschaften, im Blickpunkt der Analyse.



Foto: Yuri Arcurs – Fotolia

Fairness auch am Schluss? Bei Auflösung von Verträgen läuft nicht immer alles glatt.

vergangener Jahre mit einem willkürlichen Faktor zu multiplizieren. Beispiel: Der ideelle Wert setzt sich zusammen aus dem Durchschnittsgewinn der letzten drei Jahre mal drei. Dadurch entsteht die Streitfrage, warum die Bewertung nicht zukunftsorientiert ausgerichtet ist. Außerdem kann in diesem Fall die Bezugsgröße „Gewinn“ Interpretationsprobleme bereiten: Darunter könnte der steuerliche Gewinn, der kalkulatorische, oder der Gewinn vor Abschreibungen und Zinsen gemeint sein. Darüber hinaus führen derartig pauschale Klauseln bei hohen Multiplikationsfaktoren oftmals zu völlig überhöhten Abfindungsansprüchen.

Kommt es dabei gar zu signifikanten Diskrepanzen zum tatsächlichen Wert, kann der Vorwurf der Sittenwidrigkeit oder des Wuchers greifen und zur Nichtigkeit der Klausel führen. Gleiches gilt für vertragliche Abfindungsregelungen, die regelmäßig eine niedrigere Abfindung implizieren, so etwa in Abfindungen zu Buchwerten, Substanzwerten oder anderweitig vorgesehenen Größen.

Substanzwert

Schließlich kann auch die Ermittlung der Höhe des Substanzwertes Probleme bereiten. Wird beispielsweise der Ansatz der Sachwerte zum sogenannten „wahren

Handlungsempfehlungen für den Zahnarzt

Grundsätzlich sollten bereits vor Vertragsabschluss qualifizierte Berater hinzugezogen werden. Die entsprechenden juristischen Klauseln in einem Vertragsentwurf sollten unbedingt durch einen Sachverständigen, der im Falle einer Auseinandersetzung gegebenenfalls mit der Bewertung der Praxis betraut wäre, auf Schwierigkeiten hinsichtlich ihrer Auslegung überprüft werden. Im Idealfall handelt es sich dabei um einen öffentlich bestellten und vereidigten Sachverständigen für die Bewertung von Praxen und Unternehmen im Gesundheitswesen. Spätere mögliche Ungereimtheiten lassen sich dadurch vielfach schon im Vorhinein klären. Ist der Gesellschaftsvertrag schon unterzeichnet und besteht allgemein Unsicherheit hinsichtlich der Auslegung von Abfindungsklauseln, können die Parteien im Nachhinein gesellschaftsrechtliche Änderungen beschließen und klare Verhältnisse schaffen. Auch in diesem Fall ist der Rat von Experten nützlich. Oftmals hilft schon der kurze Blick auf den Vertrag und ein anschließendes Gespräch mit den Parteien, um finanzielle Risiken überschlägig abzuschätzen und die Notwendigkeit einer Vertragsänderung zu erörtern. Sind dennoch Abfindungsklauseln in Sozietätsverträgen undurchsichtig formuliert und kommt es zum Ausscheiden eines Gesellschafters im Streit, lassen sich teils teure und nervenaufreibende juristische Auseinandersetzungen häufig kaum noch verhindern. Dann hilft unter Umständen ein außergerichtliches Schiedsgutachten, das den Wert der Praxis neutral und objektiv ermittelt.

Wert“ vorgeschrieben, bleibt unklar, welcher betriebswirtschaftliche Wertansatz damit einhergehen soll. Die Vorgabe der Bewertung des Substanzwertes „zu Marktpreisen“ ist nur unwesentlich besser, denn hierbei wird implizit die Zerschlagung der Sachwerte unterstellt. Von einem Weiterführen der Praxis zu bestehenden Strukturen könnte dann nicht mehr ausgegangen werden.

*Prof. Dr. Wolfgang Merk
Gottfried-Keller-Str. 20
81245 München-Pasing*



„Allen Menschen Recht getan, ist eine Kunst, die niemand kann“, besagt ein griechisches Sprichwort. Wie die Richter entscheiden? Hier einige Urteile, deren Kenntnis dem Zahnarzt den eigenen Alltag erleichtern kann.

Praxisausfallversicherung

Leistungen sind steuerfrei

Der Bundesfinanzhof hat entschieden, dass eine Praxisausfallversicherung, die die fortlaufenden Betriebskosten im Falle einer Erkrankung des Betriebsinhabers erstattet, eine private Versicherung darstellt. Folglich ist die Versicherungsleistung nicht zu versteuern.

Umgekehrt sind die an die Versicherung gezahlten Beiträge nicht als Betriebsausgaben abziehbar, berichtet das „Handelsblatt“ unter Berufung auf den Richterspruch. Bei der Praxis- oder Kanzleiausfallversicherung, die vor allem von Freiberuflern und Einzelgewerbetreibenden in Anspruch genommen wird, ersetzt die Ver-

sicherungsgesellschaft die fortlaufenden Praxis- oder Kanzleikosten. Im Streitfall hatte dem Blatt zufolge eine Ärztin eine solche Versicherung abgeschlossen. Nach einem Sturz war sie längere Zeit krankgeschrieben. Die Versicherung erstattete ihr die fortlaufenden Betriebskosten. Der Bundesfinanzhof entschied, dass die Zahlungen der Versicherung keine Betriebseinnahmen aus der freiberuflichen Tätigkeit der Klägerin darstellen. ck/sg

Bundesfinanzhof
Az.: VIII R 6/07



Foto: picture alliance

Fiskus und Praxisdateien

Beschränkte Einsicht

Ärzte müssen dem Finanzamt nicht Einblick in sämtliche betrieblichen Computerdateien geben. Nach einem jetzt veröffentlichten Urteil des Bundesfinanzhofs in München besteht ein Zugriffsrecht nur auf steuerlich relevante Daten, die zu führen ein Betrieb rechtlich verpflichtet ist.

Prüfer der Finanzverwaltung dürfen seit 2002 elektronische Daten und Aufzeichnungen einsehen und maschinell auswerten. Dadurch sind Finanzämter erstmals in der Lage, auch große Datenmengen mit überschaubarem Aufwand zu überprüfen. Doch das könne nur für Daten gelten,

die nach gesetzlichen Vorgaben für die Steuer bedeutsam sind. Denn andere Daten müsse der Betrieb gar nicht aufheben und daher auch nicht für die Finanzverwaltung bereithalten, betonte der Bundesfinanzhof. sg/áz

Bundesfinanzhof München
Az.: VIII R 80/06

Zahnmedizinischer Standard in der Rechtsprechung

Sicherheit durch Regeln

Gerichte gehen davon aus, dass dem praktizierenden Zahnarzt die Rechtsprechung über Behandlungen in seinem Fachgebiet bekannt ist. Selbstverständlich kann sich jeder durch Eigenrecherche die notwendigen Kenntnisse aneignen – trotz Internet ist das aber ein mühsames Unterfangen. Gut, wenn eine fachkompetente Person diese Aufgabe übernommen hat und man selbst nur noch darauf zurückzugreifen braucht. Und fachkompetent ist der Autor dieses Buches, der nicht nur Zahnmedizin und Medizin, sondern auch Jura studierte.

Es gelingt ihm, ein sehr komplexes Thema für Zahnärzte verständlich aufzuarbeiten. Zudem ermöglicht die übersichtliche Gliederung in einzelne Themenbereiche dem Leser eine schnelle Orientierung. Beginnend bei den rechtlichen Grundlagen, weiter zu den einzelnen zahnärztlichen Tätigkeitsbereichen, bis hin zur zahnärztlichen Aufklärung und Dokumentation werden umfangreiche Informationen gegeben, die durch entsprechende Urteile unterlegt werden. Dabei wird die Straf- und Zivilrechtliche Rechtsprechung ebenso berücksichtigt wie die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung.

Dieses Buch bietet somit eine sehr gute Orientierungsgrundlage für jene Kollegen, die zum Beispiel ein Qualitätsmanagement in ihrer Praxis einführen wollen, die als Sachverständige tätig sind oder die sich plötzlich mit den Ansprüchen von Patienten beziehungsweise deren Rechtsvertreter konfrontiert sehen. Auf dieses Buch zurückgreifen zu können, verhindert im Idealfall einen Rechtsstreit. Es sollte deshalb in keiner Praxis fehlen.

Dr. Sigrid Olbertz, MBA
Zahnärztin, Master of Business Administration
Mittelstr. 11a
45549 Sprockhövel-Haßlinghausen

Oehler, Klaus: Zahnmedizinischer Standard in der Rechtsprechung. Sicherheit durch Behandlungsregeln. Deutscher Ärzte-Verlag, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2009. ISBN: 978-3-7691-3408-7 Ladenpreis: 99,95 Euro



Wünsche, Anregungen, Kritik? So erreichen Sie uns:

Zahnärztliche Mitteilungen
Tel.: 030/280179-52
Fax: 030/280179-42
Postfach 080717, 10007 Berlin
e-mail: zm@zm-online.de

FDI-Kongress in Singapur

Neue Fachlichkeit

Der diesjährige FDI-Kongress fand vom 2. bis 5. September 2009 in Singapur statt. Nach Schätzungen besuchten rund 3 000 Teilnehmer den professionell organisierten Kongress im modernen Suntec Singapore International Convention & Exhibition Centre. Die vielen Geschäftssitzungen waren von besonderer Bedeutung, hier wurden die Politik der FDI und künftige Strategien und Projekte besprochen, fachliche und politische Stellungnahmen diskutiert und verabschiedet. Die deutsche Delegation spielte hier eine aktive Rolle und ist in die Gremienarbeit fest eingebunden.

Das umfangreiche wissenschaftliche Programm unter dem Generalthema „Neue Wege der Zahnmedizin an den Kreuzungen der Welt“ reichte von Themen wie Mundkrebsdiagnose bis hin zu den künftigen Implikationen der Stammzellenforschung auf die Geweberegenerierung. Bei FDI-Kongressen sind die Foren, bei denen der internationale Austausch gefördert werden soll, besonders interessant. Themen Foren in Singapur waren unter anderem: klinisches und ethisches Management von Mund- und Kieferdeformitäten, antibiotische Prophylaxe und Gebrauch von Bisphosphonaten oder Leitlinien für junge Forscher.

Auch bei den industriegesponserten Symposien oder den Symposien der Fachgesellschaften stand der internationale Erfahrungsaustausch im Vordergrund. Beim Symposium der International Society of

Computerized Dentistry waren Referenten aus Deutschland stark vertreten: Dazu gehörten Klaus J. Wiedhahn, Bernd Reiss, Stefan Hassfeld und Olaf Schenk (Präsident, Vizepräsident und Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für computergestützte Zahnheilkunde e.V.). Die Vortragsäle waren teils gut besucht. Weniger gut besucht war die überschaubare Dentalausstellung, bei der sich die deutsche Dentalindustrie unter dem gemeinsamen Dach „Made in Germany“ darstellte. Insgesamt nahmen dieses Jahr auch weniger Zahnärzte aus Deutschland am FDI-Kongress teil.

Schwungvoller Roll-Call

Die Eröffnungsveranstaltung wurde mit einem schwungvollen Roll-Call der FDI-Mitgliedsländer eröffnet. Jugendliche sausten auf Inline-Skates durch die Veranstaltungshalle und schwangen die Fahnen der 134 Mitgliedsländer. Der scheidende FDI-Präsident Dr. Burton Conrod, Kanada, übergab die Amtskette seinem Nachfolger Dr. Roberto Vianna, Brasilien. In einer bunten Schau wurde die kurze Geschichte Singapurs von seinen Anfängen als kolonialer Handelsposten bis zur Gegenwart als kosmopolitische Metropole bildlich, musikalisch und tänzerisch dargestellt.

Die Bundeszahnärztekammer lud alle Teilnehmer aus Deutschland und die internationalen Delegierten zur Generalversammlung zu einem Empfang ein, bei dem auch der deutsche Botschafter in Singapur die Teilnehmer begrüßte.



Stadtansicht von Singapur

Deutsche Delegation fest eingebunden

Für die deutsche Delegation waren die vielen Geschäftssitzungen der FDI von besonderer Bedeutung, hier wurden die Politik der FDI und künftige Strategien und Projekte besprochen, fachliche und politische Stellungnahmen diskutiert und verabschiedet. Zum Weltparlament der Zahnärzte, den Generalversammlungen, sind alle 191 Mitgliederverbände aus 134 Ländern eingeladen. In Singapur war die Beteiligung gut, über 150 Delegierte aus 79 Ländern waren anwesend. Der BZÄK stehen aufgrund ihrer hohen Mitgliederzahl sieben Delegiertensitze und zwei Sitze für Vertreter zu, die sie teils an Vertreter der KZBV und der DGZMK abgibt. Außerdem vertritt BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel Deutschland im Rat, Prof. Reiner Biffar, Greifswald, ist stellvertretender Leiter des Wissenschaftskomitees, Prof. Elmar Reich ist Mitglied im Fortbildungskomitee und Zahnarzt Ralf Wagner, Vorsitzender der KZV Nordrhein, ist im Praxiskomitee vertreten. Insgesamt stellte sich die deutsche Delegation in Singapur aktiv und kompetent dar, manchmal auch kritisch, wenn es galt, Fehlentwicklungen oder übertriebene Stellungnahmen zu korrigieren. So wurden zwei Stellungnahmen zum Bleichen von Zähnen und Wasser in Dentaleinheiten – unter anderem wegen der erheblichen Kritik von deutscher Seite – zur Überarbeitung an das Wissenschaftskomitee zurück verwiesen.



Andererseits wurde eine Entschließung zu Quecksilber und Dentalamalgam auch mit der fachlichen Unterstützung von Prof. Dr. Georg Meyer, Greifswald, einstimmig von der Generalversammlung verabschiedet.

Stellungnahme zu Quecksilber

Anlass für die aktuelle Quecksilberentschließung der FDI sind die Bestrebungen des Umweltprogramms der Vereinten Nationen (United Nations Environmental Programme – UNEP), ein international verbindliches Rechtsinstrument für die Verwendung und Entsorgung von Quecksilber zu erarbeiten. Der FDI gelang es, als Partner des UNEP anerkannt zu werden. In ihren Stellungnahmen bekräftigte die FDI, dass Dentalamalgam ein sicheres, umfassend genutztes und bezahlbares Füllungsmaterial ist und besonders für die Bevölkerung in den unterversorgten Teilen der Welt unersetzbar ist (siehe Kasten). Die UNEP hat der FDI bereits signalisiert, dass es besondere Regelungen für Dentalamalgam geben werde.

Die Arbeit der FDI war in Singapur durch mehr Fachlichkeit als in den Vorjahren geprägt, als es noch um neue Strukturen in der FDI, Governance und Finanzierung ging. In Singapur wurde ein „Oral Health Atlas“ der FDI vorgestellt, der in anschaulicher Weise und umfassend den Stand der Mundgesundheit in der Welt, Risikofaktoren, Versorgungsstrategien, Arbeitskräfte in der zahnärztlichen Versorgung und Zahnärzte-Organisationen auf 120 Seiten darstellt. Außerdem wurden drei neue und sieben aktualisierte Stellungnahmen verabschiedet, und zwar zu:

- Dentinhypersensitivität
- Zahnlosigkeit und allgemeine Gesundheitsprobleme älterer Menschen

- Verwendung von akademischen Titeln, Berufsbezeichnungen und Honorartiteln
- Zusammenhang zwischen Mundgesundheit und Allgemeingesundheit
- Auswirkungen der Kaueffizienz auf die Allgemeingesundheit
- Fluorid in Füllungsmaterialien
- Infektionskontrolle in der zahnärztlichen Praxis
- Prophylaxe nach Kontakt mit Hepatitis B-, Hepatitis C-Virus, HIV
- Tuberkulose und zahnärztliche Berufsausübung

Das Projekt „Live.Learn.Laugh“, an dem auch Deutschland mit einem Projekt der Tabakprävention beteiligt ist, wird in 40 Ländern mit gutem Erfolg weitergeführt. Außerdem wurde eine „Global Caries Initiative“ gestartet, die auf zehn Jahre angelegt ist, mit dem Ziel, Karies weltweit zu reduzieren, insbesondere in Ländern mit hohen Prävalenzen. In einem ersten Schritt geht es darum, unter dreijährige Kinder kariesfrei zu erhalten. Jährlich werden zwei Regional Konferenzen durchgeführt, bei denen jeweils andere Aspekte der Karies thematisiert werden. Im Rahmen der globalen Kariesinitiative wurde auch ein Glossar der Schlüsselwörter zur Karies veröffentlicht, um die Terminologie in diesem Feld zu vereinheitlichen.

Bei der in Singapur abgehaltenen ERO-Vollversammlung wurde nach intensiver Diskussion in einer Arbeitsgruppe, in der ZA Ralf Wagner und BZÄK-Vizepräsident Dr. Michael Frank maßgeblich mitarbeiteten, eine Resolution zum „Dental Team“ verabschiedet, in der die Kompetenz des Zahnarztes und die Zusammenarbeit mit Zahnmedizinischen Fachangestellten und Zahnmedizinern klar beschrieben wird. Diese Resolution entspricht dem Standpunkt von BZÄK und KZBV.



Fotos: Braun-Himmerich

Gehörten zur deutschen Delegation:
Dr. Jürgen Fedderwitz, Prof. Dr. Georg Meyer,
Dr. Brita Petersen, Barbara Bergmann-Krauss

Wahlen für Deutschland erfolgreich

Bei den Wahlen wurde Dr. Orlando Monteiro da Silva zum President Elect, Prof. Meyer wurde von der Generalversammlung in das Wissenschaftskomitee gewählt. Dem Komitee gehören sieben Mitglieder an – bisher Prof. Reiner Biffar, der nicht wiedergewählt werden konnte. Es ist ein großer Erfolg und überhaupt nicht selbstverständlich, dass in den letzten Jahren immer ein deutscher Wissenschaftler in diesem für die Arbeit der FDI sehr wichtigen Gremium vertreten war.

Alles in allem waren FDI-Geschäftssitzungen und der Kongress in Singapur für die deutsche Delegation ein guter Erfolg. Der FDI-Kongress 2010 findet vom 2. – 5. September 2010 in Salvador da Bahia, Brasilien, statt.

Barbara Bergmann-Krauss
Universitätsstraße 73
50931 Köln

zm-Info

FDI-Entscheidung zu Quecksilber und Dentalamalgam

Die Generalversammlung des Jahresweltkongresses 2009 des Weltverbandes der Zahnärzte kommt unter Berücksichtigung und Bestätigung der

- FDI-Stellungnahmen zu Dentalamalgam (Sicherheit von Dentalamalgam, GA September 2007)

- Resolution des Rates der Europäischen Zahnärzte (CED) über Dentalamalgam (CED-Generalversammlung, Mai 2007)

- Erklärung des American Dental Association Council on Scientific Affairs über Dentalamalgam (August 2009)

erneut und nachdrücklich zu dem Schluss, dass Amalgam ein sicheres, weit verbreitetes und bezahlbares Zahnfüllungsmaterial ist und zum

für den Umgang mit Quecksilber [GA 2007] bestätigt diese Generalversammlung ihre Verpflichtung, den verantwortungsbewussten Umgang mit der Umwelt hoch zu halten und im Umgang mit Dentalamalgam anzuwenden; ■ ist sich darüber im Klaren, dass derzeit erhältliche Restaurationsmaterialien unter zahlreichen Rahmenbedingungen keine wirtschaftlich tragbaren und bezahlbaren Alternativen darstellen und zusätzliche logistische, wirtschaftliche und infrastrukturelle Herausforderungen aufzeigen;

- nimmt mit großer Sorge zur Kenntnis, dass die generelle Reglementierung bei der Verwendung von Quecksilber zu signifikanten globalen Problemen der öffentlichen Gesundheit führen kann, insbesondere in der zahnärztlichen Versorgung;

- ruft zu nationalen zielgerichteten Präventionsprogrammen zur Mundgesundheit auf, um den Bedarf an solchen zahnmedizinischen restaurativen Versorgung zu reduzieren;

- weist nachdrücklich darauf hin, dass der zahnärztliche Berufsstand verpflichtet ist, den Rahmen der gesetzlichen Vorschriften für die Verwendung von Quecksilber einzuhalten.

Die FDI empfiehlt ihren Mitgliedsorganisationen folgende Punkte:

1. Die FDI sollte alle relevanten Gesundheits- und Umweltdaten über Dentalamalgam in einer einzigen Quelle zusammenfassen, um sicherzustellen, dass die gesamte Thematik exakt beschrieben wird und dass die Diskussionen auf den aktuell verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren.

2. Die FDI-Generalversammlung sollte fortfahren, mit IADR, IFDEA, IDM, ISO und anderen wichtigen internationalen Interessengruppen zu kooperieren;

3. Die FDI-Generalversammlung und die sie konstituierenden nationalen Zahnärzteverbände sollten im Hinblick auf Dentalamalgam einen einheitlichen Standpunkt vertreten, der auf

dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand basiert.

4. Die FDI sollte innerhalb der Global Mercury Partnership des Umweltprogramms der Vereinten Nationen (UNEP) und bei den Konsultationen der Vereinten Nationen und der Weltgesundheitsorganisationen über die globale Verwendung von Quecksilber die einzige Vertreterin der internationalen Gemeinschaft der Zahnärzte sein.

5. Nationale Zahnärzteverbände sollten eine proaktive Haltung gegenüber ihren Regierungen einnehmen, wenn es sich um nationale Vorschriften zu Quecksilber handelt.

6. Verantwortliche Initiativen im Hinblick auf die Sammlung und Entsorgung nicht verwendeten elementaren Quecksilbers aus Zahnarztpraxen (mit Ausnahme des Quecksilbers in Kapseln) und die Verwendung von Quecksilberabscheidern, die dem ISO Standard 11143* entsprechen, würden die Selbstverantwortlichkeit der Gemeinschaft der Zahnärzte für den Schutz der Weltgesundheit und Umwelt herausstellen.

7. Der zahnärztliche Berufsstand sollte weiterhin die wissenschaftliche Entwicklung von sicheren und bezahlbaren Restaurationsmaterialien unterstützen.

8. Die FDI sollte als Organisation die Etablierung eines neuen Paradigmas für die Behandlung von Zahnkaries und ihrer Folgen anführen und koordinieren, das auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht, um auf diese Weise eine optimale Mundgesundheit zu erreichen.

* ISO 11143 (2008) Standard: Spezifikation für Amalgamseparatoren zur Entfernung von Amalgampartikeln und zur Reduzierung des Eintrags der Amalgammengen in das Abwassersystem

FDI, Singapur, 02.09.2009



Foto: zm-Archiv

Amalgam-Füllung

gegenwärtigen Zeitpunkt für die zahnmedizinische Versorgung der Mehrheit der Bevölkerung in der ganzen Welt gute Dienste leistet. Dies gilt besonders für die am stärksten benachteiligten Bevölkerungsgruppen, die zahnmedizinisch behandelt werden müssen.

Diese FDI-Generalversammlung:

- erkennt im Hinblick auf Quecksilber und Dentalamalgam ihre Verantwortung hinsichtlich der Weltgesundheit und des Umweltschutzes an. Nach Annahme der Stellungnahmen Amalgamentsorgung [GA 2006] und Leitlinien



Medizintourismus

Ein lukratives Nischengeschäft

2007 kamen rund 71 000 Patienten aus aller Welt nach Deutschland, um sich behandeln zu lassen. Die meisten Patienten stammen aus Nachbarländern. Medizin „made in Germany“ wird aber auch bei Arabern und Russen zunehmend beliebter. Das lukrative Geschäft mit den Medizintouristen bildet dennoch nur einen Nischenmarkt. Die Betreuung von Patienten aus fremden Kulturen erfordert zudem einen hohen personellen und finanziellen Aufwand.

Der gute Ruf des deutschen Gesundheitssystems hat sich bis weit über die europäischen Grenzen hinweg herumgesprochen. Von den 70 898 ausländischen Patienten, die sich nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2007 in deutschen Kliniken behandeln ließen, kamen mehrere Tausend aus Saudi Arabien, den Vereinigten Arabischen Emiraten, Bahrain und Kuwait. Innerhalb Europas sind es vor allem Niederländer, Franzosen, Österreicher, Polen und Belgier, die die Leistungen der deutschen

nalen Vergleich günstige Preis-Leistungs-Verhältnis deutscher Kliniken.

Geringer Prozentsatz

Die Patientenzahlen dürfen allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich beim Medizintourismus um einen Nischenmarkt handelt. Der Anteil am Gesamtpatientenaufkommen beträgt nach einer aktuellen Marktstudie der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg lediglich 0,4 Prozent.



Medizin aus Deutschland wird bei Patienten aus aller Welt – auch aus arabischen Ländern – immer beliebter.

Medizin schätzen. Zu einem Markt mit beträchtlichen Steigerungsraten entwickelt sich zudem Russland. So stieg der Anteil russischer Patienten allein zwischen 2004 und 2007 um 138 Prozent. Grund für den Trend ist unter anderem das im internatio-

„Die Anzahl ausländischer Patienten variiert allerdings stark nach Kliniken und Abteilungen“, sagt Jens Juszcak. Der Diplom-Kaufmann hat sich im Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Hochschule auf Fragen zum Medizintourismus spezialisiert.

Von den ausländischen Patienten profitieren vor allem Akut- und Rehabilitationseinrichtungen an Standorten wie München, Berlin, Bonn, Hamburg, Augsburg, Aachen oder Heidelberg. Bei den Fachabteilungen sind es die Orthopädie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, die Innere Medizin, Kardiologie und Pädiatrie, die für Medizintouristen besonders attraktiv sind. „Auslandspatienten erreichen hier Anteile von bis zu 40 Prozent“, so Juszcak.

Die Behandlung ausländischer Patienten kann somit ein lohnendes Geschäft sein, zumal die Kliniken die Einnahmen außerhalb der Budgets abrechnen können. Der Betreuungsaufwand für die Klientel vor allem aus dem arabischen Raum ist allerdings oft beträchtlich. Im Schnitt beträgt er ein Zweibis Dreifaches dessen, was für einen deutschen Patienten erforderlich ist.

Wert auf Rundum-Service

Arabische Patienten legen neben der fachlichen Kompetenz großen Wert auf Diskretion sowie einen Rundum-Service einschließlich touristischer Angebote, Transfer, Dolmetscherdienste und Unterstützung bei der Beantragung von Einreisevisa, sagte Professor Nicolas Abou Tara auf einer Konferenz zum Thema Medizintourismus in Sankt Augustin. Der Syrer arbeitet als Implantologe und politischer Berater für internationale Zusammenarbeit in Hamburg. Auch gelte es, mitunter spezielle Ernährungsweisen und religiöse Gewohnheiten zu berücksichtigen. Zwar erheben der Studie zufolge mehr als die Hälfte der im Auslandsgeschäft engagierten Kliniken Zuschläge für erhöhten Betreuungsaufwand und Komplikationen. Juszcak weist aber darauf hin, dass sich die Einrichtungen mit der Abrechnung solcher Zusatzkosten in einer Grauzone bewegen, da auch für Patienten aus dem Ausland das Fallpauschalsystem und die Gebührenordnungen gelten.

Zahlungsausfälle

Überhöhte Abrechnungen hätten zudem oft Zahlungsausfälle oder -verzögerungen zur Folge, berichtet der Experte. 45 Prozent der

befragten Kliniken haben schon mal die Erfahrung gemacht, dass die zusätzlichen Aufwendungen von den Botschaften, Konsulaten oder Krankenkassen im Ausland nicht vergütet werden. Die durchschnittliche Wartezeit auf die Erstattung der Kosten beträgt der Marktstudie zufolge fünfeinhalb Monate. „Probleme gibt es vor allem mit Saudi Arabien, den Vereinigten Arabischen Emiraten und Kuwait“, sagt Juszcak. Der Großteil der offenen Rechnungen betrifft Summen von bis zu 100 000 Euro. In einigen Fällen übersteigt der Betrag aber auch schon mal die Eine-Million-Euro-Grenze. Um sich gegen Zahlungsausfälle abzusichern, gingen daher immer mehr Kliniken dazu über, Vorauszahlung zu verlangen, so Juszcak.

Petra Spielberg
Christian-Gau-Straße 24
50933 Köln



Fotos: picture alliance

Medizintourismus ist ein Nischengeschäft – aber ein lukratives.

World Health Summit 2009

Runder Tisch zur Weltgesundheit

Unter dem Titel „The evolution of medicine“ wurde in Berlin der erste World Health Summit (WHS) veranstaltet. Über 700 Experten diskutierten auf dem Weltgesundheitsgipfel drängende aktuelle Fragen, wie etwa die Finanzierung der Gesundheitssysteme vor dem Hintergrund der Finanzkrise. Der Gipfel, der unter der Schirmherrschaft von Bundeskanzlerin Angela Merkel und dem französischen Staatschef Nicolas Sarkozy stand, soll von nun an jährlich stattfinden und ist gleichzeitig der Beginn des internationalen Bündnisses M8 Alliance. Gegner des Gipfels protestierten auf der Alternativkonferenz „Public Eye on Berlin“.



Foto: WHS/ Jens Jeske

v.l.n.r.: Dr. M. Danzon, Prof. R. Nesse, Prof. D. Ganten, Prof. A. Kahn, C. Viehbacher, Prof. K. M. Einhäupl

Es sollte eine innovative Konferenz mit neuen Rahmenbedingungen sein. Erstmals sei es nach Auskunft der Initiatoren gelungen, Akteure aus den Bereichen Wissenschaft und Forschung, Industrie, Zivilgesellschaft sowie internationale Politiker an „einen Tisch“ zu holen und somit „Koordiniertes Handeln“ für ein gemeinsames Ziel zu ermöglichen: Gesundheit für alle, auf höchstmöglichen Niveau. Prof. Detlev Ganten, Präsident des WHS, erklärte: „Gesundheit ist ein Grund- und Menschenrecht, und zum ersten Mal in der Geschichte ist Gesundheit global für alle Menschen realisierbar. Aber das ist nur möglich, wenn alle Akteure [...] zusammen agieren.“ Politiker, Vertreter von Unternehmen und Nichtregierungsorganisationen (NGOs) sowie Wissenschaftler aus über sechzig Ländern debattierten über eine Anhebung der weltweiten Gesundheitsstandards. Dazu erklärte Thomas de Maiziere, Chef des Bundeskanzleramtes: „Die Initiative der Charité, jährlich eine globale Konferenz zu organisieren, die sich den gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts widmet, verdient Unterstützung.“ Zu den herausragenden Themen des Gipfels zählten Prävention, Bekämpfung von Pan-

demien, Infektionskrankheiten, Zugang zu den Gesundheitssystemen, personalisierte Medizin, Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit, Gesundheitswirtschaft sowie Finanzierungsfragen der Gesundheitssysteme. Prof. Karl M. Einhäupl, Vorstandsvorsitzender der Charité, fügte hinzu: „Wie kaum etwas anderes ist Gesundheit für Menschen auf der ganzen Welt ein wichtiges Thema und muss auf der globalen Agenda ganz oben stehen. Die akademische Medizin hat ihre Verantwortung gegenüber der Menschheit wahrzunehmen. Die Charité macht das seit beinahe 300 Jahren und wird auch in der Zukunft Spitzenforschung betreiben.“ Die Berliner Charité habe somit eine lange Tradition und stehe seit jeher in engem Kontakt auch zu anderen Akteuren, wie etwa der Politik. Daher sei sie der geeignete Austragungsort für den Gipfel. Ein Ergebnis des Gipfels ist die M8 Alliance, eine von der Charité ins Leben gerufene Koalition international renommierter medizinischer Einrichtungen und Akademien der Wissenschaften. Ziel der Allianz sei es, so das Organisationskomitee, Lösungen in Form von Modellen und Handlungsanweisungen zu erarbeiten sowie ein Bewusstsein für

zm-Info

Mitglieder der M8 Alliance:

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Deutschland
 Université Paris Descartes, Frankreich
 Monash University of Melbourne, Australien
 Imperial College London, GB
 Johns Hopkins University Baltimore, USA
 Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College and Hospital, China
 Kyoto University Graduate School of Medicine, Japan
 Russian Academy Sciences Moscow, Russia

die Dringlichkeit von globalen gesundheitlichen Belangen zu schaffen.

Am Rande der Veranstaltung wurde Kritik laut: Auf der, von medico international e.V. organisierten Alternativkonferenz „Public Eye on Berlin“ kamen die Gegner des WHS zusammen. Sie erklärten, dass der WHS keine geeignete Plattform sei, um weltweite Gesundheitsprobleme zu bekämpfen. Katja Maurer, Pressesprecherin von medico international e.V.: „Es ist wichtig, über die Weltgesundheit nachzudenken. Laut Unicef sterben jährlich etwa 1,5 Millionen Kinder an Durchfallerkrankungen.“ Der WHS aber nehme sich dieser zentralen globalen Gesundheitsprobleme nicht an, sondern ziele vielmehr darauf ab, die Netzwerke zwischen Pharmaindustrie und Forschung zu verdichten. Zudem könne die Veranstaltung ihrem Namen nicht Rechnung tragen. Ein Weltgesundheitsgipfel sollte, laut medico international e.V., das Streben nach sozialer Gerechtigkeit und demokratischer Partizipation als Grundvoraussetzung für Gesundheit in den Vordergrund stellen und darüber hinaus eine Forschung fördern, die konsequent an den Gesundheitsbedürfnissen der Menschen ausgerichtet ist. Kritisiert wurde auch, dass der Gipfel im Vorfeld unzureichend in der Öffentlichkeit angekündigt wurde. Der nächste WHS findet vom 10. bis 13. Oktober 2010 in Berlin statt. sf

■ <http://www.worldhealthsummit.org/>

■ <http://www.medico.de/>

Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf die Gesundheitssysteme

Weniger Geld – schlechtere Versorgung

Noch sind die Folgen der aktuellen Wirtschaftskrise bei der gesundheitlichen Versorgung der Europäer nur vereinzelt spürbar. Dennoch fürchten Fachleute langfristige Auswirkungen auf die Qualität und Funktionsfähigkeit der Gesundheitssysteme durch die weltweite Rezession, trotz des sich abzeichnenden Aufschwungs in einigen Ländern. Sie fordern schnelle und konsequente Gegenmaßnahmen, um zu vermeiden, dass vor allem Arme, sozial Schwache und chronisch Kranke unter den Auswirkungen der Krise leiden müssen. Die Konzepte sollen sowohl arbeitsmarkt- als auch gesundheitspolitische Strategien umfassen.



Die weltweite Finanzkrise hat auch Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung: Experten rechnen mit einer größeren Zahl von Erkrankungen durch Fehlernährung, ...

Durch die weltweite Wirtschaftskrise sind negative Folgen auch bei der gesundheitlichen Versorgung der europäischen Bevölkerung zu erwarten. Dies betonten Fachleute aus Medizin, Wissenschaft, Wirtschaft und Verwaltung auf dem Europäischen Gesundheitsforum Anfang Oktober in Bad Hofgastein (EGF).

Bislang halten sich die Auswirkungen zwar noch in Grenzen und sind vornehmlich in einkommensschwachen Staaten spürbar. In Lettland beispielsweise gaben 40 Prozent der chronisch Kranken bei einer Umfrage des Europäischen Patientenforums an, dass sich ihre gesundheitliche Situation in den letzten Monaten signifikant verschlechtert habe. Knapp ein Viertel hat aus wirtschaftlichen Gründen auf einen Arztbesuch verzichtet.

zeit aber nur die Spitze des Eisbergs. Auch in anderen Ländern dürfte sich die Wirtschaftskrise in Form vermehrter Zuzahlungen, höherer Preise für Arzneimittel und andere medizinische Güter, sowie durch eine Zunahme an Infektionskrankheiten und einen eingeschränkten Zugang zu medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen bemerkbar machen.

Auswirkungen ab 2010

„Die Krise schlägt im Gesundheitswesen möglicherweise erst ab 2010 richtig zu“, so Armin Fidler, gesundheitspolitischer Chefberater der Weltbank. Grund hierfür sei, dass die sozialen Auswirkungen der Krise, wie steigende Arbeitslosenzahlen und die damit zusammenhängenden Konsequenzen



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

zen für die Gesundheit der Menschen erst mit Verzögerung deutlich werden. Auch zeige die Erfahrung, dass Ausgaben für die öffentliche Gesundheitsversorgung in wirtschaftlichen Abschwüngen deutlich gekürzt werden und es danach relativ lange dauert, bis diese wieder den alten Stand erreicht haben.

Dass die Krise trotz des sich möglicherweise abzeichnenden Aufschwungs in Ländern wie Deutschland und Frankreich noch längst nicht ausgestanden ist, belegt auch ein Arbeitspapier der EU-Kommission, das die Behörde angesichts eines Treffens der EU-Finanzminister Anfang Oktober in Göteborg vorbereitet hat. Dort heißt es laut einem Bericht der Financial Times Deutschland: „Die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit mit ihren potenziell lang anhaltenden Auswirkungen auf die Arbeitsmärkte und auf das Potenzialwachstum könnte die europäischen Sozialmodelle bedrohen, die bereits jetzt unter der Alterung der Bevölkerung leiden.“

Höhere Erkrankungsraten

Rückgänge im Beitragsaufkommen der Krankenkassen sind dabei nur die eine Seite der Medaille. Untersuchungen über frühere Krisen belegen, dass es in wirtschaftlich schlechten Zeiten zu einem vermehrten Alkohol- und Drogenkonsum kommen und die Zahl der psychischen Erkrankungen steigen kann. Dabei ist offensichtlich von entscheidender Bedeutung, wie hoch das Niveau der öffentlichen Gesundheitsversorgung vor der Krise war.



... mit vermehrten Depressionen ...

Der Soziologe David Struckler von der Universität Oxford und Autor einer Studie, die sich mit den Gesundheitsfolgen von Wirtschaftskrisen beschäftigt, erläuterte dies am Beispiel der Selbstmordraten in Schweden und Spanien. „In Schweden, wo es relativ hohe Gesundheitsausgaben pro Kopf gibt, ist keinerlei Zusammenhang zwischen Konjunktur und Selbstmordraten feststellbar. In Spanien, dessen öffentliche Gesundheitsversorgung auf einem deutlich niedrigeren Stand ist, schwanken die Sterblichkeitsraten praktisch parallel zur Konjunkturentwicklung.“

Warnung vor Einschnitten

Struckler warnte eindringlich vor radikalen Einschnitten bei den Gesundheits- und Sozialbudgets. Der Glaube, dass man kurzfristig Opfer bringen müsse, um langfristig zu profitieren, sei völlig falsch. „Eine verschlechterte Gesundheitsversorgung behindert durch steigende Krankenstände und sinkende Produktivität nachhaltig eine Erholung der Wirtschaft und ist daher auch rein ökonomisch nicht zu rechtfertigen“, mahnte der Soziologe.

Aus Untersuchungen über zurückliegende Wirtschaftskrisen wisse man zudem, dass zahlreiche Menschen angesichts steigender Preise, Arbeitslosigkeit und einer allgemeinen Verunsicherung über ihre persönliche Zukunft zu einem ungesunden Lebensstil neigen. So griffen viele Verbraucher zu

preisgünstigeren Lebensmitteln mit einem höheren Fett- und Zucker-, aber einem niedrigeren Nährstoffgehalt. Auch käme es zu einem vermehrten Bewegungsmangel.

Auf dem Forum wurde ebenfalls deutlich, dass vor allem sozial Schwache und Arme, chronisch Kranke, Schwangere sowie Kinder und Jugendliche von den Auswirkungen der Krise bedroht sind. „16 Prozent der EU-Bevölkerung sind bereits armutsgefährdet“, so Nata Menabde, stellvertretende Direktorin des Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation für Europa.

Diese Gruppen gelte es daher besonders vor den Auswirkungen der Wirtschaftskrise zu schützen und ihnen den Zugang zu medizinischen Leistungen zu erweitern, betonte Fidler. Zugleich wies er darauf hin, dass hierbei insbesondere Migranten als mögliche Träger von Infektionskrankheiten zu berücksichtigen seien.

Als Gegenmaßnahmen zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung eigneten sich vor allem gezielte Arbeitsmarktprogramme sowie Maßnahmen zur Reduzierung der Kosten von Arzneimitteln und im Krankenhausbereich.

Struckler machte deutlich, dass in Krisenzeiten grundsätzlich keine anderen Gesundheitsstrategien notwendig sind, als in guten Konjunkturphasen. Auch seien nicht zwingend große Summen erforderlich, um die Strategien zu finanzieren: „Wenn wir ein Prozent der Summe, die für die Rettung des Finanzsystems zur Verfügung steht, für ge-



Fotos: MEV

... und mit häufigerem Alkoholmissbrauch.

zielte Gesundheits- und Sozialmaßnahmen aufwenden, dann können wir verhindern, dass die Wirtschaftskrise letztlich auch noch Leben kostet.“

Der deutschen Bundesregierung warf Fidler indessen vor, dass von den zehn Milliarden Euro aus dem Konjunkturpaket, die für das Gesundheitswesen vorgesehen sind, ein Großteil in die Modernisierung und den Ausbau von Krankenhäusern fließt. „Das stützt den Arbeitsmarkt und verbessert möglicherweise auch langfristig die Infrastruktur, für die Qualität der Gesundheitsversorgung während der Krise bringt es aber nichts.“

Stärkere Zusammenarbeit

Robert Madelin, der EU-Generaldirektor für Gesundheit und Verbraucher, hält eine stärkere europäische und internationale Zusammenarbeit für zwingend notwendig. Madelin forderte vor allem eine Konzentration auf Präventionsmaßnahmen und die Förderung eines gesunden Lebensstils sowie den Abbau der gesundheitlichen Ungleichheiten in Europa.

Der Präsident des EGF, Günther Leiner, empfahl den Regierungen angesichts der aktuellen Wirtschaftslage, ihren Widerstand gegen längst überfällige Reformen aufzugeben und sich für mögliche Einsparungen und Effizienzsteigerungen einzusetzen. „Nur wer das Gesundheitssystem rationalisiert, wird Rationierungen bei den Gesundheitsleistungen verhindern können“, so Leiner. Zur Not müssten auch einige heilige Kühe geschlachtet werden.

Die Entscheidungen in der Gesundheitspolitik müssten sich dabei weiterhin primär an medizinischen und ethischen Ansprüchen orientieren. „Budgets geben Rahmenbedingungen vor, aber Geld kann nicht der beherrschende Maßstab in Fragen der Gesundheitsversorgung sein“, so Leiner.

Petra Spielberg
Christian-Gau-Straße 24
50933 Köln

Gesundheitsreform in den USA

Obamas Chancen steigen

Der Widerstand gegen die Gesundheitsreformpläne des US-Präsidenten Barack Obama bleibt bestehen. Doch nach einer wichtigen Abstimmung im US-Senat steigen die Chancen auf die Verabschiedung der Reform. Wahrscheinlich jedoch ohne die von Obama befürwortete Einführung einer staatlichen Krankenversicherung.

Die Reform des US-Gesundheitssystems gilt als Obamas wichtigstes innenpolitisches Ziel. „Die Höhe der Gesundheitsabgaben behindert unsere Unternehmen, lässt unser Defizit explodieren und kostet unser Land monatlich von Neuem Arbeitsplätze“, betonte der US-Präsident in einer Fernsehansprache Ende September. Die Reform des Gesundheitswesens sei folglich eine „entscheidende Etappe“ auf dem Weg zur Gesundung der Wirtschaft der USA. „Wir zahlen anderthalb mal mehr pro Person für die Gesundheitsversorgung als jedes andere Land, aber wir sind dafür nicht irgendwie gesünder.“ Die Ausgaben verschlingen nach

Kongress auf, 47 Millionen bislang nicht versicherten Amerikanern endlich eine Krankenversicherung zu geben.

Kritiker befürchten Kostenwelle

900 Milliarden Dollar soll das Mammut-Projekt in zehn Jahren kosten: „Weniger als die Kriege im Irak und in Afghanistan“, sagte Obama. Doch trotz seiner Ankündigungen, die Reform ohne zusätzlichen Kosten für den Steuerzahler durch Einsparungen gegenzufinanzieren, befürchten Kritiker eine Kostenwelle auf die US-Bürger zurollen. Sie haben

Obama muss allerdings nicht nur gegen Widerstände des politischen Gegners ankämpfen, sondern auch ein äußerst breit gestreutes politisches Spektrum innerhalb der eigenen Partei zusammenführen. So fordern etwa links-liberale Demokraten ein verstaatlichtes Modell nach kanadischem Vorbild, bei dem die Regierung eine Krankenversicherung für alle ihre Bürger bereitstellt. Der gemäßigte Demokraten-Flügel favorisiert eine Mischung aus gesetzlichen und privaten Krankenkassen, ähnlich wie es sie auch in Deutschland gibt. Dagegen drängen die sogenannten „blue dogs“, der konservative Flügel in der Partei, auf ein reines Privatkassensystem, aus dem sich der Staat völlig heraushalten soll.

Stark verwässert

Die jüngsten Entwicklungen deuten darauf hin, dass wohl nur eine stark verwässerte Gesundheitsreform letztlich vom Kongress verabschiedet werden kann. Erst Ende September konnte sich der Finanzausschuss im Senat trotz einer demokratischen Mehrheit nicht auf einen Gesetzesentwurf einigen, der die sogenannte „public option“, also die Schaffung einer gesetzlichen Krankenkasse als Konkurrenz zu den Privatversicherern, beinhaltet.

Anfang Oktober hat nun ein Kompromissentwurf den Finanzausschuss passiert – mit vierzehn zu neun Stimmen. Für Obama ein Quantensprung, da die vierzehnte Stimme von der republikanischen Senatorin Olympia Snowe stammt. Obama bräuchte nämlich bei einer endgültigen Abstimmung des gesamten Senats nicht nur die Stimmen aller 59 Demokraten, sondern eben auch die eines Republikaners, um eine weitere Blockade der Gesundheitsreform durch die Republikaner zu verhindern. Mit dem jetzt im Finanzausschuss vorgelegten Kompromissvorschlag sind nun auch die demokratischen Zweifler im Boot, die bislang die Gesundheitsreform torpediert haben, weil sie bei zu weitreichenden Änderungen – etwa der Einführung einer staatlichen Kasse – um ihre 2010 anstehende Wiederwahl in den Senat fürchteten. Denn der Widerstand in der Bevölkerung ist massiv gewachsen nach



Foto: picture alliance

Proteste gegen die Gesundheitsreform in den USA – Barack Obamas Vorhaben wird zu einem echten Kraftakt.

seinen Worten ein Sechstel der gesamten Wirtschaftsleistung der USA. Obama möchte, dass der US-Kongress bis zum Jahresende seine Reformpläne absegnet. „Ich bin nicht der erste Präsident, der sich des Themas Gesundheitsreform annimmt, aber ich bin entschlossen, der letzte zu sein“, sagte er vor beiden Häusern des Parlaments in Washington zu seinen Plänen. Mit einem leidenschaftlichen Appell forderte er den

Bedenken, die Rolle des Staates im Gesundheitswesen über die bereits vorhandenen Versicherungen für Senioren (Medicare) und Bedürftige (Medicaid) hinaus auszuweiten. Republikaner warnen, eine staatliche Versicherung wäre der Anfang vom Ende der privaten Krankenversicherungen, weil die Regierung deren Finanzlöcher aus Steuermitteln stopfen könnte, so dass sie bessere Konditionen als die Privaten bieten könnte.

einer Sommerpause, in der die Republikaner quer durchs Land Proteste gegen die Gesundheitsreform organisiert haben. Die Debatte hatte sich teilweise so stark erhitzt, dass es bei öffentlichen Diskussionsveranstaltungen und Demonstrationen gegen die Reform sogar zu Gewalt gekommen war: Bei Handgreiflichkeiten gab es mehrere Verletzte. Inzwischen beurteilen laut Umfragen 53 Prozent der Amerikaner Obamas Gesundheitspolitik negativ, zwölf Prozent mehr als im März dieses Jahres.

Kompromissbereitschaft signalisiert

Das Schicksal der Gesundheitsreform liegt jetzt in den Händen der demokratischen Führer im Kongress, der aus Senat und Repräsentantenhaus besteht. Zunächst muss Fraktionschef Harry Reid im Senat die Ent-

würfe des Gesundheits- und des Finanzausschusses zu einer mehrheitsfähigen Vorlage verschmelzen. Das Problem: Der jetzt vom Finanzausschuss des Senats verabschiedete Entwurf verzichtet auf die Einführung einer staatlichen Kasse. Er sieht stattdessen die Gründung einer genossenschaftlichen Krankenkasse als Alternative vor. Der Gesetzesentwurf des Gesundheitsausschusses enthält hingegen die „public option“, also die Einführung einer staatlichen Kasse.

Zumindest im Repräsentantenhaus sind die Mehrheitsverhältnisse klarer. Hier würde die staatliche Kasse wahrscheinlich problemlos passieren können, allerdings haben linke Demokraten gedroht, einer Reform ohne „public option“ nicht zuzustimmen. Der Präsident zumindest hat bereits Kompromissbereitschaft signalisiert: Zwar halte man im Weißen Haus eine staatliche Alternative zu privaten Krankenversicherungen für

den besten Weg, die Kostenexplosion im Gesundheitswesen durch mehr Wettbewerb einzudämmen. Als mögliche Alternativen werden jedoch auch Krankenkassen auf Ebene der Bundesstaaten oder gemeinnützige Genossenschaften diskutiert. Welche Variante sich am Ende durchsetzt oder ob die gesamte Gesundheitsreform noch scheitert, wird sich bis Ende des Jahres zeigen. Im Oktober dürfte sich der Kampf um die Gesundheitsreform aus den Ausschüssen und Hinterzimmern ins Plenum verlegen. Senat und Repräsentantenhaus werden dabei zunächst über getrennte Entwürfe abstimmen. Anschließend müsste ein Vermittlungsausschuss einberufen werden, der eine endgültige Fassung erstellt.

*Otmar Müller
Nürnbergstraße 6
50937 Köln*

Museum für Vor- und Frühgeschichte Berlin

Eine neue Heimat für den Neandertaler

Keine andere Theorie hat unser Weltbild in den letzten 150 Jahren so nachhaltig verändert wie die Evolutionstheorie von Charles Darwin. Einen Zweig der menschlichen Entwicklung stellt der Neandertaler da. Im Neuen Museum für Vor- und Frühgeschichte in Berlin finden sich dazu beredte Zeugnisse: Der Neandertalerschädel von Le Moustier und der Schädel eines Homo sapiens sapiens von Combe Capelle. Auch sie sind jetzt umgezogen in den neuen Bau auf der Museumsinsel.



Foto: Staatliche Museen zu Berlin, Achim Kleuker

Das wiedereröffnete Neue Museum auf der Museumsinsel Berlin birgt die Sammlung für Vor- und Frühgeschichte.

Im Jahre 1859 hat Charles Robert Darwin (1809–1882) sein revolutionäres Werk „On the Origin of Species by Means of Natural Selection, or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life“ veröffentlicht. Dort ging er noch nicht auf die Abstammung des Menschen vom Affen ein. Erst in seiner Schrift „The Descent of Man, and

Selection in Relation to Sex“ von 1871 wurde diese These aufgestellt. In seinen Büchern fanden schließlich die wissenschaftlichen Erkenntnisse Eingang, die Darwin aus den Beobachtungen während einer fünfjährigen (von 1831–1836) Weltumsegelung mit dem britischen Vermessungsschiff „Beagle“ gewonnen hatte. Diese Reise führte den briti-

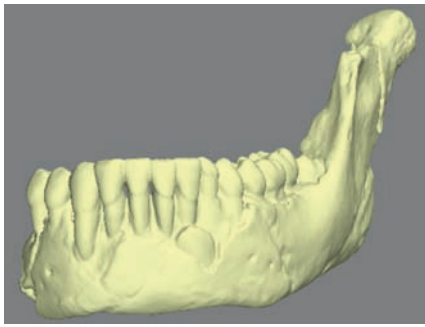
schen Naturforscher seit dem Start im Dezember 1831 unter anderem nach Südamerika, auf die Galapagosinseln, nach Tahiti, Neuseeland, Australien und Südafrika. Auf der Forschungsreise sammelte Darwin umfangreiches Material an Fossilien, Tieren und Pflanzen. Seine Publikationen rüttelten nicht nur die Biologie auf, sondern beeinflussten auch die Kultur- und Geisteswissenschaften des 19. Jahrhunderts stark.

Für die Kirche waren Darwins Äußerungen nach den Freiheitsideen der Französischen Revolution der zweite große Schock. Die Schöpfungsgeschichte (1. Buch Mose, Genesis 1,2), wie sie in der Bibel steht, wurde fundamental in Frage gestellt. War der Mensch doch nicht mehr von Anbeginn der Welt an das höchste von Gott geschaffene Geschöpf, sondern ein Produkt der Evolution? „Wir müssen indessen anerkennen, wie mir scheint, dass der Mensch mit allen seinen edlen Eigenschaften, ... mit seinem gottähnlichen Intellect, welcher in die

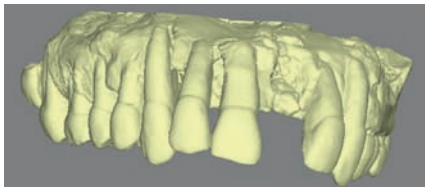


Ein Neandertaler-Paar: So könnten sie ausgesehen haben.

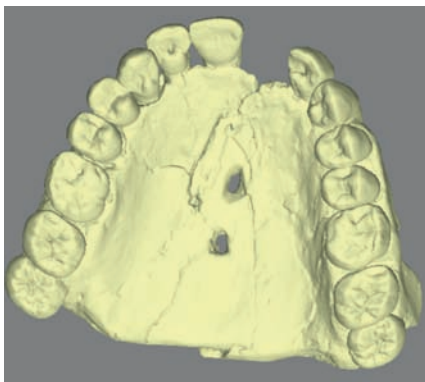
Foto: Neanderthal Museum Mettmann



Mandibula des Neandertalers aus Le Moustier



Maxilla des Neandertalers aus Le Moustier, seitlich



Maxilla des Neandertalers aus Le Moustier

Fotos: Nespos Society

Bewegungen und die Constitution des Sonnensystems eingedrungen ist, mit allen diesen Kräften doch noch in seinem Körper den unauslöschlichen Stempel eines niederen Ursprungs trägt.“ (aus: Charles Darwin's gesammelte Werke, Bd. 2, Die Abstammung des Menschen, Stuttgart 1875, S. 380)

Unterschiede zum modernen Menschen

Der Homo sapiens neanderthalensis trotzte über 150 000 Jahre den schwierigsten klimatischen Bedingungen auf unserer Erde. Im Vergleich dazu muss der moderne Mensch, der seit etwa 100 000 Jahren die

Welt besiedelt, noch zeigen, dass er ungünstige Lebensbedingungen meistern kann.

Die parallele Existenz von modernen Menschen und Neandertalern für eine gewisse Zeitspanne ist ein Indiz für Darwins Theorie. Der Neandertaler stellt einen Zweig der Menschheitsentwicklung dar. Den Kräften der Evolution ausgesetzt, unterlag er dann schließlich doch dem heutigen Menschen, der besser an die damaligen Lebensbedingungen angepasst war.

Auch in seinem Gebiss unterscheidet er sich deutlich vom modernen Menschen. Was uns heute direkt ins Auge fällt, ist das fliehende Kinn. Bedingt durch die verhältnismäßig hohen und langen Kiefer wirken Neandertalerschädel prognath, das heißt, die untere Gesichtshälfte springt hervor. Die Mandibuläste des Neandertalers waren breiter und standen in einem steileren Winkel zur Mandibula. Dadurch entstand die sogenannte Neandertalerlücke. Diese Lücke von etwa einem Zentimeter entsteht zwischen den letzten Molaren und dem Mandibulaast.

Die Kieferhöhle des Neandertalers war im Vergleich zum heutigen Menschen aufgebläht. Die Wangengruben an den Seiten der Maxilla fehlten ihm. Er hatte zudem große und hohe Pulpahöhlen. Das Zahnbein und der Zahnschmelz waren beim Neandertaler, im Unterschied zu uns, anders miteinander verbunden. Beim Homo sapiens neanderthalensis war die Verbindungsstelle wie ein „Gebirge“ gestaltet, während sie beim Homo sapiens sapiens wie eine „Hügellandschaft“ aussieht. Ein weiteres Merkmal der Neandertalerzähne ist die sogenannte Taurodontie. Dies bedeutet, dass sich die Zahnwurzeln der hinteren Backenzähne erst kurz vor den Spitzen in Äste aufteilen.

Schneidezähne in Schaufelform

Die Anzahl der Zähne des Neandertalers entsprach der des modernen Menschen. Auch die Form der Zähne und die Gestalt der Zahnkronen waren identisch. Allerdings hatte er vergrößerte Schneidezähne in Schaufelform. Einige Forscher gehen davon aus, dass der Neandertaler seine Zähne

auch als Werkzeug benutzte und die Gebissunterschiede zum heutigen Menschen aus dieser Tatsache herrühren. Aber nicht alle Wissenschaftler teilen diese Überzeugung. „Diese 'teeth-as-tool-Hypothese' (Smith 1983) besagt, dass ein Verhaltenswechsel zum Wandel der Gesichtsmorphologie führte und dass para- und nichtmastikatorischer

Molar eines Neandertalers. Die Funde stammen aus der Grabung im Bereich der Feldhofer Grotte im Neanderthal im Jahr 2000.

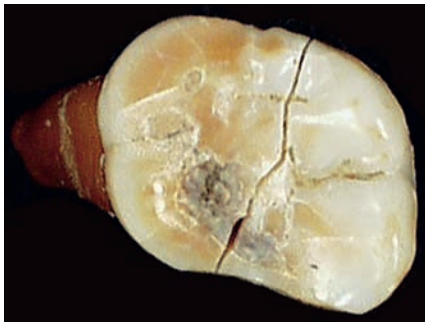


Foto: Neanderthal Museum Mietmann



Foto: Wikipedia

Der „Ägyptische Hof“ im Neuen Museum Berlin vor dem Zweiten Weltkrieg.

Einsatz der Frontzähne für das spezifische kraniofaziale Merkmalsbild der Neandertaler und älterer Homininen-Taxa verantwortlich ist.“ (in: Stammesgeschichte des Menschen, Winfried Henke und Hartmut Rothe, Berlin u. a. 1999, S. 249)

Bei einigen Neandertalerzähnen zeigen sich sogenannte Zahnstocherrillen. Diese Spuren könnten von Gegenständen stammen, mit denen sich die Neandertaler die Zähne gereinigt haben. In Frage kommen da Grashalme oder auch Splitter von Rentierknochen und -geweihen.

Anschaulich belegt wird dies durch einen Neandertalerschädel, der in Le Moustier gefunden wurde. Er weist eine Zahnanomalie auf. Das Gebiss besitzt einen persistierenden Milcheckzahn sowie den verbleibenden eingekleiteten Eckzahn.

Interessante Entdeckungsgeschichte

Dieser Neandertalerschädel von Le Moustier sowie der Schädel eines Homo sapiens sapiens von Combe Capelle, die zur Sammlung des Museums für Vor- und Frühgeschichte gehören, haben eine interessante Entdeckungsgeschichte.

Am 7. März 1908 wurde das Skelett eines jungen Neandertalers von dem Schweizer Archäologen Dr. Otto Hauser (1874–1932) in Le Moustier (Departement Dordogne, Südfrankreich) entdeckt. Das Alter des Fundes wird auf 40 000 bis zu 56 000 Jahre geschätzt. Nach neueren Forschungen muss der Neandertaler etwa elf Jahre alt gewesen sein. Mit der Ausgrabung des Skelettfundes wurde unter dem Beisein von weiteren neun Experten am 12. August begonnen.

Die Überreste des Homo sapiens sapiens, genauer gesagt eines „Homo Aurignacensis“ wurden von Hauser am 11. September 1909 in Combe Capelle geborgen.

Beide Skelettfunde bot der Archäologe mit weiteren Artefakten dem Königlichen Museum für Völkerkunde in Berlin an. Otto Hauser erhielt allein für die Skelette die außerordentlich hohe Summe von 110 000 Goldmark (der Gesamtbetrag lag bei 160 000 Goldmark). In Berlin wurde für den Erwerb der Skelette fleißig Geld gespendet. Zu den Geldgebern gehörte auch Kaiser Wilhelm II.

Um den Kaufpreis gab es nicht unerheblichen Wirbel. Zudem geriet Hauser in Frankreich in die Kritik, weil er die Funde

ausgerechnet nach Deutschland verkauft hatte. Als Folge erließ der französische Staat 1913 ein Gesetz zum Schutz der Altertümer. Finanziell haben die Funde Otto Hauser letztendlich doch kein Glück gebracht, er stand 1913 vor dem Bankrott. Mit Beginn des Ersten Weltkriegs musste Hauser mit seiner Familie Frankreich verlassen und sein Besitz dort ging verloren. Später lebte Dr. Hauser in Berlin, wo er 1932 starb.

Wechselvolle Geschichte

Die Funde aus Frankreich befanden sich seit Dezember 1909 in Berlin und haben bis zum heutigen Tag eine wechselvolle Geschichte hinter sich. Im Zweiten Weltkrieg waren die Funde zeitweise im Flakbunker am Berliner Zoo eingelagert und wurden Anfang 1945 außerhalb von Berlin deponiert. Nach dem Krieg galt der Skelettfund aus Le Moustier zunächst als verschollen, bis eine Mitarbeiterin des Museum für Ur- und Frühgeschichte in (Ost-)Berlin 1965 die Teilstücke des Schädels wiederentdeckte. Damals wurden die Teile nur provisorisch zusammengesetzt, zumal Reste der Wangenbeine, die Oberkieferfragmente und der erste rechte Schneidezahn der Maxilla verloren gegangen waren.

In den 1990er Jahren wurde der Neandertalerschädel eingehenden Forschungen unterzogen. Dazu gehörten unter anderem auch Untersuchungen mit Computertomographen. (Hoffmann, Almut, Zur Geschichte des Fundes von Le Moustier, in: Acta Praehistorica et Archaeologica, 29, 1997, S. 7-16)

Kay Lutze
Lievenstr. 13
40724 Hilden
kaylutze@ish.de

■ **Viel Wissenswertes über den Neandertaler findet sich im Neanderthal Museum. Mehr dazu unter: www.neanderthal.de. Siehe zu demselben Thema auch den Bericht in den zm 5/2007, S. 110-111.**

zm-Info

Neues Museum Berlin

Das Museum für Vor- und Frühgeschichte ist umgezogen und am 17. Oktober wiedereröffnet worden. Bisher waren die Sammlungen im sogenannten Langhansbau des Charlottenburger Schlosses zu sehen. Zu den frühen Förderern des Museums gehörten unter anderem Rudolf Virchow und Heinrich Schliemann. Wie schon einmal in seiner Geschichte wird das Museum nun seinen Platz im Neuen Museum auf der Museumsinsel finden.

Der Bau wurde nach den Plänen von Friedrich August Stüler in der Zeit zwischen 1843 und 1846 erbaut. Es war der erste Bau, der nach der Gesamtkonzeption des preußischen Königs Friedrich Wilhelm IV. für die Museumsinsel fertiggestellt wurde. Wegen der Wirren während der Revolution von 1848/49 konnte das Gebäude erst 1856 eröffnet werden. Von Stüler stammt auch die Kuppel des Berliner Stadtschlosses, das bald wieder entsteht, oder die Burg Hohenzollern bei Hechingen.

Das Neue Museum wurde von dem grandiosen Architekturkomplex auf der Museumsinsel während des Zweiten Weltkriegs am stärksten beschädigt. Nun ist der Bau von dem britischen Architekten David Chipperfield wiederhergestellt worden. Erhaltene Bauteile wurden restauriert, Narben des Krieges sichtbar gehalten



Nofretete, der „Star“ des Neuen Museums

ten und neue architektonische Akzente, wie mit dem modernen Treppenhaus, gesetzt. Neben dem Museum für Vor- und Frühgeschichte ziehen in den neuen/alten Bau auch das Ägyptische Museum und die Papyrusammlung ein. Schon vor dem Zweiten Weltkrieg waren die Kunstschätze aus dem Land der Pharaonen im Neuen Museum zu sehen. In der Mode des 19. Jahrhunderts entstand auch ein nachempfundener Ägyptischer Hof. Die wohl unbestrittene „Herrscherin“ des Museums wird sicher Nofretete sein.

■ **Museum für Vor- und Frühgeschichte
Neues Museum
Bodestraße 1–3
10178 Berlin
Öffnungszeiten:
So – Mi 10:00 Uhr – 18:00 Uhr,
Do – Sa 10:00 Uhr – 20:00 Uhr
www.neues-museum.de**



Treppenhaus im Neuen Museum

3M Espe AG Seite 41 und 91	Dentsply Friadent Seite 111	Ivoclar Vivadent GmbH Seite 105 und 107	Southern Dental Industr.GmbH Seite 71
Coltène/Whaledent GmbH & Co.KG Seite 5 und 86	Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Versandbuch- handlung Seite 129	Kettenbach GmbH & Co. KG Seite 43	Steinbeis-Transfer-Institut Management of Dental and Oral Medicine Seite 135 und 143
American Dental Systems GmbH Seite 29	Dexcel Pharma GmbH Seite 13	Keystone Dental GmbH Seite 79	Tokuyama Dental Corporation Seite 133
APW Akademie Praxis & Wissenschaft Seite 145	DGI GmbH Seite 15	Kreussler & Co. GmbH Seite 141	Trinon Titanium GmbH Seite 73
Astra Tech GmbH 3. Umschlagseite	DMG Dental-Material GmbH Seite 27 und 69	Kuraray Europe GmbH Seite 75 und 97	UP Dental GmbH Seite 113
BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG Seite 35	Doctorseyes GmbH Seite 88	m&k GmbH Seite 104	Wirtschaftsgesellschaft des Verbandes Deutscher Zahntechniker mbH Seite 123
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege Seite 81	Dr. Ihde Dental GmbH München Seite 77	mectron Deutschland Vertriebs GmbH Seite 67	Zahnkultur Seite 127
Beycodent Beyer + Co GmbH Seite 65	Dr. Kurt Wolff GmbH & Co. KG Seite 59	MICRO-MEGA Dentalvertrieb GmbH & Co.KG Seite 57	
Brasseler GmbH & Co.KG 2. Umschlagseite	Dürr Dental AG Seite 7	Multivox Petersen GmbH Seite 89	
Busch & Co KG Seite 51	Gaba GmbH Seite 33	Nobel Biocare Holding AG Seite 93	
Carestream Health Deutschland Seite 139	GC Germany GmbH Seite 117	Philips GmbH Seite 95	
Champions-Implants GmbH Seite 115	Girardelli Dental- Medizinische Produkte Seite 39	Planmeca GmbH Seite 49	
DAMPSOFT Software- Vertriebs GmbH Seite 47	Hager & Werken GmbH & Co. KG Seite 45	Primus Beier & Co. GmbH & Co.KG Seite 119	
degre K Seite 17	Hahnenkratt GmbH Seite 139	Procter & Gamble GmbH 4. Umschlagseite	Vollbeilagen 7 Days Job Wear Marc Staperfeld GmbH
Dental Air Technic GmbH Seite 101	Heinz Kers Neon Licht Seite 88	Quintessenz TV-Wartezimmer GmbH Seite 131	Dental-Union GmbH
dentaltrade GmbH & Co. KG Seite 11	Heraeus Kulzer GmbH Seite 83	R-dental Dentalerzeugnisse GmbH Seite 31	IFG Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH
Dentapreg Seite 103	ic med EDV-Systemlösungen für die Medizin GmbH Seite 23	Semperdent Dentalhandel GmbH Seite 55	Mirus Mix Handels GmbH
Dentaurum J. P. Winkelstroeter KG Seite 121	IMEX Dental + Technik GmbH Seite 9	SIRONA Dental Systems GmbH Seite 125	My Trade GmbH
	InteraDent Zahntechnik GmbH Seite 99	solutio GmbH Seite 53	Oscar Rothacker Verlagsbuch- handlung GmbH & Co. KG
			Roos Dental e.K.
			TEC 2 GmbH

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 M.A., (Praxismanagement, Finanzen, Recht) sg;
E-Mail: s.grande@zm-online.de
Claudia Kluckhuhn, M.A., (Politik, EDV, Technik, Leitung Online), ck;
E-Mail: c.kluckhuhn@zm-online.de
Sara Friedrich, M.A. (Volontärin), sf; E-Mail: s.friedrich@zm-online.de
Meike Patzig, M.A. (Redaktionsassistentin), mp;
E-Mail: m.patzig@zm-online.de

Layout/Bildbearbeitung:

Piotr R. Luba, lu; Caroline Götzger, cg; Kai Mehnert, km

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 Medizinische und Zahnmedizinische Fachkommunikation:

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
Uhlandstr 161, 10719 Berlin
Tel.: +49 30 88682873, Fax: +49 30 88682874
E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

Mitte: 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 3. Quartal 2009:

Druckauflage: 82 967 Ex.
Verbreitete Auflage: 81 878 Ex.

99. Jahrgang

ISSN 0341-8995

Hubertus Spiekermann ist tot

Mit Bestürzung hat die DGI den Tod ihres früheren Präsidenten Prof. Dr. Dr. Hubertus Spiekermann, Aachen, aufgenommen. Er war zwischen 1996 und 1998 der 2. Präsident der DGI und seit Oktober 2001 DGI-Ehrenmitglied. Das Thema Implantologie begleitete ihn schon seit seiner Zeit als wissenschaftlicher Assistent und leitender Oberarzt an der Abteilung für Prothetik und Defektprothetik an der Westdeutschen Kieferklinik Düsseldorf und war Thema seiner Habilitation im Jahr 1978. 1979 nahm er einen Ruf an

die Ruhruniversität Bochum an, 1980 übernahm er den Lehrstuhl für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde an der RWTH Aachen, im gleichen Jahr wurde er zum Professor ernannt und zum Direktor der Klinik. 1991 übernahm er den Vorsitz der AGI (Arbeitsgemeinschaft Implantologie der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde). Seine ausgleichende Art förderte maßgeblich die Fusion von AGI und GOI (Gesellschaft für orale Implantologie) zur DGI, deren 2. Präsident er wurde. Nach Ablauf seiner Amtszeit übernahm er von 1999 bis 2001 das Amt des Präsidenten der DGZPW (Deutsche Gesellschaft für Prothetik und Werkstoffkunde).



Foto: Privat

Mit Professor Spiekermann verliert die deutsche Implantologie einen Nestor ihres Faches. Bis zuletzt hat er sich mit Herz und Humor für die Implantat-Therapie engagiert und dabei auch mit kritischen Worten nicht gespart. Früh schon interessierte er sich für das heute so aktuelle Thema der Versorgungsforschung und

präsentierte umfassende Lösungskonzepte für weniger gut betuchte Patienten. So begeistert er für die Fortschritte in diesem Fach eintrat, so mahnend zeigte er sich mit zunehmender Ent-

faltung der Implantologie in den Praxen hinsichtlich einer zukunftsorientierten Verantwortung der Implantologen für ihre Patienten und rief nachhaltig dazu auf, das steigende Lebensalter der Patienten bereits bei der Planung der Versorgung zu berücksichtigen. Professor Spiekermann hat die DGI auch nach seiner Zeit als Präsident bei großen Kongressen und Tagungen der Landesverbände begleitet und hatte auch am Rande der Veranstaltungen für die Kollegen ein offenes Ohr. Sein Tod ist ein sehr großer Verlust für die Implantologie, für die DGI und für unsere Kollegen in Wissenschaft und Praxis.

*Prof. Dr. Günter Dhom
Präsident der DGI*

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 148

Stefan Ternes

„Zahnweh“ im Wartezimmer



Mit einer ungewöhnlichen Idee sorgt der Grafikdesigner Stefan Ternes für Humor in der Zahnarztpraxis. Er illustrierte das Gedicht „Das Zahnweh“ von Wilhelm Busch mit Kreide und Bleistift: Der Text ist umrahmt von überwiegend fröhlichen Menschen, zentral in der Mitte

BEGO

„Info Point“ in Berlin

Anfang September wurde der „Bego Info Point“ im Dentallabor Sultanov im zentralen Berliner Ortsteil Moabit eröffnet. Er fungiert als Anlaufstelle für Kunden und Interessenten aus dem Großraum Berlin. In diesem separaten Raum innerhalb des Labors können sich Zahntechniker anhand von konkreten Arbeiten, einem eingerichteten Scanner-Arbeitsplatz und Beratungsgesprächen über das Portfolio der Bego-Geschäftsfelder Dental, Medical und Implants informieren. Um das Angebot des „Info Points“ wahrzunehmen, reicht eine Terminabsprache mit einem Bego-Außendienstmitarbeiter. In Zukunft soll die neue Präsenz

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

prangt ein lachender Zahn. Das Werk wird als Poster in den Maßen 84 x 59,4 cm (Offsetdruck, 4-farbig, auf 170-g-Papier, Oberfläche glänzend) zum Preis von 42 Euro zuzüglich Mehrwertsteuer und Versandkosten angeboten. Ob im Behandlungsraum, im Empfangsbereich oder im Wartezimmer – das Poster lenkt den Patienten von seinen Schmerzen ab, überbrückt die Wartezeit und nimmt mit einem Augenzwinkern die Angst vor dem Zahnarzt.

Stefan Ternes
Bleidenberger Weg 15
56283 Pfaffenheck
Tel.: 0 67 42 / 57 68
E-Mail: info@ternes-design.de



unter anderem für individuelle Vorführungen des patentierten CAD/CAM-Systems Speedscan/3Shape, für kleinere Schulungsveranstaltungen und für „Live-Arbeiten“ genutzt werden.

BEGO Bremer Goldschlägerei
Wilh. Herbst GmbH & Co. KG
Wilhelm-Herbst-Straße 1
28359 Bremen
Tel.: 04 21 / 20 28 - 261
Fax: 04 21 / 20 28 44 - 261
http://www.bego.com
E-Mail: koenecke@bego.com

Creation Willi Geller

Spezialdentine für mehr Tiefenwirkung

Weniger Opazität für mehr Tiefenwirkung und Natürlichkeit: Auf diesen Nenner lassen sich die neuen Transition Dentine von Creation Willi Geller bringen. Die ergänzenden Dentinmassen, die speziell für die Feldspat-Metallkeramik Creation CC und die Presskeramik Creation CP entwickelt wurden, ermöglichen aufgrund ihrer höheren Transluzenzwerte einen natürlichen Farbverlauf zwischen Dentin und Schneide. Besonders bei der Standard-schichtung erleichtern die 17 opaleszierenden Spezialdentine dem Zahntechniker eine natürliche Ästhetik ohne Farbabriss. Aber auch der Keramiknenner profitiert von der 15 Prozent



höheren Transluzenz der neuen Dentinmassen. Die ergänzenden Massen können als Basisdentine bei der Anwendung der Standardschichttechnik oder als Zwischenschicht verwendet werden.

Creation Willi Geller
International GmbH
Koblacherstraße 3
6812 Meiningen, Österreich
Tel.: +43 (0)5522 76784
Fax: +43 (0)5522 73699
http://creation-willigeller.com
E-Mail: Info@creation-willigeller.com

ADSystems

Irrigation bei optimaler Temperatur

Effiziente Irrigation ist der Schlüssel zum sauberen Wurzelkanal und damit zur erfolgreichen endodontischen Behandlung. Die Spüllösungen von ADSystems und die neue Fill Station, optional jetzt mit integrierter Heizung, ermöglichen ein optimales antiseptisches Behandlungskonzept in der Endodontie. Das Abfüllen der Irrigationsspritzen geht mit der Fill Station sicher, leicht und hygienisch von der Hand. EDTA Solution 17 Prozent erweicht das Dentin der Kanalwand, somit kommen Feilen und Reamer leichter voran. Die Effektivität von NaOCl 6 Prozent kann durch eine Erwärmung in der neuen heizbaren Fill Station auf 45°C signifikant gesteigert werden. Die Temperaturerhöhung bewirkt eine Senkung der Oberflächenspannung, eine tiefere

Penetration in den Wurzelkanal, eine bessere Benetzung der Dentinoberfläche und ein leichteres Eindringen in Seitenkanäle und Dentin-tubuli.

CHX-Plus
Chlorhexidin
2 Prozent ist aufgrund seiner Tiefenwirkung im Dentin als Spüllösung für anhaltende Reinigung und Desinfektion der Zahnstruktur geeignet.



American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Straße 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 0 81 06 / 300 - 300
Fax: 0 81 06 / 300 - 310
http://www.ADSystems.de
E-Mail: info@ADSystems.de

degré K

Das richtige Licht in der Praxis

Eine unzweckmäßige Beleuchtung in der Zahnarztpraxis ist eine Belastung für die Augen und beeinträchtigt nicht nur die Gesundheit des Zahnarztes, sondern auch die Arbeitsergebnisse. Die richtige Beleuchtungstechnik spielt daher eine sehr große Rolle für die tägliche Arbeit. Fluoreszierende Leuchtmittel mit einer Farbwiedergabe von über 90 Prozent und 6500 K sorgen für angepasstes Tageslicht. Europäischen Normen zufolge müssen Leuchten, die für die Farbauswahl bestimmt sind, einen niedrigen Blendfaktor (UGR), aber ein hohes Beleuchtungsniveau haben. Der Behandlungsbereich erfordert hierfür spezifische Geräte. Um die Beleuchtungskontraste zwischen den Raumebenen zu kontrollieren, sind Leuchten mit „direkter/indirekter“ Beleuchtung notwendig.

Sie müssen die Mundpartie und das Arbeitsfeld stärker beleuchten als die Wandpartie. Zudem ist eine der Raumgröße angepasste Beleuchtungsstärke erforderlich. Die Regelung dieser Lichtstärke und deren automatische Anpassung an das Außenlicht bieten zusätzlichen Komfort für das OP-Team und die Patienten. Wände und Decken sollten in hellen Pastelltönen gestrichen sein; für die Arbeitsebenen empfiehlt sich Grau, für die Böden und Behandlungseinheiten eher dunkle Farben. Eine solche Farbauswahl verhindert eine visuelle Ermüdung durch starke Reflexionen.

degré K
4, Rue de Jarente
F 75004 Paris
Tel.: +33(0)1 71 18 18 63
Fax: +33(0)9 70 80 10 00
<http://www.degrek.com>
E-Mail: inform@degrek.com

Ivoclar Vivadent

Rundum geschützte Implantate

Mit Implant Care präsentiert Ivoclar Vivadent ein Produkt-Programm, mit dem Patienten während der Implantatbehandlung und lebenslangen Nachsorge professionell betreut werden können. Es umfasst eine Reihe aufeinander abgestimmter Produkte. Dazu gehören die Indikatorflüssigkeit „Plaque Test“, die Prophy-Paste mit RDA 7 „Proxylt“, der Schutzlack mit Chlorhexidin „Cervitec Plus“, das Mund-

pflge-Gel mit Chlorhexidin und Fluorid „Cervitec Gel“ sowie der Lippen-Wangenhalter „OptraGate“. All diese Produkte für die professionelle Reinigung und Keimkontrolle schützen und schonen das empfindliche periimplantäre Gewebe. Damit erhalten anspruchsvolle Suprastrukturen, festsitzender oder abnehmbarer Zahnersatz sowie natürliche Zähne eine optimale Pflege hinsichtlich Funktion und Ästhetik. Ein spezielles Implant Care-Kit ist ab sofort erhältlich.



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

Corona Lava Fräs Zentrum Starnberg

Zwischenfarben für Zirkongerüste

Zirkoniumdioxid ist ein widerstandsfähiger Gerüstwerkstoff, allerdings reflektiert er einfallendes Licht häufig so stark, dass der Helligkeitswert von Verblendungen um eine ganze Farbstufe steigen kann. Oft strahlen Zirkonkronen dann hell und die



Zahntechniker müssen sie im Nachhinein ändern. Im Corona Lava Fräs Zentrum Starnberg wurde daher ein Verfahren entwickelt, mit dem Kunden Zahnfarben auf Zirkonoxid exakt

reproduzieren können. Dieses Verfahren basiert auf dem patentierten Ionen-Färbeverfahren von 3M Espe. Nur haben die Spezialisten im Corona Lava Fräs Zentrum die übliche Farbskala zum Einfärben von Gerüsten um sechs weitere Nebenfarben ergänzt und abgestimmt. Kunden von Corona Lava können auf Wunsch Vergleichsplättchen für die neuen Zwischentöne ordern und auf den Auftragszetteln ankreuzen, ob sie ihre Gerüste in Standard oder Corona-Farben bestellen möchten.

Corona
Lava Fräs Zentrum Starnberg
Münchner Straße 33
82319 Starnberg
Tel.: 0 81 51 / 55 53 88
Fax: 0 81 51 / 73 93 38
<http://www.lavazentrum.de>
E-Mail: info@lavazentrum.de

Kuraray

Überschüsse einfach entfernen

Mit der Einführung von Clearfil SA Cement hat Kuraray die Produktgruppe der dualhärtenden, selbstadhäsiven Befestigungszemente optimiert: Überschüssige Paste lässt sich nun in einem Stück oder großen Teilstücken ohne großen Kraftaufwand entfernen. Zudem zeichnet sich das neue Produkt durch gleichbleibend hohe Haftkraft und geringe Techniksensibilität aus. Durch die hohe mechanische Stabilität wird ein dauerhaft dichter Zementpalt gewährleistet. Die Automix-Spritze bietet eine direkte und komfortable Anwendung ohne Vorbehandlung und Mischen. Eine punktgenaue Applikation – auch in den Wurzelkanal



– wird durch die Verwendung des Endo-Tips ermöglicht. Bis zum 30.11.09 erhalten Interessierte zu jeder Bestellung eines Clearfil SA Cement Standard-Kits ein Trial Kit gratis dazu. Wer nicht zufrieden ist, sendet das original verpackte Standard Kit einfach wieder zurück.

Kuraray Europe GmbH
BU Medical Products
Hoechst Industrial Park / F821
65926 Frankfurt am Main
Tel.: 0 69 / 305 358 35
Fax: 0 69 / 305 356 35
<http://www.kuraray-dental.eu>
E-Mail: dental@kuraray.eu

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

EMS

Neue Kombinationseinheit

Um dem Zahnarzt sub- und supragingivales Air-Polishing sowie Scaling in einer Prophylaxeinheit zu ermöglichen, hat EMS eine neue Kombinationseinheit auf den Markt gebracht: Mit dem Air-Flow Master Piezon können Prophylaxeprofis die Arbeitsfelder von der Diagnose über die Initialbehandlung bis hin zum Recall abdecken. Getragen vom Erfolg des Piezon Master 700, der schmerzfrei sein und das orale Epithelium maximal schonen soll, bedeutet diese Neuerung viel Komfort für den Patienten. Auch lassen sich Parodontitis oder Periimplantitis mit dem Air-Flow Master Piezon effektiv behandeln. So kann man laut EMS mit der im Gerät integrierten „Original Methode Air-Flow Perio“ dem Übel auf den Grund ge-



hen. Die für den Einmalgebrauch konstruierte Perio-Flow Düse verwirbelt Wasser und das Pulver-Luft-Gemisch gleichzeitig, so dass man mit dieser Technik zusätzlich Emphyse vermeiden könne.

EMS Electro Medical Systems GmbH
Schatzbogen 86
81829 München
Tel.: 0 89 / 42 71 61-0
Fax: 0 89 / 42 71 61-60
<http://www.ems-ch.de>
E-Mail: info@ems-ch.de

Hu-Friedy

Wurzelheber mit kleinerem Griff

Weil nicht jede Hand gleich groß ist, bietet Hu-Friedy Dentisten nun die Wahl zwischen Wurzelhebern mit zwei verschiedenen großen Griffen. Der Griff der „Ergo Dynamic“-Wurzelheber ist kleiner als beim Standard-Wurzelheber und bietet gerade für kleine Hände mehr Griffigkeit und Komfort bei der Arbeit. Mit den beiden Griffalternativen sind Dentisten in der Lage, ihre Instrumente noch kontrollierter zu führen und entsprechend den jeweiligen Behandlungsanforderungen auszuwählen, beispielsweise wenn es darum geht, den richtigen Hebel exakt zu treffen. Die „Ergo Dynamic“-Wurzelheber stehen mit vielen gängigen Klingenausführungen zum Durch-



trennen von Wurzelhaut zur Verfügung.

Hu-Friedy Mfg. Co., Inc.
Zweigniederlassung Deutschland
Rudolf-Diesel-Straße 8
69181 Leimen
Tel.: 0 62 24 / 97 00 - 0
Fax: 0 62 24 / 97 00 - 97
<http://www.hu-friedy.eu>
E-Mail: info@hu-friedy.eu

bredent

Kongress in Sharm El-Sheikh

Das aufeinander eingespielte Team aus Zahnmediziner und Zahntechniker ist die Basis für den Implantaterfolg. Aus diesem Grund richtet sich das Internationale SKY-Meeting der bredent group in Sharm El-Sheikh vom 21.-23. Mai 2010 erstmalig an beide Berufsgruppen. Der Pre-Congress vom 19.-20. Mai steht im Zeichen praxisorientierter und interdisziplinärer Workshops, in denen theoretisches Wissen vertieft und in Übungen intensiv umgesetzt wird. Implantologisch tätige Zahnärzte, Oralchirurgen, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen sowie Zahntechniker und Prothetiker können die gewonnenen Kenntnisse sofort in ihrer täglichen Arbeit anwenden. Beim Hauptkongress stehen internationale Referenten Rede und Antwort. In den Vortragsreihen „Diagnostik und



Therapieplanung / computergestützte Planung“; „Implantatchirurgie“, „Prothetik“, „Patient und Zahnarzt/Lebensqualität“ werden jeweils Einheiten zu tiefergehenden Fragen angeboten.

*bredent medical GmbH & Co.KG
Weißenhorer Straße 2
89250 Senden
Tel.: 0 73 09 / 872 - 396
Fax: 0 73 09 / 872 - 605
<http://www.bredent.com>
<http://www.bredent-medical.com>
E-Mail:
andreas.bischoff@bredent.com*

DENTSPLY DeTrey

Hohe Scherhaft-Festigkeit

Aufgrund seiner guten Haftkraft an Zahnhartsubstanzen sowie an anderen zahnmedizinischen Materialien eignet sich das Etch&Rinse-Adhäsiv XP Bond auch für Reparaturen von Abplatzungen oder Frakturen an prothetischen Konstruktionen. Ziel einer vergleichenden In-vitro-Studie war es zu evaluieren, inwieweit eine ähnliche Reparaturmethodik gegenüber verschiedenen Keramik-Werkstoffen anwendbar ist. Dazu wurden Prüfkörper aus der Glaskeramik IPS Empress (Ivoclar Vivadent) und der Zirkonoxidkeramik Cer-

con (DeguDent) unterschiedlich vorbehandelt und anschließend vier verschiedenen adhäsiven Kompositbondings unterzogen. Die Ergebnisse belegen, dass XP Bond bei beiden Keramiken die höchsten Haftwerte erreicht und somit optimale Voraussetzungen für die Reparatur verschiedener vollkeramischer Restaurationen bietet.

*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*

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

MEDOH

Keiminaktivierung mit Ozon



Das Praxissystem Dentozon mobile o3 von Medoh ermöglicht die Ozonbehandlung eines ganzen Ober- respektive Unterkiefers in einem Therapieschritt. Zahnärzte können die bakteriziden, viruziden und fungiziden Eigenschaften des Ozons für ein breites Indikationsspektrum einsetzen. Durch die Behandlungszeit von zehn Minuten und länger pro Kiefer kann der bakterielle Mikrofilm vollends durchdrungen werden. Der kieferförmige Applikator aus elastischem Silikon liegt auf dem Zahnfleisch auf und schließt die Zahnreihe von der

restlichen Mundhöhle ab. Das Ozon wird schneller abgesaugt als es zugeführt wird. Eine Besonderheit ist das kurze Unterbrechungs-Intervall: Alle zwei Sekunden wird die Saugpumpe für 0,3 Sekunden abgeschaltet. Es entsteht ein kurzzeitiger Überdruck, der den Ozonstrom auch in die Zahnfleischtaschen und Zahnzwischenräume gelangen lässt. Dadurch kommt es zu einer Inaktivierung von Keimen in den schwer erreichbaren Approximalbereichen sowie in den Zahnfleischtaschen.

MEDOH Medizintechnik
Schloßstraße 21
86573 Obergriesbach
Tel.: 0 82 51 / 88 54 45
Fax: 0 82 51 / 811 81
<http://www.medoh.de>
<http://www.dentozon.de>
E-Mail: info@medoh.de

m&k GmbH

Implantation bei Live-OP

Mit den NanoBone-Blocks hat m&k das Produktportfolio um eine neue Variante des synthetischen Knochensatzmaterials NanoBone ergänzt, die alternativ zu einem autogenen Knochenblock bei vertikalen und horizontalen Knochendefekten eingesetzt werden kann. Ebenso wie das Granulat weisen auch die Blocks eine nanokristalline Struktur auf, die der des natürlichen Knochens nachempfunden wurde. Im Rahmen einer Live-OP Mitte Mai wurde in der m&k akademie in Kahla ein Patient nach Augmentation mit einem NanoBone-Block mit den Implantaten des Systems ix2 versorgt. Die laterale Augmentation im dritten Quadranten war



bereits im September 2008 durchgeführt worden. Nach achtmonatiger Einheilphase konnten sich die Teilnehmer live davon überzeugen, dass der augmentierte Knochendefekt eine sehr gute Regeneration aufwies.

m&k GmbH
Bereich Dental
Im Camisch 49
07768 Kahla
Tel.: 03 64 24 / 811 - 0
Fax: 03 64 24 / 811 - 21
<http://www.mk-webseite.de>
E-Mail: mail@mk-dental.de

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

KaVo

Einfach perfektes Licht



KaVo MULTI LED

Wettbewerber A

Wettbewerber B

Die KaVo Multi LED Systemlösung liefert flexibel und wirtschaftlich LED-Licht für KaVo Lichtinstrumente. Seit Oktober gibt es mit jeder neuen KaVo Multiflex Kupplung 465 LRN, 460 LE und den Motor KL 702 einen Gutschein zum Nachrüsten auf LED (Infos unter www.kavo.com/led). Multi LED bietet mit 5500 K und 25000 Lux an der Bohrer Spitze eine augenschonende Tageslicht-Farbtemperatur und Beleuchtungsstärke. Die Lichtintensität lässt sich an KaVo-Behandlungseinheiten mit Lichtstärkenregelung individuell anpassen. Die integrierte Optik sorgt für die Fokussierung des

Lichtstrahls und damit für eine gute Ausleuchtung des Präparationsfeldes ohne störende Lichtkränze oder Streulichtverluste. Für den Anwender sind selbst Präparationsgrenzen deutlich sichtbar. Die Umrüstung ist einfach: Der Anwender tauscht lediglich die Hochdrucklampe in den vorhandenen Multiflex-Kupplungen und Motoren gegen die KaVo Multi LED aus.

KaVo Dental GmbH
Bismarckring 39
88400 Biberach/Riss
Tel.: 0 73 51 / 56 - 0
Fax: 0 73 51 / 56 - 14 88
<http://www.kavo.com>
E-Mail: info@kavo.com

IMEX

Zirkonkrone für 99 Euro

Imex verfügt in Deutschland über ein eigenes Fräszentrum mit CAD/CAM-Technologie der neuesten Generation. Jüngst fiel die Entscheidung, das Fräszentrum mit der Zenotec T1-Technologie von Wieland um ein weiteres CAD/CAM-System der Premiumklasse zu erweitern. „Moderne Fertigungstechnologie in Verbindung mit großen Stückzahlen, einer hohen Auslastung und unserem ausgefeilten Logistikkonzept ermöglichen Imex eine Preiskalkulation, die auch im internationalen Vergleich konkurrenzfähig ist“, so Imex-Geschäftsführer Jan-Dirk Oberbeckmann, M.B.A. Eine

Zirkonoxidkrone kostet bei Imex beispielsweise komplett 99 Euro, inklusive Material, Mehrwertsteuer und Versandkosten. Der günstige Preis kann auch bei Überkapazitäten eingehalten werden, da Imex nach Absprache mit Zahnarzt und Patient auch in seiner Produktionsstätte in Asien produzieren kann – nach den gleichen Qualitätsmaßstäben wie im Essener Meisterlabor.

Imex Dental + Technik GmbH
Bonsiepen 6 - 8
45136 Essen
Tel.: 08 00 / 877 62 26
Fax: 02 01 / 74 999 - 21
<http://www.imexdental.de>
E-Mail: info@imexdental.de

Nemris

Synthetische Augmentation

Das umständliche Anmischen mit Eigenblut und die Fixierung mit Membranen gehören mit easy-graft Crystal der Vergangenheit an. Das synthetische, biphasische und mit Polylactid beschichtete Knochenersatzmaterial besteht zu 60 Prozent aus Hydroxylapatit (HA) und zu 40 Prozent aus Beta-Tricalciumphosphat (β -TCP). Die Polylactidbeschichtung gewährleistet ein anwenderfreundliches Handling, da das Material direkt aus einer Spritze in den Defekt appliziert werden kann. Zudem leistet die Beschichtung in den ersten vier Wochen der Defektheilung einen Infektionsschutz, da das Polylactid als Milchsäure das notwendige säuerliche Milieu zur Wundheilung unter-



stützt. Durch die Mischung der Materialien HA und β -TCP erleidet das Material keinen Volumenverlust. Zu den Anwendungsbereichen von easy-graft Crystal gehören zum Beispiel die Sinusboden-Elevation, Bone-Spreading, Guided Bone Regeneration, große Parodontaldefekte oder Periimplantitis.

*Nemris GmbH & Co. KG
Marktstraße 2
93453 Neukirchen b. Hl. Blut
Tel.: 0 99 47 / 90 41 80
Fax: 0 99 47 / 90 41 810
<http://www.nemris.de>
E-Mail: info@nemris.de*

orangedental

3D-Röntgen in Idealqualität

Mit dem PaXZenith 3D erweitert orangedental zu den Fachdentals sein Portfolio für 3D-Röntgen. Das Gerät verfügt über das größte erhältliche Field of View (FOV) am Markt: 24 x 19 cm bei einer Auflösung von 0,2 mm Voxel. Zudem ist das FOV von 5 x 5 cm bis 24 x 19 cm frei einstellbar. „Es ermöglicht erstmals interdisziplinäres Arbeiten in idealer diagnostischer Qualität über alle Indikationen von Endo und Paro über komplexe implantologische Fälle bei voller Kieferdarstellung, Analyse des Kiefergelenks und Ceph-Darstellung für KFO bis hin zu Schädelrekonstruktionen für MKG“, erläutert Marc Fieber, Technischer Leiter von orangedental. Als erstes DVT verfügt das Gerät optional über spezielle Auf-

PaX-Zenith3D



nahmeprogramme für HNO. Dabei wird die Dosisleistung bis 120 KV erhöht, um die Weichgewebedarstellung zu optimieren. Über den separaten OPG Sensor sind mit dem PaX-Zenith3D auch Panorama Aufnahmen in bestechender Qualität möglich.

*orangedental GmbH & Co. KG
Aspachstraße 11
88400 Biberach
Tel.: 0 73 51 / 474 99 - 0
Fax: 0 73 51 / 474 99 - 44
<http://www.orangedental.de>
E-Mail: info@orangedental.de*

GABA

Wirksam gegen bakterielle Plaque

Ob antibakterielle Inhaltsstoffe von Mundhygieneprodukten die Zahnhigiene unterstützen und bei Gingivitis helfen, untersuchte eine aktuelle Studie vom Forschungsteam um Professor Jadwiga Banach von der Abteilung für konservative Zahnheilkunde und Parodontologie der Pommerschen Akademie in Stettin. An der Studie nahmen 80 Teilnehmer mit Gingivitis oder chronischer Parodontitis teil. Die Testgruppe sollte die Zähne mit einer Aminfluorid und Zinnfluorid enthaltenden Zahnpasta putzen und zusätzlich abends eine Aminfluorid und Zinnfluorid enthaltende Mundspülung (meridol Zahnpasta und Mundspülung) benutzen. Die Kontrollgruppe putzte mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta (NaF) und benutzte keine Zahnpülung. In beiden Gruppen kam es nach zwei



Wochen zu einem Rückgang von Plaquestatus und Blutungsneigung. Doch nur in der Testgruppe konnte der positive Effekt in den folgenden Wochen ausgebaut und stabilisiert werden.

GABA GmbH
Berner Weg 7
79539 Lörrach
Tel.: 0 76 21 / 907 - 123
Fax: 0 76 21 / 907 - 124
<http://www.gaba-dent.de>

Coltène/Whaledent

Bissfest, aber nicht klebrig

Das neue Affinis System 360 putty verhält sich wie gute italienische Pasta: bissfest, aber nicht zu weich oder gar klebrig. Das neue Löffelmaterial hat eine fühlbare Knetkonsistenz direkt nach dem automatischen Mischen. Es klebt nicht am Handschuh und das Vorformen im Löffel ist sofort möglich. Durch den Einsatz der 380 ml Hartkartusche ist das Material direkt einsatzbereit und aufgrund der größeren Kartusche besonders ökonomisch in der Anwen-

dung. Es passt in jedes handelsübliche Mischgerät. Die Viskosität von Affinis System 360 putty ist präzise ausbalanciert. Einerseits baut das Knet genügend Druck auf, andererseits ist es so geschmeidig, wie es für eine gute einzeitige Abformung benötigt wird. Mit der Endhärte eines Affinis putty soft ist das Löffelmaterial auch ideal für die Korrekturabformung.

Coltène/Whaledent GmbH + Co. KG
Raiffeisenstraße 30
89129 Langenau
Tel.: 0 73 45 / 805 - 0
Fax: 0 73 45 / 805 - 201
E-Mail: info@coltnewhaledent.de

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

Nobel Biocare

Kongress in Salzburg

Der diesjährige Deutsche Kongress von Nobel Biocare in Salzburg stand im Zeichen der Wissenschaft als „Seele des Unternehmens“, wie es Geschäftsführer Novica Savic (Foto) in seiner Begrüßungsrede formulierte. Beide Kongresstage ermöglichten dem Fachpublikum einen Überblick über die Entwicklungen in Zahnchirurgie, Prothetik und Prophylaxe, vorgetragen von wissenschaftlichen Experten und erfahrenen Anwendern. Thematische Schwerpunkte wie „Navigierte Implantologie“, „Sofortbelastung/Sofortversorgung“, „Periimplantitis“, „Vollkeramische Versorgungen“ und „Augmentative Techniken“ wurden aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet. Ergänzt wurden sie durch Partnernvorträge zum Thema Prophylaxe von Procter & Gamble, Professional Oral Health, und zu augmentativen Techniken von der Firma Mect-



ron. Der Vortrag des Gesundheitsexperten Dr. Michael Spitzbart zum Thema „Stressbewältigung im Management“ konzentrierte sich auf die Verbesserung von körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit. Eindrucksvoll schilderte er, wie Burnout durch Vorsorge und „Gedankenhygiene“ in Begeisterung gewandelt werden kann. Prof. Dr. Bertil Friberg von „The Bränemark Clinic Göteborg“ hielt am zweiten Kongresstag einen Gastvortrag über aktuelle Konzepte zur Anwendung des Bränemark Systems.

Nobel Biocare Deutschland GmbH
Stolberger Straße 200
50933 Köln
Tel.: 02 21 / 500 85 - 174
Fax: 02 21 / 500 85 - 133
<http://www.nobelbiocare.com>
E-Mail: sandra.vonschmudde@nobelbiocare.com

DCI-Dental Consulting

Die erste „Anti-fog Schutzbrille“

Die Anti-fog Schutzbrille von DCI ermöglicht erstmals das Arbeiten mit Mundschutz, ohne dass die Brille beschlägt. Sie wiegt federleichte 20 Gramm und besitzt einen hohen Seitenschutz, der angenehme Weitwinkelsicht bietet. Das Blickfeld des Arztes bleibt daher in seiner Größe klar erhalten. Die speziell beschichteten, zertifizierten Brillengläser sorgen für ein verzerrungsfreies Bild und damit für entspanntes Arbeiten und eine bessere Arbeitsqualität. Die Brillenbügel aus Hightech-Kunststoff



bieten perfekten Tragekomfort. Die Gläser sind hartbeschichtet und mit jedem handelsüblichen Desinfektionsspray zu säubern.

DCI-Dental Consulting GmbH
Kämpenstraße 6b
24106 Kiel
Tel.: 04 31 / 35 038
Fax: 04 31 / 35 280
<http://www.dci-dental.com>
E-Mail: info@dci-dental.com

Frank Dental

Prophylaxe-Testpaket

Seit dem Tag der Zahngesundheit am 25. September bietet Frank Dental einen neuen Service für Zahnarztpraxen an. Ein Prophylaxe-Testpaket enthält Arbeitsmaterial für den Zahnarzt und Informationsmaterial für die Patienten zu den Themen Zahnpflege und Ernährung sowie einen Fragebogen für die Patienten, in dem sie ihr individuelles Risikoprofil zur Gesundheit ihrer Zähne ermitteln können. Das hilft Ärzten und Patienten, sich über Für und Wider einer professionellen Zahnreinigung (PZR), einer häufig notwendigen, aber zuzahlungspflichtigen Prophylaxe-Behandlung, zu verständigen. Ergänzend erhebt Frank Dental neue Daten zur Akzeptanz von professioneller Zahnreinigung



bei Patienten und zur Wirksamkeit der verwendeten Instrumente. Hierzu wird ein kostenloses Testset mit fünf wichtigen Instrumenten, Informationsbroschüre, Poster und Umfrage-Fragebögen zur professionellen Zahnreinigung an 1000 Praxen in Deutschland versendet.

Frank Dental GmbH
Tölzer Straße 4
83703 Gmund am Tegernsee
Tel.: 0 80 22 / 67 36 - 0
Fax: 0 80 22 / 67 36 - 900
<http://www.frank-dental.de>
E-Mail: info@frank-dental.de

DENTAURUM

High Tech für jedes Dentallabor

Der desktop Compact Laser von Dentaurnum deckt alle Bereiche der Zahntechnik sowie der kieferorthopädischen Anwendung ab – von feinsten Schweißungen bis zur sicheren Fügearbeit auch massiver Gerüste. Die Erfahrung aus 15 Jahren dentaler Laserschweißtechnik wurde in einem kompakten Tischgerät gebündelt. Eine feine Dosierbarkeit der Leistung erleichtert die Arbeit entscheidend. Mit einem Platzbedarf von nur 51 x 65 cm passt der desktop Compact Laser auf jeden Tisch. Die hohe Leistungsreserve mit einer mittleren Leistung von 50 Watt bietet genügend Spielraum auch für massive



Schweißungen. Die einfache Bedienung und ein ergonomisches Design mit großer, gut beleuchteter Arbeitskammer erleichtern ermüdungsfreies Arbeiten.

DENTAURUM
J. P. Winkelstroeter KG
Turnstraße 31
75228 Ispringen
Tel.: 0 72 31 / 803 - 410
Fax: 0 72 31 / 803 - 295
<http://www.dentaurum.de>
E-Mail: info@dentaurum.de

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

Straumann

André Schroeder Forschungspreis

Auch 2010 schreibt Straumann den André Schroeder Forschungspreis aus. Einsendeschluss für Bewerbungen ist Montag, der 30. November 2009. Der mit 20 000 Schweizer Franken dotierte Preis fördert neue wissenschaftliche Erkenntnisse in der dentalen Implantologie und der oralen Geweberegeneration sowie in verwandten Gebieten. Der André-Schroeder-Forschungspreis wird jährlich zu Ehren des verstorbenen Professors André Schroeder vergeben. Professor Schroeder war ein Pionier in der dentalen Implantologie, dessen Lebenswerk einen

großen Beitrag zur modernen Zahnheilkunde darstellt. Der 1992 zum ersten Mal verliehene Preis wird vom unabhängigen Research Committee des Internationalen Teams für Implantologie (ITI) zugesprochen und von Straumann gesponsert. Er illustriert das Engagement des Unternehmens in der wissenschaftlichen Forschung und Entwicklung.

Straumann GmbH
Jechtinger Straße 9
79111 Freiburg
Tel.: 07 61 / 45 01 - 0
Fax: 07 61 / 45 01 - 149
<http://www.straumann.com>
E-Mail: info.de@straumann.com

Astra Tech

Zahntechnischer Doppelsieg

Anfang Juli wurde in Wiesbaden der Klaus Kanter Preis 2009 für die beste praktische Meisterarbeit des Zahntechnikerhandwerks in Deutschland ermittelt. Sieger in einem Feld von 13 Bewerbern wurde ZTM Markus Bongartz (Foto) aus Haingrund/Odenwald, der sich gleich doppelt freuen konnte: Der in diesem Jahr erstmalig ausgeschriebene „PEERS Implantat-Prothetik-Preis“ von Astra Tech, der die beste implantatgestützte prothetische Arbeit eines zahntechnischen Meisterschülers würdigt, ging ebenfalls an Bongartz. Die Plätze zwei und drei des Klaus Kanter Preises gingen an ZTM Jana Billich aus Stuttgart und ZTM Sergej Müller aus Weissach. Mit „PEERS“ (Platform for Exchange of Experience, Education, Research, and Science) hat Astra Tech ein internationales Netzwerk unter Leitung zahnmedizi-



nischer und zahntechnischer Spezialisten ins Leben gerufen, das den interdisziplinären Austausch innerhalb der zahnmedizinischen Implantologie unterstützt und ihren fachlichen Nachwuchs fördert.

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

VITA

Kunstvoller Kalender 2010

Insgesamt 170 Zahnärzte, Zahn-techniker und Mitarbeiter des Dentalfachhandels aus 13 Ländern nahmen an dem Vita Kalenderwettbewerb 2010 teil. Leitthema des Kreativwettbewerbs war „Die Welt der Zahnfarben“. Das Ergebnis ist seit Oktober 2009 in einer Auflage von über 32 000 Exemplaren erhältlich. Zu den Erstplatzierten gehört neben Nathalie Reynaud aus Frankreich und Vaclav Jezek von Thienfeld aus der Tschechischen Republik auch der deutsche Zahntechniker Gerd Seidel aus Ens Dorf. (Das Foto zeigt sein Kunstwerk.) Dieser freute sich nicht nur über 500 Euro Preisgeld, sondern auch über eine Wochenendreise für zwei Personen nach Berlin. Die



prämierten Werke werden auch im Internet unter www.vita-zahnfabrik.com veröffentlicht.

VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Spitalgasse 3
79713 Bad Säckingen
Tel.: 0 77 61 / 5 62 - 222
Fax: 0 77 61 / 5 62 - 299
<http://www.vita-zahnfabrik.com>
E-Mail: info@vita-zahnfabrik.com

VOCO

Bestnote für Reblida Post System

Das US-Institut The Dental Advisor hat Reblida Post System, das Komplettsystem zur postendodontischen Versorgung, mit fünf Wertungspunkten und damit der Bestnote „Editors' Choice“ ausgezeichnet. Im Vorfeld hatten amerikanische Zahnärzte Reblida Post System in über 200 Anwendungen getestet und waren begeistert. Sie waren sowohl vom Umfang als auch von der einfachen Handhabung der Systemkomponenten beeindruckt. Allein 64 Prozent der Zahnärzte bewerteten Reblida Post System besser als das von ihnen bis dahin eingesetzte Wurzelstift-Produkt und würden auch künftig auf Reblida Post System zurückgreifen.



Das glasfaserverstärkte Composite-Wurzelstift Reblida Post ist ideale eine Ergänzung zum dualhärtenden Stumpfaufbau- und Befestigungsmaterial Reblida DC.

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



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 22.11.2009 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

Bitte senden Sie mir nähere Informationen zu folgenden Produkten:

- ADSystems** – Irrigation bei optimaler Temperatur (S.140)
- Astra Tech** – Zahntechnischer Doppelsieg (S.147)
- BEGO** – „Info Point“ in Berlin (S.140)
- bredent** – Kongress in Sharm El-Sheikh (S.143)
- Coltène /Whaledent** – Bissfest, aber nicht klebrig (S.146)
- Corona Fräszentrum Starnberg** – Zwischenfarben (S.142)
- Creation Willi Geller** – Spezialdentine für Tiefenwirkung (S.140)
- DCI-Dental Consulting** – Die erste „Anti-fog Schutzbrille“ (S.146)
- degré K** – Das richtige Licht in der Praxis (S.141)
- DENTAURUM** – High Tech für jedes Dentallabor (S.147)
- DENTSPLY DeTrey** – Hohe Scherhaft-Festigkeit (S.143)
- EMS** – Neue Kombinationseinheit (S.142)
- Frank Dental** – Prophylaxe-Testpaket (S.147)
- GABA** – Wirksam gegen bakterielle Plaque (S.146)
- Hu-Friedy** – Wurzelheber mit kleinerem Griff (S.142)
- IMEX** – Zirkonkrone für 99 Euro (S.144)
- Ivoclar Vivadent** – Rundum geschützte Implantate (S.141)
- KaVo** – Einfach perfektes Licht (S.144)
- Kuraray** – Überschüsse einfach entfernen (S.142)
- m&k GmbH** – Implantation bei Live-OP (S.144)
- MEDOH** – Keiminaktivierung mit Ozon (S.144)
- Nemris** – Synthetische Augmentation (S.145)
- Nobel Biocare** – Kongress in Salzburg (S.146)
- orangedental** – 3D-Röntgen in Idealqualität (S.145)
- Stefan Ternes** – „Zahnweh“ im Wartezimmer (S.140)
- Straumann** – André Schroeder Forschungspreis (S.147)
- VITA** – Kunstvoller Kalender 2010 (S.148)
- VOCO** – Bestnote für Reblida Post System (S.148)

Sachsen-Anhalt

Werbung um bulgarische Mediziner

Die unter Ärztemangel leidenden Kliniken in Sachsen-Anhalt werben erstmals um Mediziner aus Bulgarien. Die Krankenhausgesellschaft des Landes organisiert am Mittwoch eine Jobmesse in Sofia. „Wir suchen dort junge Fachärzte, die mal ein, zwei Jahre ins Ausland wollen, oder Krankenhäuser, die an einem Austauschprogramm mit unseren Kliniken Interesse haben“, sagte der Geschäftsführer der Gesellschaft, Gösta Heelemann, in Halle. In Sachsen-Anhalt fehlen derzeit rund 310 Klinikärzte. Auch in Österreichs Universitätsstädten Innsbruck, Graz und Wien sowie an den medizinischen Fakultäten

Halle und Magdeburg gibt es Jobbörsen. „Wir wollen uns gegenseitig helfen: Bulgarien kann uns mit Studienabsolventen unterstützen, wir können modernes medizinisches Equipment bieten“, sagte Heelemann. „Wir wollen nicht mit dem Lasso einen bulgarischen Arzt von der Straße holen und hier festhalten.“ Ähnliche Kooperationen seien auch mit jungen Ärzten aus Tschechien, Ungarn und Polen geplant. In den osteuropäischen Ländern gebe es noch Ausbildungsdefizite. An den Krankenhäusern zwischen Arendsee und Zeitz arbeiten derzeit knapp 4 000 Ärzte. sf/dpa

Forderung zum EU-Arzneimittelrecht

Gesundheitskommissar soll zuständig sein

Der gesundheitspolitische Sprecher der Christdemokraten im Europäischen Parlament, Dr. Peter Liese, und sein Kollege Dr. Thomas Ulmer fordern, in der neuen Europäischen Kommission die Zuständigkeit für das Arzneimittelrecht vom Industriekommissar auf den Gesundheitskommissar zu übertragen.

Anders als in den EU-Ländern und im Europäischen Parlament (EP) wird das Arzneimittelrecht in der Europäischen Kommission traditionell vom Industriekommissar verwaltet. In den Mitgliedsstaaten und im EP ist das Arzneimittelrecht Sache der Gesundheitsminister und des Ausschusses für Umwelt und Gesundheit. Nach Ansicht von Liese und Ulmer ist jetzt der Zeitpunkt für einen Wechsel gekommen:

„Kein Außenstehender kann verstehen, dass das Arzneimittelrecht in der Europäischen Kommission nicht Sache der Gesundheitspolitiker ist. Wir gehen nicht so weit wie manche Kritiker, die behaupten, dass Gesundheitsaspekte generell wirtschaftlichen Aspekten untergeordnet werden sollten, aber die Situation führt auf jeden Fall zu Verwirrung.“ Dies zeige die aktuelle Diskussion über den Impfstoff gegen die neue Grippe. Für die Strategie gegen die Grippe und die europäischen Aktionen in diesem Bereich ist die amtierende Gesundheitskommissarin Androulla Vassiliou zuständig, für die Zulassung der Impfstoffe formal gesehen der EU-Industriekommissar Günter Verheugen. sf/ps

EU-Bürger

Große Unterschiede im Gesundheitszustand

Trotz einer allgemein gestiegenen Lebenserwartung bestehen in der EU nach wie vor zum Teil große Unterschiede im Gesundheitszustand der Bevölkerung. Dies gilt sowohl zwischen den EU-Staaten als auch innerhalb einzelner Nationen. Die Gründe für die Ungleichheiten sind einer aktuellen Analyse der EU-Kommission zufolge vielfältig. So haben das Herkunftsland, die soziale Schicht, die Einkommensverhältnisse sowie das persönliche und berufliche Umfeld erheblichen Einfluss darauf, wie viele gesunde Lebensjahre einen EU-Bürger erwarten. Wie aus der Analyse hervorgeht, könne die Differenz bis zu 20 Jahre betragen (Estland: 48 Jahre; Dänemark: 68,5 Jahre), wobei Bürger aus den neuen EU-Staaten schlechtere Aussichten auf ein langes, gesundes Leben hätten als West- und Südeuropäer. Frauen in Frankreich, Italien oder Spanien leben zudem im Schnitt acht Jahre länger als ihre

Geschlechtsgenossinnen in Bulgarien, Lettland oder Litauen. Bei Männern könne der Unterschied bis zu vierzehn Jahre betragen. Ein weiteres Ergebnis des Berichts: Je ärmer und je geringer der Bildungsstand, desto höher das Krankheitsrisiko vor allem für Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs. „Um die Gesundheitsungleichheiten in der EU beseitigen zu können, benötigen wir politikübergreifende Ansätze auf europäischer, nationaler, regionaler und lokaler Ebene“, forderte EU-Gesundheitskommissarin Androulla Vassiliou bei der Vorstellung des Berichts in Straßburg.

sf/ps



Foto: MEV/jkm

Wahlen beim BDIZ EDI

Berger und Zöller bestätigt

Christian Berger ist als Präsident des Bundesverbandes der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) in seinem Amt bestätigt worden. Ebenso wiedergewählt wurde nahezu der gesamte Vorstand mit dem Vizepräsidenten Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller (Köln) als Stellvertreter sowie Dr. Detlef Hildebrand (Berlin) als Generalsekretär und Dr. Heimo Mangelsdorf

(Nürnberg) als Schatzmeister. Dr. Stefan Liepe (Hannover) wurde zum neuen Schriftführer gewählt und ersetzt Dr. Regine Dressler (Pfinztal). Beisitzer sind: Dr. Georg Bayer (Landsberg/Lech), Dr. Dr. Bernd Kreuzer (Aschaffenburg), Dr. Jörg Neugebauer (Köln), Dr. Renate Tischer-Richter (Bad Salzungen) und Dr. Freimut Vizethum (Rauenberg). sf/sg/pm

Kompromiss bei Gesundheitspolitik

Radikalkur für Krankenversicherung

Union und FDP haben bei ihren Koalitionsverhandlungen einen Kompromiss in der bislang umstrittenen Gesundheitspolitik erzielt. Nach Angaben der Koalitions-Chefunterhändler für Gesundheit – Ursula von der Leyen (CDU) und Philipp Rösler (FDP) – sowie der CSU-Politikerin Barbara Stamm, sollen die gesetzlichen Krankenkassen wieder mehr Beitragsautonomie erhalten. Der Arbeitgeberanteil werde eingefroren, um die Lohnzusatzkosten nicht weiter zu belasten. Der

Arbeitnehmeranteil werde einkommensunabhängig berechnet. Weil ihn aber wohl nicht alle Bürger bezahlen können, ist ein Solidarausgleich über Steuergelder geplant. Nach Aussage von der Leyens wird es das neue System im Jahr 2011 geben. Zuvor solle eine Regierungskommission den Weg aufzeigen, wie das bisherige Finanzierungssystem in ein neues überführt werden kann. Der Gesundheitsfonds bleibt bis dahin zunächst bestehen und damit auch der derzeit gültige einheitliche Beitragssatz von 14,9 Prozent, den alle gesetzlichen Kassen von ihren Versicherten erheben. Die Obergrenze für die Zusatzbeiträge, die Krankenkassen in Haushaltsnöten erheben können, soll anders als zwischenzeitlich diskutiert bei einem Prozent des Einkommens bleiben.

pr/ard



Foto: picture alliance

Kassenwechsel

Koalition will Privatkassen stärken

Union und FDP wollen die Private Krankenversicherung (PKV) als Voll- und Zusatzversicherung erhalten. Dazu soll gesetzlich Versicherten der Wechsel in die PKV erleichtert werden. Nach Angaben von Teilnehmern an den Koalitionsverhandlungen im Bereich Gesundheit und Pflege soll die Wartefrist bis zum Wechsel in eine private Kasse wie zu früheren Zeiten auf ein

Jahr verkürzt werden. Das berichtet die Zeitung „Die Welt“. Seit der Gesundheitsreform 2007 von Union und SPD müssen gesetzlich Versicherte nach Erreichen der Versicherungspflichtgrenze drei Jahre warten, bis sie in die PKV eintreten dürfen. Die Pflichtgrenze steigt im kommenden Jahr auf monatlich 4162,50 Euro.

sf/pm



Pflegeversicherung

Einstieg in private Säule

Die Bürger müssen sich einem Bericht des Deutschen Ärzteblatts zufolge auf höhere Kosten für die Pflegeversicherung einstellen. Die stellvertretende FDP-Vorsitzende Cornelia Pieper bestätigte Pläne der künftigen schwarz-gelben Koalition, von den Arbeitnehmern zusätzliche Beiträge für den Aufbau eines Kapitalstocks zu erheben. Sozialverbände und Kassen lehnten die Pläne als falsch und unsolidarisch ab. „Wir wollen natürlich insbesondere für Pflegefälle und die älteren Menschen die gesetzliche Pflegeversicherung im Umlageverfahren behalten“, sagte Pieper dem Sender N24. „Aber wir wollen auch einen Einstieg in ein

kapitalgedecktes Verfahren für die jüngere Generation. Ansonsten ist die Pflege künftig nicht mehr finanzierbar.“ Nach Angaben aus Unionskreisen ist derzeit noch offen, wie eine kapitalgedeckte Zusatzsäule genau aussehen soll.

pr/DÄB



Foto: CC

Schattenhaushalt geplatzt

Sonderfonds für 2010 geplant

Das bisherige schwarz-gelbe Finanzierungsmodell für die geplanten Steuersenkungen ist geplatzt: Wegen verfassungsrechtlicher Bedenken zogen Union und FDP ihren Plan eines Schattenhaushalts für 2009 zurück. Ein Sonderfonds zum Stopfen von Milliardenlöchern im Bundeshaushalt ist einer gemeinsamen Erklärung zufolge nun für 2010 geplant, berichtet das Deutsche Ärzteblatt. Die Koalition werde prüfen, wie mithilfe eines Sondervermögens gewährleistet werden könne, die Mindereinnahmen von Arbeitslosenversicherung und gesetzlichen Krankenkassen ohne Beitragserhöhungen auszugleichen, hieß es in einem Papier von Kanzleramtsminister Thomas de Maiziè-

re (CDU), FDP-Finanzexperte Hermann Otto Solms und des bayerischen Finanzministers Georg Fahrenschon (CSU). Dabei bleibe nach Angaben aus Verhandlungskreisen aber weniger Spielraum als bisher gedacht. Denn Haushaltsvorschriften verbieten es zum einen, in das Sondervermögen 2010 auch Ausgaben für die darauffolgenden Jahre einzustellen. Zum anderen würde wegen der ab 2011 wirkenden neuen Schuldenbremse ein erneutes Sondervermögen im Haushaltsjahr 2011 auf die dann strengere Neuverschuldungsregelung angerechnet. Deshalb müsste dann eine Gegenfinanzierung für die Etat-aufstellung gefunden werden.

pr/DÄB

Koalitionsvereinbarungen

Freiberuflichkeit sichern

Die Politiker der Union und der FDP in der Arbeitsgruppe Gesundheit haben sich auf eine gemeinsame Marschrichtung in der Gesundheitspolitik geeinigt. Auf einer gemeinsamen Pressekonzferenz am 24.10. haben die drei Parteivorsitzenden die Vereinbarung vorgestellt.

Demnach sprechen sich die Koalitionsparteien für die Freiberuflichkeit in der ambulanten medizinischen Versorgung aus: „Die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit ist ein tragendes Prinzip unserer Gesundheitsversorgung und sichert die Therapiefreiheit. Die freie Arztwahl durch die Patientinnen und Patienten ist dabei Ausdruck eines freiheitlichen Gesundheitswesens und die Basis für das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin und Arzt und Patientin und Patient. Diese Struktur der ambulanten Versorgung wollen wir aufrechterhalten.“

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollen den Ausführungen nach nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden, Geschäftsanteile könnten nur von zugelassenen Ärzten sowie Krankenhäusern gehalten werden. „Wesentlich ist dabei vor allem, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht und das MVZ von Ärztinnen und Ärzten verantwortlich geführt wird.“ Für den Bereich unterversorgter Gebiete solle es eine Öffnungsklausel für Krankenhäuser geben, wenn kein Interesse aus den Reihen der Ärzteschaft besteht. Die Aussagen zum Honorarsystem blieben unkonkret. Die Politiker schrieben lediglich, dass regionale Besonderheiten wieder Berücksichtigung finden sollen und das Vergütungssystem einfach und verständlich bleiben muss. Vor diesem Hintergrund müssten zusammen mit allen Beteiligten erforderliche „Kurskorrekturen“ vorgenommen werden. Weiter heißt es in den Koalitionsvereinbarungen: „Wir wollen die Transparenz für Ärz-



Foto: CC

ten. „Wesentlich ist dabei vor allem, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht und das MVZ von Ärztinnen und Ärzten verantwortlich geführt wird.“ Für den Bereich unterversorgter Gebiete solle es eine Öffnungsklausel für Krankenhäuser geben, wenn kein Interesse aus den Reihen der Ärzteschaft besteht.

Die Aussagen zum Honorarsystem blieben unkonkret. Die Politiker schrieben lediglich, dass regionale Besonderheiten wieder Berücksichtigung finden sollen

und das Vergütungssystem einfach und verständlich bleiben muss. Vor diesem Hintergrund müssten zusammen mit allen Beteiligten erforderliche „Kurskorrekturen“ vorgenommen werden.

Weiter heißt es in den Koalitionsvereinbarungen: „Wir wollen die Transparenz für Ärz-

tinnen und Ärzte sowie Versicherte erhöhen. Deshalb wollen wir die Möglichkeiten der Kostenerstattung ausweiten. Es dürfen dem Versicherten durch die Wahl der Kostenerstattung keine zusätzlichen Kosten entstehen.“ Auch müsse die GOÄ dem aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst werden. „Dabei sind Kostenentwicklungen zu berücksichtigen.“

Weiter heißt es: „Eine Pflicht zum Abschluss von Selektivverträgen führt im derzeitigen System zu Problemen im kollektivvertraglichen Bereich und unterhöhlt den Grundsatz der Vertragsfreiheit sowie die freie Arztwahl.“ Einigkeit scheint bei der Meinung zu bestehen, dass auch bei der zahnärztlichen Vergütung Hand angelegt werden muss: „Auch bei der vertragszahnärztlichen Vergütung hat sich die Ausgabensteuerung über die Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung überholt. Insgesamt müssen neue Regelungen gefunden werden. Regionale Besonderheiten werden berücksichtigt. Die vertragszahnärztliche Vergütung in den neuen Bundesländern wird angepasst.“

Um die Wahl der Kostenerstattung zu erleichtern, sollen bürokratische Hürden und Hemmnisse abgebaut werden, so der Zahnärztenachrichtendienst. Die GOZ werde an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst. Auch dabei seien Kostenentwicklungen zu berücksichtigen. Auch die Approbationsordnung für Zahnärzte soll novelliert werden. zm

■ Mehr zu den Ergebnissen der Koalitionsvereinbarungen im nächsten Heft.

BZÄK fordert

GOZ-Novelle nicht bematisieren

Mit verhaltenem Optimismus sieht die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) auf die kommenden Gespräche und Verhandlungen mit der neuen Bundesregierung. Für die anstehende Novellierung der GOZ sieht BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel die erste Prämisse darin, „dass eine GOZ nicht aus dem Bema rekrutiert werden kann, sondern als umfängliche gesamte Zahnheilkunde in einem neuen Leistungskatalog beschrieben sein muss, so, wie wir es in der Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ) bereits getan haben“.



Foto: DAK

Die sogenannte „Öffnungsklausel“ (§ 2a GOZ) sowie die Verankerung der Mehrkostenregelung des SGB V müssten in der zuletzt vorgelegten Form aus rechtlichen und fachlichen Gründen gestrichen werden.

Die GOZ wurde am 22. Oktober 1987 erstmals offiziell veröffentlicht und feiert somit gerade ihren 21. Geburtstag. Sie trat zum 1. Januar 1988 in Kraft. Engel dazu: „Jeder Geburtstag, den die geltende GOZ noch feiert, ist einer zuviel.“ sf/pr/BZÄK



Foto: stockdisc



Im Bau

Männer weinen 17-mal im Jahr

Frauen weinen bis zu 64-mal im Jahr, Männer höchstens 17-mal. Allerdings nicht von klein auf – dieser Unterschied bildet sich erst mit den Jahren heraus. Dies stellten Augenärzte der Deut-

schen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) fest. Bis zum 13. Lebensjahr weinen Jungen und Mädchen etwa gleich häufig. Später ändert sich das Bild: Männer weinen sechs- bis 17-mal pro

Jahr, Frauen 30- bis 64-mal. Männer lassen zwei bis vier Minuten lang die Tränen kullern, Frauen dagegen sechs Minuten. sg/äz

Kolumne

Zahnpflege, sinnlich

Stichwort Patienteninformation: Inwieweit darf die eigene Lebenserfahrung wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse ergänzen? Darüber unterhielt

ich mich neulich mit einem Kollegen. Es ging konkret um die vielgestellte Frage von Patienten, ob eine manuelle

Zahnreinigung mittels einer Zahnbürste besser sei als das Saubermachen mit einer elektrischen Zahnbürste. Er, als ein sogenannter Wechselbürstler, so verriet er mir, stelle sich diese Frage selbst immer wieder, denn er putze mal manuell und dann wieder mal elektrisch. Es sei immer wieder mal gut, zu testen, mit welchem Druck man die Bürste auf die Zähne drückt, um sie zu reinigen. Und das sei eben manuell besser festzustellen als mit einer elektri-

■ **Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de**

schon Zahnbürste. So weit, so verständlich – und wissenschaftlich auch haltbar. Von Professoren noch nicht ganz abgesichert war seine weitere

Begründung: So wie einer mit der Zahnbürste umgehe und wie er dabei seine Zähne behandle, so behandle er auch seine Frau. Seine Kinder. Seinen Hund. Seine Schwiegermutter. Sein Auto oder sein Bankkonto. Das hätte was mit Sinnlichkeit zu tun, mit Gefühl für Druck, Einfühlungsvermögen und Aufmerksamkeit. Da wir auf die eingangs gestellte Frage aber keine endgültige Antwort parat hatten, vertagten wir die weitere Erörterung.

Ihr vollkommener Ernst

Verkehrsunfälle: Land gefährlicher als Stadt

Bewohner von Großstädten werden bei Verkehrsunfällen erheblich seltener schwer verletzt als Umlandbewohner. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie der Technischen Universität Dortmund. Die Verkehrsforscher Professor Christian Holz-Rau und Joachim Scheiner fanden heraus: Für die Bevölkerung von dicht besiedelten Umlandkreisen großer Städte liegt das Risiko eines tödlichen Unfalls um etwa 40 Prozent höher als für die Stadtbevölkerung. Für Bewohner des ländlichen Raums bestehe sogar ein doppelt bis dreimal so hohes Risiko, im Straßenverkehr zu sterben. Ähnlich verhalte es sich bei Unfällen mit schweren Verletzungen. Das Risiko einer schweren Verletzung ist demnach in ländlichen Kreisen um rund 70 bis 100 Prozent höher als in Großstädten. Als Schwerverletzte zählen in der Unfallstatistik alle Personen, die stationär im Krankenhaus behandelt wurden. sg/äz

„Miss Plastic“ gekürt

Schöne Frauen, wie Gott sie schuf, sind wahrscheinlich out – zumindest in Ungarn. Neue Brüste, eine neue Nase, gestraffte Schenkel: Was andere Frauen lieber verschweigen, zeigten 18 Ungarinnen stolz der Öffentlichkeit – im Rahmen des Wettbewerbs „Miss Plastic“. Die Organisatoren von „Miss Plastic“ – darunter Schönheitskliniken, wo Götter in Weiß Gottes Kunstwerke korrigierten – erklärten, Ziel dieser Show sei es gewesen, für Schönheitschirurgie zu werben.

sg/äz