

Zahnheilkunde

Noch mehr Ethik gefragt

Balanceakt
Arzneimittelpolitik

Zahnärzte in der
NS-Zeit



Foto: picture alliance / dpa

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

ob Eid des Hippokrates, Genfer Gelöbnis, Deklaration von Helsinki oder das wieder aufkeimende Thema des „ethical code“: Die Befassung mit medizinischer Ethik zieht sich wie ein roter Faden durch die Geschichte des Gesundheitswesens. Erstaunlich ist das nicht, zu Zeiten bestimmter gesellschaftlicher Entwicklungen ist es allerdings immer wieder bemerkenswert. Menschenwürde, das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung und das Gebot des „primum non nocere“ sind keine geistigen Eintagsfliegen, vielmehr ein immerwährender Überbau im Denken eines auf Heilen und Helfen ausgerichteten Berufsstandes. Dass die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit Fragen medizinischer Ethik in den letzten Jahren zunimmt, hat seinen Ursprung sicherlich in der Auseinandersetzung mit dem medizinischem Fortschritt und den daraus erwachsenden neuen Möglichkeiten. Sie erfordern nicht nur ein Hinterfragen und Bewusstmachen ärztlichen Selbstverständnisses, sondern auch den Disput und die Übereinkunft der Gesellschaft im Umgang mit medizinischem Fortschritt. Ein wichtiger, in der gesellschaftlichen Diskussion immer wieder gescheuter Aspekt

■ *Er ist nach wie vor einer der wohl prominentesten Protagonisten ärztlicher Ethik: Nobelpreisträger Albert Schweitzer in Lambarene.*

in diesem Umfeld ist das Verhältnis von medizinischer Ethik und gesellschaftlicher Ökonomie. Jegliche Ansätze, die steigenden Kosten des Gesundheitswesens in die ethische Diskussion einzubeziehen, werden politisch meist opponiert und möglichst schnell vom Tisch gewischt. Das ist vielleicht mit ein Grund dafür, warum in Staaten, deren Gesundheitssysteme eher an die Grenzen ihrer finanziellen Möglichkeiten gestoßen sind, das Thema früher intensiviert wurde als im immer noch wirtschaftlich vergleichsweise „gesunden“ Deutschland. Unverkennbar ist aber auch hierzulande, dass die Forderung zur Klärung von grundsätzlichen Übereinkünften der Gesellschaft zur Erhaltung eines menschenwürdigen Gesundheitswesens zunimmt. Insofern ist es ein gutes Zeichen, dass der Berufsstand sich rechtzeitig in dieser immer wichtiger werdenden Entwicklung positioniert. So plant die Bundeszahnärztekammer, der zu novellierenden Musterberufsordnung einen ethischen Code voranzustellen, die DGZMK gründete dieser Tage einen Arbeitskreis Ethik. Zufriedenheit wird unsere

Gesellschaft in diesen Grundsatzfragen allerdings erst erlangen, wenn sie ihren Heilberuflern eine langfristig lebbare Handlungsfreiheit im Umgang mit ihren Patienten sichert. Denn es geht, so hat es Albert Schweitzer gefordert, ums Handeln: „Wahre Ethik fängt an, wo der Gebrauch der Worte aufhört.“

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: probDente, Titelfoto: vario images

Zum Titel

Qualitätsarbeit ist inzwischen selbstverständlich – aber auch die Ethik muss stimmen. Deutschland muss noch besser werden.

Seite 28



Eine unbekannt Leiche wurde nach 30 Jahren endlich identifiziert.

Seite 88

Foto: fotolia

Editorial 1

Leitartikel

Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorstandsvorsitzender der KZBV, über den Zustand der Koalition in der Gesundheitspolitik 4

Gastkommentar

Der gesundheitspolitische Journalist Julian Visarius über die Gesundheitsprämie 6

Nachrichten 8

Politik und Beruf

Arzneimittelpolitik:
Auf Biegen und Brechen 16

LPR-Treffen:
Der Geist aus der Flasche 22

Aus den Ländern

Rheinland-Pfalz:
SPD-Vorsitzender bei Freiberuflern 26

Titelstory

Ethik in der Zahnheilkunde:
Ein Stiefkind in Deutschland 28

Aachener Kompetenzzentrum:
Verzahnte Disziplinen 42

Zahnmedizin

 Der aktuelle klinische Fall:
Schwellung im Kieferwinkel 44

Der besondere Fall:
Therapie einer skelettalen Klasse III
mit einseitigem Kreuzbiss 48

Medizin

Suchterkrankungen:
Ein Problem bei Jung und Alt 52

Tagungen

Jahrestagung der DGCZ:
Digitaltechnik öffnet neue Türen 56

Rezensionen 62

Veranstaltungen 64

Akademisches

Zahnmedizinische Versorgung:
Der Bedarf wird steigen 84

Zweitstory

Identifizierung nach über 30 Jahren:
Eine Erfolgsgeschichte 88

Foto: picture alliance / dpa



Forscher haben Tutanchamuns DNA analysiert – und die Krankheiten des Pharaos bestimmt.

Seite 130

Foto: MEV



Noch vor Kurzem galten Schiffsfonds als rentabel. Doch die Finanzkrise sorgte für einen Verfall der Frachtraten und der Kaufpreise. Eine Bestandsaufnahme.

Seite 110

Foto: Neddermeyer



Wie reagieren die Zahnärzte auf die Selektivverträge? Analysen und Antworten ergab das Treffen der Öffentlichkeitsbeauftragten in Frankfurt.

Seite 22

Praxismanagement

Betriebliches Eingliederungsmanagement:
Behutsamer Wiedereinstieg **94**

EDV und Technik

Hotelbewertungs- und Flugportale:
Wer online eine Reise bucht **96**

Finanzen

Implantologie-Markt:
Liebhaber, Spezialisten und Profis **100**

Erträge bei Lebensversicherungen:
Auf Talfahrt **106**

Schiffsbeteiligungen:
Tanker mit Schlagseite **110**

Recht

Urteile **114**

Internationales

Arzneimittelversorgung:
Lücken in der Kinderapotheke **118**

Historisches

Deutsche Zahnärzte 1933 bis 1945:
Gräber ohne Namen **122**

Mumienforschung:
Tod am Nil **130**

Bekanntmachungen 132

Impressum 133

Neuheiten 134

Letzte Nachrichten 165

Zu guter Letzt 168





Foto: KZBV/Lopata

3 Prediger und 5 Sargträger?

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

ursprünglich wollte die schwarz-gelbe Bundesregierung eine große, grundlegende Gesundheitsreform. Eine Kurskorrektur, wenn nicht sogar ein Kurswechsel war der Wunsch der „Wunschkoalition“. Ihr Programm sprach Bände, machte Hoffnung. Und ursprünglich war der Gedanke von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler, diesen Aufbruch durch eine interministerielle Arbeitsgruppe im Konsens vorzubereiten, eigentlich kein schlechter. Ursprünglich!

Zurzeit, nach fast 150 Tagen im Amt, vermittelt die Ministerriege um Bundeskanzlerin Angela Merkel aber manchmal den Eindruck, sie mutiere von der Wunschkoalition zu einer „Koalition der frommen Wünsche“: Zu deutlich sind die Gegensätze in der Auffassung dessen, was in der Koalitionsvereinbarung festgeschrieben wurde. Zu kontrovers verläuft der politische Diskurs über den anzusteuern Weg für das deutsche Gesundheitswesen, als dass sich der Anschein eines christlich-liberalen Miteinanders noch aufrechterhalten ließe.

Der Liberale Philipp Rösler, der hartnäckig dem Koalitionsvertrag die Treue halten und

die Reform auf Kurswechsel trimmen will, musste sehr schnell feststellen, dass die Opposition gegen sein Vorhaben zur Einführung einer Gesundheitsprämie nicht erst

im Parlament, sondern schon in der eigenen Regierungskoalition aktiv ist. Denn auch in dieser Sache macht Bayerns Ministerpräsident Horst

Seehofer aus seinem

Herzen keine Mördergrube. Er stellt sich zum Thema Gesundheitsprämie mit SPD, Grünen und Linken in eine Reihe. Und via Verbraucherschutzministerin Ilse Aigner sitzt er mit am Kommissionstisch.

Aber der Widerstand kommt nicht nur aus den Reihen der Christlich-Sozialen. Im neuen Gesundheitskabinett sitzt auch Finanzminister Wolfgang Schäuble. Der wird mit seinem klar formulierten Sparkurs keinen Platz für zusätzliche Steuerfinanzierungen frei halten wollen. Spannend dürfte auch sein, welche Rolle die anderen CDU-Ministerialen Ursula von der Leyen, Thomas de Maizière und Kristina Schröder einnehmen. Letztlich dürfte wohl der Fraktionszwang ausschlaggebend werden. Und den prägt die Bundeskanzlerin entscheidend mit. Noch darf also gerätselt werden, in welche Richtung das Pendel ausschlagen wird.

Reform tut not, politisches Taktieren oder gar Aussitzen schadet dieser Gesellschaft.

Philipp Rösler hat mit Rainer Brüderle und Sabine Leutheusser-Schnarrenberger zwei Liberale an der Seite, die im Sinne der Sache predigen werden. Im Zweifel stehen ihnen aber fünf Sargträger für etwas gegenüber, das der Bundesgesundheitsminister zur zentralen Säule seiner politischen Agenda gemacht hat. So hat sich der smarte Mann aus Niedersachsen seine politische Zukunft vor Kurzem sicher noch nicht vorgestellt.

Wie das Ringen um die künftige Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens ausgehen wird, ist angesichts des derzeitig populistischen Säbelgerassels von Bayern Richtung Berlin noch nicht ausgemacht. Und die Arbeit am Tisch wird hoffentlich in der einen oder anderen Sache mehr Klarheit bringen als die jetzt ohne Konzept per Daumen getroffenen Milliarden-Hochrechnungen.

Dennoch: Vom Erfolg dieser Kommission hängt auch das Wohl und Wehe der anderen Entscheidungen ab, die im Sinne des Koalitionsvertrags anstehen. Auch ist der Faktor Zeit nicht unerheblich – ganz egal, ob es um die Wahlen in Nordrhein-Westfalen und damit Bundesratsmehrheiten geht oder nur um die galoppierenden Kosten in einer Zeit der Rezession. Reform tut not, politisches Taktieren oder gar Aussitzen schadet dieser Gesellschaft.

Der Präsident des Bundesverbands der Deutschen Industrie, Hans Peter Keitel, hat dieser Tage die Regierungsarbeit beklagt. Fünf Monate nach der Wahl herrsche Orientierungslosigkeit, die Regierung wisse, „dass sie an verschiedenen Stellen nicht optimal agiert und zwar fahrlässig“. Angela Merkel sollte endlich klarstellen, was ihr der Koalitionsvertrag wert ist.

Vielleicht wird es Sigmar Gabriel ja richten. Was die Koalition nicht schafft, macht er! Mit seiner Ankündigung einer Kampagne „Nein zur Kopfpauschale“ wird er womöglich die Koalition endlich geschlossener aufstellen. Zeit wär's.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Jürgen Fedderwitz
Vorsitzender der KZBV

Spiel mit dem Feuer

Die Medien haben die Regierungskommission, die über die Zukunft der GKV – Umlageversicherung oder Prämie – entscheiden soll, ironisch kommentiert.

Davon abgesehen, dass keine Abgeordneten mit an Bord sind – nur vier von ihnen dürfen als Gäste am Katzentisch sitzen, da sind schon ernsthafte Gedanken über den deutschen Parlamentarismus gestattet –, sind die Länder nicht vertreten. Gelingt ein konsentierter Regierungsentwurf, glatt gebügelte parlamentarische Beratungen, müssen noch die Länder ihr Votum im Bundesrat abgeben.

Fiele die Entscheidung für eine Prämie, scheint es fraglich, ob die Länder zustimmen. Für Bayern lehnen Horst Seehofer und Markus Söder die Prämie unmissverständlich ab. Auch die SPD-geführten Länder werden nicht zustimmen, und dann sind da noch die Länderfinanzminister. Sie werden bei dem Gedanken an Steuerausfälle und die Folgen für die Beihilfe eine Prämie mit Sozialausgleich aus Steuermitteln für Blasphemie halten. Zudem: Wie werden zum Zeitpunkt der Entscheidung die Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat aussehen? Der Bundesrat, an dem schon so manche Reform gescheitert ist, wird ein entscheidender Faktor sein.

Die Rösler-Kommission hat aber noch ganz andere Hürden zu nehmen, nicht umsonst ist die Zusammensetzung ressortübergreifend. Wolfgang Schäuble wird mit Argusaugen auf seine Steuermilliarden blicken, Ilse Aigner das System der landwirtschaftlichen Krankenversicherung verteidigen und bayrischen Dampf in die Verhandlungen bringen. Kristina Schröder wird darauf achten, dass die Familien nicht überverteilt werden und keine negativen Auswir-

kungen in der Pflege entstehen. Rainer Brüderle wird für die Prämie in Parteinarbeit für die Arbeitgeber kämpfen, Thomas de Maizière als Wachhund der Kanzlerin agieren, Ursula von der Leyen die Interessen der anderen

Sicherungssysteme vertreten.

Die unangenehmste Aufgabe aber fällt Sabine Leutheusser-Schnarrenberger zu. Sie wird der Kommission die rechtlichen, vor allem auch europarechtlichen Konsequenzen erläutern müssen. Diese sind gravierend und könnten das gesamte Gesundheitssystem, die deutsche und damit auch die kontinentale Sozialkultur völlig verändern.



Foto: privat

Weitreichende Konsequenzen für das deutsche Gesundheitssystem erwartet der Berliner gesundheitspolitische Fachjournalist Julian Visarius, falls es zur Einführung einer Gesundheitsprämie kommt.

Findet der Sozialausgleich nicht mehr im System statt, handelt es sich laut EuGH nicht mehr um ein geschlossenes Sozialsystem, dann werden die Krankenkassen privatrechtliche Unternehmen mit allen Konsequenzen: Mehrwertsteuerpflicht, europäisches Wettbewerbs- und Kartellrecht. Was die Bundesrepublik Deutschland seit vielen Jahren in Brüssel und in Luxemburg



Foto: vario images

abzuwenden versucht, den Unternehmensstatus der Kassen, europäisches Wettbewerbs- und Kartellrecht für das deutsche Gesundheitswesen, wäre dann unaufhaltbar. Die AOKen mit teilweise 40 Prozent Marktanteil müssten zerschlagen werden, alle Verträge wären privatrechtliche Verträge, es gäbe keinen Kollektivvertrag mehr, nur noch Selektivverträge, die aber nur einen bestimmten Marktanteil (Kartellrecht) abdecken dürften, keine Körperschaften, und so weiter. Damit wären auch die heutigen Strukturen der Leistungserbringer obsolet, das Ende der Selbstverwaltung eingeläutet. Man mag das im ersten Moment begrüßen, bei näherem Betrachten dürfte aber auch den Leistungsanbietern der Schweiß auf die Stirn treten. Alle kollektiv vereinbarten Instrumente, zum Beispiel die Festzuschüsse, wären dahin.

Neues Spiel – neues Glück? Wohl kaum. Der Versicherte hat durch Privatisierungswellen der letzten Jahre überall kleine Verteuerungen seines Lebens, einen Realkaufkraftverlust in Kauf nehmen müssen. Aus eigener Tasche wird er immer weniger für die Gesundheit ausgeben können, und die Solidargemeinschaft GKV existiert nicht mehr. Der Staat wird im Bedarfsfall mit Basiserstattungen einspringen müssen.

Ob die Leistungserbringer das wollen? ■

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

Koalition**Verschärfter Streit um die Prämie**

In der schwarz-gelben Koalition prallen die Gegensätze bei der geplanten Gesundheitsreform immer unversöhnlicher aufeinander. Bayerns Ministerpräsident Horst Seehofer (CSU) kündigte sein Veto gegen eine Umstellung auf pauschale Beiträge an.

„Eine Umstellung der bestehenden, am Lohn orientierten und sozial gerechten Arbeitnehmerbeiträge auf eine Pauschale wird es mit mir nicht geben“, sagte Seehofer der „Rheinischen Post“. Der Vorsitzende der Unionsfraktion, Volker Kauder (CDU), bekannte sich indes erstmals unumwunden zu Pauschalbeiträgen. Kauder sagte dem „Hamburger Abendblatt“: „Wir wollen die Gesundheitsprämie, das haben wir in der Koalitionsvereinbarung festgelegt.“ Die sogenannte



Foto: MfEV

Kopfpauschale begrenze die Arbeitskosten.

Seehofer zeigte sich gesprächsbereit: Die CSU erwarte Vorschläge der Regierungskommission zur Finanzierung künftiger Kostensteigerungen. Bayerns Gesundheitsminister Markus Söder (CSU) hingegen stellte die gerade erst eingesetzte Reformkommission und den Koalitionsvertrag infrage. Söder sagte der „Bild am Sonntag“: „Die Arbeit der Kommission ist so gut wie erledigt, bevor sie angefangen hat.“ Nach Berechnungen von Finanzminister Wolfgang Schäuble (CDU) sei zur Finanzierung der Pauschale ein Spitzensteuersatz von 73 Prozent nötig. „Damit ist klar, dass die FDP als Steuerersenkungspartei ihr Vorhaben zu den Akten legen muss.“

SPD-Parteichef Sigmar Gabriel kündigte an: „Wir werden die Landtagswahl zur Abstimmung über die geplante Kopfpauschale machen.“ Die SPD müsse die schwarz-gelbe Mehrheit im Bundesrat brechen, um die Pläne zu verhindern. ck/dpa

Kritik von FDP**CSU beschädigt Merkel und Koalition**

Die FDP-Spitze hat den Koalitionspartner CSU aufgefordert, Störmanöver gegen die Berliner Koalition umgehend einzustellen.

Bayerns Ministerpräsident Horst Seehofer (CSU) und sein Gesundheitsminister Markus Söder (CSU) beschädigten die Autorität von Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU), heißt es in einem

Beschluss des FDP-Präsidiums. „Herr Söder und Herr Seehofer sind aufgefordert, jetzt die öffentlichen Störungen einer konstruktiven Lösungssuche in der Koalition einzustellen“, erklärte FDP-Generalsekretär Christian Lindner in Berlin zum Koalitionsstreit über die Gesundheitspolitik. ck/sg/dpa

KBV zu Behandlungsfehlern**Offensiven Umgang unterstützen**

Die KBV will einen offensiven Umgang mit ärztlichen Fehlern unterstützen. Sie setzt dabei auf das Prinzip der Freiwilligkeit: „Zwangmaßnahmen schaffen keine Akzeptanz und helfen weder Ärzten noch Patienten“, sagte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler zur Diskussion über ein Melderegister für Behandlungsfehler. Ein reines Melderegister greife zu kurz, weil es keinen Lerneffekt gebe. Um den verantwortungsvollen Umgang mit Fehlern und Beinahe-Schäden zu unterstützen, hätten KBV und Bundesärztekammer bereits vor fünf Jahren

ein Berichts- und Lernsystem eingerichtet: CIRSmedical.de, ein Online-Portal betreut durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). CIRS steht für Critical Incident Reporting-System. Mit dem

anonymen Berichts- und Lernsystem für kritische Ereignisse und Fehler in der Medizin könnten Ärzte aus den eigenen Fehlern und denen anderer lernen. „Daraus lassen sich Strategien zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse und zur Verbesserung der Patientensicherheit entwickeln“, erklärte Köhler. Das Portal www.CIRSmedical.de richte sich an alle Beschäftigten im Gesundheitswesen – auch Patienten könnten kritische Ereignisse melden. Die Berichte seien von jedem einsehbar.

ck/sg/pm



Foto: picture alliance

DGB beruft ein**Eigene Kommission zur Gesundheit**

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) hat eine Reformkommission mit dem Titel „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“ einberufen. Die von der Bundesregierung eingesetzte Kommission bezeichnete DGB-Vorstand Annelie Buntenbach als „politischen Elfenbeinturm“.

„Wir sind froh, dass wir hochkarätige Experten und gleichzeitig Spitzenvertreter wichtiger gesellschaftlicher Gruppen für unsere Kommission gewinnen konnten. Die Kommission vereint wissenschaftliche Expertise und gesell-

schaftliche Gestaltungskraft, so dass wir voller Zuversicht an die Arbeit gehen können“, sagte Buntenbach.

Die Diskussion über die zukünftige Finanzierung der GKV müsse in der öffentlichen Arena und nicht in Hinterzimmern der Ministerialbürokratie stattfinden. Der DGB verstehe seine Kommission dagegen als Ort und Ausgangspunkt für eine breite Debatte über die Weiterentwicklung der solidarischen Finanzierung der GKV, so Buntenbach. ck/pm

Absprachen beim Zusatzbeitrag

Kartellamt bestätigt Prüfverfahren

Das Bundeskartellamt hat gegen neun gesetzliche Krankenkassen wegen möglicherweise verbotener Absprachen zu den umstrittenen Zusatzbeiträgen ein Prüfverfahren eingeleitet. Das bestätigte das Amt in Bonn.

Die Behörde gehe dem Verdacht nach, dass die Kassen bei ihrer gemeinsamen Ankündigung von Zusatzbeiträgen gegen das Wettbewerbsrecht verstoßen haben. Der GKV-Spitzenverband hatte die Vorwürfe bereits zurückgewiesen. Bei dem Verfahren geht es nach Angaben des Kartellamts

nur um verbotene Kartellabsprachen. Die Angemessenheit der angekündigten Zusatzbeiträge werde nicht geprüft. Die Kassen müssen binnen drei Wochen dem Kartellamt die geforderten Auskünfte erteilen.

Den gesetzlichen Krankenkassen fehlen in diesem Jahr rund vier Milliarden Euro. Dieses Defizit wollen die DAK und weitere Krankenkassen mit Zusatzbeiträgen ihrer Versicherten zwischen acht und 37,50 Euro pro Monat ausgleichen. ck/dpa

Patientenbeauftragter Zöller

UPD soll Regelleistung werden

Das Modell der „Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD)“ soll ausgebaut und in die Regelleistung geführt werden. Dies betonte der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller, anlässlich der Veranstaltung des GKV-Spitzenverbandes zur Zukunft der Patientenbe-

ratung am 25. Februar in Berlin. Der auf der Tagung

vorgelegte Zwischenbericht zur zweiten Modellphase der UPD verdeutliche, dass das Modell erfolgreich genutzt werde und gute Fortschritte erzielt habe. Gleichwohl sehe er strukturellen Verbesserungsbedarf:

Kooperationen sollten ausgebaut, Qualitätsstandards vereinheitlicht und der Zugang zur Beratung erleichtert werden. Eine weitere Fokussierung auf die

Kernthemen sollte stattfinden. Auch sollte die Funktion des Seismographen ergänzt werden.

Die UPD müsse aufgrund der bundesweiten Präsenz eine Rückmeldfunktion in das Gesundheitssystem entwickeln. Zöller weiter: „Natürlich ist die UPD grundsätzlich als unabhängig zu

bezeichnen.

Aber es gibt zum Beispiel ein Veto-

recht der Geldgeber, die der Kritik der Abhängigkeit Vorschub leistet. Diese Fragen müssen von der Politik gelöst werden und zwar schnell.“

Zöller sprach sich für eine Entscheidung im Verlauf der nächsten zwei bis drei Monate aus, um die Kontinuität des Projekts ohne Reibungsverluste zu gewährleisten. Das Modell läuft mit Ende diesen Jahres aus. pr/pm



**Unabhängige
Patientenberatung
Deutschland | UPD**

Kampagne**DZV warnt vor Selektivverträgen**

Der Deutsche Zahnärzte Verband (DZV) hat eine bundesweite Aufklärungskampagne gestartet: Er will die Patienten im Wartezimmer mit Flyern und Postern vor Selektivverträgen warnen.

„Nulltarifangebote werden von einigen Kassen im Zusammenspiel mit Handels- und Managementgesellschaften aggressiv beworben, um Kunden zu gewinnen“, erläuterte der DZV-Vorsitzende ZA Martin Hendges.

„Solche Selektivverträge sind schleichendes Gift für unser Gesundheitssystem.“ „Unsere Patienten werden massiv verunsichert und nicht neutral über die Inhalte solcher Selektivverträge informiert“, betont Hendges. „Vielmehr wirbt man mit vordergründigen und plakativen Ver-

sprechen wie Nulltarif, Dumpingpreisen für Professionelle Zahnreinigung und Implantatversorgungen, ohne die Bedingungen und Pflichten für Patienten klar zu benennen.“

Das Arzt-Patienten-Verhältnis werde erheblich belastet, weil Patienten für bestimmte Leistungen in andere Praxen gelotst werden.

„Bezüglich der weltweit anerkannten Qualität von Zahnersatz aus Deutschland wird auch vollkommen vergessen, dass ein wesentlicher Garant dafür die intensive Zusammenarbeit vom Zahnarzt und dem Zahntechniker vor Ort ist“, so Hendges. „Das geht nicht mit einem anonymen Labor in China.“ ck/pm

Glätte-Opfer**Behandlungskosten zurückgefordert**

Laut einem Bericht der „Berliner Zeitung“ haben mehrere Krankenkassen, darunter die AOK und die Barmer, angekündigt, die zusätzlichen Behandlungskosten für Glätte-Opfer von den Grundstückseigentümern, beziehungsweise den von ihnen beauftragten Winterdiensten zurückzufordern, wo nicht ordentlich Schnee gefegt oder das Eis beseitigt worden ist. „Wir prüfen

auf jeden Fall, ob bei Glatteisfällen Verkehrssicherungspflichten verletzt wurden“, sagt eine Sprecherin der KKH-Allianz. Die Kasse rechne allein für den Januar mit doppelt so vielen Knochenbrüchen wie im ersten Monat des Vorjahres. Bundesweit mussten nach einer Hochrechnung im vergangenen Monat 20 000 gesetzlich Versicherte wegen Armo- oder Beinbrüchen, Kopf- oder Platzwunden stationär behandelt werden. Bereits im Jahr 2009 hatte die Kasse mehr als drei Millionen Euro für Unfälle aufgrund von Dauerfrost und anhaltender Eisglätte aufwenden müssen. sf/BZ



Foto: picture alliance

Männerkongress in Düsseldorf**Gezielte Förderung vonnöten**

Ärzte, Psychotherapeuten und Lehrer fordern Gleichstellungsaufträge für Männer. Außerdem sollten in Kindergärten und Grundschulen gezielt Männer eingestellt werden, hieß es auf dem ersten wissenschaftlichen Männerkongress in Düsseldorf. Vielfach fehlten den Söhnen in den Familien „emotional präzente Väter“ sowie in Kindergärten und Schulen verständnisvolle männliche Erzieher, kritisierte der Düsseldorfer Psychoanalytiker Prof. Matthias Franz auf der Tagung vor

rund 400 Teilnehmern. Jungen seien eindeutig die schlechteren Schüler, betonte der Experte vom Institut für Psychosomatische Medizin der Universität Düsseldorf. Im Jahr 2008 schafften 57 Prozent der Mädchen, aber nur 43 Prozent der Jungen das Abitur, sagte Franz. Bei Schulabbrechern liege das männliche Geschlecht mit 60 Prozent und unter den Sonderschülern mit 64 Prozent klar vorn. Franz: „Die Bildungskatastrophe heute ist männlich.“

Die Tagungsteilnehmer beklagten eine vielfache „Entwertung positiver männlicher Eigenschaften“ in der Gesellschaft, die mittlerweile zu tiefgreifenden und häufig leidvollen Identitäts- und Orientierungskrisen vieler Männer und Jungen geführt habe. sf/dpa



Foto: MEV

Krankenkassen**PKV will direkt mit Ärzten verhandeln**

Die PKV will wie die gesetzlichen Kassen direkt mit Ärzten und der Pharmaindustrie verhandeln. Vereinbarungen über exakte Qualitätsmaßstäbe wirkten sich am Ende günstig auf die Kosten aus. „Wir brauchen vom Gesetzgeber dringend das Mandat, sowohl mit Ärzteverbänden als auch mit der Pharmaindustrie direkt verhandeln zu dürfen, wie das bei gesetzlichen Kassen üblich ist“, sagte PKV-Chef Reinhold Schulte dem „Focus“. Geht es nach Schulte, soll die PKV zudem künftig ihre Kunden intensiver bei der Auswahl von Medizinern beraten. Schulte: „Wenn uns ein Versicherter anruft und einen guten Arzt sucht, nennen wir ihm mehrere Adressen. Das werden

wir noch verstärken und dafür werben. Wir wollen aber niemandem vorschreiben, welchen Arzt er aufsuchen soll.“ Der Versicherte behalte die freie Auswahl. Die Versicherer hätten Schulte zufolge „ganz deutlich das Gefühl, dass viele Ärzte über uns ausgleichen, was sie bei den gesetzlichen Kassen nicht mehr bekommen. Das ist ein nicht hinnehmbarer Zustand, den wir ohne Änderungen durch den Gesetzgeber nicht in den Griff bekommen.“ Schulte machte den Privatkunden wenig Hoffnung auf sinkende Beiträge. Fest stehe: „Die Deutschen werden immer älter. Diese längere Lebenserwartung kostet eben Geld.“ ck

Ärzte und Patientenvertreter fordern

Einführung einer Drug Facts Box

Zur besseren Information von Patienten über verschreibungspflichtige Arzneimittel schlagen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Vertreter von Patientenorganisationen vor, Packungsbeilagen um eine so genannte Drug Facts Box zu erweitern. Die Box soll auf verständliche, übersichtliche und neutrale Weise über alle erwünschten und unerwünschten Wirkungen eines Arzneimittels informieren.

Mit ihrer Forderung richten sich die KBV, die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung (BAG Selbsthilfe) und die Allianz chronischer seltener Erkrankungen (Achse) an die EU. Das Europäische Parlament (EP) berät derzeit den Vorschlag der EU-Kommission zur Stärkung der Patienteninformation über Arzneimittel. Der Vorschlag ist bei Europaabgeordneten, Ärzten und Patientengruppen stark umstritten, da befürchtet wird, dass die Pharmaindustrie eine weitgehende Informationsfreigabe zu unerlaubter Werbung nutzen könnte. Die Drug Facts stellen hingegen eine „neutrale Informationshilfe“ für die Patienten dar, so die KBV und die Selbsthilfeverbände.

Bei einem Pressegespräch in Brüssel betonte Dr. Carl-Heinz Müller: „Eine verbesserte Mitwirkung des Patienten stärkt das Arzt-Patientenverhältnis und erhöht den Behandlungserfolg. Diesem Zweck sollen therapiebezogene und wirkstoffbezogene Patienteninformationen dienen. Sie sollten frei von werblichen Einflüssen sein und müssen die

Risiken der Einnahme eines Arzneimittels objektiv und patientengerecht darstellen.“

Martin Danner von der BAG Selbsthilfe und Andreas Reimann von Achse forderten zudem, Packungsbeilagen, Fachinformationen und Patienteninformationen in einer öffentlich zugänglichen Datenbank im Internet verfügbar zu machen – und zwar in allen Sprachen der EU. Die Patienteninformation solle jedoch durch die jeweilige nationale Zulassungsbehörde legitimiert sein, um aufgrund einer spezifisch wissenschaftlich abgesicherten Methodik Objektivität, Unabhängigkeit und die Freiheit von werblichen Einflüssen sicherzustellen. „Das Recht des Patienten auf objektive Information muss Vorrang vor den letztlich geschäftlichen Interessen der Pharmaindustrie haben“, sagte Reimann.

Der gesundheitspolitische Sprecher der christdemokratischen Fraktion im EP, Dr. Peter Liese, versprach, bei den Beratungen im Parlament dafür einzutreten, eine Veröffentlichung von Patienteninformationen in Printmedien zu verbieten. Im Internet sollten vorab genehmigte Informationen hingegen für alle Patienten zugänglich sein.

Der neue EU-Gesundheitskommissar John Dalli hat bereits signalisiert, dass er für eine substanzielle Überarbeitung des Richtlinienvorschlages eintreten werde. Inwieweit es zu Änderungen kommt, hängt davon ab, auf welche Position sich das EP einigt. Eine Abstimmung im Plenum soll im Frühsommer erfolgen. pr/ps

LAJH-Wettbewerb**„Haus der Zahnfee“ ausgezeichnet**

Die Gewinner des Kreativ-Wettbewerbs „Wir basteln etwas aus alten Zahnbürsten“ der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (LajH) in Hamburg wurden mit Preisen in Gesamthöhe von 1 700 Euro ausgezeichnet.

Der erste Preis im Wert von 550 Euro ging an den „Katholischen Kindergarten Bonifatius“ in Hamburg-Wilhelmsburg. Dar-

gestellt wurde das Schlafzimmer der Zahnfee. Die Kosten des Wettbewerbs übernahm die KZV Hamburg. Die Preise übergab Dr. Claus St. Franz, Jury-Mitglied und stellvertretender Vorsitzender der KZV: „Wer erinnert sich

nicht daran, wenn ein Zahn ausgefallen war, den dann nachts die Zahnfee unter dem Kopfkissen hervorholte und etwas Schönes dafür liegen ließ. Nun haben wir auch eine Vorstellung davon, wie diese Zahnfee wohnt.“ In-

gesamt 38 Hamburger Kindergartengruppen hatten sich mit dem Thema „Zahnbürste“ beschäftigt. Da-

zu LajH-Geschäftsführer Gerd Eisentraut: „Ich freue mich über diese Beteiligung und die Kreativität der eingereichten Arbeiten.“ Die LajH vergab an vier Kindergärten Trostpreise in Höhe von je 100 Euro. sf/et



Foto: LajH e.V.

Young Dentists Worldwide**BdZA als Mitglied bestätigt**

Auf der Generalversammlung der Young Dentists Worldwide (YDW) in San Juan/ Puerto Rico wurde der Bundesverband der Zahnmedizinischen Alumni (BdZA) einstimmig als neues Vollmitglied bestätigt. Laut einer Erklärung verstehen sich beide Organisationen als Mittler zwischen Studenten, Berufsverbänden und der Standespolitik. Die gemeinsame Aufgabe sei es, jungen Zahnärzten national und international beim Sprung ins Berufsleben zu helfen. Durch neue Kom-

munikationswege, die sich gerade durch Facebook, Yahoo-groups und andere Plattformen böten, würden mittlerweile weit mehr Menschen erreicht als dies noch vor einigen Jahren möglich war, so die Erklärung beider Organisationen. Der BdZA versteht sich als Bindeglied zwischen dem Bundesverband der Zahnmedizinischen Studenten (BdZM) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK). Der YDW gilt als Mittler zwischen der International Association of Dental Students (IADS) und der World Dental Federation (FDI). Der YDW-Day am 17. Juli 2010 in Brno, Tschechien, im Rahmen des diesjährigen IADS Kongresses, zähle zu den ersten gemeinsamen Veranstaltungen. Ein weiteres Treffen sei spätestens zur nächsten IDS (2011) geplant.

sf/pm



Foto: BdZA

AS-Akademie**Sechster Studiengang gestartet**

Die unter Schirmherrschaft von BZÄK und KZBV stehende AS-Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement startete Ende Februar mit einer feierlichen Eröffnung in Berlin offiziell den 6. Studiengang. Kernanliegen der AS-Akademie sei die Wahrung der freiberuflichen Praxis und der professionellen Selbstverwaltung, erklärte der wissenschaftliche Leiter der Akademie, Prof. Burkhard Tiemann. Er empfahl den 22 Teilnehmern, die Chancen des postgradualen Fortbildungsgangs von Beginn an zu nutzen und Netzwerke aufzubauen. Prof. Johann Eekhoff, Staatssekretär a. D., referierte eindrucksvoll über Stand und Perspektiven der Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl. Die Grußworte der Akademieträger überbrachten ZA Rüdiger Winkelmann, Vorstandsmittglied der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe sowie Dr. Dirk Mittermeier, Vorstands-

vorsitzender der KZV Bremen. Letzterer erklärte, die Teilnehmer hätten zukünftig die Möglichkeit, die Selbstverwaltung des Berufsstandes aktiv mitzugestalten. Die AS-Akademie wird derzeit von der Ärztekammer Saarland (Abt. Zahnärzte), den Zahnärztekammern Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Westfalen-Lippe, den KZVen Bremen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein sowie dem Zahnärztlichen Bezirksverband Schwaben getragen und kooperiert mit dem Bundesverband der Zahnmedizinischen Studenten in Deutschland. sf

Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement
Chausseestraße 13
10115 Berlin
Tel.: 030/40005112
Fax: 030/40005129
b.koch@bzaek.de (Sekretariat)

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

„KIBRA“-Hilfswerk**Ins Kanzleramt eingeladen**

Das Hilfswerk „KIBRA Kinderzahnhilfe Brasilien“ wurde unter die besten 25 Stipendiatenprojekte des Vereins „start social e.V.“ gewählt. Unter dem Motto „Hilfe für Helfer“ findet am 23. April 2010 die Bundesprämierung im Bundeskanzleramt statt. Hier erhalten sieben Initiativen Preisgelder in Höhe von insgesamt 35 000 Euro.

Das Projekt KIBRA Kinderzahnhilfe Brasilien engagiert sich unter anderem für den Bau von medizinischen Behandlungsräumen,

die Beschaffung von zahnärztlichen Geräten und Instrumenten, die Finanzierung von zahnärztlichen Verbrauchsmaterialien, die Versorgung der Kinder mit Zahnpflegeutensilien sowie die Ausbildung von Prophylaxehelferinnen vor Ort. Knapp 400 Initiativen hatten sich für die diesjährige Wettbewerbsrunde beworben. 100 Ideen wurden von „start social e.V.“ mit wirtschaftlichem Know-how durch qualifizierte Coaches drei Monate lang unterstützt. sf/sg/pm

„Kinderstube“

Ratgeber fürs Wartezimmer

Die neue Ratgeber-Zeitschrift „Kinderstube“ wird als Gemeinschaftsprojekt vierteljährlich herausgegeben von der Sächsischen Landes Zahnärztekammer, der Sächsischen Landesapothekerkammer, der Sächsischen Landestierärztekammer, der Sächsischen Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit dem sächsischen Staatsministerium für Soziales. Ziel ist es, Familien mit Kindern im Alter von null bis zwölf Jahren werbefrei



Foto: Kinderstube

Tipps, Hinweise Ratschläge und Anleitungen für den Umgang mit Heranwachsenden zu vermitteln.

Die Zeitschrift ist im Abo erhältlich. Der Einzelpreis beträgt 1,50 Euro. Es gibt für Zahnärzte die Möglichkeit, ein Patenschaftsabo für Schulen oder Kindergärten zu übernehmen, in denen Gruppenprophylaxemaßnahmen durchgeführt werden.

sf/pm

■ info@abo-kinderstube.de

■ **Abo-Hotline: 03525/718686**

NHS-Kliniken

Arzneien an Pharmagrossisten verkauft

Britische Staatskliniken verkaufen offenbar verschreibungspflichtige Medikamente lieber an Pharmagroßhändler und ins Ausland, anstatt damit ihre eigenen Patienten zu behandeln. Wie die britische Tageszeitung „Daily Mail“ berichtete, habe das zum staatlichen Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) gehörende Royal Surrey County Hospital (Guildford) kürzlich Medikamente für umgerechnet rund 5,5 Millionen Euro „an Pharmagrossisten“ verkauft. Durch den Verkauf habe die Klinik einen Reingewinn von umgerechnet rund 400 000 Euro er-

zielt. Der britische Herstellerverband (Association of British Pharmaceutical Industry, ABPI) reagierte empört. Ärzteverbände protestierten ebenso wie die organisierten Patienten. Inzwischen ist auch das Londoner Gesundheitsministerium eingeschaltet. Unklar ist, ob es sich bei den Vorfällen in Guildford um einen Einzelfall handelt oder ob andere Staatskliniken ebenfalls Medikamente an Großhändler weiterverkaufen, um so ihre Hauskassen aufzufüllen. Britische Medien berichten, es handele sich um eine „weit verbreitete Praktik“.

pr/ast

Vorhofflimmern**Laufsportler sind häufig betroffen**

Marathon-Skilangläufer, aber auch andere Ausdauersportler weisen ein ungewöhnlich hohes Risiko für Vorhofflimmern auf, wie jetzt eine Studie, die über einen Zeitraum von 30 Jahren verlief, zeigte. Die Häufigkeit („Prävalenz“) von Vorhofflimmern, der häufigsten Herzrhythmusstörung, betrug bei den regelmäßig untersuchten Athleten 12,8 Prozent. Zum Vergleich: In der Allgemeinbevölkerung sind nur 0,5 Prozent betroffen, erst ab 75 Jahren steigt die Rate auf rund



Foto: MEV

15 Prozent an. „Eine so hohe Rate an Vorhofflimmern war bislang noch nie bei Athleten oder normalen Personen im Alter unter 75 Jahren gezeigt worden“, kommentiert Dr. Jostein Grimsjo von der Feiring Herz Klinik in Norwegen, der Studienleiter der Birkebeiner Studie. „Obwohl kein sicherer Hinweis darauf gefunden wurde, welche Athleten eher zu Rhythmusstörungen neigen könnten, sollte man darauf hinweisen, dass anhaltendes Ausdauertraining über viele Jahre für das Herz nicht unbedingt förderlich sein muss.“ Die Studie wurde an Skilangläufern durchgeführt, die regelmäßig am Birkebeiner-querfeldein-Ski-Marathon teilnahmen, und wird im *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, einem Journal der European Society of Cardiology (ESC), veröffentlicht. sp/pm

Stiftung Warentest**18 Mundspülungen auf Wirksamkeit geprüft**

Die Stiftung Warentest hat 18 exemplarisch ausgesuchte Mundspüllösungen sowie ein Mundwasserkonzentrat auf Schutz vor Karies, Gingivitis und Zahnstein geprüft. Nur ein Produkt („Eurodont“) erhielt die Note „sehr gut“ im Hinblick auf Schutz vor Karies. Sieben Spülungen erhielten das Urteil „gut“ in Bezug auf Plaque- und Gingivitisvorbeugung. Beim Kriterium Kariesvorbeugung überzeugten lediglich sechs Spülungen mit einem „gut“. Die zahnmedizinische Beurteilung erfolgte, nach Aussage der Redaktion, auf der Grundlage von

Messwerten, Anbieterangaben und der Deklaration sowie der Auswertung von Fachliteratur, einschließlich wissenschaftlichen Erkenntnismaterials. Das Arzneimittel „Dynexan“ erhielt in Bezug auf Plaque- und Gingivitisvorbeugung das Urteil „sehr gut“. Die Redaktion wies darauf hin, dass das Arzneimittel nicht zum Dauergebrauch geeignet sei. Zwei von 18 Spülungen besaßen zudem eine Kindersicherung – ebenfalls ein Kriterium in dem Test. sf

Mehr unter: www.test.de

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen**Krebsrisiko checken lassen**

Die amerikanische Gastroenterologen-Gesellschaft hat in einem Positionspapier deutlich gemacht, dass Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ein erhöhtes Risiko für Darmkrebs haben.

„Es gibt eine klare Empfehlung für eine angepasste und regelmäßige Kontrolle durch eine Darmspiegelung“, sagt Dr. Bernd Bokemeyer vom Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen.

Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa müssen nicht nur schwerwiegende Einschränkungen der Lebensqualität hinnehmen. Abhängig von der Dauer, der Form und der Schwere ihrer Erkrankung erhöht sich auch ihr Risiko, an Darmkrebs zu erkranken.

Darmkrebsfälle in der engeren Verwandtschaft, eine größere Ausdehnung der Erkrankung und eine höhergradige entzündliche Aktivität sind insbesondere für diese Patienten ein gewichtiger Grund zur konsequenten

Durchführung der Überwachungskoloskopien. Dies gilt nicht nur für Patienten mit Colitis ulcerosa sondern auch für die M. Crohn-Patienten mit Dickdarmbefall.

Die Experten der amerikanischen Fachgesellschaft, die sich auf die Auswertung umfangreicher internationaler Datenbestände berufen, empfehlen spätestens acht Jahre nach Diagnose einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung eine komplette Dickdarmspiegelung zur Abklärung und zur Festlegung der weiteren Überwachungsstrategie.

Bei speziellen Krankheitsverläufen (wie bei einer zusätzlich bestehenden chronischen Entzündung der Gallenwege, einer sogenannten PSC) sollte diese Untersuchung aber bereits viel früher vorgenommen werden und je nach individuellem Befund alle ein bis drei Jahre erneut durchgeführt werden.

Die kurzfristig anstehende Publikation der aktualisierten deutschen Colitis ulcerosa-Leitlinie wird in diesem Zusammenhang mit Spannung erwartet. sp/pm



Foto: DAK Wigger

Robert Koch-Institut

Mehr Krebsfälle in Deutschland

In Deutschland leben hochgerechnet auf 2010 geschätzte 1,45 Millionen Menschen mit einer Krebserkrankung. Damit sind seit 1990 insgesamt 40 Prozent mehr Frauen und 90 Prozent mehr Männer krebskrank, meldet das Robert Koch-Institut. Gründe für den Anstieg seien die zunehmende Zahl älterer Menschen – die meisten Krebserkrankungen treten vermehrt in höherem Alter auf –, verbesserte Überlebensaussichten und teilweise gestiegene Erkrankungs-raten, auch aufgrund verstärkter Früherkennungsmaßnahmen. Der höhere Anstieg bei den Män-

nern sei auch eine Folge des zweiten Weltkriegs: Wegen der hohen Zahl gefallener Soldaten gab es in Deutschland lange vergleichsweise wenige ältere Männer. Diese „demografische Lücke“ sei inzwischen weitgehend geschlossen. Laut RKI lag die Zahl der Krebsneuerkrankungen 2006 bei rund 430 000 Menschen, seit 1990 ist diese Zahl um fast 30 Prozent nach oben geklettert. Eine wichtige Ursache für den Anstieg ist auch hier die zunehmende Zahl älterer Menschen. Eine weitere Zunahme der Krebsfälle wird prognostiziert, für 2010 auf rund 450 000. ck/pm

Corega

Warnung vor dauerhafter Anwendung

Die Firma GlaxoSmithKline (GSK) warnt in einer Verbraucherinformation vor möglichen Gesundheitsrisiken, die durch den dauerhaften, übermäßigen Gebrauch der zinkhaltigen Prothesenhaftmittel Corega Ultra Haftcreme Frisch und Corega Ultra Haftcreme Neutral auftreten können.

Wie die Arzneimittelkommission Zahnärzte (AKZ) informiert, gäbe es Anzeichen (Nebenwirkungsmeldungen zu zinkhaltigen Prothesenhaftcremes im Jahre 2009 und entsprechende Literaturveröffentlichungen), dass ein übermäßiger Gebrauch dieser Produkte über mehrere Jahre zu einer Anreicherung großer Zinkmengen im Körper führen könne.

Die neurologischen Symptome seien etwa Taubheitsgefühl, Kribbeln oder Schwäche der Extremitäten, Gleichgewichtsstörungen und Anämien. Bei Beachtung der Anwendungshinweise des Herstellers träten diese sehr seltenen Nebenwirkungen nicht auf, heißt es in der Mitteilung. Die Produkte werden deshalb nicht zurückgerufen und können weiterhin bestimmungsgemäß angewendet werden. Den Patienten, die die genannten Haftcremes über längere Zeit in größeren Mengen als in den Produkthinweisen angegeben verwendet haben, wird empfohlen auf zinkfreie Alternativprodukte auszuweichen und bei entsprechenden Beschwerden zum Arzt zu gehen. Als Vorsichtsmaßnahme habe GSK die Herstellung und den Vertrieb der genannten Haftcremes eingestellt. GSK hat eine kostenfreie Telefon-Hotline unter 0800/3606000 eingerichtet. sf/pm

täten, Gleichgewichtsstörungen und Anämien. Bei Beachtung der Anwendungshinweise des Herstellers träten diese sehr seltenen Nebenwirkungen nicht auf, heißt es in der Mitteilung. Die Produkte werden deshalb nicht zurückgerufen und können weiterhin bestimmungsgemäß angewendet werden. Den Patienten, die die genannten Haftcremes über längere Zeit in größeren Mengen als in den Produkthinweisen angegeben verwendet haben, wird empfohlen auf zinkfreie Alternativprodukte auszuweichen und bei entsprechenden Beschwerden zum Arzt zu gehen.

Als Vorsichtsmaßnahme habe GSK die Herstellung und den Vertrieb der genannten Haftcremes eingestellt. GSK hat eine kostenfreie Telefon-Hotline unter 0800/3606000 eingerichtet. sf/pm

Arzneimittelpolitik

Auf Biegen und Brechen

Die Gesundheitspolitik ist ein heißes Pflaster. Ein besonders hart umkämpftes Terrain bildet die Pharmabranche. Das legitime Wirtschaftsinteresse von Unternehmen steht den begrenzten Ressourcen einer arzneimitteltherapeutischen Versorgung von Millionen Versicherten gegenüber. Die zukünftige Arzneimittelpolitik der neuen Bundesregierung wird auch zwischen notwendiger Ausgabensteuerung und wirtschaftsfreundlicher Industrieförderung schwanken. Ein Balanceakt auf Biegen und Brechen.

Der Pharmedia werden zuweilen mystisch verklärte Mächte zugeschrieben. Die Kräfte ihrer politischen Einflussnahme erscheinen gewaltig. Selbst die Formulierung

ganzer Gesetzestextpassagen soll den Pharmakonzernen möglich sein. Ihre Fühler in die Ministerien von Bund und Ländern und in die politischen Entscheidungsgremien

ähneln den Armen riesiger Kraken – so manche Vorstellung. Heerscharen von Anwälten würden von der Big Pharma finanziert, um auch noch so kleine Schlupflöcher des Gesundheitssystems zu orten mit nur einem Ziel: Gewinnmaximierung.

Dass die Pharmaindustrie in toto eher kritisch gesehen wird, ist kein Wunder. Die Pharmaunternehmen selbst bieten den Medien immer wieder die Gelegenheit, sie in einem „besonderen“ Licht zu zeichnen.

Getriebene und profitgierige Pharmavertreter, die versuchen mit ihren dubiosen Wettbewerbsmethoden in den Arztpraxen dieser Republik die Umsätze der Firmen in die Höhe zu treiben, von Firmen vertuschte Arzneimittelstudien oder skandalöse Preisauswüchse bei alternativlosen Arzneitherapien stehen alle Monate im Mittelpunkt der investigativen TV-Formate. Die negative Prestige-Bilanz des Pharmedialobbyisten lässt sich wohl nur noch durch die eines Interessenvertreters der Waffenindustrie toppen.

Kritisch beobachtet

Viele fragwürdige Verhaltensweisen der Firmen wurden in den letzten Jahren gesetzlich unterbunden. Auch einem selbst entwickelten Pharmakodex, der das Wettbewerbsgebaren zwischen den Herstellern regeln soll, fühlen sich die meisten Unternehmen mittlerweile verbunden. Doch ihr Politikstil und ihre Verkaufsmethoden werden gemeinhin weiter kritisch beobachtet. Der Ablasshandel, bei dem die Regierung Schröder 2001 auf Druck der Branche und wegen einer Einmalzahlung in Höhe von 400 Millionen DM auf einen geplanten Preisabschlag bei Medikamenten um vier Prozent verzichtete, ist noch in lebhafter Erinnerung. Jüngstes Beispiel ist die Schweinegrippe: Bei den Lieferverträgen mit dem Impfstoffhersteller GlaxoSmithKline sollen Bund



Foto: DAK

Die künftige Arzneimittelpolitik wird austariert sein müssen – zwischen notwendigen Ausgaben und wirtschaftsfreundlicher Industrieförderung.



Foto: fotolia

Die Pharmedien gleich einer riesigen Krake – das meinen zumindest etliche Kritiker.

und Länder kräftig über den Tisch gezogen worden sein. Zwar einigten sich beide Vertragspartner letztlich auf eine reduzierte Abnahmemenge der Impfserien, aber ein bitterer Geschmack bleibt.

Mythos der Macht bröckelt

Dennoch: Der Mythos der Macht bröckelt. Seit der Gesundheitsreform 2007 haben viele Unternehmen – gerade kleinere und mittlere Firmen, die 93 Prozent aller pharmazeutischen Unternehmen in Deutschland ausmachen – zu kämpfen. Die bei der Arzneimittelabgabe in der Apotheke vorrangigen Arzneimittelrabattverträge haben tiefe

zm-Info

Die Branche

Deutschland steht in der biotechnologischen Produktion von Arzneimitteln an der Spitze in Europa – weltweit an zweiter Stelle hinter den USA. Auch in der Produktion von Impfstoffen – vor allem von Grippe-Impfstoffen – ist Deutschland im internationalen Vergleich stark. In der konventionellen Produktion hat Deutschland im internationalen Vergleich seine einstmalig herausragende Stellung als Produktionsstandort für pharmazeutische Erzeugnisse aufgrund von strategischen Unternehmensentscheidungen verloren.

In den EU-Staaten sind die Preisbildung und die Erstattung der Arzneimittel unterschiedlich reguliert. Eine Gemeinsamkeit besteht jedoch darin, dass viele Märkte durch einen verstärkten generischen Wettbewerb gekennzeichnet sind.

Spuren gerade bei den Generikaherstellern hinterlassen: Umsatzeinbußen, Personalabbau im Außendienst, Margenverfall. Marktverdrängung ist das Gespenst, das vielen Unternehmen den Schweiß auf die Stirn treibt und den Konzentrationsprozess der Branche weiter forciert. International aufgestellte Konzerne haben dabei flexiblere Möglichkeiten auf sich verändernde Marktsituationen zu reagieren als kleine Produzenten mit nur einem oder zwei Präparaten auf dem Markt. Die Big Pharma hat einen längeren Atem bei Rabattschlachten, kann auf andere Marktsegmente ausweichen oder Produktionsstandorte verlegen.

Immer wieder stehen die Arzneimittelpreise im Vordergrund der Debatte. Der Vorwurf: Die Arzneimittelindustrie diktiert den Krankenkassen ihre Preise – und besitze dabei Freiheitsgrade wie in keinem anderen europäischen Land. Fakt ist: In Deutschland ist jedes Arzneimittel nach seiner Zulassung erstattungsfähig, zu einem Preis, den die Industrie zu einem großen Teil bei der Markteinführung selbst bestimmt. Bei Originalpräparaten gilt deshalb Deutschland als europäisches Referenzland. Viele Länder, wie zum Beispiel Frankreich, mit rigideren Preisbildungssystemen warten also bei der Einführung neuer Pillen ab, wie hoch der Preis in Deutschland ist, und setzen ihren einfach mit einem 20-prozentigen Abschlag darunter fest. Den Krankenkassen in Deutschland ist dieser Umstand seit Langem ein Dorn im Auge – sie kämpfen für schärfere Instrumente schon bei der Zulassung von Medikamenten, um die Arzneimittel-ausgaben einzudämmen.

Gesetzlich geregelt

Doch wie setzt sich überhaupt der Preis für ein Arzneimittel zusammen? In Deutschland ist der Preis eines verschreibungspflichtigen Medikaments durch die Arzneimittelpreisverordnung gesetzlich geregelt. Für verschreibungspflichtige Arzneimittel erheben die Apotheken einen Aufschlag von drei Prozent des Einkaufspreises zuzüglich eines Festzuschlags von 8,10 Euro je Packung. Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten übrigens Sonderkonditionen – statt der 8,10



Europäischer Vergleich

Nach Umsätzen im Jahr 2008 liegen – absolut betrachtet – Frankreich, Deutschland und Italien, gefolgt von Großbritannien, an der Spitze. Bei einem Vergleich der Wachstumsraten zum Vorjahr liegt hingegen Griechenland an erster Stelle, gefolgt von Irland, Dänemark und Spanien.

Euro müssen sie lediglich 5,80 Euro als Fixaufschlag an die Apotheken zahlen. (Im Januar 2010 legte der GKV-Spitzenverband Widerspruch gegen einen Schiedsspruch ein, der vorsieht, den Kassenabschlag pro Packung zugunsten der Apotheken von 2,30 Euro auf 1,75 Euro zu senken.) Der Großhandel erhält prozentuale Aufschläge zur Vergütung der Beschaffung, Bevorratung und Verteilung von Arzneimitteln. Zum Schluss kommt auf diese verschiedenen Handelsstufen noch die Mehrwertsteuer. Der Apothekenverkaufspreis ist für alle verschreibungspflichtigen Fertigarzneimittel deutschlandweit einheitlich. In Europa erheben neben Deutschland nur noch

Bei der Regelung um die Impfung gegen die Schweinegrippe bleibt ein bitterer Nachgeschmack.

Dänemark, Norwegen, Island und Bulgarien für alle Arzneimittel den vollen Mehrwertsteuersatz. Allein der volle Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel kostet die GKV jährlich 4,3 Milliarden Euro. Sie hatte 2007 aufgrund der Mehrwertsteuererhöhung rund 800 Millionen Euro höhere Arzneimittel-ausgaben.

Bei den Diskussionen um zu hohe Arzneimittelkosten wird häufig unterschlagen, dass der deutsche Staat also gehörig vom vollen Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel profitiert und sich deshalb vor allem die Haushaltspolitiker gegen einen ermäßigten Steuersatz für Arzneimittel wehren.

Vielfältige Preisregulierung

Vor der relativ simplen Preisbildungssystematik der beschriebenen Handelsstufen (Apothekenaufschläge, Großhandel, Mehrwertsteuer) greifen vielfältige staatliche und einzelvertragliche Preisregulierungen: Höchst- und Festbetragsvorgaben, gestaffelte Herstellerabschläge und Rabattverträge bestimmen den Herstellerabgabepreis auf den die Handelsstufen aufsetzen.



Foto: Okapia



Foto: Bildagentur online / Begsteiger

Generikahersteller bieten ihre Medikamente auf dem Markt günstiger an.

Ist der Patentschutz für ein innovatives Arzneimittel abgelaufen, können die Preise für ein Medikament fallen, da nun alle pharmazeutischen Hersteller die Möglichkeit haben, dieses zu kopieren. Da Generikahersteller einen Großteil der Investitionen (die Industrie spricht von bis zu 870 Millionen Euro) einsparen, die bei der Erforschung und Entwicklung eines Arzneimittels entstehen, können sie ihre Medikamente günstiger im Markt anbieten. Häufig gehören zu forschenden Pharmaunternehmen auch Teilkonzerne, die generische Nachfolger ihrer eigenen Originale vertreiben, zum Beispiel Novartis/Sandoz. Zusätzlich ist der Arzneimittelmarkt durch die Aut-idem-Regelung, Richtgrößenverein-

barungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen, den vollständigen Ausschluss bestimmter Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung oder Zahlungsbefreiungsgrenzen reguliert.

In Deutschland werden verschiedene Kategorien von Arzneimitteln unterschieden: verschreibungspflichtige, nicht-verschreibungspflichtige apothekenpflichtige und freiverkäufliche Medikamente der Selbstmedikation. Laut IMS Health lag der Gesamtumsatz für verschreibungspflichtige Arzneimittel für das Jahr 2008 bei 31,7 Milliarden Euro. Der Umsatz der verschreibungsfreien Arzneimittel betrug insgesamt 5,4 Milliarden Euro.

Hohe Summen

Es geht um hohe Summen. Allein der Anteil der Arzneimittelausgaben an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (160,76 Milliarden Euro) beläuft sich mit 29,23 Milliarden Euro auf 18,2 Prozent (2009). Nach aktuellen Prognosen sollen sich in diesem Jahr die Ausgaben von gesetzlicher und privater Krankenversicherung auf fast 200 Milliarden Euro hochschrauben – 174 Milliarden GKV-Ausgaben, 22 Milliarden PKV-Ausgaben. Hinzu kommen noch über 50 Milliarden Euro des sogenannten zweiten Gesundheitsmarkts mit allen privat finanzierten Produkten und Dienstleistungen. Das Spektrum reicht hier von frei verkäuflichen Arzneimitteln über Functional Food, wie zum Beispiel probiotischen Joghurt oder Nahrungsergänzungsmittel, bis hin zur Mitgliedschaft im Fitness- oder Gesundheitsstudio. Daran lässt sich erkennen, um welches Marktpotenzial die Pharmaunternehmen konkurrieren.

Die arzneipolitischen Ziele der Krankenkassen angesichts der Überalterung der Gesellschaft und des technischen Fortschritts sind klar: den Kostendruck auf die Hersteller erhöhen, die Vielzahl gleichwertiger aber unterschiedlich teurer Arzneimittel eindämmen und die Erstattung für therapeutisch vergleichbare Medikamente begrenzen. Neben den verschiedenen Kostendämpfungsmaßnahmen für Arzneimittel (Festbeträge, Rabattverträge oder Herstellerab-



Foto: IQWiG

Kosten- und Nutzenbewertung – die Rolle des IQWiG ist neu zu definieren.



Gute Beratung in der Apotheke ...

schläge) setzen die Krankenkassen deshalb vor allem auf zwei Instrumente: die Zweitmeinung und die Kosten-Nutzen-Bewertung. Beide Verfahren zielen zuvorderst auf eine Kostensenkung durch eine restriktive Verordnung von Innovationen.

Zweitmeinung und Kosten-Nutzen-Bewertung

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 ist für die Verordnung von bestimmten Arzneimitteln die Einholung einer Zweitmeinung bei einem fachlich besonders ausgewiesenen Arzt eingeführt worden. Spezialpräparate mit hohen Jahrestherapiekosten sowie Arzneimittel, bei denen erheb-

liche Risiken durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Interaktionen oder eine nicht indikationsgerechte Anwendung bestehen können, werden einem gesonderten Verordnungsverfahren unterzogen. Bei der Kosten-Nutzen-Bewertung werden neue Medikamente mit etablierten Therapien verglichen und wird festgestellt, ob ein eventueller Zusatznutzen einen höheren Preis (Höchstpreisfestlegung) rechtfertigt. Es versteht sich von selbst, dass die Pharmaunternehmen, die sich nicht generell gegen das Verfahren sperren, an der Entwicklung der Bewertungsmethoden hohes Interesse zeigen. Weil die Ergebnisse dieses Kosten-Nutzen-Vergleichs zukünftig über das Schicksal heute in der Entwicklung

befindlicher Arzneien entscheiden. Bislang konnte sich jedoch das verantwortliche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) noch mit keiner anerkannten Methodik zur Kosten-Nutzen-Bewertung durchsetzen.

Neuausrichtung gefordert

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) forderte jüngst eine Neuausrichtung der Arzneimittelpolitik, die die Kassenärzte komplett aus der Preis- und Kostenverantwortung für Arzneimittel entlassen sollte. Die Regressgefahr, der sich Ärzte aussetzen, wenn sie ihr Arzneimittelbudget überschreiten sieht die KBV als Haupthinderungsgrund dafür, dass sich immer weniger Ärzte niederlassen. Sie sollen nun künftig nur noch Wirkstoff, Dosierung und Dauer der Arzneimitteltherapie verordnen. Der Apotheker wählt dann das Medikament für den Patienten aus. Gemeinsam mit den Apothekern will die KBV eine Positivliste ordnungsfähiger Wirkstoffe erstellen, die umfassender sein soll als kassenindividuelle Listen, die einzelne Krankenkassen für ihre Versicherten aufstellen. Nach Vorstellung der KBV läge eine Kostenkontrolle für Arzneimittel zukünftig allein bei den Kassen, die mit den Pharmafirmen über den Preis für die Medikamente verhandeln.

Das Instrument der Zweitmeinung und die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln werden wohl auch trotz eines liberal geführten Ministeriums und der neu zu besetzenden Leitung des IQWiG weiter für Un-



Ein Industriezweig trotz der Krise

Aufgrund der höheren Lebenserwartung und der Altersstruktur in den entwickelten Ländern in Verbindung mit dem medizinisch-technischen Fortschritt ist der Gesundheitsmarkt relativ konjunkturunabhängig. Für die Pharmabranche spielen zurzeit andere Einflussfaktoren, wie zum Beispiel Patentabläufe, zunehmende Konzentrationsprozesse oder restriktive staatliche Preis Eingriffe, eine größere Rolle.



... und beim Arzt – darauf legen Patienten immer mehr Wert.

Zukunftspotential

Die pharmazeutische Industrie ist immer stärker in der Lage, patientenindividuelle medikamentöse Therapiemöglichkeiten zu entwickeln und in der ärztlichen Praxis einzusetzen. Entwicklungsprozesse neuer Medikamente werden zunehmend mithilfe der Biotechnologie gesteuert. Schon jetzt kommt ein gutes Viertel aller neu entwickelten Medizin aus diesem Bereich. Neben diesen Originalpräparaten werden sogenannte Biosimilars zukünftig eine stärkere Rolle spielen. Dabei handelt es sich um biotechnologische Folgeprodukte von Biopharmazeutika, deren Patentschutz ausgelaufen ist – ähnlich den klassischen Generika. Wobei die Herstellungsprozesse der protein-basierten Arzneistoffe differenzierter sind als bei den bekannten molekülstruktur-definierten Arzneien. Das Potential der Biotechnologie lässt sich dennoch noch nicht abschätzen. Gleiches gilt für gentechnologische Verfahren und ihre Anwendbarkeit in der medizinischen Praxis.

ruhe sorgen. Zwar ist im Koalitionsvertrag eine Rückführung des mittlerweile erreichten sehr hohen Regulierungsgrades im Arzneimittelbereich mit einer Vielzahl von nebeneinander bestehenden und sich teilweise aufhebenden Steuerungsinstrumenten vorgesehen. Doch ist zu befürchten, dass auch diese Regierung ob der unterschiedlichen Interessenlagen von Politik, Krankenkassen, Leistungserbringern und Herstellern im Grunde stracheln wird. Nicht zuletzt der Versicherte und Patient will im Ernstfall auf die bestmögliche Arzneimittelversorgung zurückgreifen können. Das Nähen von Gesundheitsreformen mit weiteren Arzneisparpaketen wird also Bestand haben – das Biegen und Brechen auf der Kante des Möglichen weitergehen. Ein wenig Mehr an Transparenz und ein deutlich Weniger an Regulierung im Gesundheitssystem wäre jedoch für alle ein Gewinn.

*Wolfgang Straßmeir
Stubenrauchstr. 17A
12161 Berlin*

Koordinierungskonferenz Öffentlichkeitsbeauftragte

Der Geist aus der Flasche

„Selektivverträge“ – mit diesem heißen Eisen befassten sich die Öffentlichkeitsbeauftragten auf ihrer Koordinierungskonferenz am 19. und 20. Februar in Frankfurt am Main. Fest steht: Der Geist geht nicht in die Flasche zurück. Intelligente Konzepte sind daher mehr denn je gefragt.

„Der sogenannte Vertragswettbewerb bleibt eine Mogelpackung, weil er eben nur eine vermeintliche Lösung für die Finanzierungsprobleme bietet“, eröffnete der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz die Diskussion. Gerade habe die Regierung den Bestandsschutz für Selektivverträge über drei Jahre verlängert – die Rahmenbedingungen blieben damit dieselben wie vor der Wahl. Statt sich der Debatte über eine Rationierung in der GKV zu stellen, setze die Politik immer noch alternativlos auf den internen Umverteilungsmechanismus. „Dem Mehr an Leistungen stehen aber nach wie vor nicht mehr Mittel gegenüber“, erläuterte

Forderungen nicht durchsetzbar sein, wollen wir einen Ausgleich für die strukturbedingten Budgetverwerfungen und parallel dazu die Festzuschüsse auf der Grundlage regionaler Punktwerte ausbauen“, verdeutlichte der KZBV-Chef. „Sollte man uns auch da ausbremsen, reagieren wir mit einem sofortigen Verhandlungsstopp!“

Heterogenes Feld

Wie wichtig vor diesem Hintergrund eine grundlegende Analyse dieser Verträge ist, hob der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Wolfgang Eßer hervor. „Die Vertrags-

Typischerweise könnten den Selektivverträgen nämlich nicht alle Zahnärzte beitreten. Eßer: „Hier wird selektiert!“ Die Zahnärzte seien nur deshalb motiviert, sich zu beteiligen, weil sie befürchten, ansonsten aufgrund des Steuerungseffekts Patienten zu verlieren. „Allerdings wird die Abhängigkeit vom Vertrag im Laufe der Zeit immer größer, und es bildet sich als Folge eine Monokultur der Patienten“, erklärte Eßer. „Während auf Kassenseite massive Fusionsbewegungen stattfinden, einzeln sich die Zahnärzte auf.“

Dass der 73 c bleiben wird, davon ist Eßer überzeugt. Mit der Öffnungsklausel werde darüber hinaus auch die PKV die neuen Vertragsoptionen nutzen und einen Strauß an selektivistischen Verträgen anbieten. Was aber sind seiner Ansicht nach die Voraussetzungen für Wettbewerbsgleichheit?

„Erstens: Die Verträge müssen grundsätzlich allen Zahnärzten offen stehen. Zweitens: Es muss für die Behandlung zusätzliches Honorar geben, das nicht aus dem Budget bezahlt wird. Drittens darf davon die Privatliquidation ebenso wenig berührt sein wie die Therapiefreiheit.“

Inwiefern die Öffnungsklausel als präjudizierender Faktor für Selektivverträge gilt, erörterte der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel. „Die Öffnungsklausel ist nichts anderes als ein Kostendämpfungsinstrument zur Finanzierung der PKV“, machte

Engel klar. „Die Zahnärzte spielen bei den Überlegungen überhaupt keine Rolle.“ Überdies sei die Öffnungsklausel wettbewerbs- und kartellrechtlich bedenklich: Sie tangiere das EU-Recht, führe zu einer Einschränkung der freien Arztwahl durch die Patientensteuerung und höhle die GOZ aus, mache sie also überflüssig. „Die Klausel bedeutet eine Marktmacht zugunsten der Versicherer und steigert die Rolle der Industrie aufgrund der Positivliste für Werkstoffe“, bilanzierte Engel. „Sie ist ein massiver Eingriff in die fachliche Weisungsfreiheit, sie



BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel, Jochen Gabriel von der DAK, Moderator Dr. Reiner Kern, Leiter der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der KZBV, KZBV-Chef Dr. Jürgen Fedderwitz und KZBV-Vize Dr. Wolfgang Eßer

Fedderwitz. „Und es wird auch in Zukunft nur sehr knappe Mittel in der GKV geben, denn eine Verbesserung der Einnahmesituation ist nicht in Sicht.“ Tatsache ist: „Der Systemdrift Richtung Wettbewerb bleibt.“ Die KZBV habe als Antwort darauf einen Stufenplan entwickelt, in dem sie die Anhebung der Osthonorare auf Westniveau und zugleich die Abschaffung der Budgetierung und der strikten Grundlohnsummenanbindung fordert. Und zwar ohne Wenn und Aber. „Sollten diese – im Übrigen auf Basis des Koalitionsvertrags – formulierten

strukturen sind völlig unterschiedlich. Allen Verträgen ist lediglich gemein, dass sie unter dem Paragraphen 73 c firmieren.“ Was in jedem Fall bedeutet: „Der Sicherstellungsauftrag wird an die Kasse abgegeben, die Hoheit der KZV geht verloren!“ Die Krankenkassen operierten freilich mit einer anderen Größe: der Patientennavigation. Das heißt, die Kasse verspricht dem Zahnarzt, ihm via Vertrag Patienten zuzuleiten. Eßer: „Hier handelt es sich um ein marktmächtiges Instrument, und zwar zulasten der Zahntechniker wie auch der Zahnärzte.“

hebt die Trennung zwischen Gebühren- und Erstattungsrecht auf.“ Da die Rahmenbedingungen deutschlandweit abgeschlossen werden, führe diese Form von Preisfixierung die Gleichberechtigung der Partner ad absurdum. Engel: „Der Zahnarzt wird über staatliche Monopolstrukturen verwettbewerlicht. Letztlich führt der verschärfte Eingriff der PKV ins Behandlungsgeschehen zu einer Therapiediktation im Gebührenrecht.“ Für eine umfassende Wertediskussion plädierte der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dietmar Oesterreich. „Wir müssen den Kollegen eine Leitlinie an die Hand geben, einen Ethical Code“, betonte er. Ein gesellschaftliches Mandat sei notwendig für den aus der Wissenschaft herausgelösten akademischen Berufsstand. Oesterreich: „Die Zahnärzteschaft muss auf den gesellschaftlichen Wandel und veränderte Werte reagieren.“ Einerseits liefe man als Berufsstand Gefahr, mit Aufnahme von Selektivverträgen seine kollektive Identifikation zu verlieren. Zudem bestehe das Risiko einer Deprofessionalisierung – etwa im Sinne einer Vergewerblichung der Berufsausübung, einer Diversifizierung des Berufsstandes oder auch eines Verlusts gemeinsamer Werte. Andererseits beinhalteten Selektivverträge aber auch die Möglichkeit, auf bestimmte Versorgungsbedarfe zu reagieren, zum Beispiel auf die Unterversorgung immobiler Patienten.

Intelligente Konzepte

„Wir wissen genau, dass wir keine Dumping-Selektivverträge wollen“, resümierte Oesterreich. „Dort, wo eine Unterversorgung existiert, sind wir jedoch gefordert, intelligente Konzepte zu entwickeln.“

Die Vertragslandschaft aus Krankenkassensicht schilderte Jochen Gabriel, Gruppenleiter zahnärztliche Leistungen für die DAK. „Ungefähr 90 bis 95 Prozent der Patienten sind sich gewiss, dass sie in diesem System wirklich gut versorgt sind und den besten Zahnarzt haben“, führte Gabriel aus. „Aber fünf bis zehn Prozent erleben die Versorgung als unzureichend und/oder zu teuer.“

Und diese Patienten sind grundsätzlich bereit zu wechseln – zu einer neuen Krankenkasse oder eben auch zu einem anderen Behandler.“ Gründe für die Unzufriedenheit laut Gabriel: das Bedürfnis nach mehr Sicherheit, mehr Information und weniger Kosten. Selektivverträge hätten freilich auch Nachteile für die jeweilige Krankenkasse, so Gabriel: Zum einen seien sie aufwändig, weil sie zielgruppenspezifische Lösungen erfordern, zugleich erziele man relativ geringe

trag“, erklärte er vorab. Die Selektivverträge bei Medi seien grundsätzlich keine Einzel-, sondern Vollverträge. Die beteiligte Kasse zahlt also im Gegensatz zur KV jeden einzelnen Fall statt einer Pauschale pro Patient. Bundesweit seien drei Millionen Patienten in die Verträge eingeschrieben. Baumgärtner: „Der Selektivvertrag dient dabei auch der Absicherung der wohnortnahen Versorgung – allein aus den Einnahmen des Kollektivvertrags ist die Praxisexistenz nämlich nicht



BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich, Dr. Peter Engel, Dr. Reiner Kern, Dr. Jürgen Fedderwitz und Medi-Chef Dr. Werner Baumgärtner

Fotos: Dohlius

Reichweiten, müsse die Ärzte besser vergütet und höhere Transaktionskosten zahlen. Gabriel: „Selektiv ist für die Kasse eher teuer, doch die Kasse erhält ein Gesicht.“ Ziel des Vertrags sei, den Kunden zu binden. Gabriel: „Premiumpartner sind für uns die KZVen – dort ist das Know-how, dort findet sich die breite zahnärztliche Basis.“ Ebenfalls attraktiv: Zahnarztnetzwerke, weil die in der Regel gut organisiert, schnell und flexibel seien. Und Indento? „Diesen Vertrag haben wir allein wegen der Kundenbindung gemacht“, sagte Gabriel. Eigentlich gehe es der DAK aber um jene Verträge, die die Versorgungsqualität steigern, sprich um innovative Vertragskonstrukte. Gabriel: „Indento ist das Weißbrot, die anderen das Vollkornbrot.“ Prospektive Felder seien für die DAK der Bereich Endo und die CMD.

Das Vertragskonzept des baden-württembergischen Ärztenetzes Medi stellte dessen Vorsitzender Dr. Werner Baumgärtner vor. „Die Situation der Ärzte ist anders als die der Zahnärzte – bei uns kommen 90 bis 95 Prozent der Einnahmen aus dem Kollektivver-

zu halten.“ Die Verträge seien für alle offen: „Der Arzt muss nicht Mitglied bei Medi sein, um mitzumachen!“ Sie gelten nur für die flächendeckende Versorgung in Baden-Württemberg, kurz: 50 Prozent der betreffenden Ärzte müssen sich laut Baumgärtner an dem Vertrag beteiligen, damit er überhaupt zustande kommt. Im Unterschied zu Hausarztverträgen arbeiten im Medi-Netz Haus- und Fachärzte zusammen. Was die Finanzierung betrifft: „Das Geld kommt von den Kassen – die Umverteilung muss doch nicht auf Ärzte-Ebene geschehen“, sagte Baumgärtner kokett und verdeutlichte dadurch einmal mehr die Systemunterschiede zwischen Ärzten und Zahnärzten. „In den Bema passen diese wettbewerblichen Strukturen nicht, weil das Mehr an Qualität und Leistung immer aus dem gemeinsamen Topf gezahlt wird“, stellte Eßer fest. Wie wichtig es darum ist, statisches Denken zu überwinden, betonte abschließend Fedderwitz: „Kollektiv, selektiv, GKV, PKV – das sind Begriffe, die sich vielleicht in Zukunft verwaschen werden.“ ck

Jahresempfang der Wirtschaft in Rheinland-Pfalz

Freiberufler diskutieren mit SPD-Vorsitzendem

Die Landeszahnärztekammer (LZK) Rheinland-Pfalz ist Mitveranstalter des größten Neujahrsempfangs der regionalen Wirtschaft in Deutschland. Seit dem Jahr 2000 besteht eine Kooperation, zu der sich Kammern und Verbände der Region – in der umfangreichsten Veranstaltung ihrer Art in dieser Republik – in Mainz zusammengefunden haben. Am 28. Januar suchten die Veranstalter den Dialog mit der Politik. In diesem Jahr war der Vorsitzende der Sozialdemokratischen Partei, Sigmar Gabriel, eingeladen.



Seine Vorstellungen zu Wettbewerb und Solidarität erläuterte der SPD-Vorsitzende Sigmar Gabriel auf dem Jahresempfang der Wirtschaft in Mainz.

Seit Jahren gibt es den Jahresempfang der Wirtschaft in Mainz. Er ist in Deutschland der größte seiner Art. Die Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz ist Mitveranstalter des Großereignisses. LZK-Präsident Dr. Michael Rumpf: „Wir Zahnärzte, zusammen mit den Ärzten und den Psychotherapeuten, stehen gerne an der Seite der anderen Interessenvertreter in den verschiedenen Freien Berufen. Ganz bewusst nennen wir unsere Veranstaltung 'Jahresempfang der Wirtschaft'. Letztlich präsentiert sich so der Mittelstand in beeindruckender Größe.“

Treffen mit der Politik

Tatsächlich sind über die Architekten, die Ingenieure, die Apotheker, die Ärzte, die Zahnärzte, die Psychologen, die Landwirte, die Rechtsanwälte, die Steuerberater, die Wirtschaftsprüfer bis hin zu den Mitgliedern

der Industrie- und Handelskammer fast alle mit dabei, die den Mittelstand darstellen. Eine Interessenvertretung von Gewicht und ein repräsentativer Querschnitt. Bis zu 5 000 mittelständische Unternehmen und Praxen sind Gäste im Saal der Rheingoldhalle. Rumpf: „Wichtig ist das direkte Gespräch, denn es ist nicht nur Sigmar Gabriel mit dem man spricht, es sind auch Mitglieder der Landesregierung, viele Bundestagsabgeordnete, Landtagsabgeordnete und natürlich die Vertreter der Presse, die wir an diesem Tag treffen.“

Rumpf weiter: „Immer wieder steht eine andere Kammer oder ein anderer Wirtschaftszweig im Mittelpunkt. In diesem Jahr waren es die Heilberufe, die sich in ihrer Begrüßungsrede direkt an die Politik richteten.“ In Mainz erklärten die Heilberufler: „In der Heilberuflichkeit steckt sehr viel Kraft und Dynamik, diese gilt es zu wahren und zu

fördern. Wir in den Freien Berufen – und das trifft auf Architekten, Ingenieure, Apotheker, Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Landwirte, Rechtsanwälte, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer gleichermaßen zu – bieten und verlangen eine hohe Qualifikation und scheuen dafür auch keine strenge berufsständische Regelung. Wir stehen für Qualität auf hohem Niveau und können damit auch selbstbewusst Flagge zeigen.“

Solidarität im Verbund mit Wettbewerb

Sigmar Gabriel betonte in Mainz: „Wir stehen vor einer historischen Weggabelung. Entweder wir gehen den Trampelpfad eines niedrigen, wenig nachhaltigen Wachstums mit geringen Zukunftsinvestitionen und erdrückenden Staatsschulden und hoher Arbeitslosigkeit, vor allem bei Menschen mit geringeren Qualifikationen. Oder wir schaffen die politischen Rahmenbedingungen für gezieltes, nachhaltiges Wachstum.“ Es gelte Produktivkräfte zu mobilisieren, die Ausbildung zu sichern, neues Wissen und neue Ideen voranzutreiben. Aber: „Die soziale Marktwirtschaft wird nur dann langfristig ein Erfolgsmodell bleiben, wenn es gelingt, Wettbewerbsfähigkeit mit Solidarität zu verbinden.“

Der SPD-Bundesvorsitzende Gabriel reiht sich ein in die Gruppe illustrierter Gäste aus den Vorjahren, darunter Angela Merkel, Guido Westerwelle, Kurt Beck, Rainer Brüderle, Wolfgang Clement und Gerhard Schröder.

*Helmut Ahrens
LZK Rheinland-Pfalz*



Kammerpräsident Dr. Michael Rumpf im Gespräch mit dem SPD-Vorsitzenden Gabriel.

Fotos: Benz

Ethik in der Zahnheilkunde – ein Stiefkind in Deutschland

Dominik Groß, Stefan Wolfart, Gereon Schäfer

Anders als im angloamerikanischen Raum besitzt das Fachgebiet „Ethik in der Zahnheilkunde“ („Dental Ethics“) in Deutschland in Lehre, Klinik und Forschung lediglich eine marginale Bedeutung – ein Befund, der in Kontrast zu einem wachsenden ethischen Klärungsbedarf steht. Dieser Beitrag stellt eine Reflexion über dieses komplexe Thema dar. Das Original ist in der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift erschienen. Die Thematik erhält durch aktuelle Entwicklungen wie der Gründung des Arbeitskreises Ethik in der DGZMK und durch standespolitische Diskussionen um einen ethischen Code für den Berufsstand neuen Schub.

Die genaue Abklärung eines Falles möglichst im Konsens, das ist ethisches Handeln und fördert Patientensicherheit.



Foto: proDente

Als Beispiele für die zunehmende Bedeutung einer ethischen Auseinandersetzung werden drängende Fragen zur Finanzierung des Gesundheitssystems und zahnärztlicher Leistungen (Verteilungsgerechtigkeit), zu Veränderungen im Zahnarzt-Patient-Verhältnis, zum Umgang mit zahnärztlicher Werbung, zu neuen, komplexen Technologien in Diagnostik und Be-

handlung und zu den Bereichen Dentale Ästhetik und Dental Spa genannt. Vor diesem Hintergrund werden im vorliegenden Beitrag zunächst die Anfänge des Fachgebiets Ethik in der Zahnheilkunde nachgezeichnet. Anschließend gilt es, den gegenwärtigen Stellenwert des Faches im angloamerikanischen und im deutschen Sprachraum einer vergleichenden Betrachtung zuzuführen. Schließlich werden konzeptionelle Überle-

gungen angestellt, die auf eine stärkere Berücksichtigung des Gebiets in Forschung, Klinik und Lehre abzielen – hierzu zählt auch das Lehrprojekt „Dental Ethics“, das derzeit am Universitätsklinikum Aachen implementiert wird und hier vorgestellt werden soll. Der Beitrag zeigt, dass der Professionalisierungsprozess des Fachgebiets „Dental Ethics“ im angloamerikanischen Raum erheblich weiter fortgeschritten ist als in

Umfrage an Kanadischen Dental Schools (nach Schwartz, 2004) zum Umfang des Ethikunterrichts	
Zeitliche Ausdehnung des Ethikunterrichts:	
über eines von vier Jahren:	10 %
über zwei von vier Jahren:	40 %
über drei von vier Jahren:	30 %
über alle vier Jahre:	20 %
Zu den Beratern/Dozenten in ethischen Fragen gehören:	
Ethik-Professoren:	70 %
(Pro-)Dekane:	70 %
Externe Ethik-Referenten:	60 %
Leiter von Departments:	60 %
Mitglieder von Ethik-Komitees:	30 %
Juristen:	10 %
Sonstige:	10 %
Fakultäten, die Teil eines Ethik-Netzwerks sein möchten: 80 %	
Fakultäten, die mit einem Bioethik-Zentrum zusammenarbeiten: 40 %	
Fakultäten, die Weiterbildung für Graduierte anbieten: 40 %	

Tabelle 1: Umfrage an kanadischen Dental Schools zum Umfang des Ethikunterrichts

Deutschland. Im letzten Jahrzehnt hat sich diese diskrepante Entwicklung noch verstärkt, und es ist nicht damit zu rechnen, dass die deutsche Zahnheilkunde in den nächsten Jahren Anschluss findet. Umso wichtiger wäre es, das Gebiet Ethik in der Zahnheilkunde zu einem integralen Bestandteil des zahnärztlichen Studiums zu machen, um so die künftigen „Zahnärztegenerationen“ für ethische Fragen in der Zahnheilkunde zu sensibilisieren, auf den bestehenden Forschungs- und Klärungsbedarf hinzuweisen und zu theoretisch-wissenschaftlichen und klinischen Fachbeiträgen zu motivieren.

1. Dental Ethics

Die Entwicklung des Fachgebiets Ethik in der Zahnheilkunde bis zum Jahr 2000

Die Anfänge der Auseinandersetzung mit dem Themengebiet Ethik in der Zahnheilkunde reichen bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts zurück: Die 1859 gegründete „American Dental Association“ (ADA) ver-

abschiedete 1866 einen Ethik-Kodex, der – im Gegensatz zur Satzung des ebenfalls 1859 gegründeten „Central-Vereins Deutscher Zahnärzte“ [40] – bereits weit über die Formulierung zahnärztlicher Berufspflichten und die Wahrung des „Ansehens“ des Berufsstandes hinausging [4, 15, 23, 24, 54]: Ein Zahnarzt sollte seine Patienten adäquat aufklären, keine falschen Versprechungen abgeben, nicht abschätzig über Kollegen reden und sich in jeder Hinsicht vorbildlich verhalten. Seit 1880 war die Anerkennung des „Codes“ Voraussetzung für die Aufnahme in die ADA [23]. Weitere Veränderungen erfolgten 1922 und 1928 [5]: 1922 führte man die ‚Goldene Regel‘ als Verhaltensrichtlinie ein. Fortan sollte für die Mitglieder der ADA folgender Leitsatz gelten: „Whatsoever ye would that men should do to you, do ye even so to them“ [8, 54]. 1928 wurde festgelegt, dass gesetzeswidriges und unehrenhaftes Verhalten von Zahnärzten den zuständigen Behörden mitzuteilen sei; erster Grundsatz eines Zahnarztes sei es, der Menschheit zu dienen [5, 23].

1955 wandelte die ADA die ‚Sections of code‘ in sogenannte ‚Principles of ethics‘ um [5, 11]. Nach mehreren Modifikationen – unter anderem im Jahr 1960 [27] – erfolgte 1974 eine gründliche Überarbeitung: Den Zahnärzten wurde nun ausdrücklich untersagt, die Behandlung von Patienten von deren Rasse, Glaubensbekenntnis, Hautfarbe oder Nationalität abhängig zu machen [10].

1979 kam es zu einer weiteren Zäsur: Die ‚Principles of ethics‘ wurden als allgemeines positives Ziel ausgewiesen, das man als Zahnarzt anstreben sollte, und eben nicht als reine Berufspflichten: „The Principles are general goals which dentists should aspire and are not intended as enforceable rules of conduct“ [7]. Damit stellte die ADA den ‚Ethics of duty‘ bewusst die ‚Ethics of aspiration‘ entgegen. Im selben Jahr wurden die Charakteristika der zahnärztlichen Profession in drei Punkten zusammengefasst: (1) Die Selbstverpflichtung, der Gesellschaft dienlich zu sein, (2) die Etablierung herausragender Ausbildungsstandards und (3) die Verantwortung für die Selbstverwaltung des Berufsstandes [7, 34]. Wie sehr das Thema Ethik in der Zahnheilkunde um 1980 die ADA beschäftigte, zeigt der Umstand, dass die ‚Principles of ethics‘ allein zwischen 1981 und 1984 viermal modifiziert wurden [8, 9]. Generell erlebte das Themengebiet Ethik in der Zahnheilkunde in den USA um 1980 eine erstaunliche Aufwärtsentwicklung, die an einigen Beispielen verdeutlicht werden kann: 1978 nahm die ‚Encyclopedia of Bioethics‘ erstmals das Stichwort ‚Ethical Issues in Dentistry‘ auf [31, 32, 47, 58], und in den 80er-Jahren wurden in den USA die ersten Lehrpläne im Bereich „Dental Ethics“ implementiert. 1987 fand sich das „Professional Ethics in Dentistry Network“ (PEDNET) zusammen – die Organisation, aus der 2004 die „American Society for Dental Ethics“ (ASDE) hervorging [2, 12]. Auch die erste eigene Fachzeitschrift für Ethik in der Zahnheilkunde, das ‚Journal of Law and Ethics in Dentistry‘, wurde 1988 gegründet. Zur selben Zeit versuchte John A. Gilbert als einer der ersten Wissenschaftler, Konzepte aus dem Bereich der medizinischen Ethik auf die Zahnheilkunde zu übertragen: So führte er

Themenspektrum der ASDE
Advocacy: share and prompt careful ethical discussion and in-depth analysis
Ethics Education: assist and improve ethics education in schools, societies and profession
Organizational Contribution: bring organizational skills to the above
Mentorship: recruit and nurture new ethics leadership
Collaboration: provide mutual support and encouragement
Practitioner Support: Ethics guidance/development for individual practitioners
Patient Advocacy: improve ethical quality of patient care
Ethical Theory: provide ethical answers/position/policy statements/authority
Code of ethics

Tabelle 2: Themenspektrum der ASDE

in einem Editorial des „Journal of the American Dental Association“ aus, inwieweit sich die vier von Beauchamp and Childress etablierten ethischen Prinzipien [16] der ‚non-maleficence‘ (Nicht-Schaden), ‚beneficence‘ (Wohl-Tun), ‚autonomy‘ (Selbstbestimmung des Patienten) und ‚justice‘ (Gerechtigkeit) auf Fragen in der Zahnheilkunde übertragen lassen [35, 46]. Im selben Jahr beschrieb der Bioethiker David T. Ozar konkrete Wertekategorien in der Zahnheilkunde und gelangte dabei zu einer Prioritätenliste, an deren oberster Stelle die Kriterien „Leben und Gesundheit des Patienten“ und „Funktionsfähigkeit“ des orofazialen Systems standen [55].

Die für die 1980er-Jahre beschriebene Dynamik setzte sich in den 90er-Jahren unvermindert fort: 1993 erschienen in den USA unter anderem die viel beachteten Werke von Rule und Veatch („Ethical Questions in Dentistry“) [62] sowie Weinstein („Dental Ethics“) [68]. 1994 publizierten Bebeau und Thomas eine Studie mit dem Titel „The Impact of a Dental Ethics curriculum on moral Reasoning“. Sie wiesen eine direkte Korrelation zwischen der Intensität des Ethik-Unterrichts und der ethischen Entscheidungskompetenz der Unterrichteten nach [17]. Im selben Jahr veröffentlichten Ozar und Sokol ein weiteres Fachbuch („Dental Ethics at Chairside“), das neben grundsätzlichen Ausführungen zahlreiche Einzelfallanalysen bot

und 2002 in zweiter Auflage erschien [56, 57]. Zudem kam 1995 das von der „British Dental Association“ herausgegebene Werk „Ethics in Dentistry“ auf den Markt [20]. Der starke Aufwärtstrend des Fachgebiets Ethik in der Zahnheilkunde (Dental Ethics) zeigte sich zu diesem Zeitpunkt auch in der Zahl der in „Medline“ unter dem Schlagwort „Ethics, dental“ abrufbaren Publikationen: Lag die Zahl der einschlägigen internationalen Paper im Zeitraum 1971 bis 1980 bei 388, so waren für die Zeit von 1981 bis 1990 410 und für die nachfolgende Dekade (1991 bis 2000) bereits 619 Veröffentlichungen nachweislich. Demgegenüber nahm die – ohnehin stets geringe – Zahl

deutschsprachiger Fachbeiträge im selben Zeitraum weiter ab: Für die Zeit von 1971 bis 1980 waren 20 deutschsprachige Beiträge, für die nachfolgende Dekade 16 Publikationen und für den Zeitraum 1991 bis 2000 lediglich sieben Beiträge abrufbar [45].

2. Dental Ethics am Beginn des 21. Jahrhunderts

2.1 Die Situation in Deutschland

In der deutschen Zahnheilkunde gilt das Fach Ethik weiterhin als „weißer Fleck auf der Landkarte“ [67]. Sofern ethische Aspekte angesprochen werden, beziehen sich die Bemerkungen bis heute zumeist auf die „Standesehre“ – und damit auf Aspekte, die nur am Rande mit Ethik in der Zahnheilkunde zu tun haben. Ein charakteristisches Beispiel liefert die zahnärztliche Musterberufsordnung (MBO), deren vorerst letzte Fassung am 16.2.2005 veröffentlicht wurde [37]: Hier dominieren Berufspflichten und „Fragen der Etikette“, während etwa in der ärztlichen MBO vielfach auf ethische Aspekte Bezug genommen wird [21]. Ein weiterer Unterschied betrifft das Genfer Gelöbnis – die „moderne Form des Hippokratischen Eides“ –, das zwar der ärztlichen, nicht aber der zahnärztlichen MBO vorangestellt ist [37]. Ebenso stark unterscheidet sich die deutsche zahnärztliche MBO von den Kodizes internationaler zahnärztlicher Verbände, die ethischen Fragen weitaus mehr Raum geben (vergleiche hierzu 2.2).



Forschen im Sinne der Schönheit und Gesundheit – aber bitte unter ethischen Gesichtspunkten.

Foto: Boehringer Ingelheim

Relevante Themengebiete im Bereich Dental Ethics (nach Sharp/Kuthy [64])
Informed Consent (refusal, assent, consent form)
Decision Making Capacity (competence)
Confidentiality (privacy)
Mistakes (error, bad news)
Truth-Telling (honesty, disclosure)
Dentist-Patient-Relationship (Doctor-patient relationship, treatment planning)
Team Care (student, staff – supervisor – hierarchy, professional)
Children (child, adolescent, teen – teenager)
Professionalism (professional relationships)
Resources (economics, insurance, cost, payment, money, funding)

Tabelle 3: Relevante Themengebiete im Bereich Dental Ethics (nach Sharp/Kuthy [64])

In der deutschen Zahnheilkunde sind es bisher vor allem einzelne Personen, die entsprechende Aktivitäten in Lehre, Klinik und Forschung anmahnen. Vor diesem Hintergrund beschränken sich die Ausführungen an dieser Stelle notwendigerweise auf die Beschreibung derartiger Einzelinitiativen: Im Jahr 2000 beauftragten die Schriftleiter der DZZ, Werner Geurtsen und Thomas Kerschbaum, den Medizinethiker Axel Karenberg mit einem Gast-Editorial zum Stellenwert des Themas „Ethik in der Zahnheilkunde“ [44]. Karenberg stellte fest, dass in Verlautbarungen zahnärztlicher Körperschaften lediglich Festschreibungen von Berufspflichten („Standesethik“) zu finden seien und dass sich kaum deutsche Autoren am internationalen Diskurs über ethische Fragen in der Zahnheilkunde beteiligten. Karenbergs Schlussfolgerung fiel deutlich aus: „Angesichts der [...] Veränderungen im Gesundheitswesen [...] ist es umso nötiger, der ethischen Diskussion innerhalb der Zahnheilkunde einen angemessenen Platz einzuräumen“ [44].

Die Mahnung Karenbergs verhallte nicht gänzlich ungehört: 2002 erschien der erste deutschsprachige Aufsatzband zur „Ethik in der Zahnheilkunde“ [36]. Das Vorwort zu dem von Dominik Groß herausgegebenen Buchband verfasste der amtierende

DGZMK-Präsident Heiner Weber. Weber hob in seinem Geleitwort die wachsende Relevanz ethischer Fragen hervor: „Die Notwendigkeit der Diskussion ethischer Fragen in der Zahnheilkunde ist [...] unbestritten. [...] Warum Deutschland diesbezüglich einen ‚weißen Fleck‘ auf der Landkarte darstellt, wo doch gerade in diesem Land durch die verschiedenen Pionierentwicklungen einerseits und durch die Einbindung in ein Solidarsystem andererseits [...] diese Disziplin von über großem Interesse sein müsste, ist nicht zu verstehen.“ Weber rief vor allem die Fachgesellschaften auf, sich verstärkt diesem Gebiet zu widmen [67]. Doch auch in der Folgezeit blieben entsprechende Initiativen aus, und dem erwähnten Aufsatzband von Groß, der als erste Beschäftigung mit dem Themenbereich gedacht und an dem kein in der klinischen Zahnheilkunde tätiger Hochschullehrer beteiligt war, folgte bis zum heutigen Tag kein deutschsprachiges Fachbuch nach. Eine Monographie zur Ethik in der Zahnheilkunde blieb bisher ebenso ein Desiderat wie ein Compendium, ein Handwörterbuch oder ein Lexikon zum Themenbereich.

Ebenfalls 2002 betonte der damalige Präsident-elect der DGZMK, Georg Meyer, die Relevanz ethischer Fragen, wobei allerdings auch er vorrangig auf das Berufsethos ab-

hob. Unter dem Titel „Schadet die ästhetische Zahnheilkunde dem Mediziner-Image des Zahnarztes?“ lieferte er in der Zeitschrift „DGZMK.de“ einen „Denkanstoß“ [53]. Meyer appellierte an die Verantwortung, die der zahnärztliche Berufsstand „als gleichberechtigter akademischer Teil der medizinischen Disziplinen in seinem Bereich“ zu tragen habe. Verantwortliches Handeln sei die Voraussetzung, um die Berufsbezeichnung „ZahnARZT“ [Herv. i. O.] zu legitimieren. Daher müssten die Zahnärzte durch ihr Verhalten sicherstellen, dass sie nicht „allein in die ästhetisch-kosmetische Ecke“ gestellt würden. Im Folgejahr wurde Meyer noch deutlicher [52]: „Aber ist es nicht unsere Aufgabe, Gebisse funktionell und lege artis zu versorgen, statt mit dem Auge des Ästheten unter Umständen überzuversorgen und unseren ethischen Auftrag dabei zu vergessen?“ Ästhetische Versorgungsleistungen reichten, so Meyer, „nicht aus, das Berufsethos des ZahnArztes zu rechtfertigen“ [52]. Eine weitere Initiative brachte das Jahr 2008: Der Deutsche Zahnärztetag stand unter dem Motto „Ästhetik und Laser in der Zahnheilkunde“. Erstmals wurden Round-Table-Diskussionen unter Mitwirkung des Freiburger Professors für Medizinethik, Giovanni Maio, durchgeführt. Im Mittelpunkt standen die merkantilen Aspekte der ästhetischen Zahnheilkunde [14]. Der DGZMK-Präsident Thomas Hoffmann hob die „ethischen Grundsätze“ hervor, „nach denen die Zahnmedizin handele“ und wandte sich dezidiert gegen „ein marktschreierisches Anpreisen von Leistung, die erst Patientenwünsche“ wecke [14, 41]. Eine stärkere Berücksichtigung ethischer Belange forderte auch Hans Jörg Staehle, der sich 2008 in der DZZ der Frage widmete „Gilt das Genfer Gelöbnis auch für Zahnärzte?“ Er beklagte, dass sich die Zahnärzteschaft – anders als die Ärzteschaft – nicht dezidiert auf das Genfer Gelöbnis beziehe [66]. Angesichts der Tatsache, dass „Tendenzen zur Veränderung des beruflichen Selbstverständnisses erkennbar“ seien, die auf eine „Entfremdung“ von den Vorgaben des Gelöbnisses hinwiesen, sei ein klares Bekenntnis der Zahnärzte notwendig – auch, um die gewünschte Integration der Zahnmedizin

in die Medizin zu untermauern [66].

Unter dem Strich bleibt festzustellen, dass eine systematische wissenschaftliche und klinische Auseinandersetzung mit Ethik in der Zahnheilkunde in Deutschland nach wie vor fehlt. Ebenso wenig finden sich bisher ein etabliertes Lehrmodul oder ein Lernzielkatalog zur Ethik in der Zahnheilkunde. Anders als im Fach Medizin fehlt der Schluß von Hochschullehrern aus dem Bereich der Klinischen Zahnheilkunde mit klinisch interessierten professionellen Medizinethikern. Auch Initiativen zahnärztlicher Fachgesellschaften bleiben weiterhin ein Desiderat. Die DGZMK verfügte Ende 2009 über ein Netz von 35 assoziierten Einrichtungen – im Status von Gesellschaften, Arbeitsgemeinschaften und Arbeitskreisen – die teilweise sehr spezifische Teilgebiete vertreten; doch keine dieser Einrichtungen widmete sich bisher dem Bereich Ethik in der Zahnheilkunde [40].

Wie sehr sich diese Bestandsaufnahme von der Situation im Ausland abhebt, soll im Folgenden verdeutlicht werden.

2.2 Im internationalen Maßstab

Im angloamerikanischen Raum wird das Fachgebiet „Dental Ethics“ seit vielen Jahren als unverzichtbarer Bestandteil der klinischen Tätigkeit, der bioethischen Forschung und der Ausbildung angesehen [50]. Besonders deutlich wird dies in einem Statement der US-amerikanischen Professoren Sharp und Kuthy. Sie leiten ihren Aufsatz im „Journal of Dental Education“ (2008) ein mit der lapidaren Feststellung: „Ethics and professionalism are core components of the curriculum in accredited dental programs“ [64]. Ähnlich formulierte es 2004 David Ozar, Direktor des „Center for Ethics and Social Justice“ in Chicago: „Almost all dental schools have ethics programs because they recognize that the ethical challenges of dental practice are not likely to be learned by people before they come to this profession and begin to master its expertise and experience the relationship between dentist and patient concretely“ [48]. Eine 2004 veröffentlichte Umfrage unter den kanadischen Dental Schools erbrachte

bemerkenswerte Ergebnisse, was den Umfang der Lehre in Ethik in der Zahnheilkunde anbelangt (siehe auch Tabelle 1): Hiernach wird das Fach Ethik in 90 Prozent der Universitäten über mindestens zwei von insgesamt vier Ausbildungsjahren gelehrt [63]. Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass eine weitere Umfrage am Royal College of Dental Surgeons of Ontario im Jahr 2004 folgendes Ergebnis erbrachte: „Dentists have identified ethics as the number one issue that is important to them“ [63].

Gerade auf dem amerikanischen Kontinent wird in jüngster Zeit vielfach die Forderung nach einer weiteren Stärkung des Fachgebiets „Dental Ethics“ laut. So forderte der



Foto: medicapicture

Eine qualitätsorientierte Ausbildung an der Hochschule fördert ethisches Handeln in der Zahnheilkunde.

New Yorker Zahnarzt Henry Chalfin 2006 im „Journal of the American College of Dentists“: „[...] we will have to re-install the ideals of professional ethics from within. More in-depth training in this area will be necessary in our schools and post-graduate programs. Periodic mandatory workshops should be required for those already in practice [...] Finally, each of us must make the personal commitment to contribute individually to this effort. This can take the form of mentoring a young practitioner, writing an editorial, or promoting the subject at a study club meeting“ [26]. Barry Schwartz (2004) ging in seinen Forderungen noch weiter: „Dental ethics ought to become a discipline that is given the same priority as other aspects of clinical dentistry in both dental education and in dental practice“ [63]. Auch Jos V.M. Welie (2003) wies im „Journal of the American College

of Dentists“ darauf hin, dass sich die Dozenten nicht auf die Durchführung von Ethik-Kursen beschränken dürften. Sie müssten vielmehr ethisch verantwortliches Verhalten „vorleben“: „Faculty members should be aware that their educational impact on students exceeds their scholarly output [...] They inevitably become role models for the students“ [69]. Ähnliche Professionalität fordern Sharp und Kuthy (2008): „[...] instructors and administrators must examine the effectiveness of ethics education within the context of the whole curriculum“ [64].

Die genannten Beispiele verdeutlichen die eklatanten Unterschiede im Stellenwert von Dental Ethics im deutschen und im anglo-

amerikanischen Sprachraum. Der Blick

auf die Zahl der Fachpublikationen bestätigt dies: So verzeichnet „Medline“

für den Zeitraum Januar 2001 bis März

2009 bei der Eingabe des Schlagworts

„Ethics, dental“ insgesamt 1009 Treffer.

970 der Einträge betreffen englischsprachige Beiträge, ganze vier Beiträge

sind deutschsprachig. Um sprachbedingte Verzerrungen auszuschließen,

wurde in einem zweiten Schritt ein deutsches Suchinstrument bemüht.

Doch die Recherche in der führenden deutschen Bioethik-Datenbank „BELIT“

bestätigt den Befund: Sie weist für den-

selben Zeitraum gerade einmal zwei

deutschsprachige Literaturstellen zum Thema auf [18]. Ähnlich ernüchternd fällt die

Recherche mittels „google“ aus: Die Eingaben

„Ethik in der Zahnheilkunde“ und

„Ethik in der Zahnmedizin“ in der „google“-Suchmaschine erbrachten im April

2009 253 beziehungsweise fünf Ergebnisse; demgegenüber wurden bei Eingabe der Begriffe

„Dental Ethics“ und „Ethics in dentistry“

20 400 beziehungsweise 12 100 Treffer angezeigt.

Gerade in jüngster Zeit häufen sich insbesondere im Ausland die Initiativen im

Bereich Dental Ethics: Besondere Anstrengungen unternimmt die in Frankreich

beheimatete „Fédération Dentaire Internationale“ (FDI), die 135 Staaten vertritt. Sie

stellte 2007 im Rahmen des World Dental Congress in Dubai ein neues „Dental Ethics

Manual“ vor [70]. Das Buchprojekt wurde

von John Williams geleitet, von der „FDI Ethics & Dental Legislation Working Group“ koordiniert und durch einen international besetzten wissenschaftlichen Beirat unterstützt [70]. Die FDI misst dem Buch große Bedeutung bei: „The manual is intended for use as a reference book by individual dentists and clinical dental students, as it lends itself to group discussions with the inclusion of case study examples and bullet point objectives at the start of each chapter.“ Um ihr Anliegen zu befördern, hat die FDI das Buch für kostenlose Downloads online gestellt und weitere Aktivitäten beschlossen: So wurde 2008 während des FDI-Jahreskongresses in Stockholm ein Ethik-Forum unter dem Titel „Are you an ethical dentist?“ ver-

responsibility, promote ethical conduct and professionalism in dentistry, advance dialogue on ethical issues, and stimulate reflection on common ethical problems in dental practice“ [29]. Auch das Fachorgan des ACD, das „Journal of the American College of Dentists“ ist mit Fallberichten in das Kursprogramm eingebunden [29]. Zudem hat das ACD 2007 ein „Ethik-Handbuch für Zahnärzte“ herausgebracht [3]. Auch hat das Journal des ACD eine feste Rubrik „Issues in dental ethics“ eingerichtet, in der regelmäßig Fachbeiträge veröffentlicht werden. Gleiches gilt für viele andere US-amerikanische Journals, so auch für das „Texas Dental Journal“ [3], das „Journal of the Michigan Dental Association“, das im

Association“, dem „American College of Dentists“ und der „American Society for Bioethics and Humanities“. Die ASDE verfolgt folgende Ziele:

1. To uphold high standards of integrity and honor in the dental profession,
2. To encourage and assist dentists and dental professionals in improving their competence [...],
3. To foster thoughtful discussion of, encourage and provide a forum for scholarly reflection on, and
4. To stimulate and assist educational programs [...] and ethical issues that arise in or are related to dental practice, dental education, and dental research.“

Die ASDE bietet Zahnmedizinern regelmäßig Intensivkurse in Ethik an, die gemeinsam mit dem „Joseph and Rose Kennedy Institute of Ethics“ der Georgetown University durchgeführt werden. Auch die „Professional Ethics Initiative“ (PEI) geht auf die ASDE zurück: „The goal of PEI is to improve the ethical climate of dentistry and enhance its ethical base“ [60]. Kürzlich initiierte die PEI Group eine Studie – die „Ethical Curriculum Survey Outcomes Study“ – zum Stand des Ethik-Unterrichts an den US-amerikanischen Dental Schools. Die Ergebnisse dieser Studie sollen den Schools Anhaltspunkte liefern, um ihre Ethik-Curricula weiterzuentwickeln [12]. Auch die American Dental Association (ADA) widmet sich intensiv ethischen Themen. Ausdruck dieser Auseinandersetzung ist die regelmäßige Überarbeitung des ADA Codes „Principles of Ethics and Code of Professional Conduct“, der letztmalig im Januar 2009 revidiert wurde. Der Code hat drei Komponenten: die „Principles of Ethics“, den „Code of Professional Conduct“ und „Advisory Opinions“ [3]. Daneben beschäftigt sich auch der „ADA Council on Ethics, Bylaws, and Judicial Affairs“ mit einer Vielzahl ethischer Einzelfragen [3]. Im Übrigen verfügen in den USA nahezu alle größeren Fachorganisationen über eigene „Principles of Ethics“, so zum Beispiel die „Rhode Island Dental Association“, die „Wisconsin Dental Association“ oder die „California Dental Association“ [61].

Auch in Großbritannien nimmt das Fachgebiet Dental Ethics weit größeren Raum ein

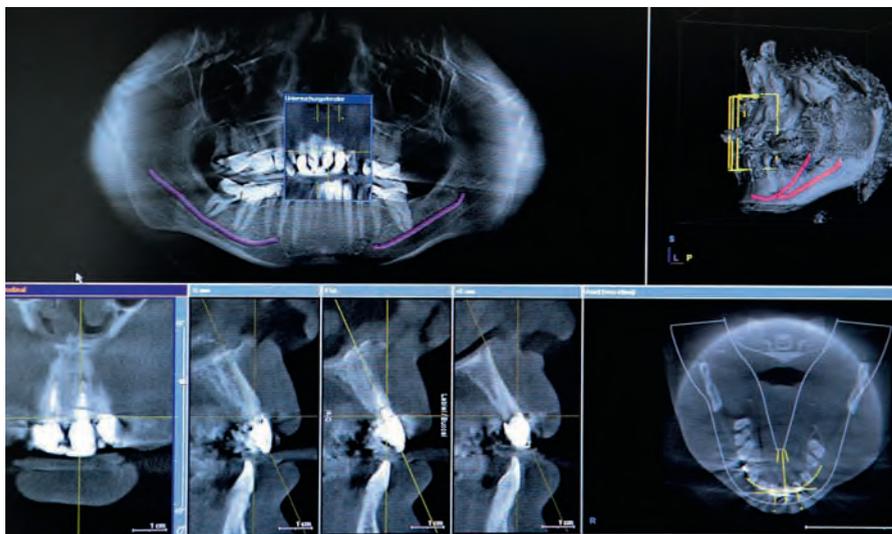


Foto: Michael Timm

Modernste Untersuchungsmethoden sind hilfreich, aber sicherlich nicht in allen Fällen angezeigt.

anstaltet. Den Referaten dieses Forums folgten Panel-Diskussionen. Darüber hinaus entwickelt das „FDI Education Committee“ für den Bereich der Weiterbildung derzeit Module in Dental Ethics [70].

Auch das „American College of Dentists“ (ACD) bietet regelmäßig Lehr- und Fortbildungsveranstaltungen in Dental Ethics an. Programmatisches Ziel des ACD ist es, „to promote excellence, ethics, leadership, and professionalism in dentistry“ [26]. Besondere Beachtung verdienen die kostenlosen „Courses Online Dental Ethics“ (CODE) des ACD. Das Kursangebot besteht aus 15 Online-Sitzungen: „The purpose of CODE is to heighten ethical and professional

Jahr 2003 eine Serie mit dem Titel „Dental Ethics: Case Studies in Professional Responsibility“ auflegte [49], und das „Journal of Dental Education“, in dem in der Rubrik „Critical Issues in Dental Education“ 2007 und 2008 ein mit Verve geführter wissenschaftlicher Diskurs über die Rahmenbedingungen einer Zahnärztlichen Ethik abgedruckt wurde [30, 42, 51, 59, 64].

Eine Schrittmacherfunktion kommt auch der „American Society for Dental Ethics“ (ASDE) zu. Sie führt jährlich drei Tagungen durch, die im Schulterschluss mit führenden Fachorganisationen in den Bereichen Zahnheilkunde und Bioethik ausgerichtet werden: der „American Dental Education

1. Semester
Grundlagen der Medizinethik, Besonderheiten einer Ethik in der Zahnheilkunde (20 % des Lehrumfangs):
Falldiskussionen und Erfahrungsberichte I (50 % des Lehrumfangs): Ethische Fragen im Umgang mit
(1) Zahnarztphobie (2) Zahnverlust und seinen sozialen Folgen (3) Gesichtsdefekten (Epithesen-Patienten) (4) chronischem Gesichtsschmerz (5) psychosomatischen Manifestationen im Orofazialsystem (6) infausten Prognosen (zum Beispiel bei Plattenepithelkarzinomen des Mundes)
Kommunikativer Umgang mit ethischen Dilemma-Situationen auf der Grundlage der sechs vorgenannten Fallkonstellationen (20 % des Lehrumfangs): Innerprofessionelle Kommunikation (Zahnärzte, Fachangestellte) Kommunikation mit Patienten und Angehörigen
Rollenspiele auf der Grundlage klinischer Falldiskussionen (10 % des Lehrumfangs)
Erhebung zur Einstellung der Studierenden (erste/letzte Kursstunde)
2. Semester
Rekapitulation für Einsteiger: Grundlagen zur Medizinethik und zu den Besonderheiten einer Ethik in der Zahnheilkunde (10 % des Lehrumfangs)
Hintergründe der fehlenden Ethik-Bezüge in der zahnärztlichen Musterberufsordnung (10 % des Lehrumfangs)
Falldiskussionen und Erfahrungsberichte II (50 % des Lehrumfangs) Ethische Fragen im Zusammenhang mit
(7) dem Umgang mit Eltern/Erziehungsberechtigten von Kindern mit frühkindlicher Karies oder verwehrten Milch- und Wechselgebissen (8) der Behandlung behinderter Patienten (9) den Grenzen des Heilauftrags im Bereich der kosmetischen Zahnheilkunde (10) dem Wunsch nach Körpermodifikationen (Dentale Piercings und Tattoos) (11) dem Thema Verteilungsgerechtigkeit („Zweiklassenmedizin“).
Kommunikativer Umgang mit ethischen Dilemma-Situationen auf der Grundlage der fünf vorgenannten Fallkonstellationen (20 % des Lehrumfangs): Innerprofessionelle Kommunikation (Zahnärzte, Fachangestellte) Kommunikation mit Patienten und Angehörigen
Rollenspiele auf der Grundlage klinischer Falldiskussionen (10 % des Lehrumfangs)
Erhebung zur Einstellung der Studierenden (erste/letzte Kursstunde)

Tabelle 4: Übersicht über die Seminarinhalte des Aachener Lehrprojekts „Dental Ethics“

als in Deutschland. Hier erschien 2002 in Oxford das von Paul Lambden herausgegebene Fachbuch „Dental Law and Ethics“ [48], das sich mit allen wesentlichen Aspekten der dentalen Ethik beschäftigt, so unter anderem mit „Rights and responsibilities in dentistry“, „Resource allocation and business ethics“, „The clinical relationship“, „Dental care for children and for mentally disabled adults“, „Negligence and litigation“ oder „Medical and dental research“. Der

vielzitierte Themenband wurde nach seinem Erscheinen an alle Zahnmedizinstudenten des letzten Studienjahres verteilt [19]. Wie viele US-Journals verfügt auch das „British Dental Journal“ über eine Rubrik „Law and Ethics“, in der regelmäßig Beiträge zur Ethik in der Zahnheilkunde erscheinen. Wenig Beachtung findet schließlich in Deutschland auch die Tatsache, dass der in Brüssel verortete „Council of European Dentists“ (CED) einen ethischen Kodex

formuliert hat [65]. Der CED vertritt Organisationen aus 31 Ländern (inklusive Deutschland). Sein „Code of Ethics“ wird fortlaufend redigiert und geht in den ethischen Bezügen ebenfalls weit über die zahnärztliche MBO hinaus: Zuerst beschreibt er den „gesellschaftlichen Auftrag“ und die „Leitlinien des zahnärztlichen Berufsstandes“, geht dann ein auf die „Pflichten gegenüber dem Patienten“, um dann die „Pflichten gegenüber der Allgemeinheit“ zu benennen. Erst hiernach befasst er sich mit den Regeln der Kollegialität [28]. Ebenfalls in Belgien beheimatet ist die 2000 gegründete „International Dental Ethics and Law Society“ (IDEALS).

Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass der Stellenwert des Fachgebiets Ethik in der Zahnheilkunde im Ausland weitaus größer ist als hierzulande. Vor diesem Hintergrund erscheint die Frage nach den Perspektiven des Faches Ethik in der Zahnheilkunde in Deutschland besonders drängend.

3. Schlussfolgerungen – Konzepte und Initiativen

3.1 „Ethik in der Zahnheilkunde“ in Klinik und Forschung

Eine theoretisch-methodische wie auch eine klinische Auseinandersetzung mit ethischen Fragen scheint gerade für den deutschen Bereich lohnend – zum einen, weil hier, wie skizziert, ein erheblicher Klärungsbedarf besteht, zum anderen, weil sich konkrete Ansatzpunkte für wissenschaftliche Fragen ausmachen lassen:

So bietet es sich an, die Themen, die im angloamerikanischen Sprachraum bereits als wichtige Gegenstände theoretischer und klinischer Untersuchungen identifiziert worden sind, auch für den deutschen Bereich in den Blick zu nehmen. Mögliche Ansatzpunkte bieten das in Tabelle 2 angegebene Themenspektrum der ASDE sowie die oben genannten Themen in Lambdens Fachbuch „Dental Law and Ethics“. Auch Groß und Keil (2002) sowie Sharp und Kuthy (2008) haben eine Reihe von ethisch relevanten Bereichen benannt, die für die Forschung fruchtbar gemacht werden können (siehe Tabelle 3) [39, 64].

Prima facie scheint es sich anzubieten, die bereits vorliegenden Ergebnisse angloamerikanischer Medizinethiker auf die deutschen Verhältnisse zu übertragen und so den Weg wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns „abzukürzen“. Doch diese Herangehensweise ist wenig sinnvoll: Die jeweils vorherrschenden Werthaltungen und damit auch der Umgang mit wertebasierten Entscheidungen sind in hohem Maße abhängig vom soziokulturellen Umfeld: So sind auch utilitaristische Denk- und Begründungsansätze im angloamerikanischen Raum weitaus üblicher und akzeptierter als in Mitteleuropa. Hinzu kommen unterschiedliche Erwartungshaltungen in der Bevölkerung: Es besteht beispielsweise kein Zweifel, dass US-amerikanische Standards im Bereich der ästhetisch-kosmetischen (Zahn)Medizin und des Enhancement vielfach nicht den mitteleuropäischen Schönheitsidealen und Bedürfnissen entsprechen. Dies muss zwangsläufig Rückwirkungen auf das Angebot und die ethische Beurteilung dentalästhetischer Maßnahmen haben. Ähnliches gilt mit Blick auf die jeweiligen gesundheitspolitischen Rahmensetzungen: Schon die erheblichen Unterschiede in den Gesundheitssystemen verschiedener Staaten lassen erkennen, dass zum Beispiel medizinethische Studien in den USA nicht eins zu eins auf deutsche Verhältnisse übertragbar sind – zu unterschiedlich sind zum Beispiel der Versichertenstatus, der Umfang der zahnärztlichen Versicherungsleistungen, die Selbstorganisation der zahnärztlichen Berufsgruppen und die Einkommensverhältnisse. Jeder dieser Aspekte nimmt zwangsläufig Einfluss auf klinisch-ethische Analysen.

Umso sinnvoller erscheint es, hierzulande zentrale Ergebnisse international ausgewiesener Bereichsethiker auf den Prüfstand zu stellen. So versuchte sich Ozar mit Blick auf Therapieentscheidungen in der klinischen Zahnheilkunde mit der Bildung von „Value Categories“.

Er gelangte hierbei zu folgender Reihenfolge absteigender Priorität:

1. Leben und Gesundheit des Patienten,
2. angemessene und schmerzfreie Funktionsfähigkeit des Kauapparats,
3. Patientenautonomie,

4. bevorzugte Behandlungsstrategien des einzelnen Zahnarztes und der zahnärztlichen Profession insgesamt,

5. ästhetische Werte,

6. Kosten der Behandlung für den Patienten,

7. externe Faktoren, angefangen vom Lebensstil des Patienten bis hin zu Problemen der Verteilungsgerechtigkeit bei knappen Ressourcen [55].

Die beschriebene Prioritätenliste liefert ein eindrückliches Beispiel für die Tatsache, dass derartige Entscheidungen wesentlich vom jeweiligen sozialen und kulturellen Kontext abhängig sind. In liberalen Gesellschaftssystemen dürfte die Patientenautonomie höher gewichtet werden als in kommunitaristisch orientierten; auch die Bewertung und Einordnung finanzieller Aspekte hängt von den wirtschaftlichen Rahmenbedin-



Foto: MEV

Gesunde Zähne auch in höherem Alter tragen erheblich zur Lebensqualität bei.

gungen und dem Anteil der Pflichtversicherten ab.

Neben den Versuchen, die von US-amerikanischen Ethikern bearbeiteten Themen für den deutschen Bereich fruchtbar zu machen, scheint eine zweite Herangehensweise vielversprechend: Die Übertragung der im Bereich der „klassischen“ Medizinethik etablierten Ethiktheorien auf die Zahnheilkunde mit dem Ziel ihrer Überprüfung. In der Tat wäre es sinnvoll, die in Deutschland verfügbaren medizinethischen Fachbeiträge systematisch auf ihre Relevanz für und ihre Übertragbarkeit auf Fragestellungen im Bereich Ethik in der Zahnheilkunde zu prüfen. Die große Mehrheit der medizinischen Fakultäten in Deutschland verfügt zwischenzeitlich über Lehrstühle im Fach

Medizinethik. Bisher läuft die durchaus dynamische Entwicklung des Fachs Medizinethik allerdings noch weitgehend an der Zahnmedizin vorbei.

Vor allem die anwendungsbezogene (das heißt die klinisch orientierte) Beschäftigung mit Dental Ethics sollte – in Analogie zur Medizin – folgende sechs Ziele im Blick haben [43, 45]:

1. die Sensibilisierung für die betreffende Fragestellung in der Zahnheilkunde,
2. die Motivierung von Zahnärzten, den Berufsalltag auf vorherrschende Wertevorstellungen zu untersuchen,
3. die Ausbildung einer eigenen moralischen Grundhaltung,
4. die Entwicklung der Kompetenz, ethische Problemfälle differenziert zu beurteilen und zu erörtern,
5. die Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten auf dem Gebiet der Ethik und
6. deren Umsetzung in die praktische Tätigkeit.

3.2 Ethik in der Zahnheilkunde in der Lehre: die Aachener Lehrinitiative

Studierende der Zahnheilkunde erlangen im Rahmen ihrer Ausbildung grundlegende (praktische) Kenntnisse und Fertigkeiten. Das Thema Ethik in der Zahnheilkunde findet dagegen, wie erwähnt, in der auf der aktuellen Approbationsordnung (AO) basierenden Pflichtlehre keine Berücksichtigung. Dementsprechend existiert bisher kein Lernzielkatalog zur Ethik in der Zahnheilkunde, auf den man zurückgreifen könnte. Umso wichtiger erscheint es, entsprechende Lehrmodule zu entwickeln und zu implementieren. Studierende der Zahnmedizin sollten frühzeitig erkennen, dass das Ignorieren beziehungsweise die Fehleinschätzung klinisch-ethischer Fragen erhebliche negative Folgen nach sich ziehen kann. Am Universitätsklinikum Aachen startet daher im Wintersemester 2009/10 ein Lehrprojekt zum Themenbereich Ethik in der Zahnheilkunde/ Dental Ethics. Die Lehrveranstaltung wird zunächst als Bestandteil der Behandlungskurse Prothetik I und II implementiert, die sich ebenfalls über zwei Semester erstrecken. Sobald eine neue zahnärztliche AO – die vermutlich eine Experimentierklausel



Der Zahnarzt hat es in der Hand, dass Zahnheilkunde nicht außerhalb ethischer Grenzen gerät.

innerprofessionellen Dialog (Zahnärzte, Zahnärztliche Fachangestellte) und die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen über ethische Dilemma-Situationen eingeübt werden. In einem weiteren Teil ist das Wissen in Rollenspielen zu vertiefen; hierbei kann auch auf sogenannte Schauspieler-Patienten zurückgegriffen werden, die der Modellstudiengang Medizin zur Verfügung stellt.

enthält, beziehungsweise die Möglichkeit eines Modellstudiengangs bietet – erlassen worden ist, soll über eine neue Verankerung der Lehrmodule nachgedacht werden.

Das Lehrprojekt soll die Studierenden grundsätzlich in das Fach Medizinethik einführen. Zudem gilt es, in den spezifischen Problemfeldern der Zahnheilkunde ethisches Fachwissen zu vermitteln. Schließlich sollen die Studierenden in die Lage versetzt werden, auf der Grundlage konkreter klinischer Fälle ethische Fragen des zahnärztlichen Alltags kritisch zu diskutieren und Lösungsansätze zu entwickeln.

Zentraler Pfeiler des Lehrkonzepts ist ein Schulterchluss zwischen den Vertretern der Medizinethik und der klinischen Zahnheilkunde und damit ein gemeinsames Lehren und Lernen. Diese Konstellation ermöglicht es, einerseits klinische Fälle realitätsnah zu interpretieren und andererseits Kasuistiken für Rollenspiele zu liefern. Die Themen werden wöchentlich in Kleingruppenseminaren unterrichtet (siehe Tabelle 4). Zu allen Beispielen geben Zahnärzte der Klinik für Zahnärztliche Prothetik Erfahrungsberichte aus ihrem Berufsalltag. Zudem soll die Kommunikation von heiklen ethischen Fragen im

Am Anfang und am Ende des Seminars erfolgen wissenschaftliche Erhebungen der Einstellungen der Studierenden zu den ethisch relevanten Fragen. Auf diese Weise soll eruiert werden, ob und gegebenenfalls in welcher Weise sich die Einstellungen zu den behandelten Problemfeldern verändert haben und wie der weitere Bedarf an Lehrangeboten für das Fach Ethik in der Zahnheilkunde aufseiten der Studierenden beurteilt wird. Daneben interessiert, ob es bei einzelnen Studierenden im Rahmen der Patientenbehandlungen bereits zu ersten „praktischen“ Anwendungsmöglichkeiten des erarbeiteten Wissens gekommen ist. Die Ergebnisse des Lehrprojekts sollen in einem für Medizindidaktik einschlägigen Journal publiziert werden. Die Evaluation der Lehrveranstaltungen wird auf der Grundlage von EvaSys erfolgen.

zm-Info

Standespolitische Aspekte

Bei den zahnärztlichen Standesorganisationen steht das Thema „Ethik in der Zahnmedizin“ aktuell auf der Agenda. So ist beispielsweise geplant, einer zu novellierenden Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer einen ethischen Code voranzustellen, hier ist der BZÄK-Vorstand aktiv. Auch auf der vergangenen Bundesversammlung der BZÄK im November in München diskutierten die Delegierten intensiv über Aspekte der Ethik.

BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich kommentiert dazu, dass im Zuge des medizinisch-technischen Fortschritts, der wachsenden Diversifizierung des Berufsstandes und steigender ökonomischer Zwänge die Ethikdiskussion in Zukunft noch mehr als bisher eine Rolle spielen wird. Ein selbstverpflichtender „ethical code“ trage wesentlich dazu bei, das kollektive Selbstverständnis der Zahnärzteschaft zu stützen und die Identifikation mit ihrem freiberuflich geprägten Tun zu stärken. Eine berufsethische Diskussion sollte bereits

während der universitären Ausbildung erfolgen. Oesterreich: „Reaktionen auf gesundheitspolitische Herausforderungen

sind an ethischen Aspekten zu messen und geben dem Berufsstand Rückhalt und Glaubwürdigkeit in der Öffentlichkeit. Und mehr noch: Ethische Fragen tangieren den täglichen Umgang des Zahnarztes mit seinem Patienten.“ (mehr dazu siehe: Dr. Dietmar Oesterreich „Freiberuflichkeit ist aktive Professionspolitik“, zm 20/2009, Seiten 22 ff.) pr

■ Die DGZMK hat einen Arbeitskreis Ethik gegründet, der am 19. März (14.00 bis 17.00 Uhr) in den Räumen der LZK Hessen zu seiner konstituierenden Sitzung zusammenkommen wird. Ihm wird auch der Autor dieses Beitrags Prof. Dr. Dr. Dominik Groß, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Aachen, angehören. Die Sitzung ist für jedes interessierte DGZMK-Mitglied offen.



Foto: BZÄK

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent.
Dr. phil. Dominik Groß
Dr. med. dent. Gereon Schäfer
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
Wendlingweg 2, 52074 Aachen
dgross@ukaachen.de oder
Dominik.Gross@rwth-aachen.de

Univ.-Prof. Dr. Stefan Wolfart
Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen

Dieser Beitrag erscheint mit freundlicher Genehmigung des Deutschen Ärzteverlags als modifizierter Nachdruck aus der dzz, Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 64/7 (2009), S. 410-418.

zm Leser service

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

Verzahnte Disziplinen

Das Aachener Kompetenzzentrum für Wissenschaftsgeschichte (AKWG) bündelt fächerübergreifend das Wissen und die Kompetenzen aus Medizin, Zahnmedizin, Natur- und Geisteswissenschaft. Durch Synergieeffekte wollen die Aachener Wissenschaftler innovative Forschung auf den Weg bringen. Der Blick in die Geschichte ist kein Selbstzweck, sondern dient stets dazu, das Verständnis vom Hier und Jetzt zu fördern. Als Resultat entstehen spannende Themen, Ideen, Projekte und Konzepte.

Wie unterscheiden sich geschlechterspezifische Rollenzuschreibungen im Wandel der Zeit? Inwieweit dient der tote Körper als „dienstbare Leiche“, nämlich als medizinische, soziokulturelle und ökonomische Ressource? Wie stellt sich die Kraft des Blutes in Medizin, Literatur, Geschichte und Kultur dar? Wie ist das Verhältnis zwischen Sport, Medizin und Technik?

Dies sind nur einige der Themen, denen sich das AKWG gewidmet hat und die in interdisziplinären Tagungen (jährlicher „Tag der Wissenschaftsgeschichte“), Publikationen, Veranstaltungen und Vorlesungen aufgearbeitet wurden. Aufhänger sind meist aktuelle politische, soziale oder gesellschaftliche Fragestellungen.

Einheit der Wissenschaften

2006 wurde das Kompetenzzentrum auf Initiative von Prof. Dr.

Dr. Dr. Dominik Groß, Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der RWTH Aachen, gegründet. „Es geht um den Anspruch auf die Einheit der Wissenschaften“, erläutert Groß, der auch als Sprecher des AKWG fungiert, im Gespräch mit den zm. Wissenschaftsgeschichte dürfe nicht isoliert betrachtet werden, sondern es gehe immer auch um die Wechselwirkungen von Wissenschaft, Kultur, Gesellschaft und Politik: „Der Anwenderbezug ist dabei wichtig. Je mehr die Technik voranschreitet, umso mehr ergeben sich offene, auch

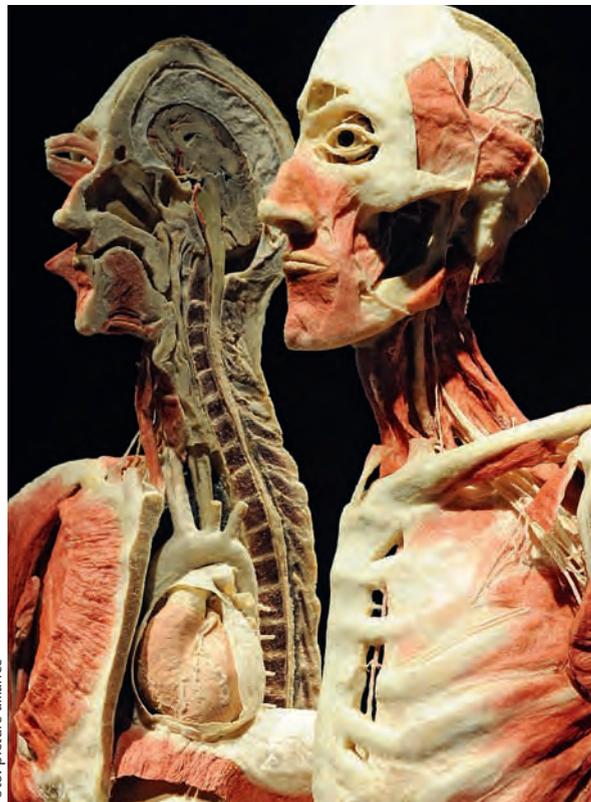


Foto: picture alliance

Wie geht die Gesellschaft mit dem Tod und der Leiche – hier ein Platinat der „Körperwelten“ Gunther van Hagens – um? Dies ist nur eine der Fragestellungen, die das Aachener Kompetenzzentrum für Wissenschaftsgeschichte interdisziplinär beleuchtet.



Foto: privat

Prof. Dr. Dr. Dominik Groß, Sprecher des AKWG und Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der RWTH Aachen

ethische Fragen.“ Groß verwies beispielhaft auf Diskussionen um Organtransplantation, Frühchenversorgung oder den Umgang mit Hirntoten, zu denen es jeweils „Vorgeschichten“ gäbe.

Expertise zusammengebracht

In Aachen existieren bereits seit vielen Jahren Lehr- und Forschungsinitiativen im Bereich Wissenschaftsgeschichte an diversen Lehrstühlen. Der Wunsch entstand, diese zu vernetzen und Synergien zu ermöglichen.

Dominik Groß und die weiteren 15 AKWG-Gründungsmitglieder aus sechs verschiedenen Fakultäten der RWTH gehen mit ihrer Initiative von der Überlegung aus, dass die Auseinandersetzung mit der Wissenschaftsgeschichte gerade an einer Technischen Hochschule eine unverzichtbare Ergänzung des technisch beziehungsweise naturwissenschaftlich geprägten Umgangs mit der Welt darstellt. Das AKWG verstehe sich, laut Groß, als eine fächer- und institutionenübergreifende Einrichtung, die die in Aachen vorhandenen Kompetenzen bündeln und verzahnen wolle. Anknüpfungspunkte in der Lehre böten geisteswissenschaftliche Magisterstudiengänge sowie natur- und ingenieurwissenschaftliche Diplomstudiengänge. Das Aachener Kompetenzzentrum für Wissenschaftsgeschichte sei in seiner Art derzeit das einzige in Deutschland.

Die Aktivitäten des AKWG erfahren auch außerhalb der universitären Welt große Resonanz. Nicht nur, dass die Tagungen selbst von namhaften Drittmittelgebern wie der der Volkswagen-Stiftung oder der Gerda-Henkel-Stiftung gefördert werden. Sie erfreuen sich auch – dank guter Öffentlichkeitsarbeit – eines großen Interesses und positiven Echos in den Medien. „Und“, so Dominik Groß, „die Studenten laufen uns in unseren Veranstaltungen die Bude ein.“ pr

Differentialdiagnose der Schwellung im Kieferwinkelbereich

Pathologische Fraktur bei Osteomyelitis des Unterkiefers

Tobias Ettl, Fabian Eder, Martin Gosau, Torsten E. Reichert



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



Abbildung 1: OPG zum Zeitpunkt des ersten Zahnarztbesuches: tiefe Karies mesial am Zahn 37 mit apikaler Parodontitis der mesialen Wurzel; angedeutet bereits eine unscharf begrenzte periapikale Radioluzenz mit vermehrter Opazität im Randbereich

Ein 35-jähriger, allgemeinmedizinisch gesunder Patient mit bekanntem Nikotinabusus stellte sich mit Zahnschmerzen im linken Unterkieferbereich bei seinem Hauszahnarzt vor. Hier wurde klinisch und radiologisch der kariöse, avitale Zahn 37 mit einer periapikalen Parodontitis auffällig (Abbildung 1). Der Zahn wurde trepaniert und eine orale Antibiose wurde verordnet. Im weiteren Verlauf verstärkten sich die Schmerzen, hinzu kamen Fieber und Abgeschlagenheit. Im Bereich der linken Unterlippe trat eine Hypästhesie auf. Bei klinischem Bild eines paramandibulären Abszesses wurde der schuldige Zahn extrahiert, woraufhin sich unmittelbar Pus aus der Alveole entleerte. Auf eine begleitende Antibiose wurde verzichtet, die Extraktionswunde wurde lokal mit Einlagenwechsel nachbehandelt.



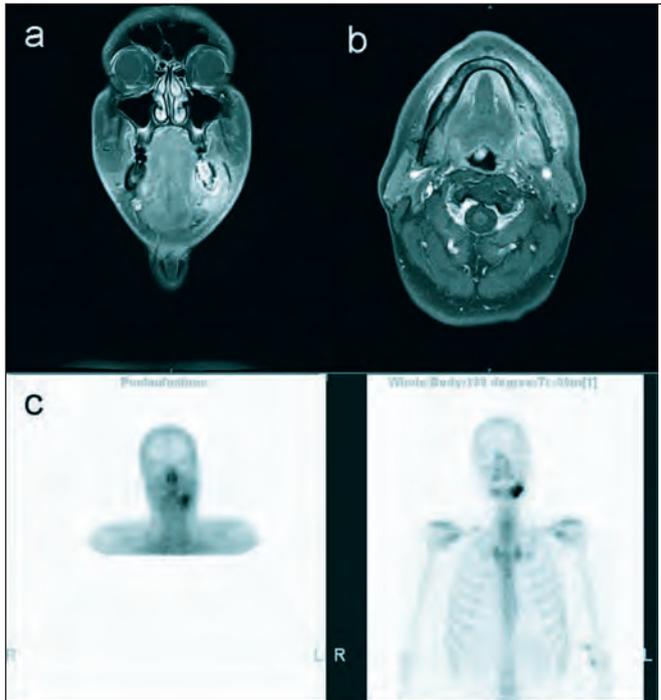
Abbildung 2: OPG zum Zeitpunkt nach der pathologischen Fraktur: Extraktionsalveole 37; unterbrochene Unterkieferkontinuität mit dreiecksförmiger Sequesterbildung; insgesamt inhomogene Knochenstruktur mit unscharfen Osteolyse

Vier Wochen später verspürte der Patient beim Verzehr eines Kaubonbons ein Knackgeräusch im linken Kieferwinkelbereich, einhergehend mit einer Störung der Okklusion. Nach mandibulo-maxillärer Ruhigstellung und Einleitung einer intravenösen Antibiose durch den konsultierten niedergelassenen MKG-Chirurgen, wurde der Patient mit der Verdachtsdiagnose einer pathologischen Fraktur bei chronischer Osteomyelitis im

dolente Schwellung im Bereich des linken Kieferwinkels erkennbar. Intraoral zeigte sich in regio 37 eine geschlossene Schleimhautdecke ohne Fistel oder Eiteraustritt (Abbildung 3). Im Ausbreitungsgebiet des N. alveolaris inferior links konnte eine Sensibilitätsstörung dokumentiert werden. Die intravenöse Antibiose mit Amoxicillin/Clavulansäure wurde fortgeführt. Zusätzlich wurden eine MRT sowie eine Skelettszintigraphie angefertigt (Abbildung 4). Die serologischen Entzündungsparameter waren zu diesem Zeitpunkt im Normbereich. Nach antibiotischer Vorbehandlung erfolgte über einen extraoralen Zugang die Sequestrotomie im Bereich des linken Kieferwinkels. Der entstandene Defekt wurde mit Beckenkamm-spongiosa aufgefüllt; die Fraktur wurde mit einer Rekonstruktionsplatte stabilisiert (Abbildung 5). Das abschließende histopathologische Gutachten bestätigte eine chronische Osteomyelitis mit fibrosiertem Knochengewebe und Entzündungszellinfiltraten (Abbildung 6).



Abbildungen 3: a: extraoraler Befund: geringe Schwellung im Bereich des linken Kieferwinkels; b: intraoraler Befund: soweit einsehbar zeitgerechte Schleimhautverhältnisse nach Extraktion 37; Ernst'sche Ligaturen in der linken Prämolarenregion

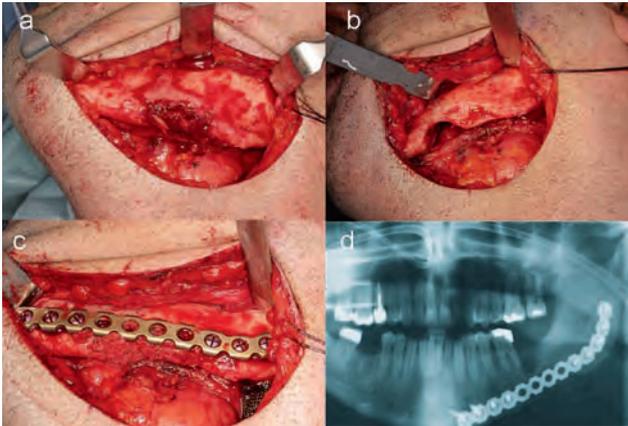


Abbildungen 4a und 4b: MRT coronar und axial: entzündliche Veränderung der Weichteile im linken Kieferwinkelbereich; Kontrastmittelanreicherung im Korpus und Angulus mandibulae als Ausdruck einer Osteomyelitis mit pathologischer Fraktur
c: Skelettszintigraphie: massive Mehrspeicherung in Projektion auf den linken Unterkiefer regio 33 bis 38

Diskussion

Bei der Osteomyelitis des Kieferknochens handelt es sich um einen akuten oder chronischen Entzündungsprozess des Markraums oder der kortikalen Oberflächen [Neville et al., 2009]. Ausgangspunkt ist klassischerweise eine bakterielle Mischinfektion odontogener Herkunft. Im eigenen Fall war es eine Karies, die unbehandelt über eine Pulpitis und eine apikale Parodontitis zu einer lokalen Infektion des Knochens führte. Durch zusätzliche Traumatisierung, wie die im Fall erfolgte Zahnextraktion im Abszessstadium, wird die bakterielle Invasion in den medullären Knochenraum erleichtert [Al Nawas und Kämmerer, 2009]. Daneben können auch infizierte Zysten oder Kieferfrakturen zu einer Osteomyelitis führen. In seltenen Fällen ist eine hämatogene Aussaat die Ursache. Begünstigt wird die Entstehung einer Kieferosteomyelitis durch eine mangelnde Vaskularisation des Knochens und eine damit verringerte Immunabwehr. Der Nikotinabusus des eigenen Patienten, möglicherweise unmittelbar nach der Zahnextraktion, kann genauso wie etwa ein Diabetes mellitus oder chronischer Alkoholismus eine entscheidende Rolle bei der Pathogenese spielen. Pathophysiologisch kommt es zur Ödem- und Pusbildung im Markraum. Osteoklasten werden stimuliert, durch den erhöhten intraossären Druck wird die Ischämie verstärkt, was letztendlich zu einer Kno-

chennekrose mit Sequesterbildung führt. Mit dieser, dann als sekundär chronische Osteomyelitis bezeichneten Form wurde unser Patient vorgestellt. Sie stellt die häufigste Form der Osteomyelitis des Kieferknochens dar und tritt überwiegend im Unterkiefer als Folge einer nicht adäquat therapierten akuten Osteomyelitis auf [Marx, 1991]. Im akuten Stadium befand sich der Patient im Fallbericht zum Zeitpunkt der Zahnextraktion. Hier imponiert klinisch ein rascher Verlauf mit Fieber, Lymphknotenschwellungen, starken Schmerzen, lokaler Schwellung, Zahnlockerungen und marginalem Eiterabfluss. Ein Foetor ex ore aufgrund der Besiedlung mit anaeroben, pyogenen Bakterien ist häufig. Bereits in dieser Phase wurde beim eigenen Patienten eine Hypästhesie im Ausbreitungsgebiet des N. alveolaris inferior auffällig, was als Vincent-Symptom bezeichnet wird [Vincent, 1896; Baltensperger and Eyrich, 2009]. Bei der chronischen Osteomyelitis können die Symptome in abgeschwächter Form denen der akuten Entzündung ähneln, jedoch sind symptomfreie Krankheitsphasen möglich. Hinzu kommen neben einer Sequesterbildung oftmals intra- und extraorale Fisteln. Als schwerwiegende Komplikation kann – wie im Fallbericht geschehen – eine pathologische Fraktur auftreten [Kushner and Alpert, 2004]. Röntgenologisch zeigt sich bei zunehmender Chronifizierung ein Nebeneinander von



Abbildungen 5a-5c: intraoperative Darstellung des linken Kieferwinkelbereichs über einen submandibulären Zugang:
 a: Knochensequester mit reichlich Granulationsgewebe am Unterkieferunterrand
 b: Unterkieferdefekt nach Nekrosektomie, N. alveolaris inferior nicht mehr darstellbar
 c: Zustand nach Augmentation mit Beckenkammspongiosa und stabiler Osteosynthese
 d: OPG post-OP mit korrekter Positionierung der Osteosyntheseplatte

osteolytischen und sklerosierenden Arealen, klassischerweise mit Ausbildung eines Sequesters. Als weitere bildgebende Untersuchungen können eine DVT, eine CT, eine MRT oder eine Knochenszintigraphie zur Darstellung der Entzündungsaktivität und der Befundausdehnung hinzugezogen werden.

Differentialdiagnostisch sind bei unklaren osteolytischen Prozessen benigne (fibröse Dysplasie, ossifizierendes Fibrom) und maligne (Osteosarkom, Chondrosarkom, Ewing-Sarkom) Erkrankungen in Erwägung zu ziehen [Al Nawas und Kämmerer, 2009]. Neben der klinischen und bildgebenden Diagnostik ist hier die histopathologische Untersuchung ausschlaggebend.

Für die Therapie der Kieferosteomyelitis ist die korrekte Diagnose des Stadiums essentiell. In der akuten Phase stellt die Inzision und Drainage von Abszedierungen in Kombination mit einer Breitspektrumantibiose die Therapie der Wahl dar. Bei stattgefundenen Chronifizierung ist dagegen ein breitflächiges Debridement oftmals unumgänglich. Wie im eigenen Fall geschehen, muss dann der nekrotische Knochen reseziert werden. Zur Sicherstellung einer ausreichend hoch dosierten lokalen Antibiose kann eine mit Antibiotika beschickte PMMA-

Kette eingelegt werden [Ehrenfeld und Winter, 1999]. Bei ausgedehnten Sequestern im Unterkieferbereich ist nicht selten eine Kontinuitätsresektion mit primärer oder sekundärer Osteoplastik und stabiler Osteosynthese notwendig. Die systemische Antibiotikagabe sollte auch nach operativer Therapie für vier bis sechs Wochen fortgeführt werden. Eine zusätzliche Behandlungsoption zur antibiotischen und chirurgischen Therapie der chronischen Osteomyelitis stellt die hyperbare Sauerstofftherapie (HBO) dar, die zu einer Erhöhung des Sauerstoffpartialdrucks im osteomyelitischen

Knochen führt. Die erhöhte Gewebeoxygenierung hat einerseits einen toxischen Effekt auf anaerobe Bakterien, andererseits soll dadurch die Angiogenese stimuliert und somit die Verfügbarkeit der Antibiotika erhöht werden [Handschel et al., 2007]. Der tatsächliche Nutzen der HBO ist derzeit jedoch noch nicht abschließend geklärt. Zudem scheint eine Behandlungsdauer von mindestens acht Wochen erforderlich zu sein. Von der beschriebenen, bakteriell assoziierten, akuten und sekundär chronischen Osteomyelitis ist die primär chronische Osteomyelitis abzugrenzen. Hierbei handelt es sich um eine seltene, nicht-eitrige chronische Knochenentzündung unklarer Ätiologie. Als weitere Sonderformen existieren Kieferosteomyelitiden, ausgelöst etwa durch eine Bestrahlung oder durch die Einnahme von Bisphosphonaten, Kortikosteroiden oder auch antineoplastischen Substanzen [Al Nawas und Kämmerer, 2009].

Dr. Dr. Tobias Ettl
 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. Fabian Eder
 Institut für Pathologie
 Universität Regensburg
 Franz-Josef-Strauß-Allee 11
 93053 Regensburg

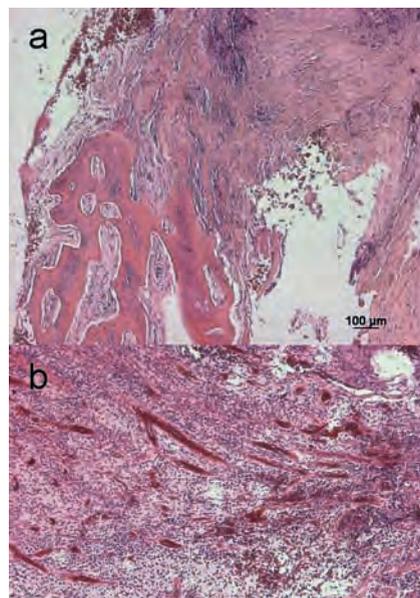


Abbildung 6: histopathologischer Befund (H&E, 50x): a: Knochengewebe mit fibrosierten Markräumen und angrenzendem kollagenfaserreichen Bindegewebe
 b: kapillarreiches Granulationsgewebe mit dichtem granulozytären und lymphoplasmazellulären Entzündungszellinfiltrat



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



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

Der besondere Fall

Therapie einer skelettalen Klasse III mit einseitigem Kreuzbiss

Die kieferorthopädische Therapie von Patienten mit einer Klasse-III-Malokklusion stellt eine Herausforderung für den Kieferorthopäden dar. Die Therapie sollte recht früh beginnen, um eine stabile Okklusion zu erzielen. Der folgende Fallbericht beschreibt eine kieferorthopädische Behandlung einer Klasse III mit einseitigem Kreuzbiss und einer Verlagerung des Zahnes 13.

Die Patientin stellte sich im Alter von acht Jahren in der Poliklinik für Kieferorthopädie der Universitätsmedizin Mainz vor. Extraoral zeigte sich eine mandibuläre Schwenkung mit einer Abweichung des Kinns nach rechts. Ein kompetenter Lippenschluss war bei der Patientin möglich (Abbildungen 1a und 1b). Die intraorale Untersuchung ergab ein Milchgebiss in der ersten Wechselgebiss-

phase mit vorzeitigem Verlust des Zahnes 54 aufgrund von Karies sowie weitere kariöse Läsionen. Im Oberkiefer zeigte sich ein Mesialstand der Seitenzähne rechts und damit verbunden eine Lückeneinengung für Zahn 14 (Abbildungen 1e bis 1g). Dental bestand im Molarenbereich rechts eine Klasse-II-Verzahnung um eine Viertel-Prämolarenbreite, eine Klasse-I-Verzahnung

im Molarenbereich links sowie im Eckzahnbereich rechts und links. Es waren eine deutliche transversale Enge im Oberkiefer sowie ein Kreuzbiss rechtsseitig mit Zwangsbissführung sichtbar. Frontal lag eine negative sagittale Stufe von -1 mm sowie die Tendenz zur Bissöffnung vor (Abbildungen 1e bis 1g). Das Orthopantomogramm (OPG) zeigte eine Rotation des Zahnes 12 und eine Tendenz zur Retention des Zahnes 13 (Abbildung 1d). Die Auswertung des seitlichen Fernröntgenbildes (FRS) ergab eine skeletale Klasse III bei retrognathem Ober- und orthognathem Unterkiefer bei neutralem Wachstumsmuster mit vertikaler Tendenz.



Abbildungen 1a bis 1g: Aufnahmen zu Beginn der Behandlung: a, b: extraorale Aufnahmen: Schwenkung des Unterkiefers auf die Kreuzbissseite, c: Fernröntgenseitenbild, d: Orthopantomogramm, e bis g: intraorale Aufnahmen: rechtsseitiger Kreuzbiss sowie negativer Overjet



Abbildungen 2a bis 2e: Aufnahmen bei Reevaluation: a: extraorale Aufnahme: die Unterkieferschwenkung wurde beseitigt, b: Orthopantomogramm: Retention und Verlagerung des Zahnes 13, c bis e: intraorale Aufnahmen: frontaler Kopf- und Zahnbiss sowie dentale Mittellinienverschiebung nach rechts im Oberkiefer

Die Oberkieferfront war stark und die Unterkieferfront leicht protrudiert (Abbildung 1c).

Therapieziel

Das Ziel der Behandlung bestand in der transversalen Nachentwicklung des Oberkiefers, der Überstellung des seitlichen Kreuzbisses und der Beseitigung der mandibulären Mittellinienverschiebung. Durch die Förderung des sagittalen Wachstums der Maxilla sollte ein korrekter Overjet und durch die Extrusion der Frontzähne ein regelrechter Overbite hergestellt werden.

Behandlungsverlauf

Zunächst wurde eine Gaumennahterweitersapparatur (GNE) eingesetzt, um den Oberkiefer transversal nachzuentwickeln. Eine Woche später erfolgte der Einsatz einer Delaire-Maske, mit der Instruktion diese 16 Stunden pro Tag zu tragen. Nach fünf

Monaten wurde die GNE entfernt und durch eine Oberkiefer-Platte ersetzt, um die Transversale zu halten. Der Zahnwechsel wurde weiter überwacht und nach zwei Jahren eine Zwischendiagnostik zur Reevaluation durchgeführt. Diese zeigte folgende Befunde (Abbildungen 2a bis 2e):

Der laterale Kreuzbiss war überstellt und die Unterkieferschwenkung beseitigt. Durch die sagittale Beeinflussung des Oberkieferwachstums entstand ein frontaler Kopfbiss (Abbildungen 2c bis 2e). Ferner kam es durch den Platzmangel im Oberkiefer zu einer deutlichen Mittellinienverschiebung nach rechts. Das OPG zeigte, dass der Zahn 13 deutlich verlagert und retiniert war (Abbildung 2b).

Reevaluation

Nach der Reevaluation erfolgte die Weiterbehandlung mit einer Multibracketapparatur in Ober- und Unterkiefer. Im Oberkiefer



Abbildung 3:
intraorale Aufnahme:
Lückenöffnung
und Freilegung
von Zahn 13

wurde eine Nance-Apparatur eingesetzt, um die Lücken für die Zähne 13 und 23 zu öffnen. Nach Lückenöffnung mit Sentalloy-Druckfedern und Mittellinienkorrektur im Oberkiefer konnte der freigelegte Zahn 13 eingeordnet werden (Abbildung 3).

Die Multibracketbehandlung dauerte 2,2 Jahre. Die Retention erfolgte im Ober- und im Unterkiefer mit Kleberetainern (Abbildungen 4a bis 4g). Zusätzlich trug die Patientin nachts Retentionsplatten. Die hauptsächlichen Therapieziele wurden

erreicht. Die Position und der Torque des Zahnes 13 sowie der Overbite hätten noch optimiert werden können. Aufgrund mangelnder Mundhygiene wurde jedoch davon abgesehen, die Multibracketapparatur länger im Mund zu belassen.

Diskussion

Einseitige Kreuzbisse bei Kindern treten mit einer Inzidenz von 8,7 bis 23,3 Prozent auf [Langberg et al., 2005]. Die Ursachen für

einen Kreuzbiss sind sowohl genetisch als auch durch äußere Einflüsse wie Habits bedingt [Marshall et al., 2007].

Abbildung 1 zeigt die typische Kreuzbiss-symptomatik, eine Laterognathie zur Kreuzbissseite. Bei 80 Prozent der Patienten mit einseitigem Kreuzbiss entwickelt sich eine funktionelle Unterkieferabweichung [Kurol et al., 1992]. Hieraus kann eine asymmetrische Kiefergelenkkopfposition entstehen, wobei der kreuzbissseitige Kondylus nach kranial und dorsal (Kompression) und der kontralaterale Kondylus nach anterior und kaudal (Distraction) bewegt wird [Lippold et al., 2008]. Der einseitige Kreuzbiss verbunden mit einem lateralen Zwangsbiss fördert eine adaptive Umformung der Gelenkköpfchen und ein asymmetrisches Wachstum des Unterkiefers.

Diese funktionelle Asymmetrie kann sich je nach Dauer bis hin zu einer Gesichtsskoliose entwickeln, die dann rein kieferorthopädisch nicht mehr therapierbar,



Abbildungen 4a bis 4g: Aufnahmen zum Abschluss der Behandlung nach einem Jahr Retentionszeit: a,b: extraorale Fotos, c: Fernröntgenseitenbild, d: Orthopantomogramm, e bis g: intraorale Aufnahmen: Neutralokklusion sowie korrekter Overjet und Overbite

Tipps für die Praxis:

- Unilaterale Kreuzbisse sollten präventiv möglichst früh therapiert werden, um eine adaptive Umformung der Kondylen und ein asymmetrisches Wachstum des Gesichtschädels zu verhindern.
- Mit der Therapie der Klasse III sollte bei Kindern so früh wie möglich begonnen werden, um eine größere skeletale Wirkung bei der Therapie zu erzielen.
- Bei spätem Behandlungsbeginn einer skelettalen Klasse III ist häufig nur eine kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgische Therapie möglich.

sondern kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgisch zu behandeln ist [Kahl-Nieke, 2008].

Aus diesen Gründen wird empfohlen, Kreuzbisse bereits zu einem möglichst frühen Zeitpunkt als präventive Maßnahme, also im Milch- beziehungsweise frühem Wechselgebiss zu behandeln, um eine stärkere Ausprägung und Folgeschäden zu verhindern [Perttiniemi et al., 1990].

Zur Therapie eines Kreuzbisses sollte der Oberkiefer transversal nachentwickelt werden. Im vorliegenden Fall wurde dies mit einer GNE erreicht. Häufig führt schon die transversale Erweiterung des Oberkiefers als alleinige Maßnahme zu einer Beseitigung der skelettalen Asymmetrie des Unterkiefers [Hesse et al., 1997].

Die Behandlung der Progenieformen (Angle-Klasse III) sollte ebenso wie die Behandlung des lateralen Kreuzbisses möglichst früh begonnen werden [Saadia et al., 2000].

Die Häufigkeit der Klasse III variiert stark nach ethnischer Zugehörigkeit und liegt zwischen 0,6 Prozent bis 13 Prozent [Droschl, 2000].

Es werden vier Formen der Progenie unterschieden: die echte Progenie, die Pseudoprogenie, der progene Zwangsbiss und der frontale Kreuzbiss. In Abhängigkeit von der jeweiligen Progenieform sollte das Oberkieferwachstum stimuliert und das Unterkieferwachstum gehemmt werden, die Oberkieferinzisiven protrudiert und die Unterkieferinzisiven retrudiert werden. Je nach

Alter des Patienten und Schweregrad der Dysgnathie können unterschiedliche Geräte zur Therapie der Progenie eingesetzt werden. Bei frühem Behandlungsbeginn eignen sich funktionskieferorthopädische Apparaturen (wie zum Beispiel der Funktionsregler Typ III nach Fränkel, FR III). Als weitere Möglichkeit der Therapie werden Kopf-Kinn-Kappen eingesetzt, die dem Unterkieferwachstum entgegenwirken sollen. Jedoch zeigte sich, dass sich diese Richtung der Krafteinwirkung häufig negativ auf die Kiefergelenke auswirkt. Eine Wachstumsförderung der Maxilla in sagittaler Richtung ist durch die Verwendung der Delaire-Maske möglich. Eine, wie in diesem Fall beschriebene, vorangegangene GNE führt zu einer Schwächung der Oberkieferbasis und erleichtert die Mobilisation in ventraler Richtung durch die Delaire-Maske [da Silva et al, 1998]. Ein deutlich größerer skelettaler Behandlungseffekt kann zudem bei Patienten erreicht werden, die jünger als acht Jahre sind [Jäger et al. 2001].

Bei den unterschiedlichen Formen des progenen Formenkreises ist der Erfolg der Therapie neben der Compliance des Patienten stark vom Wachstumsverlauf abhängig. Bei ungünstigem Wachstum oder zu spätem Behandlungsbeginn kann die Therapie der skelettalen Klasse III häufig nur noch kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgisch erfolgen.

*Dr. med. dent. M. Gutsch
Dr. med. dent. C. Erbe
Prof. Dr. Dr. H. Wehrbein
Poliklinik für Kieferorthopädie
Universitätsmedizin Mainz
Augustusplatz 2
55131 Mainz
gutsch@kieferortho.klinik.uni-mainz.de*



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

Drogen, Alkohol, Medikamente

Suchterkrankungen – ein Problem bei Jung und Alt

Die Suchtforschung ist in Deutschland noch eine Art Stiefkind und das, obwohl sich die Situation bei den Suchterkrankungen zunehmend verschärft. Besondere Problembereiche sehen Experten bei Kindern und bei Jugendlichen, aber auch bei Erwachsenen, deren Suchtverhalten erhebliche Auswirkungen auf die Kinder hat. Zusätzlich gerät das Thema Sucht bei Senioren in den Fokus.



Der tägliche Tablettencocktail ist häufig das Problem bei älteren Menschen.

Erfolge im Kampf gegen Suchterkrankungen gibt es derzeit vor allem beim Rauchen. So ist die Zahl der Raucher rückläufig, was in einigen Ländern bereits einen Rückgang an Lungen- wie auch an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zur Folge hat. Ganz anders sieht das bei anderen Suchterkrankungen aus und insbesondere beim Alkoholmissbrauch. „Vor allem Jugendliche greifen immer früher und immer häufiger zur Flasche, wobei der exzessive Alkoholkonsum, also das Komasaufen, nur die Spitze des Eisberges darstellt“, sagte Professor Dr. Michael Klein in Köln beim 2. Deutschen Suchtkongress.

Schätzungen zufolge weisen laut Klein inzwischen 15 Prozent aller Jugendlichen eine Alkoholproblematik auf. Dabei sind rund ein bis zwei Prozent aller Kids langfristig gefährdet, alkoholabhängig zu werden. Ur-

sache der Verschiebung von Rauchen und Cannabis auf die „Droge Alkohol“ bei den Jugendlichen dürfte nach Klein die leichtere Verfügbarkeit sein und die Tatsache, dass



So gut wie jeder hat ihn mal probiert, den Joint – aber nicht jeder Jugendliche lässt beim zweiten Mal die Finger davon.

das Trinken nicht diskriminiert ist, sondern sogar positiv besetzt. „Die Jugendlichen fühlen sich damit als Teil der sogenannten Spaßgesellschaft“, sagte Klein in Köln.

Suchtkranke Eltern – suchtkranke Kinder

Besonders gefährdet sind dabei Kinder suchtkranker Eltern: Bei ihnen ist das Risiko, selbst eine Suchterkrankung zu entwickeln, rund sechsmal höher als bei Kindern aus einem Elternhaus ohne Abhängigkeitsproblematik. Die betroffenen Kinder haben außerdem ein erhöhtes Risiko, psychisch krank zu werden, weshalb die Experten zunehmend fordern, Kinder in die Suchtbehandlung ihrer Eltern mit einzubeziehen. Oberstes Ziel der Behandlung bei Alkoholismus ist nach Professor Dr. Karl F. Mann aus Mannheim nach wie vor die absolute Alkoholkarenz. Diese lässt sich aber nur bei 30 bis 70 Prozent der Betroffenen erzielen. „Im Umkehrschluss bedeutet das, dass wir



Foto: CC

Jugendliche, die es sich kaum leisten können, leiden häufig unter Kaufsucht, was natürlich nicht heißt, dass nicht auch ältere Menschen betroffen sein können.

50 bis 70 Prozent der Patienten derzeit nur unzureichend helfen können“, so Mann.

Schadensreduzierender Therapieansatz

Das aber heißt nicht, dass man die Patienten sich selbst überlassen kann. Zu bedenken ist, dass der chronische Alkoholkonsum erhebliche körperliche Schädigungen nach sich zieht und das abhängig von der konsumierten Menge. Es ist deshalb laut Mann ein „schadensreduzierender Therapieansatz“ zu verfolgen, was konkret bedeutet, dass alles daran gesetzt werden muss, einen Patienten mit hohem Alkoholkonsum zu motivieren, seine Trinkmenge zumindest zu reduzieren.

Mit pauschalen Therapieangeboten ist dabei jedoch wenig auszurichten. Wie in anderen Bereichen der Medizin auch, ist nach Mann eine maßgeschneiderte Therapie notwendig, die sich direkt an der individuellen Situation ausrichtet. Das dürfte künftig einfacher möglich werden. Denn in neuen Forschungsprojekten ist es gelungen, genetische Marker zu identifizieren, anhand derer sich voraussagen lässt, auf welches Präparat ein bestimmter Patient bei der medikamentösen Therapie eher ansprechen wird. Auch anhand bildgebender Verfahren wie der funktionellen Kernspintomographie sind offensichtlich solche Vorhersagen möglich. „Damit stehen wir am Beginn einer neuen Ära, in der sich die optimale

Therapie der Alkoholkrankheit nicht nur anhand sozialer, sondern auch über biologische Variable bestimmen lässt“, betonte der Psychiater in Köln.

Sorgen bereiten den Medizinern allerdings die zunehmenden Suchtprobleme bei älteren Menschen. Zwei Trends kommen hierbei zum Tragen: Zum einen werden dank der modernen Medizin auch Menschen mit Suchterkrankung deutlich älter als früher und zum anderen trägt die zunehmende Vereinsamung vieler älterer Menschen dazu bei, dass diese zu „Späteinsteigern“ in puncto Suchtentwicklung werden. Beide Gruppen stellen für die Medizin eine erhebliche Herausforderung dar. So setzen Alterungsprozesse unter dem Einfluss von Alkohol, Opioiden und Kokain deutlich früher ein, so dass Suchtkranke schneller altern als gesunde Altersgenossen, betonte Professor Dr. Irmgard Vogt aus Frankfurt.

Bei Senioren, die weitgehend sozial isoliert leben und vereinsamt zu Alkohol und/oder Tabletten greifen, macht den Suchtmedizinern vor allem die meist vorliegende Multimorbidität Kopfzerbrechen. So ist nicht klar, wie sich komorbide Störungen gegenseitig beeinflussen. Auch in diesem Bereich gibt es, so Professor Mann, noch einen erheblichen Forschungsbedarf.

*Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln*

Läuse in der Zahnarztpraxis

Unerwünschte Gäste

Kopflausbefall ist äußerst unangenehm. Mit 1 500 Neuerkrankungen auf 10 000 Kinder pro Jahr ist die *Pediculus humanus capitis* die häufigste Parasitose im Kindesalter. Dabei sind Mädchen doppelt so häufig betroffen wie Jungen. Was bedeutet das für den Zahnarzt? Das Praxisteam sollte in jedem Fall auf Kopflausbefall untersucht und Praxis-Gegenstände müssen gründlich gereinigt werden.

Seit jeher sind Kopfläuse in Europa heimisch. Sie verbreiten sich sehr leicht weiter. Kinder – speziell Mädchen – sind besonders vom Läusebefall betroffen. Im Durchschnitt werden jedes Jahr fünf Prozent der Schüler eines Grundschuljahrgangs befallen. Läuse sind flügellose, wirtsspezifische Insekten, die sich gerne in dicht behaarten Bereichen (Kopf, selten Bart und Augenbrauen) aufhalten. Man unterscheidet die hier thematisierten Kopfläuse von Filzläusen und Kleiderläusen. Läuse ernähren sich von Blut, das sie – nach einem schmerzlosen Stich – mehrmals täglich aus der Kopfhaut saugen. Ohne „Blutmahlzeit“ trocknen sie aus und verenden im Laufe des zweiten Tages, spätestens nach 55 Stunden. Die Endglieder der sechs Beine sind zu Klauen geformt, mit denen sie sich an den Haaren festklammern. Erwachende Läuse leben drei Wochen – die Weibchen produzieren in dieser Zeit bis zu 300 Eier. Jedes Ei wird mit einer wasserunlöslichen Substanz an ein Haar gekittet und mit einem Chitingehäuse (Nisse) umschlossen. Kopfläuse können (wie Kleiderläuse) patho-



Kopflausbefall: die häufigste parasitäre Erkrankung in Europa



Foto: vario images

Die Übertragung mittels Textilien lässt sich nicht hundertprozentig ausschließen. Zur Sicherheit besser verschließen und reinigen.

gene Bakterien übertragen. Nachgewiesen ist die Übertragung von Fünf-Tage-Fieber (*Bartonella quintana*) und Läuserückfallfieber. Auch die Übertragung von Pest (*Yersinia pestis*) wird vermutet. Weiterhin kann es zu regionalen Lymphknotenschwellungen kommen (okzipitale und/oder zervikale Lymphadenitis). Der Befall von Läusen ist daher eine –nach dem Infektionsschutzgesetz (§ 34 Abs. 5)– meldepflichtige Erkrankung. Eltern sind im Krankheitsfall der Kinder verpflichtet, den Kindergarten oder die Schule zu informieren. Diese muss das örtliche Gesundheitsamt benachrichtigen. Der Zahnarzt sollte die Eltern eines „verlausten“ Patienten auf die Meldepflicht hinweisen. Leitsymptom bei erkrankten Kindern ist ein starker Juckreiz, der zu Kratzexkorationen und Schlafstörungen führt. Es ist wissenschaftlich bewiesen, dass die Parasiten in der Nacht mehrfach den Wirt wechseln,

wenn Kinder zusammen in einem Bett schlafen. Folglich haben vermutlich alle Kinder in der Familie Läuse, auch wenn nur ein Kind symptomatisch ist. Die empfindlichste Nachweismethode ist das „feuchte Auskämmen“. Dabei wird das, mit Wasser und einer Haarpflegespülung angefeuchtete Haar, systematisch mit einem Nissenkamm (Apotheke) nach lebenden Läusen und Nissen durchsucht.

Bei der Therapie empfiehlt das Robert Koch-Institut (RKI) eine Kombination aus Nissenkamm und einem Insektizid oder einem anderen Arzneimittel mit den Wirkstoffen Allethrin, Permethrin und Pyrethrum. Dr. Michael Forßbohm, Leiter der Abteilung Infektionsschutz beim Gesundheitsamt in Wiesbaden und Experte für Kopfläuse hat eine Kontrollmethode entwickelt, um den Behandlungserfolg zu überprüfen. Die „Einzentimeter-Regel“ besagt, dass Nissen leer sind, wenn sie mindestens einen Zentimeter von der Kopfhaut entfernt sitzen. Hintergrund: Menschliches Haar wächst im Monat etwa einen Zentimeter. Weil Läuse ihre Eier an den Haaransatz kleben, wären etwaige Larven also nach einem Monat längst geschlüpft.

Praxisteam untersuchen

Wie sollten sich die Mitarbeiter verhalten, wenn ein verlauster Patient auf dem Behandlungsstuhl sitzt? Forßbohm rät: „Alle Mitarbeiter, die Haar-zu-Haar-Kontakt mit einem verlausten Patienten hatten, müssen auf Läuse untersucht und gegebenenfalls behandelt werden. Ansonsten reichen Reinigungsmaßnahmen (wie feucht wischen) aus, um andere Patienten oder das Personal vor einer Infestation zu schützen.“

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) weist zudem darauf hin, auch Gebrauchs- und Einrichtungsgegenstände, die mit Haupthaar in Berührung kommen, sorgfältig zu reinigen:

■ **Wäsche bei mindestens 60 Grad waschen**

■ **Gegenstände für drei Tage in einem gut verschlossenem Plastikbeutel beziehungsweise für zwei Tage bei einer Temperatur unter -10 °C aufbewahren**

Vom Einsatz von Desinfektionsmitteln oder Insektiziden rät die BZgA ab.

Resistenzen nehmen zu

Resistenzen, die etwa in Dänemark und Großbritannien – insbesondere gegen Permethrin und Malathion (in Deutschland nicht als Läusemittel zugelassen) – beobachtet wurden, verpflichten zu erhöhter Aufmerksamkeit. Dies bestätigen laut einem Bericht des Magazins „Focus“ auch Wissenschaftler der Universität Kiel. Das Forscherteam untersuchte 2000 Kieler Kinder zwischen drei und zwölf Jahren. Bei vier Prozent der Kinder fanden die Forscher Kopfläuse: Alle Parasiten wiesen eine identische Genveränderung auf, die sie unempfindlich gegen das Insektengift Pyrethrum macht. Die Dermatologin Prof. Regina Fölster-Holst, Leiterin der Studie erklärt: „Uns lagen Stu-



Foto: Olepia

Der Nissenkamm gehört zu den konventionellsten und effizientesten Methoden, um Kopflausbefall zu behandeln.

dien aus Dänemark, Frankreich und Israel vor, in denen eine Resistenz durch eine Genmutation beschrieben wird. [...] Für die untersuchten Fälle in Kiel ist der Nachweis jetzt auch gelungen.“ Nach Ansicht von Fölster-Holst braucht man jetzt klinische Studien, die die gängigen mit den neueren

Kopflauspräparaten auf der Basis von Silikonölen vergleichen. „Diese sogenannten Dimetikone verschließen die Atmungsorgane der Läuse, so dass sie ersticken“, erklärt die Wissenschaftlerin. Eine konventionelle, gründliche Behandlung mit einem Nissenkamm sei aber immer noch ein sinnvoller Weg, um sämtliche Eier der Parasiten zu entfernen, rät Fölster-Holst. sf

zm-Surftipp

- www.pediculosis-gesellschaft.de
- www.rki.de
- www.bzga.de

17. Jahrestagung der DGCZ mit Masterkurs

Digitaltechnik öffnet neue Türen

Die Jahrestagungen der DGCZ (Deutsche Gesellschaft für computergestützte Zahnheilkunde e.V.) setzten schon immer die Meilensteine für computergestützte Anwendungen in Praxis und Labor. Auf der diesjährigen Veranstaltung in Dresden unter der Leitung von Dr. Bernd Reiss, Malsch, und Dr. Klaus Wiedhahn, Buchholz, wurde der Workflow der „Digitalen Abformung und der Arbeitsprozess mit dem stereolithografischen ZT-Modell“ vorgestellt. Damit beginnt das Zeitalter ohne die klassische Abdrucknahme. Weiterer Höhepunkt war die Verbindung der digitalen Volumentomographie (DVT) mit der optoelektronischen Messaufnahme, die die klinische Situation in das DVT-Bild transportiert und die Implantatplanung sicherer gestaltet.

Prof. Albert Mehl, Zürich, berichtete über die intraorale Messtechnik mit kurzweiligem Licht, die biogenerische Kauflächengestaltung, die Entwicklung der computergestützten dynamischen Okklusion und die abdruckfreie Praxis. Durch die Überlagerung von mehreren Intraoral-Scans aus unterschiedlichen Aufnahmerichtungen mit Cerec AC wird der Informationsgehalt der Präparationsaufnahmen, vor allem in steilen und unter sich gehenden Bereichen, erhöht. Bei Quadrantenaufnahmen liegen die Messabweichungen im Vergleich zu einem Laser-Referenzscanner bei $<40 \mu\text{m}$. Damit können laut Mehl exakte Quadrantenmodelle gerechnet werden.

Inzwischen in der Cerec-Software hinterlegt, basiert die biogenerische Kauflächengestaltung auf dem Naturgesetz, dass hinter jedem Zahn ein genetischer Bauplan steht. Anhand klinischer Merkmale analysiert ein „Zahnsynthesizer“ die unterschiedlichen Kombinationen der in der Natur vorkommenden Morphologien. Wird ein präparierter Zahn, der noch über eine okklusale Restzahnschubstanz verfügt, über die Kamera in das System eingescannt, wird die Situation mit ähnlichen Morphologien abgeglichen. Die Datenbank schlägt eine Kaufläche vor, die den angetroffenen Merkmalen sehr weitgehend entspricht. Dieses Selektionsverfahren – für Okklusalfächen von Inlays, Onlays und Teilkronen geeignet – wurde nun für Kronen weiterentwickelt. Dafür werden zusätzlich Informationen von Antagonisten, Nachbarzähnen oder anderen, unversehrten Zähnen herangezogen

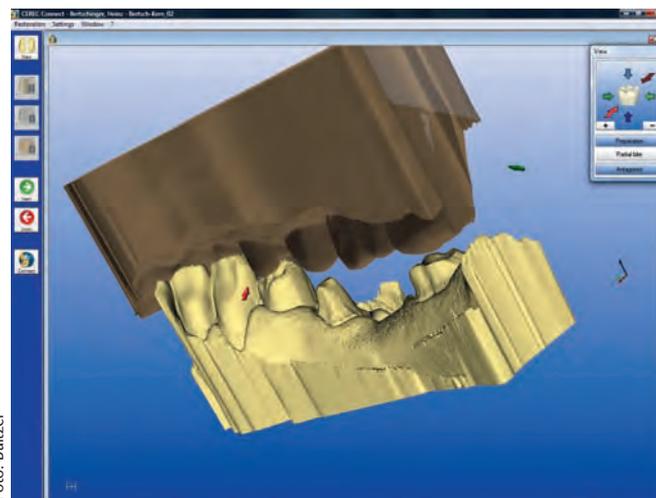


Abbildung 1:
virtuelles Modell
mit Gegenbiss

und die „patiententypische“ Morphologie für den Kauflächenvorschlag ermittelt.

Brückenschlag ohne Abdruck zur Zahntechnik

Dr. Klaus Wiedhahn skizzierte die künftige Prozesskette der „abdruckfreien Praxis“. Voraussetzung für diesen Schritt war, dass mit der Bluecam-Aufnahmeeinheit durch intraorale Winkelaufnahmen zusätzliche Messdaten generiert werden können. Die Bildsequenz wird zu einem Quadrantenmodell zusammengerechnet, das auch die Gegenbeziehung und die Lagebeziehung im Kiefer berücksichtigt (Abbildung 1). Dieser Schritt ist besonders für die Kronen- und Brückentechnik bedeutsam, da hiermit funktionelle Bedingungen erfüllt werden können. Unter der Bezeichnung Cerec Connect wird dieses Verfahren einige Stufen der

konventionellen Zahntechnik unter Beibehaltung der Passgenauigkeit überspringen. Laut Wiedhahn beginnt der Fortschritt bereits in der Praxis: Der Patient braucht keinen Abdruck mit Würgereiz „erdulden“, die Messdaten werden optoelektronisch gewonnen. Aus den Quadrantenaufnahmen entsteht ein virtuelles Modell, in das der Zahnarzt die Präparationsgrenzen einzeichnet. Dann erfolgt der Datenversand online an das ZT-Labor. Gleichzeitig kann die Praxis mit dem Datensatz eine temporäre Versorgung aus Kunststoff ausschleifen und eingliedern, wie eine Krone oder eine Brücke. Das Labor lässt mit dem Datensatz bei infinity (Sirona) stereolithografisch ein Kunststoffmodell herstellen. Zwischenzeitlich hat das Labor das Gerüst konstruiert und ausgeschliffen. Mit dem Kunststoffmodell werden die Gerüstaufpassung, die Verblendung und die Artikulation durchgeführt (Abbil-

dung 2). Die Erprober-Ergebnisse zeigten, dass die Datensätze genauer sind als konventionelle Abdrücke, deren Fehleranfälligkeit Praxisalltag ist – ebenso ist die Passung der digital gefrästen Gerüste sehr exakt. Der „abdruckfreie Brückenschlag“ ins Labor ist laut Wiedhahn zur Zeit für die Fertigung von Frontzahn- und Seitenzahnkronen, provisorischen Brücken, Inlays, Onlays und Veneers freigegeben. Zahnärzte, die bisher nicht mit Cerec gearbeitet haben, können nun allein mit der Aufnahmeeinheit digital abformen und den Datensatz im Labor als vollkeramische Restauration ausarbeiten lassen.

Prof. Gerwin Arnetzl, Graz, verglich die Abformpräzision digital generierter Abformungen mit konventionellen Elastomer-Abdrücken. Wenn konventionelle Abformungen eine Rückstellung nach Verformung von 98,5 Prozent aufweisen, bedeutet das für eine Inlaykavität eine Passungsgenauigkeit von 35-75 µm. Dazu addieren sich bei Gussobjekten noch Toleranzen von 46,5 µm (Mittelwert), so dass im indirekten Verfahren hergestellte Kronen literaturbelegte Abweichungen von 114 µm erreichen. Digitale Messaufnahmen wiesen unter Einbeziehung von präzisionssteigernden Winkelaufnahmen Toleranzen von 13,4 µm auf. In das Kunststoffmodell umgesetzt, lag die Abweichung bei 35,4 µm. Diese Daten belegen laut Arnetzl, dass digital generierte Modelle weniger Fehler aufweisen als die konventionelle Abdrucktechnik mit Elastomeren.

Aus der Praxis für die Praxis

In der Praxis platzierte klinische Feldstudien haben den Vorteil, dass die dokumentierten Fälle sich aufgrund der Patiententreue über einen langen Zeitraum verfolgen lassen. Eine der wenigen Studien, die vollkeramische Restaurationen in einem Praxis-Panel über einen langen Zeitraum begleitet, ist die

Abbildung 2:
SLA-Modell beim
Aufpassen mit
Verblendung



Foto: Baltzer

„Ceramic Success Analysis“ (CSA) unter der Leitung von Dr. Bernd Reiss, unterstützt von der DGCZ und der Arbeitsgemeinschaft für Keramik in der Zahnheilkunde (AG Keramik). Derzeit sind mehr als 5 700 Restaurationen aus über 200 Praxen Grundlage der Ergebnisse. Die Auswertung von über 3 000 Nachuntersuchungen zeigte, dass die Überlebenswahrscheinlichkeit (Kaplan-Meier) für vollkeramische Inlays, Onlays, Teilkronen und Kronen nach 13 Jahren bei 83 Prozent

und damit auf jenem Wert liegt, der in der Literatur auch Gussrestorationen zugeschrieben wird.

Anknüpfend an die automatisierte Kauflächengestaltung für Onlays und Teilkronen zeigte Dr. Günter Fritzsche, Hamburg, den Einsatz der biogenerischen Software. Das CAD-System analysierte die okklusale Morphologie des Antagonisten und schlug eine passende Kaufläche vor. Die Konstruktion

von posterioren Kronen zur Substitution von insuffizienten Metallkronen demonstrierte Dr. Hans Müller, München. Da der Bildschirm die klinisch dreidimensional gewonnenen Messaufnahmen natürlich nur in zwei Ebenen darstellen kann, zeigte Müller die Erstellung eines virtuellen Quadrantenmodells im 3D-Modus, das die Morphologie der Ausgangssituation, die Präparation und die Okklusalfächen der Antagonisten enthielt.

In einer Live-Behandlung versorgten Dr. Klaus Wiedhahn sowie Zahnarzt Peter Neumann, Berlin, Patienten coram publico in einer Sitzung. Wiedhahn entfernte dem endodontisch vorbehandelten Zahn 46 eine insuffiziente Metallkrone und präparierte den Stumpf für eine vollenatomische Krone aus Lithiumdisilikat (e.max CAD). Mit der Artikulations-Ikone wurde neben dem Gegenbiss auch eine funktionelle Registrierung der Artikulationsbewegungen durchgeführt. Neumann versorgte ein Diastema regio 11 bis 21 mit zwei substanzschonenden Veneers aus Feldspatkeramik (VITA Mark II). Beide parallel durchgeführten Behandlungen konnten innerhalb von zwei Stunden vollständig abgeschlossen werden.



Abbildung 3:
Positionierung von
Enossalpfeiler,
Einschubrichtung
und Krone

Foto: Bindl

Implantatplanung präziser und einfacher

Eine bessere Abbildung anatomischer Strukturen bietet die digitale Volumentomographie (DVT), weil sie Knochen und Gewebe in Schichtaufnahmen aufnimmt und dreidimensional darstellt. Dr. Lutz Ritter, Köln, nannte die Einsatzgebiete und den Nutzen der 3D-Bildgebung. So ist das DVT in der Zahnmedizin indiziert für die orale und faciale Implantologie, zur Ortung verlagerter Weisheitszähne, in der Endodontie zum Auffinden taktil unentdeckter Wurzelkanäle, in der Parodontologie zur Erkennung der Knochensituation und periapikaler sowie knöcherner Läsionen und in der Kieferorthopädie für alveoläre Stellungsanomalien. Die



Abbildung 4:
Zahnumformung
nach kiefer-
orthopädischer
Regulierung

Foto: Kläiber

DGZMK nennt als zusätzliche Indikationen odontogene Tumore, Ostitis, Osteomyelitis, Kieferhöhlenerkrankungen, Speichelsteine und Kiefergelenkerkrankungen.

Die Implantatplanung mit dem DVT sowie die chirurgische und die prothetische Ausführung thematisierte PD Dr. Andreas Bindl, Zürich. Mit dem DVT (Galileos) wird die Struktur des Kieferknochens strahlungsarm (19-48 μ Sv, Mikro-Sievert) dreidimensional abgebildet. Auf Basis von 200 Schichtaufnahmen wird dadurch eine deutlich höhere Qualität der Befundung ermöglicht, verbunden mit der exakten Ortung von anatomischen Strukturen. Für die prothetische Planung werden das Implantatgebiet und die angrenzenden Nachbarzähne mit der

Cerec AC Aufnahmeeinheit intraoral gescannt und ein virtuelles Modell gerechnet. Dieses Modell wird vom Volumentomogramm überlagert; es erfolgt eine exakte Positionierung des Enossalpeilers, der Suprastruktur und der Implantatkronen im 3D-Bild. Die Position des Implantats wird im Mittelpunkt der Kronengrundfläche und in deren Einschubrichtung vorgeschlagen (Abbildung 3). Bei Auswahl des für den konkreten Fall vorgesehenen Implantatsystems kann die Situation mit dem DVT komplett geplant werden.

Vollkeramik und Kunststoff

Der Einsatzbereich vollkeramischer Werkstoffe ist ständig gewachsen. Laut PD Dr. Sven Reich, Universität Leipzig, sind ge-

presste und CAD/CAM-geeignete Silikatkeramiken besonders geeignet für Inlays, Onlays, Teilkronen, Veneers und Kronen bis zum zweiten Prämolare und dominieren mit ihrer Ästhetik. Oxidkeramiken (Al_2O_3 , ZrO_2) sind aufgrund ihrer opaken Struktur für Kronen- und Brückengerüste im Front- und im Seitenzahnggebiet das Material der Wahl und erfordern eine Verblendung. Zwischen diese Positionen hat sich Lithiumdisilikatkeramik gesetzt; die Kristallisationsinterung erhöht deutlich die Biegefestigkeit und erlaubt, laut Reich, auch die Verwendung für Kronen im Seitenzahnggebiet. Lithiumdisilikat kann vollanatomisch ausgeschliffen werden und erfordert keine zusätzliche Verblendung.

Mit dem Referat „Ästhetik und Funktion mit Komposit anstatt Keramik“ demonstrierte Prof. Bernd Kläiber, Würzburg, dass eine Versorgung mit Komposit mit begrenzter Ausdehnung immer dann angezeigt ist, wenn ästhetische Ansprüche dominieren und andere Restaurationswerkstoffe einen größeren Substanzverlust zur Schaffung einer ausreichenden Retention erforderlich machen oder wenn aus Gründen der Stabilität extensive Materialmindeststärken nötig sind. Hierbei können minimal-invasive oder sogar non-invasive Vorgehensweisen genutzt werden. So haben sich Umwandlungen von unharmonischen Zahnformen mit Komposit im ästhetisch sensiblen Frontzahnbereich klinisch bewährt (Abbildung 4). Vorteil der minimal-invasiven oder non-invasiven Massnahmen ist, dass sie bei einem ästhetischen oder funktionellen Misserfolg mit Ausnahme der Ätzmuster weitgehend rückgängig gemacht werden können.

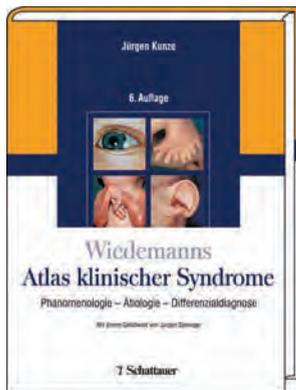
Ideen für morgen

Einen Ausblick auf künftige Digitallösungen in Praxis und Labor bot Dr. Joachim Pfeiffer, Bensheim. Mit der Teilkiefervermessung wurde die „digitale Werkbank“ von der Praxis ins ZT-Labor extendiert. Mit der Software Cerec Connect ist künftig eine abdruckfreie Zusammenarbeit mit dem Partnerlabor möglich. Zahnärzte können nun allein mit der Aufnahmeeinheit digital abformen und die Datensätze der Quadranten für Inlays, Onlays, Teilkronen und Kronen an das ZT-Labor Ihrer Wahl zum Konstruieren, Ausschleifen und gegebenenfalls zum Verblenden geben. Im Pflichtenheft der Entwickler stehen die Ganzkieferaufnahme für die Funktionsdiagnostik, die Weiterentwicklung der Implantatprothetik und neue Funktionen für die zahnärztliche Diagnostik und zur Fertigung von herausnehmbarem Zahnersatz.

Manfred Kern
Deutsche Gesellschaft für computergestützte
Zahnheilkunde e.V. (DGCZ)
Karl-Marx-Strasse 124
12034 Berlin
m.kern-dgcz@t-online.de

Wiedemanns Atlas klinischer Syndrome

Die Konfrontation eines zahnärztlichen Behandlers mit Syndrompatienten stellt uns vor eine schwierige Aufgabe. Hier liegt ein umfassendes Werk mit hervorragendem Bildmaterial in deutscher Sprache vor, das dem Zahnarzt zeigt, mit welchem zahnärztlichen Kollegen er Kontakt aufnehmen sollte, um diesen Syndrompatienten lege artis behandeln zu können. Die Datenbanken im Internet muss dieses Werk nicht fürchten, sie ergänzen sich. Die Lektüre dieses sehr empfehlenswerten Atlases hilft zum



Beispiel auch, „kleine“ Symptome wie Anomalien der Zähne oder Schleimhäute sowie Veränderungen der äußeren Haut nicht zu übersehen und einer richtigen Diagnose zuzuführen. Eine Farbkodierung im oberen Seitenbereich gliedert die Krankheitsbilder und erleichtert damit die Übersicht. Im Sachverzeichnis findet man umfangreiche Verweise auf zahn spezifische Symptome. Selbst die Holoprosenzephalie mit ihrem „zyklopenähnlichen oberen Einser“ wird nach speziellem Verweis dargestellt. Wem klar ist, dass die Zahnmedizin ein integraler Bestandteil der Allgemeinmedizin ist, der kann auf dieses Werk nicht verzichten.

Dr. C. H. Finke, Berlin

**Wiedemanns
Atlas klinischer Syndrome**
Phänomenologie – Ätiologie –
Differenzialdiagnose
Autor: Jürgen Kunze
6. Aufl., 2010
Schattauer Verlag, 896 S.,
3665 Abbildungen, 269,- Euro

Einführung der Implantologie in die Zahnarztpraxis

Der Langzeiterfolg von enossalen Implantaten hat das zahnärztliche Spektrum der Therapiemöglichkeiten nach Zahnverlust entscheidend bereichert. Das belegen mehr als drei Jahrzehnte wissenschaftliche Forschung und praktische Erfahrung. Trotzdem bestehen unter zahnärztlichen Kollegen gelegentlich Berührungsängste, die jenseits der universitären und postgraduierten Ausbildung liegen. Fehlende Übersicht, verwaltungstechnische und organisatorische Hürden sowie zeitliche und finanzielle Investitionen können Gründe für eine Ablehnung oder eine nur sehr zögernde

Einführung der Implantologie in die bestehende Praxis sein. Das Buch von Achim Wöhrle ist kein klassisches Lehrbuch der oralen Implantologie, sondern umfasst greifbares Praxiswissen zur Planung und Strategie der notwendigen Praxisstrukturen. Neben den implantologischen Grundlagen beschreibt der Autor nicht nur die gesetzlich notwendigen Geräte- und Hygienrichtlinien, sondern widmet wichtigen Themen wie Betriebswirtschaft, Marketing oder Patienten- und Mitar-



Morbus Menière

Das nun schon in der 6. Auflage vorliegende Buch möchte über die Menière'sche Krankheit sowohl den Betroffenen als auch Ärzte informieren. Es stellt ausführlich die Grundlagen des Gleichgewichtssystems und seiner Diagnostik dar, auch Methoden die über die Diagnostik der Menièreschen Erkrankung hinausgehen. Ein besonderer Schwerpunkt ist die Betrachtung der psychosomatischen Begleitproblematik. Dies erklärt sich aus dem Werdegang des Autors, der – wie er im Vorwort schreibt – selbst betroffen ist. Damit ist dieses Buch authentisch. Auch die Therapiemöglichkeiten werden geschildert, sogar alternative Methoden, die teilweise kritisch beleuchtet werden. Leider wurden Pharmaka wie Diuretika und Betahistin, deren Wirksamkeit in Doppel-Blindstudien erwiesen sind, nicht entsprechend gewür-

beitemotivation eigene Kapitel. Formularbeispiele zur Patienteninformation und zur implantologischen Abrechnung machen das vorliegende Buch zu einem wertvollen Ratgeber für alle, die das Spektrum der Zahnmedizin um die wichtige Therapieform der Implantologie erweitern möchten.

Prof. Dr. Günter Dhom,
Dr. Peter Gehrke, Ludwigshafen

**Die Einführung der Implantologie
in die Zahnarztpraxis**
Handbuch für den Zahnarzt
und sein Team
Achim R. Wöhrle (Hrsg.),
2009, zfv – zahnärztlicher Fach-
Verlag

ISBN: 978-3-941169-05-0



digt. Sie stellen die Grundlage der medikamentösen Menière-Behandlung dar. Getrübt wird der gute Gesamteindruck auch durch ein zu knappes Stichwortverzeichnis sowie durch das Fehlen der seit über zehn Jahren international angewandten Einteilung zur Diagnosesicherung der Menièreschen Erkrankung. Diese Einteilung hat weltweit zu einer Sicherheit in der Diagnostik und Vergleichbarkeit von Therapieverfahren geführt. Insgesamt kann das von Schaaf vorgelegte Buch dem Leser empfohlen werden, der sich zunächst einmal mit dem Krankheitsbild und seinen verschiedenen Facetten beschäftigen will. Für aktuellere und detailliertere Informationen wird der Leser auf andere Werke zurückgreifen müssen.

Prof. Dr. K.-F. Hamann, München

Morbus Menière
Schwindel – Hörverlust – Tinnitus
Eine psychosomatisch orientierte
Darstellung
Autor: Helmut Schaaf
6., überarb. Aufl., 2009, XII,
Springer Verlag, 268 S., 54 Abb.,
Softcover

ISBN: 978-3-642-00426-1

Zahnärztekammern

KZV Baden-Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsforum Freiburg

Thema: Absolute Beginners – Junge Helden: Die richtige Honorarabrechnung für Einsteiger
Referentin: Manuela Hackenberg – Rosenheim
Termin: 19/20.03.2010
Gebühr: 435 EUR
Kurs-Nr.: 10/304

Thema: Keramikinlays und Veneers
Referent: Prof. Dr. Karl-Heinz Kunzelmann – München
Termin: 19/20.03.2010
Gebühr: 665 EUR
Kurs-Nr.: 10/109

Thema: KFO-Frühbehandlung: Erkennen und Handeln – Tipps für Praktiker
Referent: Dr. Thomas Hinz-Silau – Bochum
Termin: 20.03.2010
Gebühr: 360 EUR
Kurs-Nr.: 10/110

Thema: QM individuell
Referent: Prof. Dr. Ing. Bruno Bachmann – Schweiz
Termin: 26./27.03. und 16.10.2010
Gebühr: 1 780 EUR (pro Praxis)
Kurs-Nr.: 10/305

Thema: Schnarchen – Obstruktive Schlafapnoe: Intraorale Apekte der Behandlung
Referent: Prof. Dr. Dr. Edmund Rose – Freiburg
Termin: 27.03.2010
Gebühr: 360 EUR
Kurs-Nr.: 10/112

Thema: Was man für die Praxis aus der Anatomie wissen sollte
Referent: Prof. Dr. Klaus-Ulrich Benner – Germering
Termin: 27.03.2010
Gebühr: 460 EUR
Kurs-Nr.: 10/111

Thema: Grundlagen der Betriebswirtschaft für die Zahnarztpraxis
Referent: Dirk Nayda – Titisee-Neustadt
Termin: 21.04.2010
Gebühr: 120 EUR
Kurs-Nr.: 10/113

Thema: Praktisch fitter in der Prophylaxe
Referentinnen: Iris Karcher und Christina Bregenhorn – Freiburg
Termin: 21.04.2010
Gebühr: 195 EUR
Kurs-Nr.: 10/407

Thema: Die Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen von Anfang an richtig!
Referent: Kurt Schüssler – Mannheim
Termin: 21.04.2010
Gebühr: 49 EUR
Kurs-Nr.: 10/511

Thema: Prophylaxe für Patchwork-Zähne: Zahnersatz und Implantate
Referentin: Annette Schmidt – München
Termin: 23.04.2010
Gebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 10/408

Thema: FIT für die Kinder- und Jugendprophylaxe
Referentin: Annette Schmidt – München
Termin: 24.04.2010
Gebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 10/409

Thema: Zahnärztliche Schlafmedizin – Praxis
Referent: Prof. Dr. Dr. Edmund Rose – Freiburg
Termin: 24.04.2010
Gebühr: 325 EUR
Kurs-Nr.: 10/114

Thema: Stift oder kein Stift? – Adhäsiv befestigt oder zementiert?
Referenten: Dr. Markus Kaup und Dr. Sven Duda – Münster
Termin: 24.04.2010
Gebühr: 425 EUR
Kurs-Nr.: 10/115

Thema: Vollkeramische Restauration – Indikation
Referent: Dr. Michael Leistner – Freiburg
Termin: 28.04.2010
Gebühr: 190 EUR
Kurs-Nr.: 10/116

ZÄK Bremen



Fortbildungsveranstaltungen

Anzeige

Thema: Die zauberhafte Zahnarztpraxis. Ängste lassen sich „wegzaubern“
Referentin: Annalisa Neumeyer
Termin: 14.04.2010:
13.00 – 20.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 7
Gebühr: ZA: 172 EUR,
ZFA: 138 EUR
Kurs-Nr.: 10208

Thema: Minimalinvasive Implantologie: Grenzen und Möglichkeiten (Der praktische Kurs: Implantat-Update)
Referent: PD Dr. Frank Schwarz
Termin: 08.05.2010:
09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 10
Gebühr: 250 EUR
Kurs-Nr.: 10504

Thema: Teilprothesen von A – Z Von „Rückwärtstherapie“ bis zur Verzahnung von Praxis und Labor
Referent: Dr. Michael Maak
Termin: 28./29.05.2010:
jeweils 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 16
Gebühr: 425 EUR
Kurs-Nr.: 10505

Thema: Dentale Werkstoffe: Risiken und Nebenwirkungen
Referent: Prof. Dr. Reiner Hans Herbert Biffar
Termin: 11.06.2010:
14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 6
Gebühr: 170 EUR
Kurs-Nr.: 10506

Thema: Bleaching – Trend in der modernen Zahnheilkunde
Referent: PD Dr. Karl-Thomas Wrbas – Freiburg
Termin: 30.04.2010
Gebühr: 125 EUR
Kurs-Nr.: 10/117

Auskunft: Sekretariat des Fortbildungsforums Freiburg
Tel.: 0761/4506-160 oder -161
Anmeldung bitte schriftlich an:
Fortbildungsforum / FFZ
Merzhauser Str. 114-116
79100 Freiburg
e-mail: info@ffz-fortbildung.de
www.ffz-fortbildung.de

Thema: Achtung: „Rasselbände“ Die Welt der „kleinen Patienten“ und ihre Herausforderung
Referentinnen: Elke Kenter, Doris Müller
Termin: 15.06.2010: 19.00 – 21.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 2
Gebühr: 40 EUR
Kurs-Nr.: 10014

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: Der „Paro“-Patient – Modul 1: Theorie
Referent: Dr. Ralf Rössler
Termin: 09.04.2010: 10.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Sonstiges: Fortbildung für Praxismitarbeiter/innen
Kurs-Nr.: 108216
Kursgebühr: 250 EUR

Thema: Der „Paro“-Patient – Modul 2: Abrechnung
Referent: Dr. Henning Otte
Termin: 10.04.2010: 10.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Sonstiges: Fortbildung für Praxismitarbeiter/innen
Kurs-Nr.: 108215
Kursgebühr: 250 EUR

Thema: Der „Paro“-Patient – Modul 3: Hands-on (beinhaltet die Module 1+2)
Referenten: Dr. Ralf Rössler, Dr. Henning Otte, Tracey Lennemann
Termin: 09./10.04.2010 und 16. oder 17.04.2010: 10.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Sonstiges: Fortbildung für Praxismitarbeiter/innen
Kurs-Nr.: 108217
Kursgebühr: 590 EUR

Thema: Zeitgemäße Parodontologie und ihre Realisation in der Praxis
Referent: Herr PD Dr. Buchmann – Dortmund
Termin: 14.04.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 108131
Kursgebühr: 160 EUR

Thema: Kieferkammrekonstruktionen bei schweren und schwersten Defekten ohne Knochenersatzmaterialien oder Blocktransplantate
Referent: Herr Dr. Haßfurther – Wettenberg
Termin: 14.04.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Sonstiges: Fortbildungsreihe: Oralchirurgisches Compendium
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 108111
Kursgebühr: 160 EUR

Thema: Sonntagsfortbildung / Evidenzbasierte Konzepte in der regenerativen plastisch-ästhetischen Parodontalchirurgie (hands-on)
Referent: Prof. Dr. Dr. Anton Sculean – Bern
Termin: 18.04.2010: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: 108133
Kursgebühr: 270 EUR

Thema: Hygiene-Workshop / MPG-Instrumentenaufbereitung und Klassifizierung
Referentin: Frau Christmann – Neustadt/Weinstraße
Termin: 21.04.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 108271
Kursgebühr: 160 EUR

Auskunft und Anmeldung:
 LZK Rheinland-Pfalz
 Frau Albrecht / Frau Faltin
 Langenbeckstraße 2, 55131 Mainz
 Tel.: 06131/96136-60
 Fax: 06131/96136-89

Referent: Dr. Michael Cramer
Termin: 14.04.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 380 EUR
Kurs Nr.: Z 1020 (8 Punkte)

Juristisch-wirtschaftliche Vortragsreihe 2010

Programm:

Thema: Betriebswirtschaftliche Grundlagen für die Zahnarztpraxis
Referenten: Heinrich Abelmann, Fachberater für Zahnärzte, Deutsche Apotheker- und Ärztekbank; Dipl.-Finw. (FH), Dipl.Oec. Sven Fischer, Steuerberater
Termin: 17.03.2010 S 1005

Thema: Erbrecht: Richtig erben und vererben – aber wie?
Referent: Frank Schroeder, Fachanwalt für Erbrecht, Notar
Termin: 14.04.2010 S 1006

Thema: Krisenfrüherkennung und Maßnahmen zur Liquiditätssicherung
Referenten: Hans-Heinrich Hemme, Fachberater für Zahnärzte, Deutsche Apotheker- und Ärztekbank; Thomas Voeste, Geschäftsführer der Kock & Voeste GmbH, Spezialist in der Beratung von Zahnarztpraxen, Lehrbeauftragter der Uni Witten-Herdecke (bis 2007) und der FH Hamm
Termin: 19.05.2010 S 1007

Thema: Die Haftung des Zahnarztes / Zahnärztliche Kooperationen
Referenten: Frank Wahner, Fachanwalt für Medizinrecht; Dr. jur. Oliver Pramann, Rechtsanwalt
Termin: 09.06.2010 S 1008

Gebühren:
 Einzelveranstaltung 30 EUR

Die Veranstaltungen finden mittwochs von 16.00 – 19.00 Uhr statt. 3 Fortbildungspunkte nach BZÄK pro Veranstaltung

Veranstaltungsort: Zahnärztliche Akademie Niedersachsen

Auskunft und Anmeldung:

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

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Minimal-invasive Zahnentfernung
Referent: Gunnar Rolf Philipp
Termin: 26.03.2010: 09.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 275 EUR
Kurs Nr.: Z 1016 (8 Punkte)

Thema: Akupunktur in der Zahnarztpraxis kompakt – unter besonderer Berücksichtigung der Mund-Akupunktur (Anfänger und Refresher)
Referent: Dr. Gerhard Hieber
Termin: 26.03.2010: 14.00 – 18.00 Uhr, 27.03.2010: 09.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 340 EUR
Kurs Nr.: Z 1017 (13 Punkte)

Thema: Patienten mit Funktionsstörungen erkennen und behandeln
Referent: Siegfried Leder
Termin: 10.04.2010: 09.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 315 EUR
Kurs Nr.: Z 1018 (9 Punkte)

Thema: Prothetisch orientierte Implantation
Referent: Prof. Dr. Guido Heydecke
Termin: 10.04.2010: 09.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 285 EUR
Kurs Nr.: Z 1019 (9 Punkte)

Thema: Endo-Revision – ganz einfach. Die Entfernung von Wurzelfüllungen und -stiften

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

Thema: Management der Angle-Klasse III

Referenten: Dr. Stefanie Flieger – Münster, Dr. Thomas Ziebura – Münster

Termin: 19.05.2010:
15.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: ZA: 65 EUR

Fortbildungspunkte: 4

Ort: Gelsenkirchen

InterCity Hotel Gelsenkirchen,
Ringstr. 1-3, 45879 Gelsenkirchen

Kurs-Nr.: DEZ 10 750 002

Thema: Zahnersatz-Abrechnung nach Bema und GOZ

Grundlagenkurs für Einsteiger

Referentin: ZMV Christine

Baumeister – Haltern

Termin: 21.05.2010:

09.30 – 16.30 Uhr

Gebühr: ZA: 224 EUR,

ZFA: 112 EUR

Fortbildungspunkte: 8

Ort: Akademie für Fortbildung,
Münster

Kurs-Nr.: 10 740 051

Thema: Photodynamische Desinfektion in der Parodontaltherapie

Referentin: Prof. Dr. Nicole Arweiler – Freiburg

Termin: 21.05.2010:

15.00 – 19.00 Uhr

Gebühr: ZA: 191 EUR

Fortbildungspunkte: 6

Ort: Akademie für Fortbildung,
Münster

Kurs-Nr.: 10 740 081

Thema: Chirurgische Parodontologie: Mukogingivale und plastisch-parodontale Chirurgie

Referent: Prof. Dr. Heinz H. Topoli – Münster

Termin: 22.05.2010:

09.00 – 16.00 Uhr

Gebühr: ZA: 249 EUR

Fortbildungspunkte: 8

Ort: Akademie für Fortbildung,
Münster

Kurs-Nr.: 10 740 077

Thema: Aktuelle Aspekte in der Teilprothetik: Konzepte,

Materialien, Innovationen

Referenten: Dr. Natalie Weber –

Münster, ZA Marc Spägle –

Münster

Termin: 26.05.2010:

15.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: ZA: 65 EUR

Fortbildungspunkte: 4

Ort: Dortmund

Kongresszentrum Westfalenhallen,

Rheinlanddamm 200, 44139

Dortmund

Kurs-Nr.: DEZ 10 750 023

Thema: Grundregeln der Ästhetik und ihre Realisation mit Kompositionen

Referent: Prof. Dr. Bernd Klaiber – Würzburg

Termin:

28.05.2010: 15.00 – 19.00 Uhr,

29.05.2010: 09.00 – 17.00 Uhr

Gebühr: ZA: 494 EUR

Fortbildungspunkte: 13

Ort: Akademie für Fortbildung,
Münster

Kurs-Nr.: 10 740 004

Thema: Initiative Zahnheilkunde plus (IZP)

Fachbereich Endodontologie,
Praktischer Teil 1

Referent: Prof. Dr. Edgar Schäfer – Münster

Termin: 28.05.2010:

14.00 – 19.00 Uhr

Gebühr: ZA: 229 EUR

Fortbildungspunkte: 7

Ort: Akademie für Fortbildung,
Münster

Kurs-Nr.: 10 740 026

Thema: Initiative Zahnheilkunde plus (IZP)

Fachbereich Endodontologie,
Praktischer Teil 2

Referent: Prof. Dr. Edgar Schäfer – Münster

Termin: 29.05.2010:

09.00 – 16.00 Uhr

Gebühr: ZA: 229 EUR

Fortbildungspunkte: 9

Ort: Akademie für Fortbildung,
Münster

Kurs-Nr.: 10 740 032

Auskunft:

Akademie für Fortbildung der ZÄKWL

Auf der Horst 31

48147 Münster

(Herr Bertram)

Tel.: 0251/507-600

Fax: 0251/507-609

dir.bertram@zahnaerzte-wl.de

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

Thema: „Basiskurs CMD – Theorie und Diagnostik der Craniomandibulären Dysfunktion“ [8+1 Fp]

Referentinnen: Dr. Andrea Diehl,

Dr. Annette Wiemann – Berlin

Termin: 17.04.2010:

09.00 – 17.00 Uhr

Gebühr: 195 EUR

Kursnr: 6045.1

Thema: Refresher 2010: Funktionsanalyse und Funktionstherapie [8 Fp]
Referent: Dr. Uwe Harth – Bad Salzungen
Termin: 17.04.2010: 09.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 295 EUR
Kursnr.: 1004.4

Thema: QM – Anwender-treffen [8 Fp]
Referent: Dr. Michael Sonntag – Bochum
Termin: 24.04.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 245 EUR
Kurs-Nr.: 5101.0

Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz § 18 a RöV [8 Fp]
Referenten: Dr. Veronika Hannak, Dr. Harald Potente, Dr. Christian Scheifele – Berlin
Termin: 24.04.2010: 09.00 – 15.30 Uhr
Gebühr: 95 EUR
Kursnr.: 3111.14

Thema: Weichgewebsmanagement mit und ohne Implantaten im Frontzahnbereich – Möglichkeiten und Grenzen [6+8+1 Fp]
Referent: Dr. Anton Friedmann
Termin: 07.05.2010: 14.00 – 19.00 Uhr, 08.05.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 345 EUR
Kursnr.: 0420.1

Thema: „Der schwierige Kanal“ [6+8+1 Fp]
Referent: Dr. Christoph Huhn – Dessau
Termin: 07.05.2010: 14.00 – 19.00 Uhr, 08.05.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 355 EUR
Kursnr.: 4046.0

Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz § 18 a RöV [8 Fp]
Referenten: Dr. Veronika Hannak, Dr. Harald Potente, Dr. Christian Scheifele – Berlin
Termin: 08.05.2010: 09.00 – 15.30 Uhr
Gebühr: 95 EUR
Kursnr.: 3111.15

Thema: Ambulante Chirurgie für die Zahnärztin und den ZahnarztV [8+2 Fp]
Referent: Dr. Michael Petschler – Berlin
Termin: 08.05.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 255 EUR
Kursnr.: 0608.6

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

ZÄK Sachsen-Anhalt



Fortbildungsinstitut „Erwin Reichenbach“

Thema: Zahnärztliche Chirurgie in der täglichen Praxis
 Ein Kurs mit Hands-on-Übungen
Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi – Basel
Termin: 16.04.2010: 14.00 – 19.00 Uhr, 17.04.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Gebühr: 350 EUR
Kurs-Nr.: Z/2010-070

Thema: Professionelle Zahnreinigung
Referentin: Geneveva Schmid – Berlin
Termin: 16.04.2010: 15.00 – 19.00 Uhr, 17.04.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magd.
Gebühr: 240 EUR
Kurs-Nr.: H-14-2010

Thema: Effektive Kommunikation in der Zahnarztpraxis
 Gewusst – Gekonnt – Gehandelt
Referent: Dr. med. Horst Freigang – Berlin
Termin: 16.04.2010: 14.00 – 19.00 Uhr, 17.04.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magd.
Gebühr: 240 EUR
Kurs-Nr.: H-15-2010

Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz
Referent: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Edgar Spens – Halle/S.
Termin: 17.04.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Gebühr: 120 EUR
Kurs-Nr.: Z/2010-071

Thema: Persönlichkeit und natürliche Autorität als Erfolgsfaktor für Ihre Praxis (für Zahnärzte und Praxismanagerinnen)
Referentin: Petra Cornelia Erdmann – Dresden-Langenbrück
Termin: 21.04.2010: 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magd.
Gebühr: 125 EUR
Kurs-Nr.: Z/2010-072

Thema: Prophylaxe update
Referentin: Geneveva Schmid – Berlin
Termin: 21.04.2010: 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magd.
Gebühr: 145 EUR
Kurs-Nr.: H-17-2010

Thema: Gesunde Patienten – Gesundes Team
Referentin: Claudia Preuß – Bottrop
Termin: 23.04.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magd.
Gebühr: 100 EUR
Kurs-Nr.: H-18-2010

Thema: Endodontie – Aus der Praxis für die Praxis
 3-teilige Kursreihe
 Kursteil I: Lichtblicke für die Kanalarbeit
Referent: Prof. Dr. Knut Merte – Leipzig
Termin: 23.04.2010: 15.00 – 20.00 Uhr, 24.04.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Gebühr: 870 EUR Kurspaket
Kurs-Nr.: Z/2010-073
 Kursteil II am 07./08.05.2010
 Kursteil III am 04./05.06.2010

Thema: Funktionsanalyse und -therapie. Refresherkurs
Referent: Dr. med. Uwe Harth – Bad Salzungen
Termin: 24.04.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Gebühr: 160 EUR
Kurs-Nr.: Z/2010-074

Thema: Notfallseminar für das Praxisteam (mit praktischen Übungen)
Referenten: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Johannes Schubert, Prof. Dr. med. Detlef Schneider, Dr. med. Jens Lindner – Halle/S.
Termin: 24.04.2010: 09.00 – 14.30 Uhr
Ort: Halle/S., in der Universitätsklinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie, Ernst-Grube-Str. 40
Gebühr: ZA: 100 EUR, ZH 70 EUR, Team (1 ZA / 1 ZH) 150 EUR
Kurs-Nr.: Z/ZH 2010-075

Thema: Prophylaxe – nur PZR? Besser ganzheitlich. Analyse von Rauchgewohnheiten und Raucherentwöhnung in Zahnarztpraxen
Referenten: Prof. Dr. Bernd-Michael Kleber – Berlin, Dipl.-Biochemikerin Jasmina Ritter – Magdeburg
Termin: 28.04.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magd.
Gebühr: 25 EUR
Kurs-Nr.: Z/2010-076

Thema: Praxishygiene und Instrumentenaufbereitung nach den RKI-Richtlinien
Referentin: Maria Nörr-Müller – München
Termin: 30.04.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magd.
Gebühr: 140 EUR
Kurs-Nr.: H-19-2010

Anmeldung: ZÄK Sachsen-Anhalt Postfach 3951 39014 Magdeburg
 Frau Einecke: 0391/73939-14
 Frau Bierwirth: 0391/73939-15
 Fax: 0391/73939-20
 e-mail: bierwirth@zahnaerztekammer-sah.de oder einecke@zahnaerztekammer-sah.de

LZK Sachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Organisation der Praxishygiene im Einklang mit der RKI-Richtlinie
Referent: Dr. Richard Hilger – Kürten
Termin: 27.03.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte, Praxismitarbeiterinnen
Gebühr: 165 EUR
Kurs-Nr.: D 38/10 (8 Punkte)

Thema: Diagnostik und Therapie der Craniomandibulären Dysfunktion – Funktionsdiagnostik zum Anfassen
Referent: Dipl.-Stom. Tom Friedrichs – Dresden
Termin: 27.03.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 375 EUR
Kurs-Nr.: D 39/10 (10 Punkte)

Thema: Komplementärmedizinische Verfahren in der Zahnarztpraxis (Übersicht und Einführung)
Referent: Dr. Rudolf Meierhöfer – Roth
Termin: 27.03.2010: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 265 EUR
Kurs-Nr.: D 40/10 (9 Punkte)

Thema: Handeln statt hoffen – Mitarbeiter- und Unternehmensführung in der Zahnarztpraxis
Referent: Dipl.-Psych. Bernd Sandock – Berlin
Termin: 16.04.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 270 EUR
Kurs-Nr.: D 45/10 (8 Punkte)

Thema: Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche
Referentin: Sybille van Os-Fingberg – Berlin
Termin: 17.04.2010: 09.00 – 15.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte, Praxismitarbeiterinnen
Gebühr: 155 EUR
Kurs-Nr.: D 46/10 (7 Punkte)

Thema: Auffrischungs- und Reperitisationskurs Homöopathie
Referent: Dr. Heinz-Werner Feldhaus – Hörstel
Termin: 17.04.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: D 47/10 (8 Punkte)

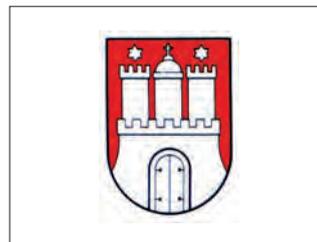
Thema: Schnittführungen in der Oralchirurgie – Theorie und Praxis
Referent: Priv.-Doz. Dr. Dr. Meikel Alexander Vesper – Eberswalde
Termin: 23.04.2010: 14.00 – 19.00 Uhr, 24.04.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Oralchirurgen, Zahnärzte
Gebühr: 325 EUR
Kurs-Nr.: D 51/10 (16 Punkte)

Thema: Das ABC der Schienen-therapie
Referenten: Theresia Asselmeyer – Nörten-Hardenberg, Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer – Greifswald
Termin: 23.04.2010: 09.00 – 18.00 Uhr, 24.04.2010: 09.00 – 13.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 435 EUR
Kurs-Nr.: D 52/10 (13 Punkte)

Thema: Perfekte Frontzahnästhetik mit Keramikveneers – Praktischer Arbeitskurs
Referent: Priv.-Doz. Dr. Jürgen Manhart – München
Termin: 14.05.2010: 14.00 – 20.00 Uhr, 15.05.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 340 EUR
Kurs-Nr.: D 54/10 (16 Punkte)

Auskunft u. schriftliche Anmeldung: Fortbildungsakademie der LZK Sachsen Schützenhöhe 11 01099 Dresden
 Tel.: 0351/8066-101
 Fax: 0351/8066-106
 e-mail: fortbildung@lzk-sachsen.de
 www.zahnaerzte-in-sachsen.de

ZÄK Hamburg



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Notfälle in der zahnärztlichen Praxis, lebensrettende Sofortmaßnahmen
 Kurs I – Grundkurs
Referenten: Oberfeldarzt Hans-Peter Daniel – Lütjensee, Alfred Schmücker – Hamburg
Termin: 07.04.2010: 15.30 – 19.30 Uhr
Gebühr: 80 EUR
Kurs-Nr.: 40174 inter
Fortbildungspunkte: 5

Thema: Operationskurs zahnärztliche Chirurgie
Referent: Prof. Dr. Thomas Keusch und Mitarbeiter – Hamburg
Termin: 07.04.2010: 08.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: 150 EUR
Kurs-Nr.: 31039 A chir
Fortbildungspunkte: 9

Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz nach § 18 A RöV mit Erfolgskontrolle
Referent: Prof. Dr. Uwe Rother – Hamburg
Termin: 07.04.2010: 14.30 – 19.30 Uhr
Gebühr: 60 EUR
Kurs-Nr.: 70023 rö
Fortbildungspunkte: 9

Thema: Auftreten – Präsenz – Persönliche Wirkung (Grundkurs)
Referentinnen: Prof. Dr. Ingrid Sanne – Hamburg, Helga Sanne – Hamburg
Termin: 09.04.2010: 14.00 – 18.00 Uhr, 10.04.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: 450 EUR
Kurs-Nr.: 40184 praxis
Fortbildungspunkte: 15

Thema: Hilfe bei Zähneknirschen und Kieferspannung – Eutonie
 Gerda Alexander – eine körperpädagogisch-therapeutische Arbeitsweise zur Tonusflexibilität
Referentin: Karin Coch – Hamburg
Termin: 10.04.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: 170 EUR
Kurs-Nr.: 40182 inter
Fortbildungspunkte: 10

Thema: Wissenschaftlicher Abend: Neue Indikationen für direkte Kompositrestaurationen im Front- und Seitenzahnbereich
Referent: Prof. Dr. Hans-Jörg Staehle – Heidelberg
Termin: 12.04.2010: 20.00 Uhr s. t.
Kurs-Nr.: 38 kons

Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz nach § 18 A RöV mit Erfolgskontrolle
Referent: Prof. Dr. Uwe Rother – Hamburg
Termin: 14.04.2010: 14.30 – 19.30 Uhr
Gebühr: 60 EUR
Kurs-Nr.: 70024 rö
Fortbildungspunkte: 9

Thema: Notfälle in der zahnärztlichen Praxis, lebensrettende Sofortmaßnahmen
Kurs II – Intensivkurs
Referenten: Oberfeldarzt Hans-Peter Daniel – Lütjensee, Alfred Schmücker – Hamburg
Termin: 14.04.2010:
 15.30 – 19.30 Uhr
Gebühr: 80 EUR
Kurs-Nr.: 40175 inter
Fortbildungspunkte: 5

Thema: BWL-Grundlagen und Tipps für den Praxisinhaber
Referent: Uwe Schäfer – Hamburg
Termin: 16.04.2010:
 15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 60 EUR
Kurs-Nr.: 20926 praxisf
Fortbildungspunkte: 3
Thema: Digitale Bildbearbeitung für Behandlungsplanung und Patientenberatung (Teamkurs)
Referent: Dr. Walter Schulze – Rotenburg
Termin: 17.04.2010:
 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 300 EUR
Kurs-Nr.: 21041 inter

Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz nach § 18 A RöV mit Erfolgskontrolle
Referent: Prof. Dr. Uwe Rother – Hamburg
Termin: 21.04.2010:
 14.30 – 19.30 Uhr
Gebühr: 60 EUR
Kurs-Nr.: 70025 rō
Fortbildungspunkte: 9

Thema: Notfälle in der zahnärztlichen Praxis, lebensrettende Sofortmaßnahmen
Kurs III – Teamwork Zahnarzt und Mitarbeiterin
Referenten: Oberfeldarzt Hans-Peter Daniel – Lütjensee, Alfred Schmücker – Hamburg
Termin: 21.04.2010:
 15.30 – 19.30 Uhr
Gebühr: 80 EUR, 40 EUR für MA
Kurs-Nr.: 40176 inter
Fortbildungspunkte: 5

Thema: Ganzheitliche Zahnmedizin – Was versteht man unter ganzheitlicher Zahnmedizin? – Oder an jedem Zahn hängt ein Mensch!
Referent: Prof. h.c. VRC Dr. Winfried Wojak – Detmold
Termin: 24.04.2010:
 09.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: 160 EUR
Kurs-Nr.: 40181 inter
Fortbildungspunkte: 10

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

Kongresse

■ März

56. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe
Thema: Zahnerhaltung = Lebensqualität. Aktuelle präventive und restaurative Konzepte
Tagungspräsident: Prof. Dr. Bernhard Klaiber – Würzburg
Termin: 17.03. – 20.03.2010
Ort: Gütersloh
Auskunft:
 Akademie für Fortbildung der ZÄKW (Frau Brümmer)
 Auf der Horst 31
 48147 Münster
 Tel.: 0251/507-627
 Fax: 0251/507-619
 e-mail: annika.bruemmer@zahn-aerzte-wl.de

Zahnheilkunde 2010

Thema: Qualität auf alle Fälle
Veranstalter: Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz
Termin: 19./20.03.2010
Ort: Rheingoldhalle Mainz
Auskunft:
 Oemus Media AG
 Tel.: 0341/48474308
 Fax: 0341/48474290
 event@oemus-media.de
 www.oemus.com

4. Jahrestagung des Landesverbands Hessen im DGI e.V., gemeinsam mit dem Landesverband Rheinland-Pfalz im DGI e.V.
Termin: 19./20.03.2010
Ort: Wiesbaden
Auskunft: Youvivo GmbH
 Karlstr. 60, 80333 München
 Tel.: 089/55052090
 Fax: 089/55052092
 e-mail: info@youvivo.com

17. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag
Thema: Der Schmerzpatient
Termin: 27.03.2010
Ort: Holstenhallen in Neumünster
Auskunft:
 KZV Schleswig-Holstein
 Martina Ludwig
 Tel.: 0431/3897-128
 Fax: 0431/3897-100
 Programm: www.z-sh.de/zaet2010

■ April

Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie
Tagungsleitung: Univ.-Doz. DDr. Werner Lill, Dr. René Gregor
Termin: 15. – 17.04.2010
Ort: scalaria,
 St. Wolfgang/Salzkammergut
Themen: „Rot-weiße Ästhetik“:
 Mukogingivalchirurgie, Periimplantitis-Mukositis, Pulverstrahlverfahren, Praktikerforum
Auskunft: Österreichische Gesellschaft für Parodontologie
 www.oegp.at

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

2. Fränkischer Zahnärztetag

Thema: „Talk and Show“ – Zahnerhaltung für das gesamte Team
Wissenschaftliche Leitung:
 Prof. Dr. Bernd Klaiber
Termin: 16.04.2010:
 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Congress-Centrum Würzburg, Franconiasaal
Auskunft und Anmeldung:
 ZBV Unterfranken
 Dominikanerplatz 3d
 97070 Würzburg
 Tel.: 0931/32114-0
 Fax: 0931/32114-14
 www.eazf.de

9. Jahrestagung des LV Nordrhein-Westfalen im DGI e.V.

Termin: 16./17.04.2010
Ort: Stadthalle, Mühlheim/Ruhr
Thema: Implantologie zwischen Bewährtem und Neuem (Seminar für Techniker, Seminare für ZMV, ZMF und ZFA, Seminar Chirurgie: Abrechnung von implantologischen Maßnahmen, Seminar Prothetik: Abrechnung von Suprakonstruktionen, Workshops)
Wissenschaftliche Leitung:
 Prof. Dr. M. Augthun – Mülheim, Prof. Dr. Thomas Weischer – Essen
Auskunft: MCI Deutschland GmbH
 Markgrafenstr. 56
 10117 Berlin
 Tel.: 030/20459-0
 Fax: 030/20459-50
 e-mail: Alexandra.Glasow@mci-group.com
 www.mci-berlin.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

DDHV-Fortbildungstagung 2010

Termin: 17.04.2010
Ort: ArabellaSheraton Bogenhausen, 81925 München
Themen: „Okklusion, Kiefergelenk und Wirbelsäule / Zähne und ihr Einfluss auf den Gesamtorganismus“ – Dr. Hans-Jürgen Schmitter; „Einfluss der Parodontitis-Behandlung auf Arterielle Gefäßsteifigkeit“ – Dr. Johannes Baulmann; „Traditionelle Chinesische Medizin / Zungendiagnostik: Befunde und Ursachen“ – Dr. Oliver Gerlach;
 6 Fortbildungspunkte
Gebühr: 240 EUR, DH-Mitglieder / in Dtl. fortgebildete DHs: 180 EUR
Auskunft: DDHV-Geschäftsstelle
 Beatrix Baumann
 Obere Bachgasse 20
 93047 Regensburg
 Tel.: 0941/91069210
 Fax: 0941/997859
 e-mail: Beatrix.Baumann@gmx.de

DGP-Frühjahrstagung

Thema: Zähne zeigen! Möglichkeiten der rekonstruktiven Parodontalchirurgie
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V.
Termin: 23./24.04.2010
Ort: Langenbeck-Virchow-Haus Berlin
Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DGP)
 Neufferstr. 1, 93055 Regensburg
 Tel.: 0941/942799-0
 www.dgparo.de

10. GZM-Netzwerkkongress

Thema: Interdisziplinäre Parodontologie = Parodontitis ist keine Erkrankung der Mundhöhle, sondern eine Systemerkrankung
Veranstalter: Internationale Gesellschaft für Ganzheitliche Zahn-Medizin e.V., Netz-Werk-Medizin-Gesellschaft
Termin: 23./24.04.2010
Ort: Karlsruhe
Auskunft:
 info@netz-werk-medizin.de

20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für AlterszahnMedizin (DGAZ) e.V.

in Kooperation mit der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein und der Seniorenresidenz Domicil Kiel
Thema: AltersZahnMedizin zwischen Demenz und Drittem Frühling
Termin: 24.04.2010
Ort: Kiel
Tagungsleitung: Prof. Dr. Hans-Jürgen Wenz – 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****Fortbildungstage des BVD**

Veranstalter: Bundesverband Dentalhandel e.V. (BVD)
Termin: 03./04.05.2010
Ort: Dresden
Auskunft: BVD
 Unnauer Weg 7a
 50767 Köln
 Tel.: 0221/2409342
 Fax: 0221/2408670
 info@bvdental.de
 www.bvdental.de

11. Kärntner Seensymposium (mit Dentalausstellung)

Veranstalter: ÖGZMK Kärnten gemeinsam mit dem Zahnärztlichen Interessenverband (ZIV)
Themen: Implantatchirurgie, Komposittechnik, Ergonomie, Kieferorthopädie, Parodontologie, Fortbildung für Assistentinnen
Kongresspräsidenten: DDr. Martin Zambelli (ÖGZMK Kärnten), DDr. Franz Tuppy (ZIV)
Termin: 06. – 09.05.2010
Ort: Casino Velden / Wörthersee
Auskunft: Zahnärztekammer Kärnten (Karin Brenner)
 Tel.: ++43 (0)50511-9020
 Fax: ++43 (0)50511-9023
 brenner@ktn.zahnaerztekammer.at

4th CAD/CAM & Computerized Dentistry International Conference

Termin: 13./14.05.2010
Ort: The Address Dubai Marina
Referent: Dr. Nadim Aboujaoude
Auskunft: Tel: 00971/50/2793711 oder 00971/4/3616174
 Fax: 00971/4/3686883
 e-mail: info@cappmea.com
 www.cappmea.com/cadcam4

60. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie 31. Jahrestagung des Arbeitskreises für Oralpathologie und Oralmedizin

Themen: Der Chirurgische Plempatent, Prognosefaktoren bei Karzinomen des oberen Aerodigestivtrakts
Termin: 13./14.05.2010
Ort: Bad Homburg
Tagungsleitung: Univ.-Prof. Dr. Dr. H. Schliephake, Univ.-Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel
Auskunft: boeld communication
 Bereiteranger 15, 81541 München
 Tel.: 089/189046-0
 Fax: 089/189046-16
 e-mail: agki@bb-mc.com
 www.kongress-bad-homburg.de

52. Fortbildungstagung der ZÄK Schleswig-Holstein

mit integrierter Fortbildung für ZFA und einer Dentalausstellung
Thema: Zähne, wie erhalten, wann ersetzen?
Veranstalter: Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Termin: 17. – 21.05.2010
Ort: Congress Centrum Sylt, 25980 Westerland/Sylt
Auskunft: Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
 Westring 496, 24106 Kiel
 Tel.: 0431/260926-82
 Fax: 0431/260926-15
 e-mail: hhi@zaek-sh.de
 www.zaek-sh.de

4. Jenaer Implantologierunde 2010

Termin: 19.05.2010, 15.09.2010, 08.12.2010
Tagungspräsident: Univ.-Prof. Dr. Dr. Stefan Schultze-Mosgau
Ort: Universitätsklinikum Jena, Standort Lobeda
Auskunft: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
 Markt 8, 07743 Jena
 Tel.: 03641/3533261
 Fax: 03641/353321
 www.conventus.de

4. Mittelmeer-Symposium des BDIZ EDI

Thema: Avoiding Treatment Errors – Managing complications
Termin: 21. – 28.05.2010
Ort: Belek/Antalya, Türkei
Auskunft:
 Geschäftsstelle des BDIZ EDI
 An der Esche 2
 53111 Bonn
 Tel.: 0228/9359244
 Fax: 0228/9359246
 e-mail: office-bonn@bdizedi.org
 www.bdizedi.org

17. Schweizer Dental Schau 2010**Thema:** Quo vadis Dentalmarkt?

Was tun, wenn Kunden nicht mehr so richtig investieren wollen?

Termin: 27.05. – 29.05.2010**Ort:** Basel**Auskunft:** info@dental2010.ch

www.dental2010.ch

■ Juni**Annual Meeting European Society of Dental Ergonomics (ESDE)****Thema:** An ergonomic way of sitting, looking and organizing in dental practice. An analysis of important aspects**Termin:** 04./05.06.2010**Ort:** Ghent University Hospital, Gent/Begien**Auskunft:** www.esde.org

e-mail: secretary-general@esde.org

oder über: Prof. Dr. drs. drs.

Jerome Rotgans (Präsident)

e-mail: jrotgans@ukaachen.de

17. Sommersymposium des MVZI im DGI e.V.**Tagungspräsident:** Prof. Dr. Dhom**Termin:** 10. – 12.06.2010**Ort:** Bautzen**Auskunft:** boeld communication

Bereiteranger 15, 81541 München

Tel.: 089/189046-19

Fax: 089/189046-16

e-mail: nhenkel@bb-mc.com

DGFDT 2010 Wien

(Symposium d. Dt. Ges. für Funktionsdiagnostik und -therapie mit der AG für Prothetik und Gnathologie d. Ö. Ges. für ZMK-heilkunde)

Tagungspräsidenten: Univ.-Prof.

Dr. Eva Piehlinger, Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Freesmeyer

Termin: 11./12.06.2010**Ort:** Wien, Gesellschaft der Ärzte (Billrothhaus)**Thema:** CMD – eine Frage der Haltung**Auskunft:**

Wiener Medizinische Akademie

Alser Straße 4, A – 1090 Wien

Tel.: (+43/1) 4051383-19

Fax: (+43/1) 4051383-23

hedwig.schulz@medacad.org

Stuttgarter Zahnärztetag 2010**Thema:** Back to the roots! Zahnheilkunde im Praxisalltag**Termin:** 18./19.06.2010**Ort:** Kultur- und Kongresszentrum Liederhalle Stuttgart**Auskunft:** Bezirkszahnärztekammer Stuttgart

Albstadtweg 9

70567 Stuttgart

Tel.: 0711/7877-233

Fax: 0711/7877-238

10. Jahrestagung des Landesverbands Bayern im DGI e.V.**Thema:** Risikoerkennung und Risikobeherrschung in der Implantologie**Termin:** 18./19.06.2010**Ort:** Oberstdorf Haus, Prinzregentenplatz 1, 87561 Oberstdorf**Auskunft:** Praxis Dr. Schmidinger

Monika Pangerl

Bahnhofstr. 8

82229 Seefeld

Tel.: 08152/990918

Frühjahrsakademie der DGEEndo

(nur für Mitglieder der DGEEndo)

Termin: 18./19.06.2010**Ort:** Universität Zürich, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ZZMK, Klinik für Präventivmedizin, Parodontologie und

Kariologie (PPK), Plattenstr. 11, 8032 Zürich (Schweiz)

Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V.

Holbeinstr. 29

04229 Leipzig

Tel.: 0341/48474-202

Fax: 0341/48474-290

www.dgendo.de

CARS 2010 – Computer Assisted Radiology and Surgery.**24th International Congress and Exhibition****Termin:** 23. – 26.06.2010**Ort:** University Medical Center, Geneva, Switzerland**Auskunft:** CARS Conference Office

Im Gut 15, 79790 Kuessaberg

Tel.: +49/7742-922-434

Fax: +49/7742-922-438

e-mail: office@cars-int.org

www.cars-int.org

7. Jahrestagung des Landesverbands Mecklenburg-Vorpommern im DGI e.V., gemeinsam mit dem Greifswalder Fachsymposium

Thema: Aktuelle Entwicklung in der zahnärztlichen Radiologie unter besonderer Berücksichtigung der dreidimensionalen Bildgebung und Navigation in der Implantologie – 2 D versus 3 D

Termin: 26.06.2010

Ort: Alfred Krupp Wissenschaftskolleg Greifswald

Auskunft: Youvivo GmbH

Karlstr. 60

80333 München

Tel.: 089/55052090

Fax: 089/55052092

e-mail: info@youvivo.com

Gutachterkonferenz Implantologie im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie

Thema: Komplikationen und Misserfolge in der Implantologie

Termin: 26.06.2010

Ort: Stuttgart

Auskunft:

Geschäftsstelle des BDIZ EDI

An der Esche 2

53111 Bonn

Tel.: 0228/9359244

Fax: 0228/9359246

e-mail: office-bonn@bdizedi.org

www.bdizedi.org

Sommerakademie Kiel

Thema: Training in Forschungsmethoden für die zahnärztliche Implantologie

Termin: 28.06. – 02.07.2010

Ort: Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Klinik für MKG-Chirurgie, Arnold-Heller-Str. 16, 24105 Kiel

Auskunft: Dr. E. Behrens

e-mail: e-w.behrens@t-online.de

■ Juli

MEDcongress

37. Seminarkongress für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Termin: 04. – 10.07.2010

Ort: Baden-Baden, Kongresshaus

Auskunft: MEDICA

Deutsche Gesellschaft für

Interdisziplinäre Medizin e.V.

Postfach 700149

70571 Stuttgart

Tel.: 0711/720712-0

Fax: 0711/720712-29

e-mail: bn@medica-ev.de

www.medica-ev.de

■ August

8th International Dental Ethics and Law Congress

Thema: Dentistry and Information Technology – Ethical and Legal Considerations

Termin: 18. – 20.08.2010

Ort: University of Helsinki – Biomedicum, Haartmaninkatu 8, Helsinki, Finnland

Veranstalter: International Dental Ethics and Law Society,

University of Helsinki,

Finnish Dental Association

Auskunft: Tavicon Ltd.

Ms. Annikka Lampo

Tel.: 00358/3/2330430

Fax: 00358/3/2330444

e-mail:

ideals2010.congress@tavicon.fi

www.ideals.ac

■ September

47. Kongress der Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Termin: 10./11.09.2010

Ort: Pforzheim, Hochschule

Auskunft: MedCongress GmbH

Postfach 700149

70571 Stuttgart

Tel.: 0711/720712-0

Fax: 0711/720712-29

e-mail: mw@medcongress.de

www.mediccongress.de

DGP-ARPA-Herbsttagung

Thema: Parodontologie 2010:

Exzellenz in der Forschung –

Exzellenz in der Praxis

Termin: 17./18.09.2010

Ort: Ehemaliger Bundestag

(WCCB) in Bonn

Auskunft: Deutsche Gesellschaft

für Parodontologie e.V. (DGP)

Neufferstr. 1, 93055 Regensburg

Tel.: 0941/942799-0

www.dgparo.de

ZÄK 2010 Wien

Österreichischer Zahnärztekongress 2010

Thema: Spezialisierung in der Zahnheilkunde – Risiko oder Chance?

Termin: 30.09. – 02.10.2010

Ort: Wien,

Hofburg Kongress Zentrum

Tagungspräsident: Univ.-Doz. Dr.

Werner Lill

Auskunft:

Wiener Medizinische Akademie

Alser Str. 4

A – 1090 Wien

Tel.: ++43/1/4051383-19

Fax: ++43/1/4051383-23

hedwig.schulz@medacad.org

■ Oktober

40. Internationaler Jahreskongress der DGZI

Thema: Am Puls der Implantologie

Veranstalter: DGZI – Deutsche

Gesellschaft für zahnärztliche

Implantologie e.V.

Termin: 01./02.10.2010

Ort: Berlin, Maritim Hotel Berlin

Auskunft: Geschäftsstelle DGZI

Feldstr. 80

40479 Düsseldorf

Tel.: 0211/1697077

Fax: 0211/1697066

www.dgzi.de

14th Dental World

Termin: 14. – 16.10.2010

Ort: Budapest

Auskunft: Dental Press Hungary

e-mail: info@dental.hu

www.dental.hu

14. BDIZ EDI Symposium

Thema: Behandlungsfehler

und Komplikationen in der

Implantologie

Termin: 15./16.10.2010

Ort: München

Auskunft:

Geschäftsstelle des BDIZ EDI

An der Esche 2

53111 Bonn

Tel.: 0228/9359244

Fax: 0228/9359246

e-mail: office-bonn@bdizedi.org

www.bdizedi.org

Wissenschaftliche Gesellschaften

DGZI

Fortbildungsveranstaltungen

Thema: 1. Studiengruppentagung

Termin: 17.04.2010

Ort: Frankfurt,

Sheraton Congress Hotel Frankfurt

Thema: DGZI-Curriculum Kurs 150

„Spezielle implantologische

Prothetik“

Termin: 30.04./01.05.2010

Ort: Berlin

Auskunft: DGZI – Deutsche

Gesellschaft für zahnärztliche

Implantologie e.V.

Feldstr. 80

40479 Düsseldorf

Tel.: 0211/1697077

Fax: 0211/1697066

www.dgzi.de

DGCZ & AKWLZ

Abstracts für Kurzvorträge/Poster

Deutscher Zahnärztetag 2010

(10. – 13.11.2010, Frankfurt)

Sektion Informatik der Deutschen

Gesellschaft für Computer-

gestützte Zahnmedizin (DGCZ)

Es wird um Abstracts für Kurz-

vorträge oder Poster bis zum

30.03.2010 (Deadline) gebeten.

Thema: Alle Themengebiete

der angewandten, dentalen

Informatik

Abstractanmeldung über:

www.zahnheilkunde.de/dgzm-

abstracts/DZAET2010,

Eingabe dann bei „DGCZ Sektion

Informatik“

Ansprechpartner: Prof. Dr. Bernd

Kordass – Universität Greifswald

kordass@uni-greifswald.de

Deutscher Zahnärztetag 2010 (10. – 13.11.2010, Frankfurt)
Arbeitskreis für Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ)

Es wird um Abstracts für Kurzvorträge oder Poster bis zum 30.03.2010 (Deadline) gebeten.

Thema: Leistungsorientierte Mittelvergabe in der zahnmedizinischen Lehre (LOM-Lehre)

Abstractanmeldung über:
www.zahnheilkunde.de/dgzmk-abstracts/DZAET2010,
Eingabe dann bei „Arbeitskreis für Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin“ (AKWLZ)
Ansprechpartner:

Prof. Dr. Bernd Kordaß – Greifswald: kordass@uni-greifswald.de,
Prof. Dr. Petra Hahn – Freiburg: petra.hahn@uniklinik-freiburg.de

DAZ & VDZM

Frühjahrstagung

Thema: Vormittag: „Gesundheitspolitik zwischen Klientel-Interessen und Gemeinwohl“ (Ref.: Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger – Universität Bielefeld),

Nachmittag: „Grenzgang Psyche – Erkennung von und Umgang mit psychosomatischen Erkrankungen in der Zahnarztpraxis“ (Ref.: Priv.-Doz. Dr. Anne Wolowski – Universität Münster)

Veranstalter: Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) und Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM)

Termin: 24.04.2010:
10.00 – 13.00 Uhr und
14.00 – 18.30 Uhr

Ort: Saalbau Frankfurt-Griesheim, Schwarzerlenweg 57, 65933 Frankfurt/Main

Sonstiges: DAZ- und VDZM-Sitzungen am 25.04.2010 ab 09.30 Uhr im Saalbau Griesheim; je 3 Fortbildungspunkte für den Vormittag und den Nachmittag
Kursgebühr: 50 EUR

Auskunft: DAZ-Geschäftsführerin Irmgard Berger-Osrag
Belfortstr. 9
50668 Köln
Tel.: 0221/973005-45
Fax: 0221/7391239
e-mail: kontakt@daz-web.de
www.daz-web.de

GZFA

Workshops

Thema: Funktionstherapie mit dem DROS®-Konzept
Termine: 16./17.04.2010, 18./19.06.2010, 05./06.11.2010
Ort: München
Zielgruppe: Zahnärzte und Zahn-techniker

Auskunft: Gesellschaft für Zahngesundheit, Funktion und Ästhetik mbH (GZFA)
Gollierstr. 70 D / IV
80339 München
Tel.: 089/58988090
Fax: 089/5029092
e-mail: info@gzfa.de
www.gzfa.de

GZM

Curriculum Umwelt-ZahnMedizin

Beginn: 20.03.2010
Ort: Erfurt
Dozenten: Dr. Drews, Dr. Bartram

Auskunft: Internationale Gesellschaft für Ganzheitliche ZahnMedizin e.V. (GZM)
Dr. Wolfgang H. Koch
Kloppenheimer Str. 10
68239 Mannheim
Tel.: 0232/3147531666
e-mail: Media@gzm-org.de
www.gzm.org
www.uzm-curriculum.de

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: Die Kunst, Patienten als Gäste zu behandeln
– Ein Leitfaden für eine exzellente Patientenbetreuung –

Veranstalter: Dipl.-Germ. Karin Namianowski

Termin: 17.03.2010:
09.00 – 16.00 Uhr

Ort: Kempten/Allgäu
Sonstiges: 16 Teilnehmer, für Teams, Mitarbeiter, ZÄ
Kursgebühr: 380 EUR

Auskunft:
Dipl.-Germ. Karin Namianowski
Unternehmensberatung/
Kommunikationstraining
Halbinselstraße 22
88142 Wasserburg (Bodensee)
Tel.: 08382/9896857
Fax: 08382/9896854
e-mail: Namianowski.Beratung.Training@t-online.de
www.namianowski.de

Thema: Ergonomie und Workflow während der zahnärztlichen Behandlung

Veranstalter: Morita
Termin: 19./20.03., 18./19.06., 17./18.09. oder 10./11.12.2010
Ort: Neuweiler

Sonstiges: Ref.: ZA Thomas Rethfeldt; 14 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 750 EUR zzgl. MwSt., inkl. Getränke und Abendessen; 480 EUR für ZA in der Ausbildung und Assistenzärzte

Auskunft: J. Morita Europe GmbH
Martina Schulz
Tel.: 06074/836-0
mail: mschulz@jmorita-europe.com
www.jmorita-europe.com

Thema: Ergonomie und Workflow während der zahnärztlichen Behandlung

Veranstalter: Morita
Termin: 19./20.03., 30.04./01.05., 12./13.11. oder 26./27.11.2010

Ort: Dessau
Sonstiges: Ref.: ZA Dr. Christoph Huhn; 14 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 750 EUR zzgl. MwSt., inkl. Getränke und Abendessen; 480 EUR für ZA in der Ausbildung und Assistenzärzte

Auskunft: J. Morita Europe GmbH
Martina Schulz
Tel.: 06074/836-0
mail: mschulz@jmorita-europe.com
www.jmorita-europe.com

Thema: Ergonomie und Workflow während der zahnärztlichen Behandlung

Veranstalter: Morita
Termin: 26./27.03., 09./10.07., 20./21.08. oder 22./23.10.2010

Ort: Köln
Sonstiges: Ref.: ZA Sivan Ates; 14 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 750 EUR zzgl. MwSt., inkl. Getränke und Abendessen; 480 EUR für ZA in der Ausbildung und Assistenzärzte

Auskunft: J. Morita Europe GmbH
Martina Schulz
Tel.: 06074/836-0
mail: mschulz@jmorita-europe.com
www.jmorita-europe.com

Thema: Erlangung der Fachkunde des DVT Strahlenschutzscheins

Veranstalter: cranium, Privatinstitut für Weiterbildung GbR

Termin:
27.03.2010: 09.00 – 16.00 Uhr,
26.06.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Kalscheurener Str. 19a,
50354 Hürth

Sonstiges: Ref.: Dr. Markus Blume, Dr. Andreas Ziggel, Dr. Axel Roscker; 16 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 750 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: cranium
Privatinstitut für Diagnostik GbR
Sabine Pieper
Kalscheurener Str. 19a
50354 Hürth
Tel.: 02233/610-823
Fax: 02233/610-824

Thema: LinuDent Powerseminar für Neueinsteiger

Veranstalter: Pharmatechnik GmbH & Co. KG,

Akademie Dr. Graessner

Termin/Ort:

08.04.2010: München,
16.04.2010: Stuttgart + Berlin,
04.05.2010: Porta Westfalica

Sonstiges: Inhalte: Patientenverwaltung, KVK, Praxisgebühr; Leistungserfassung, Prophylaxe, MKF, Kostenplanung und Abrechnung, Rechnungsstellung; ZE-Planung mit Regelversorgung, Wiederherstellungen; 6 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 190 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: Anja Jacoby
Pharmatechnik GmbH & Co. KG,
Akademie Dr. Graessner
Münchner Str. 15
82319 Starnberg
Tel.: 08151/4442-500
Fax: 08151/4442-7500
info@zahnmedizin-akademie.de

Thema: Recall – Patientenbindung leicht gemacht

Veranstalter: Pharmatechnik GmbH & Co. KG,

Akademie Dr. Graessner

Termin/Ort:

14.04.2010: Naumburg,
26.05.2010: Saarland,
27.05.2010: Mainz,

02.06.2010: Porta Westfalica

Sonstiges: Inhalte: Einstellungen der Recall-Verwaltung, Patienten-zuordnung; Recall-Planung, Suchläufe, Listenerstellung, Recall aktivieren; Anlegen von Brieftexten, Versandmethoden, Historie; Praxislisten mit Selektions- und Benachrichtigungsmöglichkeiten; 3 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 99 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: Anja Jacoby
Pharmatechnik GmbH & Co. KG,
Akademie Dr. Graessner
Münchner Str. 15
82319 Starnberg
Tel.: 08151/4442-500
Fax: 08151/4442-7500
info@zahnmedizin-akademie.de

Thema: Doppelkronen-Workshop

Veranstalter: BEGO

Termin: 19./20.04.2010

Ort: Bremen

Kursgebühr: 290 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: BEGO

Bremer Goldschlögerei

Andrea Gloystein

Wilhelm-Herbst-Str. 1

28359 Bremen

Tel.: 0421/2028372

Fax: 0421/2028395

e-mail: gloystein@bego.com

www.bego.com

Thema: Die PraxisManagerin (IHK)

Veranstalter: Haranni Akademie
Fortbildungszentrum für Heilberu-
fe, Herne

Termin: 19.04 – 21.04., 27./28.05.
und 21.06. – 23.06.2010:
jeweils 09.00 – 18.30 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Sonstiges: Ref.: Angelika Doppel,
Friedrich W. Schmidt

Kursgebühr: 2900 EUR inkl.

Tagungspauschale

Auskunft: Haranni Akademie

Schulstr. 30

44623 Herne

Ansprechpartn.: Renate Dömpke

Tel.: 02323/9468-300

Fax: 02323/9468-333

Thema: Effektives Arbeiten mit
LinuDent für Fortgeschrittene

Veranstalter: Pharmatechnik
GmbH & Co. KG,

Akademie Dr. Graessner

Termin/Ort:

20.04.2010: Berlin,

23.04.2010: Stuttgart,

27.04.2010: Naumburg,

28.04.2010: Nürnberg + Dresden,

30.04.2010: Baden-Baden,

19.05.2010: Rostock

Sonstiges: Inhalte: Leistungserfas-
sung mit Leistungsketten, Kalkula-
tion und Erfassen des Honorars;
Zusatzfunktionen mit Sonderzif-
fern, Begründungen, Dokumenta-
tionstexten; Privatabrechnung ...;
3 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 99 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft:

Pharmatechnik GmbH & Co. KG,

Akademie Dr. Graessner

Anja Jacoby

Münchner Str. 15

82319 Starnberg

Tel.: 08151/4442-500

Fax: 08151/4442-7500

info@zahnmedizin-akademie.de

Thema: Es geht nicht nur anders –
es geht anders auch besser!

UpDate: Zahnersatz beim Kassen-
patienten richtig! errechnen

Veranstalter: Haranni Akademie
Fortbildungszentrum für Heilberu-
fe, Herne

Termin: 21.04.2010:

14.00 – 19.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Sonstiges: Ref.: Angelika Doppel

Kursgebühr: 210 EUR / 360 EUR

Team, inkl. Tagungspauschale,
zzgl. MwSt.

Auskunft: Haranni Akademie

Schulstr. 30

44623 Herne

Ansprechpartn.: Renate Dömpke

Tel.: 02323/9468-300

Fax: 02323/9468-333

Thema: Patientenberatung nach Maß – So steigern Sie nachhaltig Ihren Privatleistungsanteil
Veranstalter: Dexel Pharma GmbH
Termin: 21.04.2010: ab 17.00 Uhr
Ort: Köln
Sonstiges: Ref.: Frank Frenzel; 4 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 179 EUR, der zweite Teilnehmer einer Praxis zahlt 99 EUR, jeder weitere 69 EUR
Auskunft: Dexel Pharma GmbH Röntgenstr. 1, 63755 Alzenau Tel.: 0800/2843742 (Free Call) Fax: 0800/7327120 (Free Fax) e-mail: service@periochip.de www.periochip.de

Thema: Die gaumen- bzw. bügel-freie Teleskopprothese im Einstückgussverfahren aus CoCr
Veranstalter: Dentaforum
Termin: 23./24.04.2010
Ort: Freiberg (bei Dresden)
Sonstiges: Ref.: ZT Michael Martin
Kursgebühr: 449 EUR zzgl. MwSt
Auskunft: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann Dentaforum GmbH & Co. KG Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-470 Fax: 07231/803-409 e-mail: kurse@dentaforum.de www.dentaforum.com

Thema: Einstückguss – einfach und sicher
Veranstalter: Dentaforum
Termin: 23./24.04.2010
Ort: Münster
Sonstiges: Ref.: ZTM Carsten Haake
Kursgebühr: 449 EUR zzgl. MwSt
Auskunft: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann Dentaforum GmbH & Co. KG Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-470 Fax: 07231/803-409 e-mail: kurse@dentaforum.de www.dentaforum.com

Thema: Curriculum Minimal Invasive Implantologie, Teil 1
Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungsz. für Heilberufe
Termin: 23.04.2010: 14.00 – 19.00 Uhr, 24.04.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Haranni Academie, Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. medic. stom. Henriette Lerner
Kursgebühr: 675 EUR inkl. Tagungspauschale, zzgl. MwSt.
Auskunft: Haranni Academie Schulstr. 30, 44623 Herne Ansprechpartn.: Renate Dömpke Tel.: 02323/9468-300 Fax: 02323/9468-333

Thema: Ergonomie und Workflow während der zahnärztlichen Behandlung
Veranstalter: Morita
Termin: 23./24.04., 18./19.06., 24./25.09. oder 19./20.11.2010
Ort: Nürnberg
Sonstiges: Ref.: ZA Dr. Schloss & Dr. Wollner; 14 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 750 EUR zzgl. MwSt., inkl. Getränke und Abendessen; 480 EUR für ZA in der Ausbildung und Assistenzärzte
Auskunft: J. Morita Europe GmbH Martina Schulz Tel.: 06074/836-0 mail: mschulz@jmorita-europe.com www.jmorita-europe.com

Thema: Keramik-Olympiade: Fortbildung in weiß
Veranstalter: biodentis GmbH / biodentis Schulungszentrum GmbH
Termin: 24.04.2010
Ort: Jever Skihalle Neuss, An der Skihalle 1, 41472 Neuss
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Joachim Tinschert, Dr. Jan Hajtő, Prof. Dr. Roland Frankenberger, Volker Voigt, Dr. André Hutsky; 8 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 199 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: unter www.absolute-ceramics.com finden Sie die komplette Kursbeschreibung und das Anmeldefax Tel.: 0800/9394956 (bei Buchungsfragen oder bei Fragen zu Kursinhalten) Fax: 0341/35527330

Thema: Non-Prep Veneers Zertifizierungs-Hands-on-Kurs
Veranstalter: Wissen-schafft-Erfolg – Institut für Dentalfortbildung
Termin: 24.04.2010: 10.00 – 17.00 Uhr
Ort: Freiburg
Sonstiges: Ref.: Dr. Jens Voss; Schwerpunkte: Formen und Linien der dentalen Ästhetik, Theoretische Grundlagen der Veneertechnik, Tipps und Tricks zur adhäsiven Eingliederung, ...; 8 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: ZA: 990 EUR, ZFA: 279 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Wissen-schafft-Erfolg – Institut für Dentalfortbildung GmbH, Herr Schartmann Ackerstr. 5 47269 Duisburg Tel.: 0203/985177333 Fax: 0203/985177344 e-mail: info@dental-schule.de www.dental-schule.de

Thema: Schablonengeführt in die Zukunft mit dem Camlog Guide System
Veranstalter: Praxisklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Esslingen, Dr. Dr. Weyer, Dr. Kissing
Termin: 24.04.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Esslingen am Neckar
Sonstiges: Ref.: Dr. Dr. Nils Weyer, Dr. Eva-Marie Kissing, Dr. Jonathan Fleiner, ZTM Hans-Alexander Frey
Kursgebühr: 295 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Praxisklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Esslingen, Fabrikstr. 10/1 73728 Esslingen am Neckar Tel.: 0711/44009982 Fax: 0711/93276941 e-mail: info@praxisklinik-weyer.de www.praxisklinik-weyer.de

Thema: Nur nicht, dass wir was „verschlafen“ ... Einführung in das Thema Schlafmedizin für Zahnmediziner
Veranstalter: Büker Kieferorthopädie
Termin: 24.04.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Büker Zahntechnik, Dentales Fortbildungszentrum, Zamenhofstr. 59, Dresden
Sonstiges: Wichtigkeit des Themas Schlafmedizin für die Zahnmedizin, Diagnostik, Screening- und Untersuchungsmethoden, intra-orale Therapiemöglichkeiten
Kursgebühr: 175 EUR inkl. MwSt.
Auskunft: Siegfried Instinsky Goldstr. 20, 49074 Osnabrück Tel.: 0541/3381199 Fax: 0541/3381155 e-mail: info@bueker-kfo.de

Symposium „Ganzheitliche Zahnmedizin“
Thema: Innovative Behandlungsmethoden zum Wohle des Patienten – Ist die Verbindung der Schul- und Komplementärmedizin die Lösung?
Veranstalter: Dentista Club e.V. (in Zusammenarbeit mit Straumann)
Termin: 24.04.2010
Ort: Villa Kennedy, Frankfurt
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. C. Witt – Berlin, Prof. Dr. Dr. H. Schierle – Karlsruhe, Dr. Dr. A. Strunz – Berlin, Dr. E. Nadj-Papp – Ditzingen, RA Dr. M. Erbsen – Stuttgart u. a.; 10 Fortbildungspunkte
Teilnahmegebühr: 98 EUR, Mitglieder 68 EUR
Auskunft: mail: sabine.kopp@straumann.com info@dentista-club.de www.dentista-club.de (-> Veranstaltungen)

Thema: Interdisziplinäre Fallplanung bzw. Möglichkeiten und Grenzen der Kieferorthopädie in der ästhetischen Zahnheilkunde

Veranstalter: Dentaurum

Termin: 24.04.2010

Ort: Ispringen

Sonstiges: Ref.: Dr. Martin Baxmann; 9 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 299 EUR zzgl. MwSt

Auskunft: Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Dentaurum GmbH & Co. KG

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

e-mail: kurse@dentaurum.de

Thema: Ästhetische Frontzahnfüllungen mit Dr. Jörg Weiler, Köln

Veranstalter: IFG – Internationale

Fortbildungsgesellschaft mbH

Termin: 24.04.2010

Ort: Hamburg

Sonstiges: Kompositschichttechnik nach Lorenzo Vanini

Kursgebühr: 348 EUR zzgl. MwSt.

inkl. Verpflegung + Materialien

Auskunft: IFG mbH

Wohldstr. 22

23669 Timmendorfer Strand

Tel.: 04503/7799-33

Fax: 04503/7799-44

e-mail: info@ifg-hl.de

www.ifg-hl.de

Thema: Assistenz und Abrechnung für die ZFA

Veranstalter: Dentaurum Implants

Termin: 24.04.2010

Ort: Schwabmünchen

Sonstiges: Ref.: ZMF Angelika

Frenzel

Kursgebühr: 125 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Dentaurum Implants GmbH

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

e-mail: kurse@dentaurum.de

Thema: Hart- und Weichgewebsmanagement

Veranstalter: Dentaurum Implants

Termin: 24.04.2010

Ort: Magdeburg

Sonstiges: Ref.: Daniel Schulz;

9 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 295 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Dentaurum Implants GmbH

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

e-mail: kurse@dentaurum.de

www.dentaurum.com

Thema: „Mensch! Ärgere Dich nicht!“

Veranstalter: KomMed Ute Jürgens

Termin: 24./25.04.2010

(alternativ: 11./12.09.2010)

Ort: Lilienthal

Sonstiges: 16 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 290 EUR + MwSt.

Auskunft: Ute Jürgens, KomMed

Peter-Sonnenschein-Str. 59

28865 Lilienthal

Tel.: 04298/469977

Fax: 04298/469978

e-mail: KomMed@freenet.de

www.kommed-coaching.de

Thema: Mitarbeiter-Führung

Veranstalter: Aufwind

Consulting GmbH

Termin: 25.04.2010

Ort: Schlehdorf in Obb

Sonstiges: Ref.: Dr. Martina Obermeyer;

17 Punkte

Kursgebühr: 325 EUR

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: Physiognomie

Veranstalter: Aufwind

Consulting GmbH

Termin: 25.04.2010

Ort: Schlehdorf in Obb

Sonstiges: Ref.: Manfred Müller;

17 Punkte

Kursgebühr: 280 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: Modellguss Grundkurs

Veranstalter: BEGO

Termin: 26./27.04.2010

Ort: München

Kursgebühr: 180 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: BEGO

Bremer Goldschlägerei

Andrea Gloystein

Wilhelm-Herbst-Str. 1

28359 Bremen

Tel.: 0421/2028372

Fax: 0421/2028395

e-mail: gloystein@bego.com

www.bego.com

Thema: Fortbildungsgang „Die

Arzttherferin als leitenden Kraft-

Praxismanagerin (IHK)“

Veranstalter: Frielingsdorf

Consult GmbH

Termin: 26.04 – 30.04.2010/

08.11. – 12.11.2010

Ort: Weiterbildungsstätte der IHK

zu Köln

Sonstiges: Kursgebühr: 2.100 EUR

(zzgl. MwSt)

Auskunft: Frau König

koenig@frielingsdorf.de

Tel.: 0221/139836-63

www.frielingsdorf-akademie.de

Thema: Individueller Schwenkrie-

gel – Meisterprüfungsvorbereitung

Veranstalter: BEGO

Termin: 27. – 30.04.2010

Ort: Bremen

Kursgebühr: 480 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: BEGO

Bremer Goldschlägerei

Andrea Gloystein

Wilhelm-Herbst-Str. 1

28359 Bremen

Tel.: 0421/2028372

Fax: 0421/2028395

e-mail: gloystein@bego.com

www.bego.com

Thema: Die qualifizierte Mitarbei-

terin in der chirurgischen Zahn-

arztpraxis

Veranstalter: Aesculap Akademie

GmbH

Termin: 28.04.2010

Ort: Tuttlingen

Kursgebühr: 195 EUR

Auskunft: Marie Abdo

Aesculap Akademie GmbH

Am Aesculap Platz

78532 Tuttlingen

Tel.: 07461/95-1015

Fax: 07461/95-2001

Thema: Der gute Ton am Telefon

in der Zahnarztpraxis

Veranstalter: Dipl.-Germ. Karin

Namianowski

Termin: 28.04.2010:

09.00 – 14.00 Uhr

Ort: Nürnberg

Sonstiges: max. 18 Teilnehmer;

Praxismitarbeiterinnen, Teams

Kursgebühr: 175 EUR

Auskunft:

Dipl.-Germ. Karin Namianowski

Unternehmensberatung/Kommu-

nikationstraining

Halbinselstraße 22

88142 Wasserburg (Bodensee)

Tel.: 08382/9896857

Fax: 08382/9896854

e-mail: Namianowski.Beratung.

Training@t-online.de

www.namianowski.de

Thema: KFO-Privatabrechnung von A bis Z fair berechnet
Veranstalter: Dentaurum
Termin: 28.04.2010
Ort: Hamburg
Sonstiges: Ref.: Ursula Duncker; 6 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 229 EUR zzgl. MwSt
Auskunft: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 e-mail: kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Thema: Modellguss Fortgeschrittene
Veranstalter: BEGO
Termin: 28. – 30.04.2010
Ort: München
Kursgebühr: 280 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: BEGO
 Bremer Goldschlägerei
 Andrea Gloystein
 Wilhelm-Herbst-Str. 1
 28359 Bremen
 Tel.: 0421/2028372
 Fax: 0421/2028395
 e-mail: gloystein@bego.com
 www.bego.com

Thema: Einführung ins NLP
Veranstalter: FZM e.V. Nürnberg
Termin: 29.04.2010:
 14.00 – 22.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Nürnberg
Kursgebühr: 50 EUR für Mitglieder
 FZM und AZ Ansbach, 100 EUR für Nichtmitglieder
Auskunft: Förderkreis Zahngesundheit Mittelfranken (FZM) e.V.
 Neuselsbrunn 6
 90471 Nürnberg
 Tel.: 0911/28523-70
 Fax: 0911/28523-69

Thema: Kinesiologie Kurs 1
Veranstalter: Aufwind Consulting GmbH
Termin: 29./30.04.2010
Ort: Schlehdorf in Obb
Sonstiges: Ref.: Dr. Martina Obermeyer; 17 Punkte
Kursgebühr: 650 EUR steuerfrei
Auskunft: Dr. Martina Obermeyer
 Aufwind Consulting GmbH
 Kocheler Straße 1
 82444 Schlehdorf am Kochelsee
 Tel.: 08851/6156-91
 Fax: 08851/6156-90
 e-mail: info@aufwind.org

Thema: Vollkeramik – Der Weg zur perfekten Restauration
Veranstalter: BEGO
Termin: 29./30.04.2010
Ort: Bremen
Kursgebühr: 290 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: BEGO
 Bremer Goldschlägerei
 Andrea Gloystein
 Wilhelm-Herbst-Str. 1
 28359 Bremen
 Tel.: 0421/2028372
 Fax: 0421/2028395
 e-mail: gloystein@bego.com
 www.bego.com

Thema: Notfallmaßnahmen bei Kindern
Veranstalter: DENS Akademie
Termin: 30.04.2010:
 16.00 – 18.00 Uhr
Ort: DENS Akademie,
 Georg-Wilhelm-Str. 7,
 10711 Berlin (Wilmerdorf)
Sonstiges: Fortbildungspunkte 2;
 Anmeldung erbeten
Kursgebühr: 35 EUR
Auskunft:
 DENS GmbH, DENS Akademie
 Berliner Str. 13, 14513 Teltow
 Tel.: 03328/334540
 Fax: 03328/334547
 www.dens-berlin.com

Thema: Oberflächenbearbeitung in Vollendung
Veranstalter: Corona Lava™
 Fräszentrum Starnberg
Termin: 30.04.2010:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Starnberg
Sonstiges: Ref.: ZT Bertrand Thiévent – Schweiz
Kursgebühr: 425 EUR
Auskunft: Corona Lava™
 Münchner Str. 33
 82319 Starnberg
 Tel.: 08151/555388
 Fax: 08151/739338
 e-mail: info@lavazentrum.de
 www.lavazentrum.com

Thema: Laser-Sicherheitsschulung
Veranstalter: Dentaurum
Termin: 30.04.2010
Ort: Ispringen
Sonstiges: Ref.: Klaus Merkle, ZT F. Oeynhaus
Kursgebühr: 165 EUR zzgl. MwSt
Auskunft: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 e-mail: kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Thema: Privatleistungen in der Kieferorthopädie – wie sage ich es meinem Patienten?
Veranstalter: Dentaurum
Termin: 30.04.2010
Ort: Hamburg
Sonstiges: Ref.: Hans-Dieter Klein; 8 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 299 EUR zzgl. MwSt
Auskunft: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 e-mail: kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Thema: FA I-A: Synoptische Diagnostik und strategische Behandlungsplanung als Fundament ihres Praxiserfolgs
Veranstalter: Westerburger Kontakte
Termin: 30.04./01.05.2010
Ort: 56457 Westerburg
Sonstiges: Ref.: Dr. Diether Reusch, ZA Tadas Korzinskas
Kursgebühr: 790 EUR + MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte
 Schloss Westerburg
 56457 Westerburg
 Tel.: 02663/91190-30
 Fax: 02663/91190-34
 www.westerburgerkontakte.de

Thema: Keramik-Gipfel: Die Konferenz zum „weißen Gold“ in Heiligendamm – der Stadt am weißen Meer
Veranstalter: biodentis GmbH / biodentis Schulungszentrum GmbH
Termin: 30.04./01.05.2010
Ort: Grand Hotel Heiligendamm, Prof.-Dr.-Vogel-Str. 16-18, 18209 Bad Doberan
Sonstiges: Ref.: Dr. Heiner Geißler, Prof. Dr. Heinrich Kappert, Dr. Jan Hajtő, Prof. Dr. Roland Frankenberg; 12 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 199 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: unter www.absolute-ceramics.com finden Sie die komplette Kursbeschreibung und das Anmeldefax
 Tel.: 0800/9394956
 (bei Buchungsfragen oder bei Fragen zu Kursinhalten)
 Fax: 0341/35527330

Thema: Gemeinsam an einem Strang ziehen – Teamsitzungen effektiv gestalten
Veranstalter: KomMed Ute Jürgens
Termin: 01./02.05.2010
Ort: Lilienthal
Sonstiges: 16 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 290 EUR + MwSt.
Auskunft: Ute Jürgens, KomMed
 Peter-Sonnenschein-Str. 59
 28865 Lilienthal
 Tel.: 04298/469977
 Fax: 04298/469978
 e-mail: KomMed@freenet.de
 www.kommed-coaching.de

Thema: Kinesiologie Kurs 2
Veranstalter: Aufwind Consulting GmbH
Termin: 01./02.05.2010
Ort: Schlehdorf in Obb
Sonstiges: Ref.: Dr. Martina Obermeyer; 17 Punkte
Kursgebühr: 650 EUR steuerfrei
Auskunft: Dr. Martina Obermeyer
 Aufwind Consulting GmbH
 Kocheler Straße 1
 82444 Schlehdorf am Kochelsee
 Tel.: 08851/6156-91
 Fax: 08851/6156-90
 e-mail: info@aufwind.org

Thema: Ausbildungsgang „Case-Manager/in (IHK)“
Veranstalter: Frielingsdorf Consult GmbH
Termin: 03.05 – 08.05.2010/
 15.11. – 20.11.2010
Ort: Weiterbildungsstätte der IHK zu Köln
Sonstiges: Kursgebühr: 3.050 EUR (zzgl. MwSt)
Auskunft: Frau König
 koenig@frielingsdorf.de
 Tel.: 0221/139836-63
 www.frielingsdorf-akademie.de

Thema: Lebendiges Lernen rund um den Mund
Veranstalter: FZM e.V. Nürnberg
Termin: 04.05.2010:
 14.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Nürnberg
Kursgebühr: 50 EUR für Mitglieder
 FZM und AZ Ansbach, 100 EUR für Nichtmitglieder
Auskunft: Förderkreis Zahngesundheit Mittelfranken (FZM) e.V.
 Neuselsbrunn 6
 90471 Nürnberg
 Tel.: 0911/28523-70
 Fax: 0911/28523-69

Thema: Der Risikopatient – Notfallmaßnahmen

Veranstalter: DENS Akademie

Termin: 05.05.2010:

16.00 – 18.00 Uhr

Ort: DENS Akademie,
Georg-Wilhelm-Str. 7,
10711 Berlin (Wilmerdorf)

Sonstiges: Fortbildungspunkte 2;
Anmeldung erbeten

Kursgebühr: 35 EUR

Auskunft:

DENS GmbH, DENS Akademie

Berliner Str. 13, 14513 Teltow

Tel.: 03328/334540

Fax: 03328/334547

www.dens-berlin.com

Thema: Event Implantologie Landau

Veranstalter: Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Müller & Dr. Brocker

Termin: 06./07.05.2010

Ort: Landau in der Pfalz

Sonstiges: Referenten: Dr. B. Pak, Prof. Dr. Dr. H.P. Schierle, PD Dr. Dr. A. Ludwig, Prof. Dr. M. Yildirim, Dr. Müller M.Sc. und andere

Kursgebühr: 2 Module á 80 EUR, 1 Modul á 100 EUR, Module frei wählbar

Auskunft: Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Wolfgang Müller und Barbara Brocker

Badstr. 12, 76829 Landau/Pfalz

Tel.: 06341/4938

Fax: 06341/82800

kontakt@mueller-brocker.de

www.mueller-brocker.de

Thema: LinuDent – Rechnungs- und Mahnwesen

Veranstalter: Pharmatechnik

GmbH & Co. KG,

Akademie Dr. Graessner

Termin/Ort:

06.05.2010: Mainz,

12.05.2010: München,

21.05.2010: Stuttgart,

10.06.2010: Dresden,

18.06.2010: Nürnberg

Sonstiges: Inhalte: Einstellungen zum Rechnungs- und Mahnwesen, Praxis- und Patientenbezogene Buchhaltung; Rechnungsstellung, Formulareinstellungen, Rechnungsausgänge; Verwalten der offenen Posten; Mahnwesen ...; 3 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 99 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: Anja Jacoby

Pharmatechnik GmbH & Co. KG,

Akademie Dr. Graessner

Münchner Str. 15

82319 Starnberg

Tel.: 08151/4442-500

Fax: 08151/4442-7500

info@zahnmedizin-akademie.de

Thema: 5. Zimmer Implantologie-Tage

Veranstalter: Zimmer Dental

GmbH

Termin: 06. – 08.05.2010

Ort: Düsseldorf

Sonstiges: Kongress

Kursgebühr: auf Anfrage

Auskunft: Zimmer Dental GmbH

Wentzinger Str. 23

79106 Freiburg

Tel.: 0761/15647-265

Fax: 0761/15647-269

marketing.dental@zimmer.com

www.zimmerdental.de

Thema: Vollkeramische Restaurationen – Eine Übersicht aus der Praxis für die Praxis

Veranstalter: Westerburger Kontakte

Termin: 07./08.05.2010

Ort: 56457 Westerburg

Sonstiges: Ref.: Dr. Urs Brodbeck

Kursgebühr: 980 EUR + MwSt.

Auskunft: Westerburger Kontakte

Schloss Westerburg

56457 Westerburg

Tel.: 02663/91190-30

Fax: 02663/91190-34

www.westerburgerkontakte.de

Thema: Innovative Zahnmedizin – Abrechnung mit LinuDent

Veranstalter: Pharmatechnik

GmbH & Co. KG,

Akademie Dr. Graessner

Termin/Ort:

07.05.2010: Stuttgart,

09.06.2010: Naumburg,

11.06.2010: Baden-Baden,

16.06.2010: Porta Westfalica,

18.06.2010: Hamburg

Sonstiges: Inhalte: Abrechnung klassisch, individuell oder pauschal; Kalkulierte Analogpositionen, GOZ, GOÄ, Material, Begründungen/Dokumentationen; Besonderheiten beim Privatpatienten ...; 3 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 99 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft:

Pharmatechnik GmbH & Co. KG,

Akademie Dr. Graessner

Anja Jacoby

Münchner Str. 15

82319 Starnberg

Tel.: 08151/4442-500

Fax: 08151/4442-7500

info@zahnmedizin-akademie.de

Thema: Veneers – eine wertvolle Ergänzung in jeder Praxis (Hands-on)
Veranstalter: biodentis GmbH / biodentis Schulungszentrum GmbH
Termin: 08.05.2010
Ort: absolute Ceramics Schulungszentrum, Weinstr. 4 (Marienplatz), 80333 München
Sonstiges: Ref.: Dr. Jan Hajt6;
 10 Fortbildungspunkte
Kursgeb6hr: 495 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: unter www.absolute-ceramics.com finden Sie die komplette Kursbeschreibung und das Anmeldefax
 Tel.: 0800/9394956
 (bei Buchungsfragen oder bei Fragen zu Kursinhalten)
 Fax: 0341/35527330

Thema: Kraniomandibuläre Dysfunktionen aus Sicht der evidenzbasierten Zahnmedizin
Veranstalter: Wissen-schafft-Erfolg – Institut für Dentalfortbildung
Termin: 08.05.2010:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Sonstiges: Ref.: Dr. Horst Kares; Schwerpunkte: das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell von Schmerz, Differenzialdiagnostik von orofazialen Schmerzen, Diagnostik von CMD ...;
 10 Fortbildungspunkte
Kursgeb6hr: 335 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Wissen-schafft-Erfolg – Institut für Dentalfortbildung GmbH, Herr Schartmann Ackerstr. 5
 47269 Duisburg
 Tel.: 0203/985177333
 Fax: 0203/985177344
 e-mail: info@dentalschule.de
www.dentalschule.de

Thema: 2-tägiges Live-OP-Seminar mit Dr Eduardo Anitua MD DDS
Veranstalter: B.T.I. Deutschland GmbH
Termin: 10./11.05.2010
Ort: Vitoria/Spanien
Sonstiges: inkl. Übernachtungen, Transfer und Verpflegung
Kursgeb6hr: 1 150 EUR
Auskunft: B.T.I. Deutschland GmbH Mannheimer Str. 17
 75179 Pforzheim
 Tel.: 07231/4280610
 Fax: 07231/4280615

Thema: Kraniomandibuläre Dysfunktionen aus Sicht der evidenzbasierten Zahnmedizin
Veranstalter: Wissen-schafft-Erfolg – Institut für Dentalfortbildung
Termin: 12.05.2010:
 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Mannheim
Sonstiges: Ref.: Dr. Horst Kares; Schwerpunkte: das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell von Schmerz, Differenzialdiagnostik von orofazialen Schmerzen, Diagnostik von CMD ...;
 5 Fortbildungspunkte
Kursgeb6hr: 215 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Wissen-schafft-Erfolg – Institut für Dentalfortbildung GmbH, Herr Schartmann Ackerstr. 5
 47269 Duisburg
 Tel.: 0203/985177333
 Fax: 0203/985177344
 e-mail: info@dentalschule.de
www.dentalschule.de

Thema: FA II: Instrumentelle Funktionsanalyse mit arbiträrer Scharnierachse
Veranstalter: Westerburger Kontakte
Termin: 14./15.05.2010
Ort: 56457 Westerburg
Sonstiges: Ref.: Dr. Diether Reusch, ZA Jochen Feyen, ZTM Paul Gerd Lenze. ZA Tadas Korzinskas
Kursgeb6hr: 980 EUR + MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte Schloss Westerburg
 56457 Westerburg
 Tel.: 02663/91190-30
 Fax: 02663/91190-34
www.westerburgerkontakte.de

Thema: Minimalinvasive Mini-knopfdruckimplantate für den zahnlosen Kiefer
Veranstalter: Dr. med. Dr. dent. Heinrich Bültemann-Hagedorn
Termin: 15.05.2010:
 09.00 – 14.00 Uhr
Ort: Bremen
Sonstiges: 7 Fortbildungspunkte
Kursgeb6hr: 170 EUR
Auskunft: Praxis Dr.Dr. Bültemann-Hagedorn und Dr.Thieme Faulenstraße 54
 28195 Bremen
 Tel.: 0421/382212
 Fax: 0421/39099532
 e-mail: praxis@MKG-HB.de

Thema: Wirtschaftlich abrechnen
Veranstalter: DENS Akademie
Termin: 19.05.2010:
 16.00 – 20.30 Uhr
Ort: DENS Akademie, Georg-Wilhelm-Str. 7, 10711 Berlin (Wilmerdorf)
Sonstiges: Fortbildungspunkte 5; Anmeldung erbeten
Kursgeb6hr: 145 EUR
Auskunft: DENS GmbH, DENS Akademie Berliner Str. 13
 14513 Teltow
 Tel.: 03328/334540
 Fax: 03328/334547
www.dens-berlin.com

Thema: Basiskurs – CAD/CAM Praxislaborinitiative: Mit dem Baukasten zu mehr Wirtschaftlichkeit im Praxislabor (Hands-on)
Veranstalter: biodentis GmbH / biodentis Schulungszentrum GmbH
Termin: 19.05.2010
Ort: absolute Ceramics Schulungszentrum, Weinstr. 4 (Marienplatz), 80333 München
Sonstiges: Ref.: Malte de Moll;
 6 Fortbildungspunkte
Kursgeb6hr: 99 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: unter www.absolute-ceramics.com finden Sie die komplette Kursbeschreibung und das Anmeldefax
 Tel.: 0800/9394956
 (bei Buchungsfragen oder bei Fragen zu Kursinhalten)
 Fax: 0341/35527330

Thema: Beziehungsmanagement in der Praxis – Ein besonderes Beratungsangebot für Zahnärzte
Veranstalter: Dagmar Wiegel – Beratung im Kontext
Termin: nach Vereinbarung
Ort: Großraum Köln
Sonstiges: Im Rahmen von Qualitätsmanagement unterstütze ich Sie darin, eine positive Praxisatmosphäre zu fördern und Ablaufprozesse besser abzustimmen.
Kursgeb6hr: nach Vereinbarung
Auskunft: Beratung im Kontext Dagmar Wiegel
 Vogelsangerstr. 18
 50823 Köln
 Tel.: 0221/9234969
 Fax: 0221/9234969
www.beratungimkontext.de

Thema: 12 Uhr Behandlung – garantiert gute Haltung und einfachste Arbeitsbewegungen, in 1,5 Tagen
Veranstalter: Dr. Wolf Neddermeyer, Zahnarzt/Oralchirurgie

Termin: nach Vereinbarung
Ort: Anmeldepraxis
Sonstiges: Der Kurs wird Kollegen mit orthopädischen Beschwerden besonders empfohlen – aber auch zur Schmerzprophylaxe.
Kursgeb6hr: 2 Zahnärzte jeweils 525 EUR + MwSt.
Auskunft: www.feelbased.com

Verlust von Kammerausweisen

LZK Baden-Württemberg

Dr. Roland Blessing
 Am Engelberg 44
 88239 Wangen
 geb. am 22.02.1944

Kontakt:
 BZK Tübingen
 Bismarckstr. 96
 72072 Tübingen
 Tel.: 07071/911-0
 Fax: 07071/911-209 oder -233

ZÄK Niedersachsen

Nr. 6607
 Dr. Abdul Hameed Al-Hafez

Nr. 1092
 Günther Meier

Nr. 5190
 Klaus-Peter Sprung

Nr. 5859
 Dr. Hilmar Schmalz

Nr. 6420
 Sina Zaeri

Kontakt:
 ZÄK Niedersachsen
 Frau Agnes Schuh
 Postfach 810661
 30506 Hannover
 Tel.: 0511/83391-142
 Fax: 0511/83391-116

Zahnmedizinische Versorgung

Der Bedarf wird steigen

Demografische Veränderungen in der Gesellschaft haben Auswirkungen auf die medizinische und zahnmedizinische Versorgung: Die Menschen werden älter, die Anzahl chronischer Krankheiten und multimorbider Patienten steigt. Damit entsteht versorgungspolitischer Handlungsbedarf. Die Herausforderungen für die Zahnmedizin der Zukunft skizziert Prof. Dr. Elmar Reich, Biberach. Er ist Mitautor der neuen IDZ-Studie zum Rollenverständnis von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland (ANFO-Z, siehe zm 5/2010, Seite 18ff.). Im Rahmen der Studienrecherche stellte er die aktuelle Faktenlage zusammen.

Die demografische Entwicklung in Deutschland, verbunden mit der Prävalenz-Entwicklung oraler Erkrankungen sowie dem zahnmedizinischen Fortschritt, wird zu einem höheren Bedarf an umfangreichen Versorgungen in den nächsten Jahrzehnten führen. Es nicht absehbar, welche Entlastungen durch Prävention oder Therapiemaßnahmen in den nächsten 10 Jahren auftreten werden. Eher ist damit zu rechnen, dass die Entwicklungen zu einer Kompression der Krankheitslast im höheren Erwachsenenalter beziehungsweise bei Senioren führen werden. Damit steigt der präventive und therapeutische Bedarf mit zunehmendem Lebensalter.

Versorgungspolitisches Ziel ist eine weitere Reduktion der Zahnverluste bei Erwachsenen und Senioren. Wie sich aber schon in den letzten Jahren gezeigt hat, ist durch die größere Anzahl von erhaltenen Zähnen bei Erwachsenen mit einer weiteren Zunahme der Wurzelkaries zu rechnen. Auch dürften die Parodontalerkrankungen bis zum Jahr 2020 weiterhin zunehmen. Aufgrund der zunehmenden Zahl der Senioren und aufgrund gesteigerter Ansprüche (medizinisch-technischer Fortschritt) an die Versorgung ist jedoch davon auszugehen, dass sich der Therapiebedarf erhöhen wird.

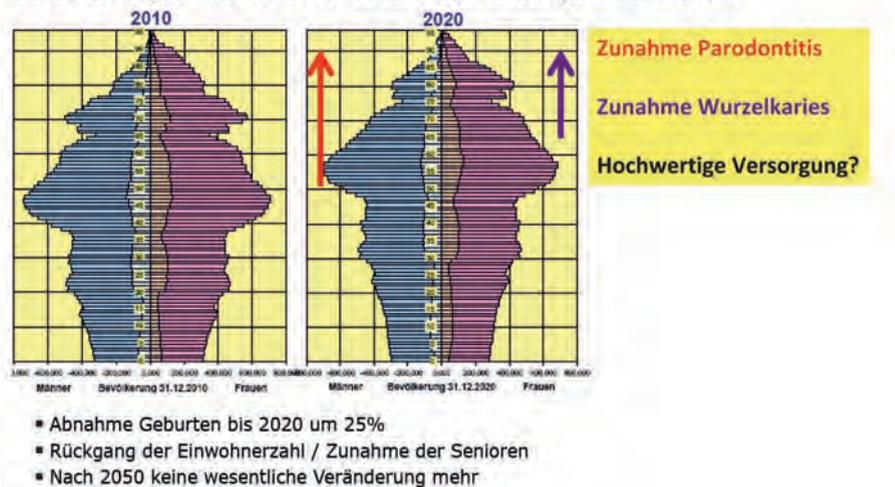
Allgemeinmedizinische Aspekte

Es gibt vielfältige Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Parodontitis und Diabetes, Herzleiden, Schlaganfällen und Atemwegserkrankungen. Eine Reihe von Veränderungen im Mund sind Frühsignale von

Allgemeinerkrankungen wie zum Beispiel Candidose, Haarzunge, Kaposisarkom und Xerostomie. Aus diesen Gründen müssen sich Zahnärzte mit allgemeinmedizinischen Aspekten befassen, die weit über die nor-

sen wird weiter zurückgehen. Eigene Zähne und in geringem, aber zunehmendem Umfang auch Implantate werden vorhanden sein. Bei der hohen Prävalenz von parodontal verursachten Destruktionen und der körperlichen und geistigen Veränderungen im Seniorenalter muss von einer starken Zunahme der präventiven und therapeutischen Bedarfe ausgegangen werden (Kompression der Morbidität). Die insbesondere für die Prävention zu veranschlagenden Kosten werden derzeit und vermutlich auch in Zukunft von der GKV nicht übernommen.

Perspektive 2020: Prognose der Entwicklung der Bevölkerungszahlen und der oralen Erkrankungen bei Älteren



Mit der älter werdenden Bevölkerung nehmen Parodontitis und Wurzelkaries zu. Damit steigt der Therapiebedarf – und die Frage nach der Versorgung muss neu gestellt werden.

male zahnärztliche Therapie hinausgehen. Zwingend notwendig ist deshalb auch eine bessere Vernetzung und Kooperation der Zahnärzte mit anderen medizinischen Fachdisziplinen. Der zahnärztliche Berufsstand wird somit in Zukunft zur Diagnose von schweren Allgemeinerkrankungen im Frühstadium beitragen können und so lebensbedrohliche Zustände verringern helfen.

In den nächsten Jahren kann man von einer weiteren Zunahme des Trends zur Erhaltung eigener Zähne ausgehen. Die Anzahl der Erwachsenen und Senioren mit Totalprothe-

Der immobile Patient

Ein großes und zunehmendes Problem bei Senioren ist jedoch die aufwändige und problematische zahnärztliche Versorgung bei pflegebedürftigen oder gar immobilen Personen. Die Anforderungen an Zahnärzte und deren Mitarbeiter steigen, da gerade bei Älteren auch Allgemeinerkrankungen mit ihren Symptomen Auswirkungen auf die oralen Erkrankungen zeigen. Darüber hinaus wachsen ebenso die Anforderungen an aufsuchende Betreuungsmodelle, deren

Absicherung im Rahmen der GKV bisher völlig unzureichend ist.

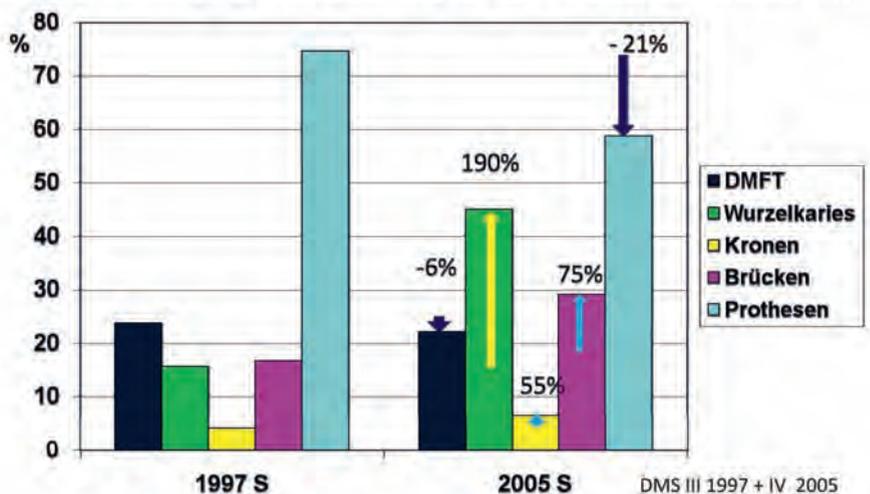
Die demografisch und epidemiologisch erkennbaren Veränderungen machen es heute schon notwendig für alle Altersgruppen eine umfassende präventive Betreuung in der Praxis zu gewährleisten, wenn die vorhandenen Zähne und die Kauffähigkeit bis ins hohe Alter gewährleistet werden sollen.

Mehr Zahnersatz

Wegen der sich in Deutschland mit schöner Regelmäßigkeit verändernden Versicherungsbedingungen (GKV-Leistungsspektrum) und der nicht vorhersehbaren sozialen Bedingungen kann der wirtschaftlich vom Patienten zu deckende Bedarf an großen Versorgung nicht präzise abgeschätzt werden, aber es ist weiterhin von hohen Ansprüchen der Patienten auszugehen. Wahrscheinlich kann eher von einem steigenden Bedarf an Zahnersatz bis zu implantologischen Maßnahmen gerechnet werden.

Die zahnärztliche Versorgung im ländlichen Raum braucht eine besondere Beachtung, da diese wie die hausärztliche Versorgung zur medizinischen Grundversorgung zählt. Mitarbeiterkompetenz ist weiter auf hohem

Karies bei Senioren (65 bis 74 Jährige) in Deutschland: DMFT; Wurzelkaries in %; maximale Versorgung: Kronen, Brücken, Teil- und Vollprothesen (DMS III + IV)



Die DMS-Studien III und IV des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) lassen den Versorgungstrend der Zukunft deutlich erkennen. Das sind Folgen der Karies und Wurzelkaries im Alter ...

Niveau notwendig, neben der Prävention insbesondere im gerostomatologischen Bereich. Die Zusammenarbeit mit pflegerischen Berufen ist zu intensivieren und zur Verbesserung der Mundhygiene immobil- und pflegebedürftiger Patienten sind Schulungen und Fortbildungen (unter Zuhilfenahme zahnärztlicher Kompetenz) notwendig.

Da ein erheblicher Prozentsatz von Praxen sich in wirtschaftlichen Schwierigkeiten

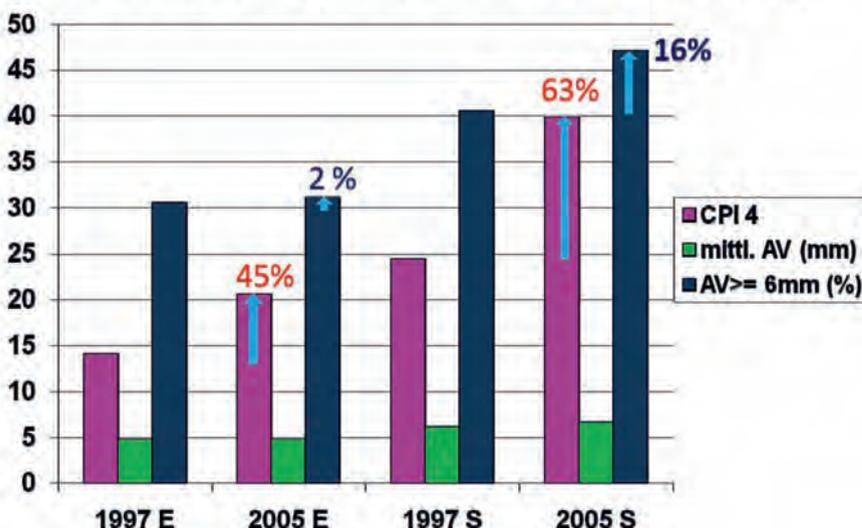
befindet, müssen Praxisgründungen und -übernahmen in Zukunft stärker auf die betriebswirtschaftliche Situation abgestimmt werden. Auch müssen die betriebswirtschaftlichen Steuerungsmöglichkeiten von Praxisinhabern stärker genutzt werden. Eine schon deutlich zu beobachtende Tendenz sind die vielfältigen Kooperationsmöglichkeiten für Zahnärzte.

Es ist auch in Zukunft davon auszugehen, dass neue Therapien aufgrund der Forschungsergebnisse in den nächsten Jahren eine diesbezügliche Nachfrage auslösen werden. Ob diese allerdings eine vergleichbare Veränderung des Therapiespektrums wie durch die Implantologie nach sich ziehen werden, kann noch nicht beurteilt werden. Hauptschwerpunkt dürften Therapien sein, die die Erhaltung oraler Strukturen zum Ziel haben. Potenziale liegen ferner in der Früherkennung systematischer Erkrankungen (Screening) und in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Fachdisziplinen.

Prof. Dr. Elmar Reich
Rolf-Keller-Platz 1
88400 Biberach

Literatur beim Verfasser

Parodontalerkrankungen bei Erwachsenen (35 bis 44 Jährige) und Senioren (65 bis 74 Jährige) in Deutschland (DMS III + IV: 1997-2005)



... und Folgen der steigenden Parodontalerkrankungen.

Identifizierung nach über 30 Jahren – eine Erfolgsgeschichte

Claus Grundmann, Heinz Lindekamp, Klaus-Peter Benedix

Regelmäßig erscheinen in den Zahnärztlichen Mitteilungen Meldungen der Kriminalpolizei aus unterschiedlichen Teilen Deutschlands und angrenzenden Ländern. Zahnärzte werden dazu aufgefordert, mittels des ermittelten Zahnstatus der Unbekannten und ihrer Patientendateien zur Identifizierung beizutragen. Immer wieder führt solch eine Veröffentlichung zum Erfolg. In diesem Fall allerdings erst nach 30 Jahren – aber es ist eine Erfolgsgeschichte.

Die Aufbewahrungsfristen für staatsanwaltliche Ermittlungsakten sind in vielen Fällen auf 30 Jahre festgelegt. Im vorliegenden Fall sollten sowohl die Akten zu einer unbekanntem Wasserleiche als auch die zu einer vermissten Person gehören – wegen Überschreitung dieser Frist – endgültig vernichtet werden. Doch vor der definitiven Vernichtung wird die zuständige Polizeibehörde dann immer gebeten, diese Fälle noch einmal zu überprüfen. Das Ergebnis dieser Überprüfung sollte alle verfahrensbeteiligten Ermittler und die Hinterbliebenen überraschen: Nach über 30 Jahren konnte eine vermisste Person durch zahnärztliche Vergleichsuntersuchungen eindeutig und zweifelsfrei doch noch identifiziert werden.

Vorgeschichte

An einem Novembertag im Jahre 1977 erschien ein bis dahin als äußerst zuverlässig bekannter Angestellter (EDV-Bereich) nicht an seinem Arbeitsplatz – extrem ungewöhnlich für die Kollegen: denn bis zu diesem Zeitpunkt war diese Person noch keinen einzigen Tag ihrer Berufstätigkeit ferngeblieben.

Die damalige Vermisstenmeldung zog für die Kriminalpolizei umfangreiche Ermittlungen nach sich, bei der alle Möglichkeiten der Veröffentlichung im In- und Ausland vollständig ausgeschöpft wurden, um die vermisste Person (tot oder lebendig) aufzuspüren.

Privates und berufliches Umfeld

In der Wohnung des Vermissten deutete nichts daraufhin, dass er plötzlich verreist sein könnte: Sein möbliertes Zimmer in einer deutschen Großstadt war in einem tadellosen Zustand. Noch am Tag seines



Fotos(m): zm/MEV

Leichenfunde können nicht immer identifiziert werden. In diesem Fall dauerte es über 30 Jahre, bis das Grab einen Namen bekam – eine spannende Dokumentation mit Hindernissen.



Ober und Unterkiefer des Toten in Okklusion

Verschwindens hatte er frische Lebensmittel gekauft, wie durch einen in der Wohnung befindlichen Kassenbon belegt werden konnte. In der Folgezeit vernahm die Polizei zahlreiche Verwandte, Freunde und Kollegen des Vermissten ausführlich, um möglichst viel über ihn zu erfahren: Die vermisste Person galt bei sämtlichen Vorgesetzten und Kollegen als äußerst intelligent, pflichtbewusst, pünktlich und zuverlässig, aber andererseits auch als kontaktarm. (Ein Arbeitskollege schätzte ihn als „eher geizig und zurückhaltend“ ein.)

Außerhalb der Arbeit pflegte der alleinstehende Mann wenig Kontakt zu Bekannten und Freunden. Unmittelbar vor seinem Ver-

schwinden hatte er eine Kontaktanzeige in einer Tageszeitung geschaltet. Drei Frauen hatten sich auf die Annonce in der Rubrik „Suche Partner“ gemeldet. Einen dieser Antwortbriefe zu dieser Kontaktanzeige fanden die Beamten noch ungeöffnet im Briefkasten des Vermissten.

Fahndung im In- und Ausland

Neben den Ermittlungen im Umfeld des Toten untersuchten die Kriminalbeamten zahlreiche unbekannte Leichenfunde – sogar ein Toter in Australien erregte die Auf-

merksamkeit der Beamten. Die Leiche in Hetathcote vom September 1982 wies geringfügige Übereinstimmungen mit dem Vermissten auf. Später widerlegten Rechtsmediziner diese hoffnungsvollen Vermutungen. Ebenso erfolglos verlief der Vergleich mit einem von der Wasserschutzpolizei im Rhein gefundenen Schädel – bereits kurz nach Eingang der Vermisstenanzeige.

Rolle des Zahnstatus

Als problematisch bei diesen Vergleichen erwiesen sich die Unterlagen zum Zahnstatus der vermissten Person. Dieser war (nach damaligen Kenntnissen der Kriminalpolizei) zuletzt 1972 bei der Bundeswehr erhoben worden und könnte bis zu seinem Verschwinden im November 1977 identisch gewesen sein oder sich unter Umständen erheblich verändert haben. Es war den Beamten seinerzeit – trotz intensiver Recherchen (unter anderem auch beim Institut für Wehrmedizinalstatistik und Berichtswesen der Bundeswehr) – nicht gelungen, aktuellere zahnmedizinische Informationen einzuholen. Trotz der umfangreichen Ermittlungen fanden die



Gereinigter Unterkiefer mit einer Grabliegezeit von mehr als 30 Jahren

Beamten den Vermissten damals nicht. Sein Verschwinden blieb völlig im Unklaren und im Juni 1989 erklärte das zuständige Amtsgericht die vermisste männliche Person für tot. Der Zeitpunkt des Todes wurde auf den 31. Dezember 1982 um 24 Uhr festgelegt. Dennoch war diese Person auch 30 Jahre nach ihrem Verschwinden weiterhin international zur Fahndung ausgeschrieben und dieser Fall wurde regelmäßig mit unbekanntem Leichenfunden (älteren und neueren Datums) abgeglichen. Leider ohne Erfolg. Sowohl die Mutter als auch die Schwester der vermissten Person haben die Ungewissheit um sein Schicksal mit in den eigenen Tod genommen.

Fund einer Wasserleiche

Nur einen Monat, nachdem die Vermisstenmeldung bei der Polizei eingegangen war, wurde im Rhein eine männliche Wasserleiche entdeckt.

aber keine Hose trug, dass im Oberkiefer eine Teilprothese zum Ersatz aller fehlenden Schneidezähne eingegliedert war und dass die Gaumenmandeln offensichtlich zu Lebzeiten bereits entfernt worden waren.

Bei den für den Rheinverlauf zuständigen Landeskriminalämtern gab es keine Hinweise auf einen möglicherweise in Betracht kommenden Vermisstenfall.

Auch der Vergleich mit dem oben beschriebenen Vermisstenfall blieb erfolglos – im Gegenteil. Zu viele Abweichungen sprachen eher dafür, dass es sich um zwei verschiedene Personen handeln musste: Während sich die Obduzenten – trotz der fortgeschrittenen Verwesung – sicher waren, dass bei der unbekanntem Rheinleiche die Gaumenmandeln bereits zu Lebzeiten entfernt worden waren, behaupteten die Angehörigen der vermissten Person permanent, dass ihrem Sohn die Gaumenmandeln zu Lebzeiten nicht entfernt worden seien. Dass die Eltern des Vermissten seinerzeit mehrere

hundert Kilometer von ihrem Sohn entfernt lebten und vielleicht nicht täglich mit ihm Kontakt hatten, sollte hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt werden. Dass ein Mann von fast 30 Jahren seinen Eltern möglicherweise nicht jeden medizinischen Eingriff berichtet, wäre eine zusätzliche Erklärung. Auf-



Oberkiefer ohne Prothese und mit vielen Amalgamfüllungen

Da die Leiche sich bereits in einem ausgeprägten Verwesungszustand befand, konnte die Todesursache bei der gerichtlichen Obduktion nicht eindeutig festgestellt werden. Anzeichen für einen gewaltsamen Tod gab es seinerzeit offensichtlich nicht. Die Gerichtsmediziner schätzten das Alter des Verstorbenen auf etwa 40 Jahre. Es handelte sich um einen 180 cm großen, zu Lebzeiten offensichtlich adipösen Mann. Auffällig war, dass die Leiche zwar Schuhe,



Gereinigter Oberkiefer mit einer Grabliegezeit von mehr als 30 Jahren

grund dieses (mutmasslichen?) Widerspruchs war es seinerzeit nicht gelungen eine positive Identifizierung auszusprechen.

zm-Info

Zahnmedizinische Vergleichsuntersuchungen zwischen ante- und post-mortalen Zahnbefunden beziehungsweise Röntgenaufnahmen führen sowohl in Einzelfällen als auch bei Massenkatastrophen in der Regel schnell zu positiven Identifizierungsergebnissen (oder zum Identifizierungsausschluss). Ursächlich hierfür sind die hohe Individualität des menschlichen Gebisses, die verschiedenartigen zahnmedizinischen Therapien und die sorgfältige Befunddokumentation, wie sie in deutschen Zahnarztpraxen oder beim Institut für Wehrmedizinallstatistik und Berichtswesen der Bundeswehr durchgeführt werden. ■

Der unbekannte Tote wurde daraufhin vom örtlichen Standesamt beurkundet und Mitte Januar 1978 als unbekanntem Wasserleiche in einem anonymen Grab beerdigt. Die Grabstelle wurde durch die Friedhofsverwaltung sorgfältig dokumentiert, um eventuelle Nachuntersuchungen zu einem späteren Zeitpunkt zu ermöglichen.

Ähnlich wie im Fall der vermissten Person wurde auch der Fall dieser unbekanntem männlichen Wasserleiche mit verschiedenen anderen Fällen (beziehungsweise Akten) verglichen – leider ohne registrierbaren Erfolg. So konnte diese unbekanntem Wasserleiche in den folgenden 30 Jahren nicht identifiziert werden.

Erneute Ermittlungen

Als Ende Januar 2008 für beide Akten die Aufbewahrungsfristen abgelaufen waren und eine endgültige Löschung erfolgen sollte, bemerkte die Sachbearbeiterin beim zuständigen Landeskriminalamt, dass die vage Möglichkeit einer Übereinstimmung beider Fälle – unbekanntem Wasserleiche / vermisste Person – gegeben sein könnte. Aus unerklärlichen Gründen war es in den zurückliegenden drei Jahrzehnten nicht zu einer positiven Identifizierung der beiden darge-

stellten Fälle gekommen. Vermutlich lagen bei den vorliegenden Zahnbefunden nur wenige Übereinstimmungen und mehrere Abweichungen vor.

Bevor die Akten nach einer Aufbewahrungsfrist von 30 Jahren endgültig ausgesondert wurden, übergab das Landeskriminalamt die Sachverhalte zu einer abschließenden Beurteilung an die zuständige Kriminalpolizei. Zunächst wurden von Polizeiseite alle noch vorhandenen Unterlagen zu den beiden Ermittlungsakten (einschließlich der bei der Durchschrift noch vorhandenen Asservate) eingesehen und ausgewertet. Bei der anschließenden Diskussion mit dem derzeit zuständigen forensischen Zahnarzt wurde festgestellt, dass es sich durchaus um zwei verschiedene Personen handeln kann, dass aber auch die Möglichkeit besteht, dass es sich um die gleiche Person handelt. Zur eindeutigen Klärung wären aber unbedingt aktuellere Zahnbefunde notwendig.

Wiederaufnahme der Ermittlungen

Im Anschluss an eine Unterredung sowohl mit dem zuständigen Kriminalbeamten als auch mit dem forensischen Zahnmediziner

entschloss sich der zuständige Staatsanwalt das Ermittlungsverfahren wiederaufzunehmen.

Da es sich bei der vermissten Person um einen ehemaligen Bundeswehr-Angehörigen handelt, sollte im Institut für Wehrmedizinastatistik und Berichtswesen der Bundeswehr in Andernach überprüft werden, ob aktuellere als die bekannten zahnärztlichen Befunde vorliegen würden. Sollte dies der



Diese Klammerprothese platzierte vier Frontzähne.

Fall sein, so wäre eine Exhumierung der unbekanntenen männlichen Wasserleiche empfehlenswert, da nur so ein zweifelsfreier Vergleich der ante mortem-Befundunterlagen mit den Originalkiefern möglich sei.

Zusätzlich zu diesen Maßnahmen sollte eine heute mögliche vergleichende DNA-Analyse sowohl mit den noch vorhandenen Asservaten als auch mit DNA-Proben der Familienangehörigen des Vermissten vorgenommen werden.

Nachdem tatsächlich aktuellere als die bisher bekannten Zahnstatus über das Institut für Wehrmedizinastatistik und Berichtswesen der Bundeswehr dem Kriminalbeamten beziehungsweise dem forensischen Zahnarzt zur Verfügung gestellt werden konnten, verdichteten sich die Hinweise, dass es sich doch um die gleiche Person handeln könnte. Über dieses Ergebnis wurde der zuständige Staatsanwalt umgehend informiert. Nach Darstellung der aktuellen Erkenntnisse ordnete er entsprechende weitergehende Ermittlungen an: Hierzu zählte unter anderem der Antrag auf Exhumierung des Leichnams beim zuständigen Amtsgericht.

Untersuchungen der Grabstätte

Zeitgleich erfolgte die Überprüfung der Grabstelle: Trotz der abgelaufenen Liege- und Ruhezeiten (30 Jahre) wurde sie noch im Originalzustand vorgefunden. Im Ein-

vernehmen mit der örtlichen Friedhofsverwaltung wurde die Grabstelle zunächst sichergestellt, um eine mögliche Neubelegung zu verhindern.

Nachdem die zuständige Untersuchungsrichterin (kraft ihres Amtes und der zwischenzeitlich vorliegenden neueren Beweismittel) die Exhumierung des Leichnams angeordnet hatte, wurde die Grabstätte aufgesucht und mit der Exhumierung der

hier eine mitochondriale DNA-Analyse erforderlich geworden, um abschließend ein endgültiges Ergebnis präsentieren zu können. Da eine solche Untersuchung auch rein wissenschaftlich von besonderer Bedeutung ist, wurde auch diese Untersuchung vollständig abgeschlossen. Ihr Ergebnis bestätigte schließlich den vorliegenden forensisch-odontologischen Befund.

Durch den Sachbearbeiter der Kriminalpoli-

Wehrmedizinalstatistik und Berichtswesen der Bundeswehr eine unbekannt männliche Wasserleiche zweifelsfrei identifiziert werden.

Mit dem vorliegenden Fall wurde wieder einmal bewiesen, wie eindeutig in vielen Fällen zahnmedizinische Befunde (bedingt durch umfangreiche dentale Sanierungen und Restaurationen) sind.

Des Weiteren konnte aufgezeigt werden, dass zahnärztliche Identifizierungsmaßnahmen auch nach mehr als 30 Jahren zum Erfolg führen können – natürlich unter der unabdingbaren Voraussetzung, dass zu Lebzeiten eine gute zahnärztliche Befunddokumentation erfolgt ist.

Zusätzlich konnte mit diesem Fall erneut gezeigt werden, dass „unsere“ Zähne die widerstandsfähigste Körpersubstanz darstellen und auch nach mehr als 30 Jahren derart gut erhalten sind, dass sie solche außergewöhnlichen Identifizierungen ermöglichen.



Bei der Vorbereitung des Grabaushubs half der Belegungsplan der Friedhofsverwaltung.

sterblichen Überreste der unbekannt männlichen Wasserleiche begonnen. Dabei konnten der Schädel einschließlich Unterkiefer sowie Zähne und Knochen gefunden werden.

Nach Reinigung der ausgegrabenen Überreste wurde festgestellt, dass das Skelett (auch nach mehr als 30 Jahren) vollständig war und dass für alle leeren Zahnfächer im Ober- und Unterkiefer Zähne aufgefunden wurden. Sie konnten alle eindeutig und zweifelsfrei reponiert werden, so dass unmittelbar danach mit der Dokumentation des Zahnstatus anhand der Leichenkiefer begonnen werden konnte. Dann erfolgte der Vergleich der ante- mit den post-mortalen zahnärztlichen Befunden.

Die Vergleichsuntersuchungen mit den aktuellen, von der Bundeswehr zur Verfügung gestellten Zahndaten ergab eine vollständige Übereinstimmung zwischen ante- und post-mortalen Zahnbefunden, so dass (unmittelbar nach der Exhumierung) eine positive Identifizierung (nach mehr als 30 Jahren) ausgesprochen werden konnte.

Ein Zwischenergebnis zur DNA-Analyse lag zu diesem Zeitpunkt bereits vor, jedoch war



Ab einem Meter Tiefe erfolgt der manuelle Grabaushub durch den Kriminalbeamten.

zei, der im ständigen Kontakt zum Bruder des Verstorbenen stand, wurde die Familie über das Ergebnis der Ermittlungen informiert. Die Gebeine der jetzt identifizierten „unbekannten Wasserleiche“ fanden nunmehr ihre letzte Ruhestätte im Grab der Familie.

Zusammenfassung

Mehr als 30 Jahre nach seinem Verschwinden konnte aufgrund zahnärztlicher Befunddokumentationen im Institut für

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

Heinz Lindekamp, KHK
Kreispolizeibehörde Wesel
Reeser Landstr. 21
46483 Wesel
Heinz.Lindekamp@polizei.nrw.de

Dr. Klaus-Peter Benedix
Dachauer Str. 128
80637 München
KlausPeterBenedix@bundeswehr.org

Betriebliches Eingliederungsmanagement

Behutsamer Wiedereinstieg

Psychische Krankheiten und die daraus resultierenden Ausfalltage steigen an. Je nach Schwere der psychischen Probleme fällt ein Mitarbeiter schon einmal monate- oder auch jahrelang aus. Die Wiedereingliederung ist schwer, sowohl für den Mitarbeiter, der sich nach langer Auszeit erstmalig wieder einige Stunden an seinem Arbeitsplatz aufhalten darf, als auch für den Arbeitgeber. Das Unternehmen muss sich frühzeitig um angemessene Rahmenbedingungen für eine arbeitnehnergerechte Rückführung an den Schreibtisch kümmern.



Ob Beinbruch oder noch Schlimmeres: Fallen Mitarbeiter länger aus, erleichtert ein betriebliches Eingliederungsmanagement, die Rückkehr an den Arbeitsplatz.

wie in einer anderen Konstellation vielleicht die Reduktion von Arbeitsstunden ohne je ganz mit dem Arbeiten aufhören zu müssen“, berichtet Dr. Hans-Peter Unger, Chefarzt des Zentrums für seelische Gesundheit der Asklepios-Klinik in Hamburg-Harburg.

Stufen-Rückführung mit reduzierter Stundenanzahl

Damit ein Wiedereinstieg ganz im Sinne des Mitarbeiters funktionieren kann, kommt es im Wesentlichen auf eine gute Zusammenarbeit zwischen Klinik beziehungsweise behandelndem Arzt und dem Unternehmen an. Ratsam ist ein Ansprechpartner vor Ort, der den Wiedereinstieg gemeinsam mit einem zentralen Ansprechpartner, einer Vertrauensperson, im Unternehmen koordiniert. Sinnvoll ist eine stufenweise Rückführung, die den Mitarbeiter durch eine reduzierte Stundenanzahl ganz behutsam wieder an den Arbeitsalltag gewöhnen soll. In diesem Zeitraum müssen die betreuenden Personen darauf achten, die Arbeitsbelastung für den Betroffenen so gering wie möglich zu halten. Insbesondere wenn der Mitarbeiter gerade wegen zu hoher Arbeitsbelastung ein Burn-Out erlitten hatte. In dieser Übergangszeit spielen das betriebliche Klima und der Umgang mit dem Mitarbeiter eine sehr wichtige Rolle. Denn oft herrscht Ratlosigkeit bei Kollegen wie auch bei Führungskräften über den richtigen Umgang mit dem „Rückkehrer“. In der Praxis zeigt sich leider oft, dass bei einer Wiedereingliederung mehr über als mit dem Betroffenen gesprochen wird. Man schaut weg oder versucht die Person anders zu ignorieren. Das erklärt teilweise, warum eine Rückkehr nach langer Krankheit für viele ein Tabuthema ist. Dem Mitarbeiter wird vom Kollegium signalisiert, er sei schwach – zu schwach, um weiterhin mithalten zu können. Um solchen unangenehmen Szenarien im Betrieb gleich einen Riegel vorzuschieben, sollte der Rückkehrer eine Vertrauensperson und einen engen Vertrauenskreis zur offenen Aussprache erhalten. Das erleichtert ihm den Umgang mit den ehemaligen Kollegen und gibt mehr Selbstwertgefühl. Die Vertrauensperson soll-

Sind Betriebe organisatorisch und vor allem „menschlich“ ausreichend auf Wiedereingliederung vorbereitet? Bedingt durch den Altersstrukturwandel werden die Menschen länger arbeiten müssen, das heißt, der Anteil älterer Beschäftigter in Betrieben steigt und mit ihm das Arbeitsunfähigkeitsrisiko. Ältere Arbeitnehmer sind anfälliger für Krankheiten, besonders wenn viele bereits heute an der Grenze ihrer persönlichen Leistungsfähigkeit angelangt sind. Laut DAK-Angaben sind 50 Prozent aller Fehltag auf Stress zurückzuführen – Tendenz steigend. Das

bedeutet für den Arbeitgeber, sich auf den Umgang mit Menschen, die in ihren Job zurückkehren, detailliert auseinanderzusetzen und sich entsprechend vorzubereiten.

„Um die Wiedereingliederung bestmöglich auf die Arbeitssituation des Mitarbeiters abzustimmen, sollte kein starres Konzept verfolgt werden. Ganz im Gegenteil, je nach Krankheit und Aufgabenspektrum des Mitarbeiters sollten individuelle Lösungen zur Wiedereingliederung gesucht werden. Dabei kann im Einzelfall die Arbeitsaufnahme „am Krankenbett“ genauso wirksam sein

te während des stationären Aufenthalts des Mitarbeiters bereits als Kontaktperson zum Unternehmen fungiert haben. Sie ist dafür zuständig, ihn über alles Wissenswerte in der Firma zu unterrichten und auch seine Fragen offen und ehrlich zu beantworten.

Rückkehrer nicht „allein“ lassen

Idealerweise sollte auch sein Vorgesetzter eng in die Vorbereitungen zur Rückkehr einbezogen werden. Es ist seine Aufgabe, die Kollegen oder das Team über die Krankheit, deren Verlauf und mögliche Anzeichen für Rückfälle aufzuklären. Damit kann sichergestellt werden, dass beim Fortsetzen der Tätigkeit besonderes Augenmerk auf bestimmte Verhaltensweisen beim betroffenen Mitarbeiter gelegt werden kann. Bisher offenbart die gängige Unternehmenspraxis im Fall einer Wiedereingliederung



Foto: MEV

allerdings häufig noch ein ganz anderes Bild: Mitarbeiter, die durch kurz- oder langfristige Abwesenheit wieder zurück an den Arbeitsplatz kommen, werden mit ihrer Regeneration und deren „Nebenwirkungen“ allein gelassen. Führungskräfte wie auch Kollegen fragen nach dem Befin-

den, gehen aber noch viel zu wenig auf die betroffene Person in ihrer Situation ein. Betriebliche Vertrauensperson – oft noch verzweifelt gesucht.

*Silvia Hänig
Eichendorffstr. 22
85521 Ottobrunn bei München*

Als eine Spezies, hilft das sogenannte „Hamburger Modell“ den stufenweisen Wiedereinstieg ins Berufsleben zu organisieren.

Hotelbewertungs- und Flugportale

Wer online eine Reise bucht

Traumhaft klingenden Katalogtexten muss man heute nicht mehr blind vertrauen. Die Qualität einer Unterkunft lässt sich mithilfe von Bewertungsportalen im Internet überprüfen. Auch Flugtickets bekommt man im Netz. Aber zwischen den Onlineangeboten rund ums Reisen herrschen große Qualitätsunterschiede.

Nach Angaben des Verbands Internet Reisevertrieb (VIR) planen 31 Millionen Deutsche ihre Ferien am Computer. Bei der Auswahl des Urlaubsorts lassen sich sieben Millionen Menschen von den Informationen inspirieren, die sie in Reisecommunitys finden. Steht das Traumziel fest, stellt sich die Frage: Wie findet man ein Dach über dem Kopf? Antworten geben Hotelbewertungsportale.

Gewusst, wie

Doch nicht jedes Posting ist hilfreich. Nützliche Bewertungen verraten eine Menge Details: War der Service freundlich? Schmeckte das Essen? Wie sauber war das Zimmer? War die Lage angenehm? Dabei sollten Leser darauf achten, wie der Text klingt. Beschreibt ein Autor das Hotel in blumigem Katalogdeutsch, vergibt dabei ausschließlich Topnoten und hat außerdem nur ein Hotel bewertet, steckt wahrscheinlich ein Angestellter des Hauses dahinter. Zwischen den Noten für ein und dasselbe Hotel können Welten liegen. Logisch, denn jeder Urlauber geht mit unterschiedlichen Erwartungen in die Ferien. Für Familien sind beispielsweise die Flirtchancen am Pool eher irrelevant. Reisende Singles hingegen interessieren sich nicht für die Qualität der Kinderbetreuung. Und Menschen, die einfach nur ihre Ruhe wollen, sind von Flirtwilligen und lärmenden Kinderscharen gleichermaßen genervt. Beim Lesen der Bewertungen lautet die Devise daher: selektieren. Hilfreich kann die erweiterte Suche sein. Dort kann man seine Wünsche eingrenzen. Schwierig: Portale, die nur eine Benotung, aber keinen erklärenden Text zulassen. Hier fallen Differenzierungsmöglichkeiten weitgehend flach. Entscheidend, um sich eine Meinung zu bilden, ist natürlich das Datum eines Postings. Ein Hotel, das vor drei Jahren Bestnoten

bekommen hat, kann jetzt eine Absteige sein – und umgekehrt. Aussagekräftig sind also nur aktuelle Bewertungen. Zusätzliche Sicherheit bietet der Vergleich der Kritiken eines Hotels auf verschiedenen Seiten.

Gewusst, wo

Gut beraten sind User auf holidaycheck.de. Bei der Stiftung Warentest schnitt das Portal im Vergleich am besten ab. „Die Hotelliste ist lang. Es gibt viele Bewertungen und manipulierte Texte wurden hier „befriedigend“ herausgefiltert“, so das Urteil. Die Bewertungsabgabe sei gut und bei der Anzahl der Hotels sowie Aktualität, Suchoptionen, Ergebnisdarstellung und Informationsumfang läge das Schweizer Unternehmen „unangefochten an der Spitze“.

Die Seite ciao.de verlässt sich beim Check auf seine große, sehr aktive Community. Hier haben die User ein Auge aufeinander. Vermeintlich gefälschte Texte werden gemeldet und gelöscht. Laut Stiftung Warentest funktioniert dieses System „befriedigend“. Das Portal tripadvisor.de bietet den Testern zufolge zwar Masse, dafür mangelt es bei der Filterung von Fakes an Klasse – sie erhielt nur die Note „ausreichend“. Wegen der ansonsten guten Informationsaufbereitung schafft das Portal es jedoch auf den zweiten Platz im Test.

Besser im Aussortieren gefälschter Bewertungen ist die Seite hotelkritiken.de – im Test die Nummer drei. Das Portal wird nicht von einem Konzern betrieben, sondern von einer Privatperson. Donovan Dunker und seine Mitarbeiter lesen nach eigener Aussage jede abgegebene Bewertung selbst. Der Anteil an gefälschten Kritiken betrage je nach Saison 18 bis 35 Prozent. Dass hotelkritiken.de fälschungssicherer ist, liegt auch daran, dass User bei der Registrierung nicht nur eine E-Mail-Adresse, sondern zusätzlich ihre Postanschrift angeben müssen. Nachteil der Seite: die eingeschränkte Hotelauswahl. Zum Vergleich: hotelkritik.de bietet



Foto: DAK/Schläger

So sieht Urlaub aus. Wer das Hotel online checkt, hat größere Chancen auf relaxte Stunden am Pool.



Einen Blick wert

Für mehr Sicherheit beim Onlineeinkauf hat der TÜV Süd das Gütesiegel „Safer Shopping“ eingeführt. Seiten, die dieses Siegel tragen, sind laut TÜV unbedenklich: www.safer-shopping.de.

13 200 Postings, holidaycheck 269 800. Neben den reinen Hotelbewertungsseiten können User auch auf manchen Buchungsportalen Kritiken abgeben. Voraussetzung ist hier, dass man seinen Urlaub tatsächlich auf der Seite gebucht hat. Hier konnte nur opodo.de die Tester überzeugen. Als „manipulationsanfällig“ hätten sich ab-in-

den-urlaub.de, Booking.com und hotel.de erwiesen. Tipp: Mit Google Maps kann man sich – im wahrsten Sinne des Wortes – schnell ein Bild darüber machen, wo genau die Unterkunft liegt, die man buchen möchte. Gefahr, sich direkt neben dem Flughafen einzuquartieren oder irgendwo in der Pampa statt in Strandnähe, läuft man dadurch nicht mehr. Die Portale holidaycheck.de und tripadvisor.de bieten ihren Usern die Möglichkeit, Fotos und Videos von der Unterkunft einzustellen – so findet man auch heraus, wie es drinnen aussieht. Gute Möglichkeiten, sich das Wunschhotel günstig zu sichern, bieten die Buchungsseiten HRS.de und opodo.de. Beim Buchen billiger Flüge helfen Metasuchmaschinen. Sie durchforsten die Seiten vieler Anbieter und filtern die preiswertesten Angebote heraus. Absolutes Muss beim Ticketkauf: mehrere Suchdienste nutzen und Preise vergleichen. Oft lohnt es sich auch, die attraktivsten Ergebnisse der Metasuche auf der Homepage der Airline zu überprüfen. So profitiert man unter Umständen von Sonderspecials, die es nur für Kunden gibt, die persönlich auf der Seite vorbeischaun.



Die Anbieter im Überblick

- Hotelbewertungsportale
www.holidaycheck.de
www.tripadvisor.de
www.hotelkritiken.de
www.opodo.de
- Hotels buchen
www.hrs.de
www.opodo.de
- Flugbörsen
www.billigflieger.de
www.swoodo.com
www.kayak.com
www.travel-iq.de
www.sky-scanner.de
- Reisecommunitys
www.tripbytip.de
www.geo-reisecommunity.de
- Ferienhäuser
www.fewo-direkt.de,
www.ferienwohnungen.de
www.fewoanzeigen.de

Nicht jede Metasuchmaschine durchforstet gleich viele Anbieterseiten. Das kann sich im Preis niederschlagen. Gute Ergebnisse erzielen die Seiten billigflieger.de, swoodo.com, kayak.com, travel-iq.de und sky-scanner.de. Besonders häufig werden die besten Treffer bei expedia.de, lastminute.de oder ebookers.de entdeckt. Fair: Der Anbieter travel-iq.de weist User auf versteckte Zusatzkosten hin, bevor er sie zur Homepage der Airline weiterleitet. Etwa, dass für Gepäckstücke ein Aufschlag fällig wird oder für das Lastschriftverfahren Gebühren zu zahlen sind. Ein häufiger Kostentreiber sind Voreinstellungen in der Buchungsmaske. Die EU hat den Fluggesellschaften diese Geschäftspraktiken 2008 verboten, doch manche halten sich nicht daran. Oft werden so zum Beispiel Reiserücktrittsversicherungen automatisch mitverkauft. Kunden, die daran kein Interesse haben, müssen den entsprechenden Button in der Buchungsmaske erst manuell deaktivieren. Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) mahnt wegen solcher Geschäftspraktiken regelmäßig Anbieter ab. Er verlangt von den Unternehmen, den Endpreis transparent anzugeben und Steuern und Gebühren nicht an versteckter Stelle draufzuschlagen. Wen der vzbv auf dem Kieker hat, erfährt man hier: www.vzbv.de/mediapics/fluggastrechte_verfahren_vzbv.pdf.

Viele Faktoren tragen dazu bei, dass der Urlaub ein echter Knaller wird. Weitere Tipps:

■ Reisecommunitys

„Mein schönstes Ferienerlebnis“ – spannende und informative Reiseerlebnisberichte bieten tripsbytips.de oder geo-reisecommunity.de. Hier kann man sich Ideen für den nächsten Trip holen und Tipps abstauben – allerdings nicht, was die Bewertung von Serviceleistungen in speziellen Hotels angeht. Das steht hier eher im Hintergrund.

■ Alternativen zum Hotel

Für Selbstversorger bietet es sich an, ein Ferienhaus zu mieten. Reichlich ist das Angebot bei fewo-direkt.de, ferienwohnungen.de und fewoanzeigen.de. Aufgepasst: Bei Vermietung durch Privatleute sollte die Onlineanzeige Lage, Ausstattung, Endpreis inklusive Reinigung, Strom und Mehrwertsteuer enthalten. Am besten sollten auch

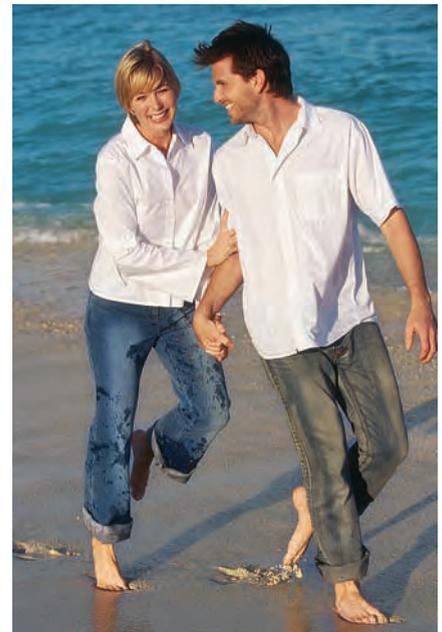


Foto: MEV

„In Strandnähe“ hieß eine halbe Stunde Busfahrt? Das muss nicht sein, oder?

Festnetzanschluss und Adresse der Anbieter angegeben sein. Annonce genau lesen und für den späteren Nachweis abspeichern. Empfehlenswert ist außerdem, schon vor der Anreise einen schriftlichen Mietvertrag – möglichst nach deutschem Recht – abzuschließen. Noch mehr heimelige Alternativen zum Hotelzimmer gibt es auf pension.de.

■ Auswärtiges Amt

Die Internetpräsenz der Behörde listet Sicherheitshinweise zu politischen Unruhen sowie Terror- und allgemeine Reisewarnungen. Außerdem veröffentlicht sie die jeweiligen Einreisebestimmungen, Impf- und Zollvorschriften: www.auswaertiges-amt.de

■ Reisebüros

Die analoge Art, Urlaub zu buchen, muss nicht unbedingt teurer sein. Fragt man explizit nach dem günstigsten Angebot für ein bestimmtes Ziel, sind die Mitarbeiter im Reisebüro verpflichtet, das herauszusuchen. Hakt man nicht nach, können sie auch den Reiseveranstalter heraussuchen, der die großzügigste Vermittlungsprovision zahlt. Vorteil bei der Buchung über ein Reisebüro: Man spart Zeit.

Susanne Theisen
 Freie Journalistin in Köln
SusanneTheisen@gmx.net

Implantologie-Markt

Von Liebhabern, Spezialisten und Profis

Zahnärztliche Implantologie ist ein Wachstumsmarkt. Durch die steigende Anzahl von Mitbewerbern erhöht sich für die Zahnärzte auch der allgemeine Preisdruck. Dies zwingt Praxisinhaber dazu, ihre Praxiskonzepte im Bereich Implantologie den Gegebenheiten wirtschaftlich anzupassen. Was unterscheidet dabei die drei Praxistypen Liebhaber, Spezialist und Profi hinsichtlich ihrer Chancen und Risiken im Markt? Und welche Rolle spielt die Zahl der im Quartal gesetzten Implantate?

Dank gründlicher Medienarbeit und nachweisbarer Behandlungserfolge erfreut sich die zahnärztliche Implantologie zunehmender Beliebtheit in der Bevölkerung. Mittlerweile werden nach Schätzungen der Implantologischen Fachgesellschaften in Deutschland jährlich fast eine Million Implantate gesetzt, Nachfrage steigend. Die wachsende Zahl der implantologisch arbeitenden Zahnarztpraxen versetzt Patienten in die komfortable Situation, unter vielen Angeboten auswählen zu können. Da jedoch nur wenige Patienten die zahn-

medizinische Qualität einer Versorgung beurteilen können, orientieren sich dabei die meisten am Preis. Doch wäre es zu kurz gedacht, würde man unterstellen, dass heute ein niedriger Preis gleichbedeutend mit einer schlechten Leistung ist. Das kann sein, muss aber nicht.

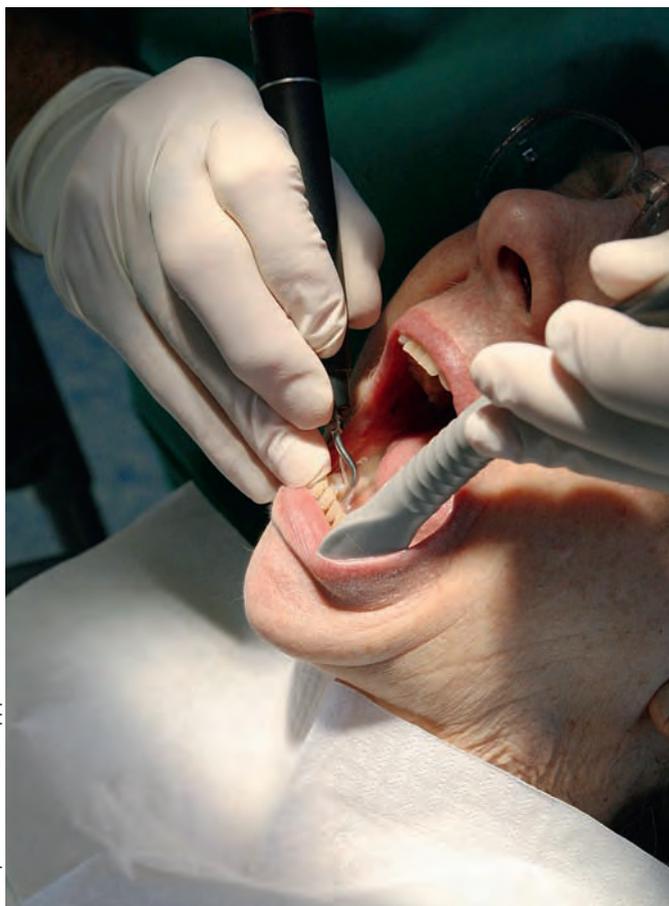
Mengenwachstum in einem Markt führt zu stärkerer Differenzierung. Es bilden sich verschiedene Marktsegmente mit jeweils eigenen Erfolgskriterien heraus. Beispiel: Eine Zahnarztpraxis, die sich auf sogenannte Standard-Indikationen in der Implantologie

spezialisiert, gewinnt durch Optimierung von Arbeitsabläufen Routine, zusätzliche Behandlungszeit und -qualität und steigert außerdem die Produktivität. Mehr Patienten werden behandelt, der Einkauf von Implantatsystemen wird günstiger, die Praxiskosten sinken. Praxen dagegen, die chirurgische Implantologie seit Jahren ohne eine ausdrückliche Fokussierung, aber bislang mit Erfolg betrieben haben, geraten durch die gegenwärtige Marktentwicklung unter Druck. Sie verfügen weder über die Mengen noch über die Kostenstrukturen, um ihre Leistung für ein geringeres Honorar anbieten zu können und stehen vor neuen wirtschaftlichen Herausforderungen. Leider ist es so, dass viele betroffene Zahnarztpraxen den Implantologiebereich ihrer Praxis nicht als separates Behandlungsfeld wirtschaftlich abgrenzen und damit dessen Entwicklung nachvollziehen können. Es fehlt an geeigneten Auswertungen, die eine Beurteilung des qualitativen und quantitativen Beitrags der Implantologie zum Gesamtergebnis der Praxis ermöglichen und die Voraussetzung für eine betriebswirtschaftliche Steuerung und Optimierung der Praxis sind (Abbildung 1). Hier herrscht nach wie vor großer Nachholbedarf.

Erfolgskennwert

Die aktuelle Marktentwicklung fordert sowohl von Praxisgründern als auch von erfahrenen Implantologen eine konzeptionelle Auseinandersetzung mit diesem Behandlungsfeld. Ein tragfähiges Konzept entsteht, wenn die Vorzüge einer Praxisform, das Potenzial der Patienten vor Ort und das zahnmedizinische Leistungsprofil der Praxis optimal miteinander verbunden werden können und der Plan praktikabel und finanzierbar ist. Der wirtschaftliche Erfolg hängt dann davon ab, wie konsequent ein Konzept in der Praxis umgesetzt wird.

Alles beginnt mit einer fundierten Aus- und Fortbildung bei einer der implantologischen Fachgesellschaften. Die kostet nicht nur



Zwar erfreut sich die Implantologie wachsender Beliebtheit, doch ist sie nicht jedermanns Sache – dies gilt wohl für Patienten wie behandelnde Zahnärzte gleichermaßen.

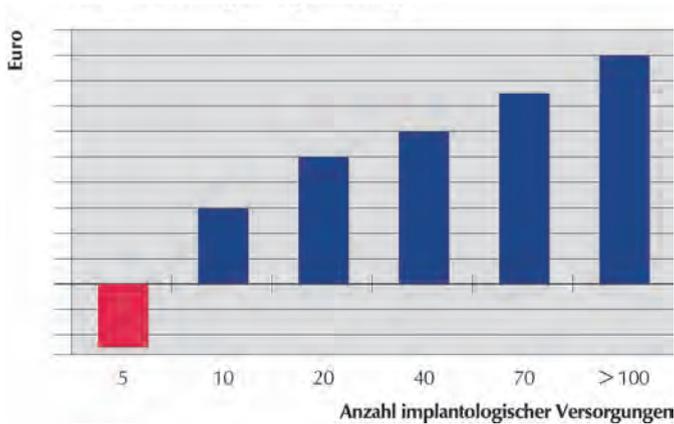


Abbildung 1: Einfluss der Anzahl der gesetzten Implantate auf das Ergebnis einer Praxis

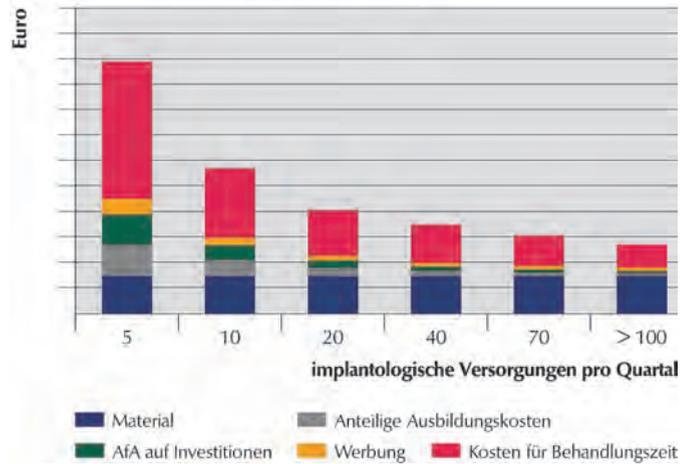


Abbildung 2: Zusammensetzung der Kosten pro Implantat je nach Menge der gesetzten Implantate

Geld, sondern auch Arbeits- und Freizeit. Hinzu kommen Anschaffungskosten für spezielle Instrumente, ein gewisser Marketingaufwand, die Umstellung der Arbeitsabläufe in der Praxis sowie interner Schulungsaufwand. Größere Praxen investieren darüber hinaus in teure, innovative Technik, wie zum Beispiel in die digitale Volumentomografie oder die navigierte Chirurgie. Die variablen Kosten pro Behandlung, die Rede ist von Implantatsystemen und Verbrauchsmaterial, verhalten sich in der Regel weitgehend stabil. Legt man nun alle diese Kosten auf die Gesamtzahl der durchgeführten Versorgungen um, erhält man die Kosten pro Versorgung. Mit zunehmender Zahl der Versorgungen, fallen demnach die Kosten pro Versorgung (Abbildung 2).

Optimierungspotenzial

Zahnärztliche Arbeitszeit ist wertvolles Kapital. Je gezielter und konzentrierter sie eingesetzt wird, desto besser für die Praxis. Dies gilt auch und vor allem für die Behandlungszeit, die für die einzelne implantologische Versorgung aufgewendet wird. In ihr steckt großes Optimierungspotenzial: So sinkt beispielsweise mit zunehmender Routine des Implantologen und des Praxisteam die Behandlungs-

zeit pro Versorgung deutlich (Abbildung 3). Die durch Routine eingesparte Zeit lässt sich für andere Behandlungen nutzen. Gleichzeitig – und das ist ein besonders positiver Effekt – steigt mit zunehmender Routine die Behandlungserfolgsquote an. Zusätzliche Implantat- oder andere Behandlungen führen bei gleichen Kosten zur Erhöhung der Einnahmen. Von der Zunahme an Behandlungen profitieren in der Folge auch andere Behandlungsbereiche. So verzeich-

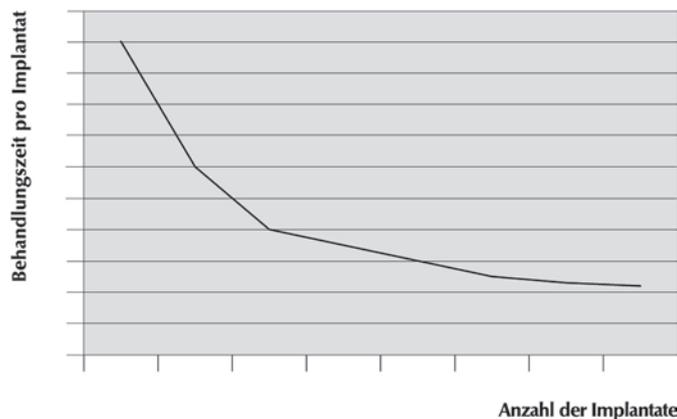


Abbildung 3: Verhältnis von Behandlungszeit pro Implantat und Anzahl der gesetzten Implantate

net beispielsweise die Professionelle Zahnreinigung mehr Zulauf durch eine gestiegene Zahl der Implantatbehandlungen – ein systematisches Recall-System vorausgesetzt. Optimierungspotenzial steckt selbstverständlich auch in den sogenannten weichen Erfolgsfaktoren, die nicht Gegenstand der vorliegenden Analyse sind. Je nachdem ver-

stärkt die Qualität des Services, der Terminorganisation, des Beschwerdemanagements und der Beratung die wirtschaftliche Entwicklung einer Praxis oder schwächt sie ab.

Klassifizierungen der Implantologen

Im Wesentlichen entscheidet die Zahl der im Quartal gesetzten Implantate über die Wirtschaftlichkeit des Bereichs. Wie groß die Effekte im Einzelfall ausfallen, hängt davon ab, wie eine Praxis strukturiert ist und ob und wie sie ihr Optimierungspotenzial zu nutzen vermag. Entsprechend des wirtschaftlichen Kennwerts lassen sich nach brancheninternen Untersuchungen von Experten drei verschiedene Praxistypen unterscheiden: Liebhaber (< 10 Implantate pro Quartal), Spezialisten (10 bis 50 Implantate pro Quartal), Profis (> 50 Implantate im Quartal) (Abbildung 4).

■ Liebhaber

Bei Zahnärzten, die weniger als zehn Implantate im Quartal setzen, fallen die Einnahmen aus diesem Bereich gering aus (Abbildung 5). Die Kosten für Ausbildung, Marketing und andere Investitionen verteilen sich hier auf wenige Behandlungen und sind dementsprechend hoch. Nimmt die

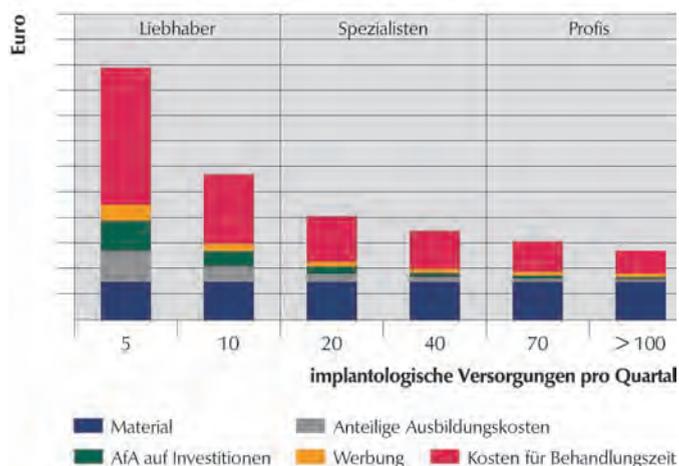


Abbildung 4: Verteilung der Kosten nach Praxistyp geordnet

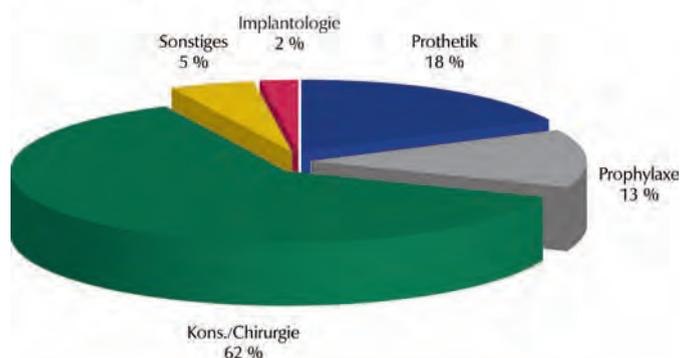


Abbildung 5: Zusammensetzung des Honorars bei „Liebhabern“

Zahl der Versorgungsleistungen nicht zu, bleibt der Ergebnisbeitrag des Behandlungsbereichs Implantologie unter dem Durchschnitt anderer Behandlungen und verschlechtert das Gesamtergebnis der Praxis (Abbildung 6).

Nur eine Praxis, die – aus welchen Gründen auch immer – auf die Wirtschaftlichkeit dieses Bereichs nicht angewiesen ist, wird es sich künftig leisten können, Implantologie als Liebhaberei zu betreiben. Vor dem Hintergrund der aktuellen Marktentwicklung kommt die Mehrheit der Praxisinhaber nicht daran vorbei zu prüfen, ob die implantologische Chirurgie das Ergebnis ihrer Praxis verschlechtert. Ist dies der Fall, so könnte künftig eine Beschränkung auf Suprakonstruktionen wirtschaftlich und zahnmedizinisch sinnvoll sein. Im Markt entwickeln sich zurzeit Partnermodelle zwischen komplementär spezialisierten Zahnärzten. Allerdings scheitern viele am Wettbewerb um Patienten und konkurrieren damit den eigentlichen Sinn und Zweck der Zusammenarbeit. Die klassische Zusammenarbeit mit einem Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen oder einem Oralchirurgen ist und bleibt hier wohl das tragfähigere Modell. Ein entsprechendes Patientenpotenzial vorausgesetzt, bietet sich Wachstum als alternative Strategie an. Durch eine Erhöhung der Zahl der

implantologischen Versorgungsleistungen kann die Wirtschaftlichkeit dieses Bereichs deutlich verbessert werden.

■ Spezialist

Die Gruppe der chirurgisch implantierenden Praxen, die zwischen zehn und 50 Implantate im Quartal setzen, hat die Implantologie zu einem wirklichen Behandlungsschwerpunkt etabliert (Abbildung 7). Da Implantate heute meistens mit funktional und ästhetisch hochwertiger Prothetik versorgt werden, wird dieser Schwerpunkt

auf Dauer zahnmedizinisch gerecht werden zu können, investieren Spezialisten-Praxen meist auch in eine hochwertige Aus- und Fortbildung sowie in Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Viele zeichnen sich durch Experimentier- und Innovationsfreudigkeit aus. Manche konzentrieren sich auf die Behandlung spezieller Indikationen und/oder differenzieren sich im Bereich der chirurgischen Planung und der navigierten Chirurgie. Für die Spezialisten stellt die Einbindung der mit hohen Investitionskosten verbundenen digitalen Volumetomographie in die Praxis heute eine besondere Herausforderung dar. Ein Vergleich der Ergebnisbeiträge implantologischer Chirurgie mit anderen Behandlungsfeldern zeigt bei den Spezialisten in aller Regel Ergebnisbeiträge, die den Durchschnitt der anderen Behandlungsschwerpunkte klar übersteigen (Abbildung 8).

Durch die besonderen Anforderungen an die Pflege von Implantaten lassen sich – wie bereits im Absatz über die Behandlungsergebnisse erwähnt – Implantatpatienten über die Professionelle Zahnreinigung leichter und in der Folge enger an die Praxis binden.

Die Herausforderungen der Zukunft für diesen Praxistyp bestehen darin, die Wirtschaftlichkeit der Implantologie bei steigendem

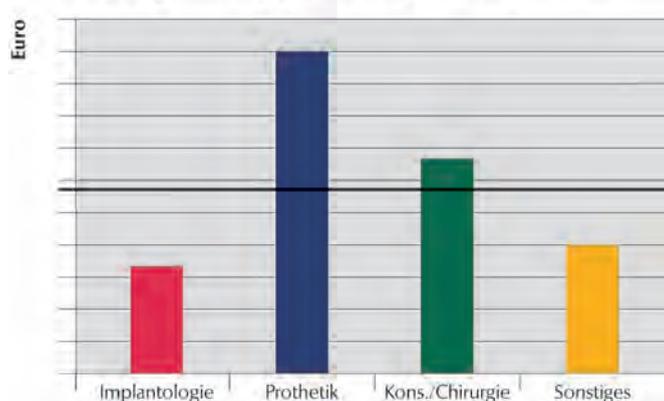


Abbildung 6: Ergebnisbeiträge pro Behandlungsstunde bei „Liebhabern“

in vielen Praxen durch hochwertige Prothetik ergänzt. Die starke Fokussierung auf Implantologie und hochwertige Prothetik kombiniert mit gutem Service zieht einkommensstarke und qualitätsbewusste Patienten an und bindet sie an die Praxis. Um den Erwartungen dieser Patienten auch

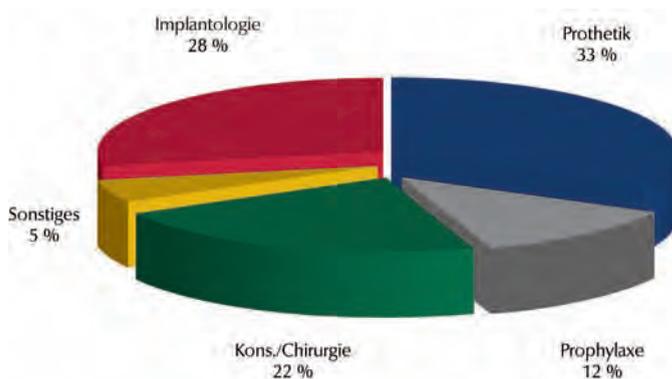


Abbildung 7: Zusammensetzung des Honorars bei „Spezialisten“

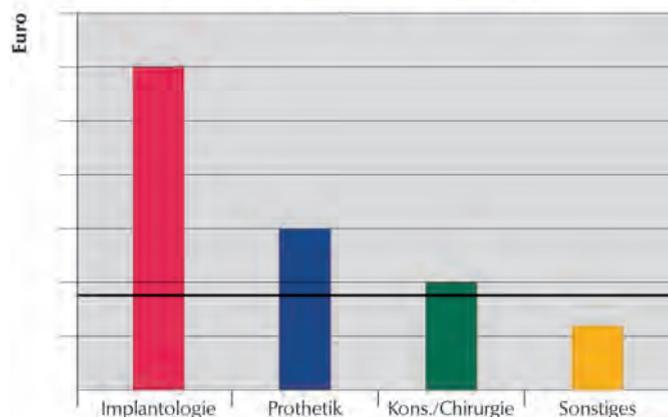


Abbildung 8: Ergebnisbeiträge pro Behandlungsstunde bei „Spezialisten“

Preisdruck zu sichern. So können progressive Konzepte zum Umgang mit der Periimplantitis oder die wirtschaftlich tragfähige Einbindung von DVT die Leistungsfähigkeit der Praxis steigern. Eine Optimierung der

Behandlungszeiten sorgt auf der anderen Seite für mehr Mengenwachstum, das zur Verbesserung der Einnahmen bei gleichbleibenden Kosten führt und so den Preisdruck abfedern kann.

■ Profi

Von den sogenannten Profis, die mehr als 50 Implantate pro Quartal setzen, gibt es noch nicht viele. Dennoch wächst diese Gruppe stark. Profi-Praxen zeichnen sich dadurch

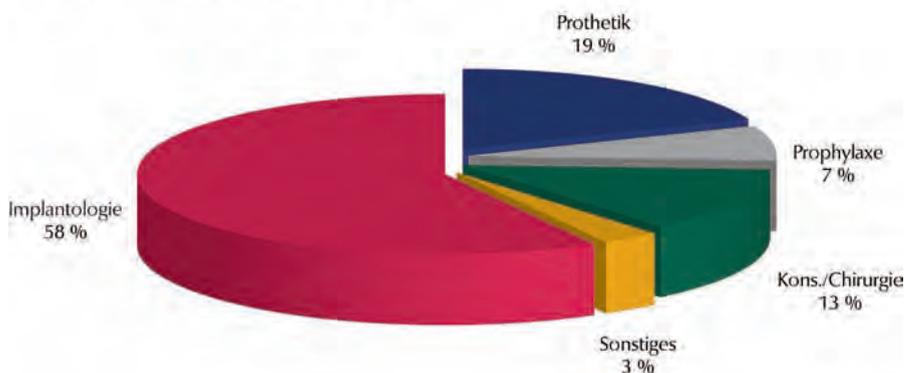


Abbildung 9: Zusammensetzung des Honorars bei „Profis“

aus, dass sie gleichzeitig an vielen Stellen optimieren und versuchen, Prozesse transparent und schlank zu halten. An Bedeutung gewinnen hier industriell hergestellte Suprakonstruktionen. Durch den hohen Patientendurchsatz bleibt in diesen Praxen oft keine Zeit für aufwändige handwerkliche Leistung. Und es dürfte nur eine Frage der Zeit sein, bis System- und Komponentenslieferanten, unter Umgehung des zahntechnischen Labors, fertigen Zahnersatz (das heißt: Implantat, individualisierten Aufbau und Gerüst mit Verblendung) direkt an den Zahnarzt liefern werden.

Die Implantologie stellt in diesen häufig sehr großen Praxen einen dominierenden Behandlungsschwerpunkt dar (Abbildung 9). Zurzeit arbeiten sie in aller Regel hoch profitabel, weisen aber auch eine starke wirtschaftliche Abhängigkeit von diesem Behandlungsfeld auf. Die große Routine schlägt sich meist in niedrigen Kosten pro implantologischer Versorgung nieder und

öffnet bei zunehmendem Wettbewerb einen großen Preisspielraum. Durch niedrige Preise für implantologische Behandlungen generieren Profi-Praxen zum Teil auch ihren hohen Patientendurchsatz.

Technisch sind sie den kleineren Praxen oft weit voraus. Durch die vielen Versorgungen kann neue, aber auch teure Technik, wie ein DVT, wirtschaftlich sinnvoll ausgelastet werden. Viele dieser Praxen suchen auch Wachstum durch Eröffnungen an weiteren Standorten. Dies erfordert einerseits eine straffe Überwachung der Wirtschaftlichkeit einzelner behandelnder Zahnärzte, der Standorte und der in solchen Praxen starken Tendenz zur zunehmenden Verwaltung.

Ausblick

In Deutschland werden jährlich zwischen 17 und 19 Millionen Zähne extrahiert. Allein über die gesetzlichen Krankenkassen wurden in Deutschland im Jahr 2007 laut

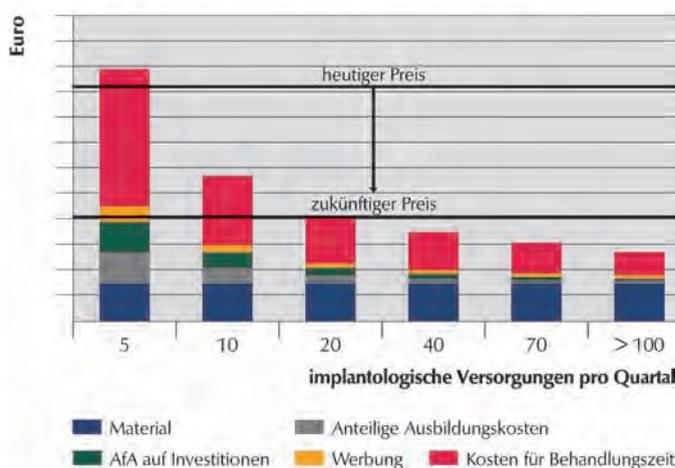
Jahrbuch der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung 13,2 Millionen Extraktionen abgerechnet. Schätzungen gehen davon aus, dass bei mehr als 10 Millionen Extraktionen Implantate sinnvoll sein könnten. Mit einer Million gesetzter Implantate sind damit gerade einmal zehn Prozent des Marktvolumens ausgeschöpft. Das Haupthemmnis für die Implantologie wird immer noch in den damit verbundenen Kosten gesehen. Implantate sind heute in aller Regel teurer als beispielsweise eine dreigliedrige Brücke.

Nichtsdestotrotz steigt mit zunehmender Verbreitung der Implantologie der Wettbewerbsdruck. Bereits heute werden implantologische Versorgungen inklusive Suprakonstruktion im benachbarten Ausland und vereinzelt auch in Deutschland unter 1 000 Euro angeboten. In erster Reihe stehen hier vor allem implantologische Zentren (Profi-Praxen), die Implantate mit niedrigpreisigen und ästhetisch wenig nachbearbeiteten Suprakonstruktionen von Fräszentren anbieten. Routinierte, gut strukturiert arbeitende Implantologen (Spezialisten-Praxen) können auch bei diesem Preisniveau Gewinne im Behandlungsbereich Implantologie erzielen.

Noch trägt der Wettbewerb dazu bei, gute zahnmedizinische Leistung preisgünstiger und für mehr Patienten erschwinglich zu machen. Diese Entwicklung wird aber über kurz oder lang zu einer starken Polarisierung des Marktes führen. Ein kleiner hochpreisiger und ein großer preiswerter Massenmarkt werden entstehen. Verlierer werden die Liebhaber-Praxen (< 10 Implantate pro Quartal) sein, bei denen sich unter diesen Umständen weder die Kosten für die Ausbildung noch die notwendigen Investitionen amortisieren (Abbildung 10). Dann heißt es nur noch: Spezialist oder Profi.

Prof. Dr. Johannes G. Bischoff
Steuerberater und vereid. Buchprüfer
Theodor-Heuss-Ring 26
50668 Köln
info@bischoffundpartner.de

Abbildung 10: Kosten pro Versorgung im Verhältnis zum Preis – heute und zukünftig.



Erträge bei Lebensversicherungen

Auf Talfahrt

Zwei Drittel der abgeschlossenen Kapitallebensversicherungen erreichen nicht das Ende der vereinbarten Laufzeit. Gründe dafür gibt es viele. Einer davon liegt wohl in den sinkenden Renditen. Die Versicherten möchten ihr Geld in attraktivere Anlagen investieren. Manche fürchten sich auch vor Verlusten – eine verständliche Reaktion.



Foto: MEV

Nach wie vor zählen Lebensversicherungen zu den Klassikern der Risikovorsorge.

Maximale Sicherheit und hohe Renditen – Profis der Geldanlage wissen, dass diese beiden Kriterien einander ausschließen, auch wenn Berater so manchem Kunden glauben machen wollen, dass es doch geht mit Zertifikaten und anderen verworrenen Konstruktionen. Auch die Lebensversicherer mussten sich diesen Grundsatz zu Herzen nehmen, nachdem sie die Beiträge ihrer Versicherten aufs Spiel setzten und am Neuen Markt spekulierten. Die Mannheimer Versicherung erlebte 2002 ihr Desaster und deren Kunden bangten um ihre Ersparnisse. Die Branche zog die Konsequenzen. Sie gründete die Sicherungseinrichtung Protektor, die ähnlich der Einlagensicherung deutscher Banken, in Schwierigkeiten geratene Unternehmen auffängt – so auch die Mannheimer.

Seitdem musste kein Unternehmen mehr den Schutz der Einrichtung in Anspruch

nehmen. Die Besitzer der rund 90 Millionen Verträge (inklusive Pensionskassen und -fonds) dürfen sich sicher fühlen – mit einem großen „Aber“. Die Renditen für Kapitallebensversicherungen sinken stetig. Das ergab zuletzt eine Untersuchung der Ratingagentur Assekurata in Köln. Verzinsten sich die Sparguthaben der Versicherten in 2002 noch mit satten 6,13 Prozent, müssen sich die Kunden in diesem Jahr mit knapp 4,2 Prozent zufrieden geben – Tendenz fallend. Doch viele Versicherte werden sich in diesen Zeiten an die Versprechungen ihres Beraters erinnern, als er ihnen die Vorteile einer Kapitallebensversicherung anpries. Da war vom Garantiezins die Rede, den der Kunde auf jeden Fall bekommt, egal wie schlecht die Zinslage sein wird. Nun liegt dieser Zins für aktuell abgeschlossene Verträge nur noch bei 2,25 Prozent.

Altverträge mit höheren Zinsen

Freuen dürfen sich die Anleger, die einen Altvertrag aus den Jahren 1994 bis 2000 in der Schublade haben. Sie kassieren satte vier Prozent. Bislang fielen die Unterschiede beim Garantiezins kaum auf. Denn die Gutschriften setzen sich aus der Verzinsung und der freiwillig gezahlten Überschussbeteiligung zusammen. In den vergangenen Jahren ergaben sich daraus Renditen in der oben erwähnten Höhe von im Durchschnitt 4,2 bis 4,5 Prozent. Manche Gesellschaften rechneten, um die Zahlen für die Werbung zu schönen, noch eine Schlussverzinsung hinzu, die aber nicht immer gezahlt wird. Insgesamt aber lagen die Renditen also immer über dem Garantiezins und alles war in Ordnung. Dass sich in Zukunft daran nichts ändern wird, dürfte ein frommer Wunsch sein. Die sinkenden Erträge haben inzwischen die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) in Bonn alarmiert. Jochen Sanio, Chef der Aufsichtsbehörde dazu: „Diese Entwicklung wird sich fortsetzen. Wir erwarten weitere Senkungen auch in diesem Jahr.“

Die Gründe für die schlechten Ergebnisse liegen vor allem im anhaltend niedrigen Zinsniveau. Das wirkt sich bei den Versicherungen umso stärker aus, weil sie den größten Teil der Einlagen ihrer Kunden in festverzinsliche und sichere Wertpapiere investiert haben und die werfen naturgemäß nur niedrige Renditen ab. Hätten sie die mögliche Aktienquote von 35 Prozent im vergangenen Jahr ausgenutzt, könnte die Branche jetzt bessere Zahlen präsentieren. Doch die bitteren Erfahrungen aus der Vergangenheit mahnen zur Vorsicht. Deshalb sind zurzeit nur rund fünf Prozent des Kapitals in Aktien investiert. Aber auch steigende Zinsen können der Branche zum Problem werden. Ihre langfristige Anlagepolitik verhindert ein schnelles Umschichten in höher verzinsten Papieren. Sie könnten dann im Wettbewerb mit den Banken nicht mithalten und mehr Kunden würden abwandern. Angesichts der mittelfristigen Zinsprognosen sah die BaFin Kontrollbedarf. Bislang wurden die Zinszusagen immer noch mit

einem Zuschuss aus den Rückstellungen befriedigt. Wie lange das noch möglich sein wird, steht in den Sternen. Im letzten Herbst schickte die BaFin deshalb ein Rundschreiben an alle Assekuranzunternehmen mit der Bitte um Prognoserechnungen bis 2018. Zwei der drei Vorgaben waren bewusst pessimistisch. Das Ergebnis präsentierte Sanio Anfang Januar: „Jetzt wissen wir, dass sich die Risikotragfähigkeit der Unternehmen – wie nicht anders zu erwarten – bis 2018 merklich verschlechtern wird; dennoch würde die Branche auch eine lange Niedrigzinsphase überstehen.“ Seiner Meinung nach ist kein Unternehmen unmittelbar gefährdet: „Kurzum: Niedrige Zinsen bedeuten nicht das Aus für die konventionelle Lebensversicherung.“

Aber was bedeutet dies für den Sparer? Er hat einen Vertrag abgeschlossen, der ihn für mehr als zwölf, häufig auch für 20 Jahre und mehr bindet. Beim Abschluss hat er den Versprechungen des Beraters geglaubt, der ihm hohe Renditen versprochen hat. Nun muss er befürchten, dass es sogar für den Garantiezins knapp wird.



Foto: MEV

Der Abschluss einer Kapitallebensversicherung ist gut zu überlegen – zwei Drittel der Verträge erreichen nicht das Ende der vereinbarten Laufzeit.

Die wenigsten Versicherten dürften wissen, welche Ansprüche sie aus dem Garantiezins herleiten können. Bislang brauchten sie sich darüber keine Gedanken zu machen. Die erzielten Renditen lagen immer über dem Mindestzins. Tatsache ist, dass sich die Unternehmen zur Zahlung des Garantiezins

verpflichtet haben. Können sie – wie zurzeit manche von ihnen – den Mindestzins nicht erwirtschaften, stehen nicht zugeordnete Überschüsse zur Verfügung. Reichen auch die nicht mehr aus, müssen Aktionäre zugunsten der Versicherten auf ihre Dividenden verzichten. Dieses Kapital fließt dann in den Garantiezins. Das gilt zumindest für Aktiengesellschaften. Viele Versicherer jedoch sind in einer anderen Gesellschaftsform organisiert, der VVaG – dem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit.

Geltungsbereich des Garantiezinses

Dazu gehören beispielsweise die Debeka, die Ideal oder die DEVK. Sie zahlen keine Dividenden. Reichen hier die Erträge nicht mehr für die Bedienung des Garantiezinses, springt die Sicherungseinrichtung Protektor ein. Sie ist auch für AGs zuständig, die nicht mehr zahlen können.

Kommt es jedoch zum Supergau und zeigt sich auch Protektor überfordert, bleibt den Unternehmen noch ein Hintertürchen. So steht es auf der Website von Protektor: „Sofern die finanziellen Mittel des Sicherungsfonds nicht ausreichen, einen übertragenen Versicherungsbestand zu sanieren, setzt die Aufsichtsbehörde die vertraglich garantierten Leistungen aus den übernommenen Verträgen um maximal fünf Prozent herab.“ Pech für die Betroffenen. Nun müssen die Versicherten, die einen Vier-Prozenter besitzen nicht als erste bangen. Um die Ansprüche aus den Verträgen zu befriedigen, muss die Assekuranzbranche einen durchschnittlichen Jahreszins von 3,4 Prozent sicherstellen. Das bedeutet, die Versicherten, die nur Anspruch auf den aktuellen Satz von 2,25 Prozent haben, subventionieren die Altverträge. Derzeit beträgt deren Anteil noch knapp 30 Prozent. Die Hochprozentler aber erledigen sich im Laufe der Zeit von allein. Sie laufen einfach aus, viele Verträge werden gekündigt, weil die Kunden die Beiträge nicht mehr zahlen können oder weil sie dachten, mit anderen Investments höhere Renditen zu erwirtschaften. Insgesamt erreicht nur ein Drittel aller Verträge das Ende der vereinbarten Laufzeit.

Lebensversicherung zuerst klassische Risikovorsorge

Was viele Versicherte beim Abschluss einer Lebensversicherung nicht bedenken, ist die Tatsache, dass die Renditen und damit auch der Garantiezins nur auf den Sparanteil ihres Beitrags gezahlt werden. Das heißt, vom eingezahlten Beitrag gehen die Kosten – wie Provisionen und Verwaltungskosten – ab sowie die Aufwendungen für die Risikoabsicherung. Übrig bleibt nur ein relativ kleiner Teil. Niels Nauhauser, Finanzexperte bei der Verbraucherzentrale Baden-Württemberg in Stuttgart, rechnet vor. „Von 100 Euro Versicherungsbeitrag bleiben so oft nur 80 bis 85 Euro übrig, auf die der Garantiezins kommt.“ Die Assekurata bestätigt, dass im Marktdurchschnitt bei einer Kapitallebensversicherung mit 30 Jahren Laufzeit für einen 30-jährigen Mann nur rund 80 Prozent der Prämie für den Sparprozess zur Verfügung stehen. Die garantierte Beitragsrendite liegt demnach bei etwa 1,3 Prozent. Diese Kennzahl sollte bei der Entscheidung für oder gegen den Abschluss einer Lebensversicherung eine große Rolle spielen. Der Anleger sollte sich genau überlegen, ob er sich mit diesen mageren Erträgen zufrieden geben will. Denn auf längere Sicht wäre bei einer steigenden Inflationsrate allein mit

hinkt ein direkter Vergleich mit anderen Anlageprodukten. Doch dank der staatlichen Förderung und der Produktvariationen gilt die Lebensversicherung in erster Linie der Altersvorsorge. Vor allem die Varianten, die mit mehr Garantien ausgestattet sind, erfreuen sich steigender Beliebtheit. Anleger sollten sich aber vergewissern, ob diese Garantien während der gesamten Laufzeit greifen oder erst am Ende. Der derzeitige Garantiezins in Höhe von 2,25 Prozent scheint jedenfalls nicht gefährdet. Die Deutsche Aktuarvereinigung (DAV) empfiehlt dem Bundesfinanzminister, den Garantiezins für Verträge ab 2011 trotz der anhaltenden Niedrigzinsphase unverändert zu lassen. Neben den niedrigen Zinsen macht Lars Gatschke, Versicherungsexperte beim Verbraucherzentrale Bundesverband in Berlin noch einen anderen Grund für die sinkenden Renditen bei Lebensversicherungen verantwortlich: „Es wirken sich auch die

Die Gesamtverzinsung in der Lebensversicherung

Die Erträge aus einer Kapitallebensversicherung setzen sich aus drei Bausteinen zusammen: dem Garantiezins, dem Anteil des laufenden Überschusses und dem Anteil des Schlussüberschusses. Die Assekurata untersuchte die Entwicklung der Ergebnisse von 65 Unternehmen.

Anteil an der Gesamtverzinsung in %	2003	2005	2008	2010
Garantiezins	11,09	13,11	13,61	13,60
Laufender Überschuss	29,20	31,35	42,05	39,90
Schlussüberschuss	59,71	55,54	44,34	46,50

Quelle: Assekurata

sondern als Rente ausgezahlt wird. Es ist also mehr Kapital gebunden, das nicht für Zinszahlungen zur Verfügung steht.

Effizienzprinzip: Gut Ding will Weile haben

Wer eine klassische Kapitallebensversicherung abgeschlossen hat, sollte auch dabei bleiben. Ein Ausstieg zum jetzigen Zeitpunkt brächte viele Nachteile. Zum einen gibt es zurzeit so gut wie keine lukrativen Alternativen für eine Geldanlage. Zum anderen kommt außer einer Kündigung, die eher zu Verlusten führt, kaum ein Ausstieg in Frage. Der Verkauf der Police macht zurzeit keinen Sinn, weil der Zweitmarkt, auf dem Verträge normalerweise gehandelt werden, derzeit kaum Chancen bietet. Wer sich fürs Durchhalten entscheidet, wird am Ende belohnt: So liegen die maximal erreichten Renditen für einen Vertrag, den ein 30-jähriger Nichtraucher abgeschlossen hat, bei zwölfjähriger Laufzeit bei 5,35 Prozent, nach 20 Jahren bei 6,43 Prozent und nach 30 Jahren bei 6,56 Prozent. Verbraucherschützer Gatschke empfiehlt den Abschluss einer Lebensversicherung deshalb unter Vorbehalt: „Ob eine Lebensversicherung sinnvoll ist, hängt von den individuellen Gegebenheiten beim Verbraucher ab. Das Produkt ist auf einen langen Zeitraum ausgelegt. Die Schwankungen bei den Erträgen werden über die Jahre geglättet.“

Marlene Endrueit
m.endrueit@netcologne.de



Parole Durchhalten:
Konventionelle
Lebensversicherungen
rechnen sich nur über
einen längeren Zeit-
raum.

Foto: MEV

der garantierten Verzinsung der Erhalt des Kapitals nicht gesichert. Vergessen sollte der Sparer bei seinen Überlegungen auch nicht, dass eine Lebensversicherung vom Konzept her in erster Linie dazu dient, Risiken abzusichern und erst an zweiter Stelle als Geldanlage dient. Deshalb

veränderten Sterbetafeln aus, die dank der längeren Lebensdauer der Versicherten geändert worden sind.“ Die Unternehmen kalkulieren mit längeren Zahlungen bei den Rentenversicherungen, die ja vom Prinzip her den Lebensversicherungen ähnlich sind, nur dass das Kapital nicht in einer Summe,

Schiffsbeteiligungen

Tanker mit Schlagseite



Wie seinerzeit die „Titanic“ geriet durch die Finanzkrise so mancher Schiffsfonds in Schieflage und ging schließlich auch unter.

Foto: picture alliance / dpa

Expandierender Welthandel und günstige steuerlicher Rahmenbedingungen hatten Schiffsbeteiligungen im letzten Jahrzehnt zu einer attraktiven Anlage gemacht. Als Folge der Finanz- und Wirtschaftskrise beeinträchtigt allerdings ein dramatischer Verfall der Frachtraten und der Kaufpreise vor allem für Containerschiffe die Performance zahlreicher Schiffsfonds.

Rund ein Drittel der weltweiten Containerschiffsflotte wurde nach Angaben des Verbands für Geschlossene Fonds von mehr als 1 000 deutschen Fonds finanziert, in die über 275 000 zum überwiegenden Teil deutsche Anleger investiert haben. Das Fondsvolumen betrug mindestens 49 Milliarden Euro bei einem eingeworbenen Eigenkapital von rund 19,5 Milliarden Euro. Nach dem Einbruch im Herbst 2008 ist das geplante Platzierungsvolumen 2009 nochmals um 52 Prozent auf 469 Millionen Euro zurückgegangen. Nach Einschätzung der HSH Nordbank befinden sich die drei großen Marktsegmente Container, Bulker und Tanker bis weit ins laufende Jahr hinein und möglicherweise auch 2011 in einer Abschwungphase. Die Verluste der Linienreeder in 2009 werden von Experten auf etwa 14 bis 17,5 Milliarden Euro geschätzt. Weltweit gibt es derzeit mit rund 4 500 Containerschiffen ein erhebliches Überangebot, nach Fertigstellung der in Bau befindlichen werden es mehr als 5 000 sein.

Steuerliche Anreize und üppige Provisionen

Jahrelang haben Schiffsfonds nicht nur von der starken Zunahme des Welthandels profitiert – auch steuerlich waren Schiffsbeteiligungen interessant. Ab 1999 konnten Schiffsfonds zugunsten der Tonnagebesteuerung optieren, einer günstigen pauschalen Gewinnermittlung, die sich an der Nettoraumzahl orientiert, also an der Tonnage des jeweiligen Schiffes. Allerdings werden Anleger bei Schiffsfonds mit erheblich höheren Weichkosten als bei vergleichbaren geschlossenen Fonds belastet. Nach der deutschen Ratingagentur Scope betragen die durchschnittlichen Weichkosten bei Schiffsfonds auf das Anlegerkapital inklusive Agio 22,1 Prozent. Bei inländischen

Immobilienfonds betragen sie 18,3 Prozent, bei ausländischen 15,6 Prozent. Teil der Weichkosten sind auch die sogenannten Kick-Back-Zahlungen, die als Rückvergütung für die Vermittlung von Fondsbeteiligungen gezahlt werden. Die drei Faktoren starkes Wachstum im Schiffsverkehr, steuerliche Vorteile und hohe Vermittlungsprovisionen haben vor dem Hintergrund einer weltweit expandierenden Liquidität durch „billiges Geld“ zur derzeitigen weltweiten Überversorgung mit Frachtern geführt.



Rechtsschutzversicherungen können Anlegern Schutz bieten, allerdings nur dann, wenn sie bereits bei Schadenseintritt bestanden haben, also bei Zeichnung der Schiffsbeteiligung oder vorher mit dreimonatiger Wartezeit.

Fonds in Schieflage – Folgen für Anleger

Die Schätzungen, wie viele Schiffe und Fonds sich derzeit in wirtschaftlicher Schieflage befinden, sind je nach Quelle unterschiedlich: Experten gehen davon aus, dass rund 100 Gesellschaften keine Tilgungen mehr leisten. Bei nahezu allen großen Fondsanbietern befinden sich Teile der Flotte in wirtschaftlichen Problemen. Man spricht von 250 der mehr als 1 000 Schiffsfonds. Aktuell sind dreizehn Fonds bereits insolvent. Eine deutliche Besserung der Situation ist nicht in Sicht. Es ist sogar davon auszugehen, dass sich die Lage mit der Ablieferung weiterer Schiffsneubauten und einer nur langsamen Belebung des Welthandels insbesondere für die älteren, kleinen Containerschiffe weiter verschlechtert. Für die Anleger bedeutet dies, dass sie möglicherweise mit Nachschussforderungen



Fotos: MEV

Bei nahezu allen großen Fondsanbietern befinden sich Teile der Flotte in wirtschaftlichen Problemen.

konfrontiert werden, um über die aktuelle Durststrecke hinwegzuhelfen. Nachschüsse zu leisten macht für den Anleger allerdings nur dann Sinn, wenn die wirtschaftlichen Perspektiven des betreffenden Fonds langfristig gesichert sind. Denn bei einer Insolvenz der Fondsgesellschaft muss der Anleger,

der sich als Kommanditist beteiligt hat, die erhaltenen Ausschüttungen nach § 172 Abs. 4 HGB bis zur Höhe seines im Handelsregister eingetragenen Haftkapitals zurückzahlen. Die Veräußerung von Beteiligungen über den Zweitmarkt ist für den Anleger meist nicht mehr möglich, da die wirtschaft-

lichen Perspektiven in den Marktpreis einfließen und die Umsätze auch in diesem Markt drastisch zurückgegangen sind.

Ansatzpunkte für rechtliche Konsequenzen

Ein zentraler Ansatzpunkt für die rechtliche Prüfung ist eine mögliche Inanspruchnahme des Anlageberaters oder -vermittlers bei fehlerhafter Anlageberatung. Dabei lässt sich die aktuelle Kick-Back-Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes bei Verschweigen der erhaltenen Rückvergütungen auch auf Schiffsfonds anwenden. Anlageberater haben Zuwendungen in jeglicher Höhe anzugeben. Außerdem können sich Anleger bei unrichtigen Prospektangaben gegenüber den Prospektherausgebern und -verantwortlichen, der Emittentin und der Treuhandkommandistin auf Prospekthaftungsansprüche berufen.

Rückabwicklung einer Beteiligung

Ein Zahnarzt aus dem süddeutschen Raum hatte sich Ende 2004 mit einer fremdfinanzierten Einlage in Höhe von 105 000 Euro inklusive fünf Prozent Agio an einem geschlossenen Schiffsfonds beteiligt. Allerdings war das im Jahre 2004 erworbene Schiff bereits in einem desolaten Zustand und diesem wurde die im Prospekt dargestellte Klassifizierung aberkannt. Zudem gab es hausgemachte Probleme bei der Vercharterung.



Empfehlung für Anleger

Gesellschafter von Schiffsfonds sollten sich intensiv um ihre Beteiligungen kümmern, die Gesellschafterversammlungen besuchen oder durch einen Vertreter verfolgen lassen und die Versammlungsprotokolle genau studieren. Sofern die Fondsgesellschaft im Beschlusswege Nachschüsse fordert oder Ausschüttungen zurückverlangt, sollte bei einem Fachanwalt rechtlicher Rat eingeholt werden.



Foto: MIEV

Aktuell sind dreizehn Fonds insolvent. Eine Besserung der Situation ist nicht in Sicht.

Das Schiff wurde mehrmals von Gläubigern arrestiert. In diesem Fall ergaben sich aufgrund offensichtlicher Falschangaben verschiedene Ansatzpunkte für rechtliche Schritte:

- Schadensersatzhaftung des Anlageberaters wegen fehlerhafter Beratung.
- Ferner eine Schadensersatzpflicht aus Prospekthaftung sowie eine deliktische Haftung der Prospektherausgeber und Initiatoren.
- Aufgrund der fehlerhaften Widerrufsbelehrung ist zudem an einen Widerruf des Darlehensvertrags zu denken, der zusammen mit der Beteiligung ein verbundenes Geschäft darstellt.
- Sofern eine arglistige Täuschung durch den Berater nachgewiesen werden kann, kommen auch Schadensersatzansprüche gegen die anteilsfinanzierende Bank im Wege des sogenannten Einwendungsdurchgriffs oder als Schadensersatzanspruch in Betracht.

Anwaltskosten und Verfahrensdauer

Bei anwaltlicher Unterstützung ist eine Rechtsschutzversicherung hilfreich, die aber nur dann eintritt, wenn sie bereits bei Schadenseintritt bestanden hat, also bei Zeichnung der Schiffsbeteiligung oder vorher mit dreimonatiger Wartezeit. Anwaltskanzleien, die auf die Vertretung von geschädigten Anlegern spezialisiert sind,

rechnen in der Regel ihre Tätigkeit nach dem Rechtsanwaltsvergütungsgesetz (RVG) ab. Eine mündliche Erstberatung oder schriftliche Erstbewertung ist schon für einen Pauschalsatz von 250 Euro zu haben. Bei einem Gegenstandswert von 50 000 Euro würde eine durchschnittlich umfangreiche Tätigkeit nach RVG eine Gebühr in Höhe von 1 890,91 Euro auslösen. Bei außergerichtlichem Vergleich wird zusätzlich eine Einigungsgebühr in gleicher Höhe abzüglich der Auslagenpauschale erhoben. Großer Vorteil der Bearbeitung durch eine spezialisierte Anlegerschutzkanzlei ist, dass sie bei Massenfällen aus Eigeninteresse umfangreiche Hintergrund-Recherchen durchführt und nicht rechtsschutzversicherte Mandanten kein Klagverfahren bestreiten müssen, wenn genügend andere mit einer Rechtsschutzversicherung für Muster- oder Pilotverfahren zur Verfügung stehen. Bei einer außergerichtlichen Vertretung muss sich der Anleger auf eine Dauer von ein bis zwei Jahren einstellen. Beim Klagverfahren ist pro Instanz im Durchschnitt mit einem Jahr Dauer zu rechnen. In der Regel durchlaufen die Verfahren maximal zwei Instanzen, Revisionsverfahren sind eher die Ausnahme.

Peter Hahn, M.C.L.
Fachanwalt für Bank- und Kapitalmarktrecht
Am Kaiserkai 10
20457 Hamburg

Bundessozialgericht zu digitalen Hörgeräten

Kassen müssen voll bezahlen

Krankenkassen müssen digitale Hörgeräte künftig in vollem Umfang bezahlen, wenn die medizinische Notwendigkeit klar gegeben ist. Das entschied das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel.



Das BSG kritisierte die Festbeträge als unvereinbar mit der medizinischen Realität: „Zum Ausgleich von Hörbehinderungen haben die Krankenkassen für die Versorgung mit solchen Hörgeräten aufzukommen, die nach dem Stand der

Foto: CC

Medizintechnik die bestmögliche Angleichung an das Hörmögen Gesunder erlauben. [...] Daran müssen auch die Festbeträge der Krankenkassen ausgerichtet werden“, teilte das BSG in seiner Urteilsbegründung mit. Der Deutsche Schwerhörigenbund begrüßte die Entscheidung: „Es war zwingend notwendig, dass das Urteil so gefal-

Das Gericht stärkte mit seiner Grundsatzentscheidung die Ansprüche von 125 000 Schwerhörigen in Deutschland und beendete damit die Praxis der niedrigen Festbeträge, die die Zahlungen der Kassen bisher deckelten. Den Löwenanteil der oftmals mehrere tausend Euro teuren Geräte hatten die Patienten stets selber aufbringen müssen.



„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.

Geklagt hatte ein 27-jähriger, der seit Geburt hörbehindert und inzwischen fast gehörlos ist. Statt einem Teilbetrag von 987,31 Euro muss seine Kasse nun rund 3 000 Euro zahlen. Nach Angaben des BSG und des Deutschen Schwerhörigenbunds betrifft die Entscheidung fast gehörlose Menschen. Sie benötigen modernste digitale Hörgeräte, analoge helfen ihnen nicht mehr.

len ist“, sagte Verbandssprecher Stephan Wilke in Berlin. Nach Berechnungen seines Verbands zahlten Schwerhörige im Schnitt 1 600 Euro pro Hörgerät drauf. Je nach Behinderung sei schon nach wenigen Jahren ein neues Gerät fällig. ck/sg/dpa

*Bundessozialgericht Kassel
Urteil vom 17.12.2009
AZ: B 3 KR 20/08 R*

Arbeitszeiten

Kein Gewohnheitsrecht

Das Bundesarbeitsgericht in Erfurt entschied, dass auch dann Arbeitnehmer zur Sonn- und Feiertagsarbeit verpflichtet sind, wenn dies nicht ausdrücklich in ihrem Arbeitsvertrag geregelt ist und sie in der Vergangenheit ausschließlich an Werktagen beschäftigt wurden.

Ein Arbeitnehmer wurde zur Sonntagsarbeit eingeteilt und hatte dagegen geklagt. In seinem Arbeitsvertrag waren als Arbeitszeit „40 Wochenstunden in Schichtarbeit“ festgelegt. Er vertrat die Auffassung, dass er nicht zu Sonn- und Feiertagsarbeit verpflichtet werden darf, da diese vertraglich nicht vereinbart worden sei. Zudem habe er jahrelang nur an Werktagen gearbeitet und daher darauf vertraut, dass dies auch so bleibe. Die Richter sahen dies jedoch anders. Im Arbeitsvertrag des Arbeitnehmers ist die Verteilung

der Arbeitszeit nicht festgelegt worden. Somit durfte der Arbeitgeber die Verteilung der Arbeitszeit – und somit die Sonntagsarbeit – anweisen. Nur deshalb, weil der Arbeitnehmer jahrelang ausschließlich an Werktagen beschäftigt wurde, habe er keinen Anspruch, grundsätzlich von der Sonntagsarbeit ausgenommen zu bleiben.

*Bundesarbeitsgericht
Urteil vom 15.09.2009
AZ: 9 AZR 757/08*

*Dr. Sigrid Olbertz, Zahnärztin, MBA
Mittelstr. 11a
45549 Sprockhövel-Haßlinghausen*

Operationen im Ausland

Kassen müssen nicht voll zahlen

Deutsche Krankenkassen müssen die Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen im Ausland nicht in voller Höhe zahlen, auch wenn sie der Behandlung zugestimmt haben. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel entschieden.

Damit hat das BSG ein Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg bestätigt. Geklagt hatte ein Mann aus Ettlingen, weil seine Krankenkasse nur so viel für eine Herzoperation in London gezahlt hatte, wie der Eingriff in Deutschland gekostet hätte. Dem Gericht zufolge ist das rechtens. Kassen seien nur verpflichtet, die gesamten Kosten zu übernehmen, wenn die Behandlung hier nicht möglich ist. Dem Mann wurden 2005 zum dritten Mal Herzklappen eingesetzt. Bei den ersten beiden Eingriffen 1982 und 1992 in London hatte die Krankenkasse die vollen

Kosten bezahlt, weil eine solche Operation in Deutschland damals medizinisch noch nicht möglich gewesen sei. Bis 2005 habe sich der Stand der Medizin aber in Deutschland geändert. Der Ankläger hätte sich zumutbar in Deutschland behandeln lassen können, so der vorsitzende Richter Peter Masuch. Das Argument des Klägers, dass er die Ärzte in London gut kenne und Vertrauen in sie habe, erkannte das BSG nicht an. Die Solidargemeinschaft müsse nicht für einen solchen Sonderwunsch zahlen. sg/dpa

*Bundessozialgericht Kassel
AZ: B1 KR 14/09 R*

Pflegeheimvergleich im Internet

Veröffentlichung gestoppt

Das Sozialgericht Münster hat die Veröffentlichung des Ergebnisses einer Qualitätsprüfung für ein Pflegeheim im Internet vorläufig gestoppt. Damit folgte es dem Antrag des Pflegeheims in Münster. Der Beschluss im Eilverfahren sei aber noch keine Entscheidung in der Hauptsache, teilte das Gericht mit.



Foto: MediClin

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) hatte die „Pflege und medizinische Versorgung“ in der Einrichtung als mangelhaft eingestuft. Eine Veröffentlichung im Internet würde erhebliche Wettbewerbsnachteile bedeuten, entschieden die Richter. Der Beschluss ist noch nicht rechtskräftig. Dem Gericht zufolge hat der MDK vor einigen Wochen aufgrund gesetzlicher

Ermächtigung mit unangemeldeten Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen begonnen. Die Ergebnisse (Transparenzberichte) sollen durch die Landesverbände der Pflegekassen vergleichbar und kostenfrei im Internet veröffentlicht werden (www.pflegelotse.de). Eine Veröffentlichung der Note „mangelhaft“ im Internet würde auch das Grundrecht der Berufsfreiheit des Heimträgers in unverhältnismäßiger Weise betreffen, meinte das Gericht. Das gelte zumindest, „solange veröffentlichte Ergebnisse auf unsicherer Tatsachengrundlage“ beruhen. ck/sg/dpa

Sozialgericht Münster
AZ: S 6 P 202/09

Medizinische Versorgungszentren

Unbegrenzt viele Filialen möglich

Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) kann beliebig viele Nebenzentren eröffnen – weder die Beschränkungen des Vertragsarztrechtes noch des Berufsrechtes sprechen dagegen. Das entschied das sächsische Landessozialgericht (LSG).

Wie der Nachrichtendienst „änd“ meldet, hatte in dem verhandelten Fall die KV Sachsen die Genehmigung einer vierten und fünften Nebenbetriebsstätte für ein MVZ mit dem Verweis auf die ärztliche Berufsordnung verweigert. Danach darf ein Arzt zusätzlich zum Praxissitz nur an zwei weiteren Orten ärztlich tätig werden. Das LSG sah das anders: Die ärztliche Berufsordnung gilt

nur für Ärzte, nicht aber für MVZ. Ärztekammern hätten folglich keine Regelungskompetenz im Hinblick auf MVZ. Daher dürften diese eine unbegrenzte Anzahl von Nebenbetriebsstätten eröffnen, sofern die Versorgung der Patienten an den Orten der jeweiligen Nebenbetriebsstätten verbessert und am Hauptsitz nicht beeinträchtigt wird. ck/sg



LSG Sachsen
AZ: L 1 KA 8/09

Privatrenten

Kassenbeiträge fällig

Gesetzliche Krankenkassen dürfen private Rentenversicherungen ihrer freiwilligen Mitglieder zur Beitragsbemessung heranziehen. Das geht aus einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) hervor.

Wenn sich der Versicherte mit einer Einmalzahlung seiner Versicherung abfinden lässt, darf die Kasse über Jahre Beiträge auf die errechneten monatlichen Raten erheben. Das Verfahren verstöße nicht gegen den Gleichheitsgrundsatz – auch wenn für Pflichtversicherte andere Regeln gelten, entschied das Gericht. Ein freiwillig GKV-versicherter Rentner hatte gegen die AOK Baden-Württemberg geklagt. Der Mann hatte 1993 einen privaten Versicherungsvertrag abgeschlossen, der ihm ab Februar 2007 eine jährliche lebenslange Rente von rund 1 500 DM (etwa 767 Euro) zusicherte. Im vorzeitigen Todesfall hätten die Hinter-

bliebenen zehn Jahre lang die Rentenzahlung erhalten. Der Vertrag ermöglichte es auch, statt der Rente eine einmalige Kapitalzahlung zu wählen. Von dieser Regelung machte der Mann Gebrauch und ließ sich 16 622,55 Euro auszahlen. Die AOK zog für die Bemessung seiner Beiträge dann nicht nur die gesetzliche monatliche Rente heran, sondern behandelte auch die Kapitalzahlung so, als bekäme der Mann sie in monatlichen Raten als Rente überwiesen und erhob darauf Beiträge. Das Urteil gilt analog für Pflegeversicherungen. ck/sg

Bundessozialgericht Kassel
AZ: B 12 KR 28/08 R

Punktmengengrenzen bei Kieferorthopäden

Absenkung rechtmäßig

Die Absenkung der Punktmengengrenzen für Kieferorthopäden ist rechtmäßig, urteilte das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel.

Laut Brancheninformationsdienst „Zahn & Recht“ sei die Absenkung im SGB V den Richtern zufolge mit dem Grundgesetz vereinbar, da sie lediglich die zeitgleiche Neubewertung kieferorthopädischer Leistungen nachvollzieht. Die von Kieferorthopäden degressionsfrei erbringbare Leistungsmenge sei indes unverändert geblieben, und allein darauf zielten die für die Degressionsmaßgeblichen Kriterien und die damit verbundenen Lenkungsziele ab. Der Umstand, dass Allgemeinzahnärzte eine höhere Leistungsmenge in Punkten degressionsfrei erbringen können als Kie-

ferorthopäden, stelle sich als Folge dar, sei aber kein grundrechtsrelevanter Gleichheitsverstoß. Begründung: Angesichts des breiten Leistungsspektrums bei Allgemeinzahnärzten einerseits und einer geringen Zahl standardisierter Leistungen bei Kieferorthopäden andererseits bestünden zwischen beiden Gruppen ausreichende Unterschiede. Berücksichtigt man zudem das Verhältnismäßigkeitsprinzip, seien die Auswirkungen der Regelung begrenzt und daher hinnehmbar. ck/sg

Bundessozialgericht Kassel
Urteil vom 16.12.2009
AZ: B 6 KA 10/09 R

Arzneittelversorgung für Minderjährige

Lücken in der Kinderapothek

Noch immer mangelt es bei vielen Medikamenten an kindgerechten Darreichungsformen und Dosierungsempfehlungen. Denn es genügt nicht, die Erwachsenendosis von Arzneimitteln für Minderjährige herunterzurechnen. Die Ende Januar 2007 in Kraft getretene EU-Kinderarzneimittelverordnung, die Pharmaunternehmen Vorgaben zur klinischen Erprobung von Arzneiwirkstoffen für die pädiatrische Anwendung macht, soll hier Abhilfe schaffen. Die Studien und Zulassungen brauchen jedoch Zeit. Noch sind nicht allzu viele neue Medikamente für Kinder auf dem Markt.

Kinder sollen in gleicher Weise am medizinischen Fortschritt teilhaben wie Erwachsene. Das ist das Ziel einer europäischen Verordnung, die forschende Pharmaunternehmen seit gut drei Jahren dazu verpflichtet, innovative Produkte auch an Minderjährigen zu erproben. Damit will die Europäische Union zu mehr Arzneimittelsicherheit in der Pädiatrie beitragen. Immerhin sind über 20 Prozent der EU-Bevölkerung – das entspricht etwa 100 Millionen Bürgern – jünger als 16 Jahre.

Verschreibung nur im off-label-use

Bislang jedoch ist mehr als die Hälfte aller Arzneimittel nicht für Kinder zugelassen; bei Präparaten für die Behandlung neugebore-



Foto: Mykola Velychko / fotolia

Noch immer ist die kindgerechte Dosierung und Darreichung von Arzneimitteln nicht hinreichend geregelt.



Foto: CC

Oft verschreiben Ärzte Medikamente für Kinder nur im off-label-use.

ner Intensivpatienten sind es sogar bis zu 90 Prozent. Ärzte können den kleinen Patienten die Mittel somit nur im sogenannten off-label-use verordnen. Grund hierfür ist, dass sich klinische Studien an Kindern für die Industrie oft nicht rechnen. Der Aufwand für die unterschiedlichen Altersgruppen ist enorm und die Zahl der Probanden oft gering.

„Eine Verabreichung von nicht an Kindern geprüften Medikamenten ist allerdings problematisch, da sich Dosis und Wirkung der Produkte bei Minderjährigen anders verhalten können als bei Erwachsenen“, so Professor Dr. Fred Zepp, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ). Das erhöhe die

Gefahr von Über- und Unterdosierungen sowie von Nebenwirkungen.

Pädiatrische Studien gefordert

Um Minderjährigen künftig eine optimale Behandlung zu ermöglichen, trat im Januar 2007 die EU-Verordnung zu Kinderarzneimitteln in Kraft. Sie verlangt, dass forschende Pharmahersteller pädiatrische Studien vorlegen, wenn sie einen Wirkstoff neu zulassen oder die Indikation eines patentgeschützten Produkts ändern wollen. Über die Anträge entscheidet ein Ausschuss bei der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA in London. Ihm gehören neben Mit-

arbeitern der EMA und der EU-Mitgliedsländer auch Fachärzte und Vertreter von Patientenorganisationen an. Ein um sechs Monate verlängerter Patentschutz für die jeweiligen Präparate soll den finanziellen Mehraufwand für die Entwicklung kompensieren.

Ausgenommen von der Regelung sind Generika, vergleichbare biologische Medikamente, homöopathische und traditionelle pflanzliche Präparate, Arzneimittel mit mindestens zehnjähriger medizinischer Verwendung in der EU sowie Medikamente, deren Anwendung bei Kindern nicht sinnvoll ist, wie Mittel gegen Alzheimer, Brustkrebs, Parkinson oder Wechseljahresbeschwerden.

Holt ein Unternehmen die Erprobung an Kindern für ein patentfreies Medikament jedoch freiwillig nach, darf es dieses zehn Jahre lang exklusiv für Minderjährige anbieten. Für einige klinische Studien, deren Marktexklusivität abgelaufen ist, erhält die Industrie ferner Zuschüsse aus dem Forschungshaushalt der EU.

Kein Paradigmenwechsel in Sicht

Die Verordnung hat bislang allerdings zu keinem Paradigmenwechsel in der Pädiatrie geführt. So ist nach Aussage von Dr. Thomas



Foto: MEV

Die EU-Verordnung zu Kinderarzneimitteln verlangt nach mehr pädiatrischen Studien – doch daran mangelt es.

Sudhop, Leiter der Abteilung Wissenschaftlicher Service beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), die Zahl der klinischen Studien mit Kindern und Jugendlichen zwischen 2006 und 2009 weitgehend konstant geblieben.

Pro Jahr werden nach Angaben der DGKJ

weiterhin nur etwa 25 Medikamente für Kinderindikationen zugelassen. Zepp rechnet frühestens ab 2013 damit, dass Kinder und Jugendliche tatsächlich von der EU-Verordnung profitieren werden und der off-label-use bei der Behandlung von Minderjährigen mehr und mehr zur Ausnahme wird.

Bei der EMA sind gleichwohl in den letzten drei Jahren knapp 700 Anträge nach den neuen EU-Vorschriften eingegangen. „Bei 350 ist der Prüfplan für klinische Studien genehmigt worden“, so Dr. Birka Lehmann, Leiterin der pädiatrischen Abteilung beim BfArM. Er bildet die Voraussetzung für die klinischen Studien, von denen sich allerdings die meisten noch in der Planungsphase befinden.

Die Erwachsenen kommen zuerst

Der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) begründet dies damit, dass die Studien an Minderjährigen in der Regel erst beginnen, wenn für die betreffenden Medikamente die Zulassungsstudien mit Erwachsenen abgeschlossen sind. Der VFA geht allerdings davon aus, dass sich die Zahl der jährlichen pädiatrischen Zulassungen



Foto: Dron/fotolia

Oft liegt das schnelle Gesundwerden an der richtigen Medikamendosierung – und an elterlicher Zuwendung ...

neue Anwendungsgebiete oder in neuen Darreichungsformen in der Pädiatrie erprobt werden sollen. Der Rest (etwa drei Prozent) entfällt auf patentfreie Arzneimittel. Hauptindikationsgebiete sind die Onkologie, die Allergologie, die Endokrinologie sowie Infektionskrankheiten und Herzkreislaufkrankungen.

lediglich 19 von 380 pädiatrischen Kliniken an der Erstellung der Prüfpläne oder an Studien mit Minderjährigen beteiligt.

Zepp fordert, ein von der Politik, der Industrie und den Krankenkassen verlässlich getragenes, nationales Studien-Netzwerk einzurichten, um die Arzneimittelsicherheit für Kinder und Jugendliche in Deutschland und Europa dauerhaft und langfristig zu verbessern. Vorbild hierfür könnte das 2002 gegründete Paed-Net sein, das allerdings seit 2008 keine Fördergelder mehr vom Bundesforschungsministerium erhält. Andere europäische Länder, wie Frankreich, Großbritannien und die Niederlande seien hier derzeit besser aufgestellt, so Zepp.

Von einer professionellen Infrastruktur aus Forschung, Kinderkliniken und niedergelassenen Pädiatern erhoffen sich die Ärzte auch, Arzneimittelprüfungen für Kinder aller Altersklassen flächendeckend umsetzen zu können. Denn Säuglinge und Kleinkinder werden aus Sicht der DGKJ derzeit noch nicht ausreichend bei der Arzneimittelentwicklung berücksichtigt.

Professor Dr. Wolfgang Rascher von der DGKJ appelliert in diesem Zusammenhang an die Eltern, ihre Kinder auch an einer Studie teilnehmen zu lassen, um ausreichend Daten für die Sicherheit und Wirksamkeit von Arzneimitteln zu erhalten.

Petra Spielberg
Christian-Gau-Str. 24
50933 Köln



Foto: Fantof/fotolia

... und das ist besonders wichtig bei Babys.

für neue Präparate aufgrund der EU-Verordnung in einigen Jahren verdreifachen wird. Zwei Drittel der bei der EMA eingegangenen Anträge betreffen patentgeschützte Arzneimittel, die noch ohne jede Zulassung sind. Weitere 31 Prozent gelten verschreibungspflichtigen Medikamenten, die bereits auf dem Markt sind, die nun aber für

Experten nicht genügend berücksichtigt

Deutsche Kinder- und Jugendmediziner kritisieren indes, dass der pädiatrische Sachverstand bisweilen nicht ausreichend berücksichtigt wird. So waren nach einer Umfrage der DGKJ vom vergangenen Jahr

Deutsche Zahnärzte 1933 bis 1945

Gräber ohne Namen

Die Geschichte der vertriebenen und ermordeten deutschen Zahnärzte zwischen 1933 und 1945 gleicht einem vergessenen Friedhof mit Gräbern ohne Namen. Eine Gesamtdarstellung der Opferschicksale und der Aktionen der Täter ist seit Langem ein Desiderat. Dieser Beitrag ist die Kurzfassung eines Vortrags vor dem Interdisziplinären Arbeitskreis für Forensische Odontostomatologie der DGZMK in Mainz. Der Autor Dr. Ekkhard Häussermann, langjähriger stellvertretender Chefredakteur der zm, fasst die neuesten Forschungsergebnisse zu der 1998 veröffentlichten zm-Dokumentation zum Thema („Deutsche Zahnärzte 1933 bis 1945 – Verfolger und Verfolgte“) zusammen.

Foto: Martina Berg - fotolia

Dr. Hans Moral, Professor für Zahnheilkunde, Universität Rostock, als „Nicht-Arier“ vom Regierungskommissariat in Schwerin aufgefordert, seinen Lehrstuhl zu räumen, von Mitgliedern des Nationalsozialistischen Deutschen Studentenbundes angepöbelt, schrieb am 8. März 1933 an die Medizinische Fakultät folgenden Brief:

„Ich werde freiwillig gehen, dahin, wo Ruhe und Frieden ist, die Ruhe, die mir Elemente nicht gönnen, die meinen, dass ein Jude ein minderwertiger Mensch ist.“ In der Nacht vom 4. auf den 5. August 1933 griff Moral

zu Veronal und Zyankali und starb am 6. August, ohne das Bewusstsein wiedererlangt zu haben.

Diese Zeilen widerspiegeln das Drama der deutschen Zahnärzte, der „nichtarischen“ wie der „arischen“, wobei letztere fast alle tatenlos zusahen, wie ihre jüdischen Kollegen aus deren Praxen vertrieben und teils durch die Straßen gejagt wurden, wie sie emigrieren und im keinesfalls gastfreundlich gesinnten Ausland unter demütigenden Umständen – oft schon im gesetzten Alter – ihre Examina wiederholen mussten.

Es regierten, abgestützt durch das „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“, die Nürnberger Gesetze, Terror, Feigheit und Verblendung. Der Riss ging oft mitten durch die Familien, wie zum Beispiel der ehemalige BDZ-Präsident Erich Müller-Altona in einem erschütternden Bericht von der erzwungenen Auflösung der Ehe seines jüdischen Freundes Ernst Wiegelmesser in Hamburg erzählt.

„Arische“ Zahnärzte waren meistens gerne bereit, die frei gewordenen Praxen ihrer „nichtarischen“ Kollegen zu übernehmen. Die genaue Zahl der Zwangs-Emigranten, Verfolgten, Untergetauchten und Ermordeten ist nicht bekannt – sie wird auf 1 500 bis 1 800 geschätzt. Noch niemand bemühte sich um zusammenfassende Recherchen.

Intrigantentum

Es herrschte Intrigantentum. „Reichsdentistenführer“ Fritz Blumenstein zeigte seinen mit einer jüdischen Frau verheirateten Kollegen August Siebecke wegen angeblich staatsfeindlicher Äußerungen an. Siebecke, der zusammen mit Fritz Linnert und Erich Müller-Altona zu den Neugründern der zahnärztlichen Selbstverwaltung nach 1945 gehört, entging nur knapp dem Fallbeil. Der neue Chefredakteur der „Zahnärztlichen Mitteilungen“, Eduard Schrickel, deformierte zusammen mit dem „Reichszahnärztführer“ Erich Stuck die Zeitschrift zu einem der übelsten Hetzblätter, das sich in seinem ideologischen Terrorismus gegen die verfemte Minderheit ohne Weiteres mit Goebbels „Angriff“ und Julius Streichers „Stürmer“ messen konnte und dem Leser heute noch die Schamröte ins Gesicht treibt. Schrickel forderte nach 1945 von der neuen Standesführung ein Ruhegehalt. Entgegen dem Protest des KZBV-Vorsitzenden und BDZ-Präsidenten Dr. Erich Müller-Altona wird nach mehreren Prozessen Schrickel aufgrund des Paragraphen 131 Grundgesetz eine monatliche Pension von 1 800 DM zugestanden. Sie muss teilweise von den zahnärztlichen Bundesorganisationen gezahlt werden.



Prof. Dr. Hans Moral, Rostock, wählte den Freitod.

Foto: zm-Archiv



Fotos: zm-Archiv

Erich Müller-Altona (l.), August Siebecke (r.) und Fritz Linnert (u.): Sie gehörten zu den Neugründern der zahnärztlichen Selbstverwaltung in der Nachkriegszeit.

Beschönigt

In der bis jetzt einzigen offiziösen Darstellung, „Die Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes“ von Kurt Maretzky und Robert Venter (Köln, 1974), werden diese Jahre verfälscht und beschönigt. An der „Gleichschaltung“ waren die Zahnärzte zu einem gerüttelten Maß selbst beteiligt. Wie Walter Hoffmann-Axthelm in seiner „Chronik zwischen Ost und West“ schildert, erschienen in den entscheidenden Monaten seine Kollegen in den Versammlungen scharenweise in SA-Uniform. Die letzte freie Versammlung der Berliner Zahnärzte wurde von einer NS-

Chaotenclique unter Anführung eines Zahnarztes zusammengeprügelt.

Am schlimmsten betroffen sind Berlin und die vom Regime besonders ins propagandistische Blickfeld gestellten „Grenzland“-Universitäten Bonn, Breslau und Freiburg/Breisgau. Die „Säuberungen“ werfen die deutsche Zahnheilkunde um Jahrzehnte zurück. Nach dem jetzigen Forschungsstand kann nur eine Reihe von Einzelschicksalen ergründet werden. In einer Dissertation heißt es resigniert: „Weiteres konnte nicht ermittelt werden, [...] vergessen, verschollen.“

Die zahnärztlichen NS-Publizisten haben vertuscht, gelogen, unter den Teppich gekehrt. So heißt es etwa in der „Zahnärztlichen Rundschau“ vom 13. August 1933 knapp: Professor

Moral sei am 6. August „einem plötzlichen Herzanfall erlegen, zwei Tage verstorben vor Antritt einer Reise nach Belgrad, wo er gerne einem Ruf an die dortige Universität gefolgt wäre“. Solche Unterschleifungen und bewusst geschlagenen Breschen in das Standesgedächtnis durchziehen die gesamte Berufspresse. Zentrale Dokumentenschatze der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands (KZVD) in Berlin wurden „entsorgt“. Für maßgebliche, dem Regimehörige Autoren wie Professor Hermann Euler ging nach der „Machtergreifung“ das wissenschaftliche Leben „ungehemmt“ (Zitat) weiter. Kein einziges Wort in diesen „Erinnerungen eines Lehrers der Zahnheilkunde“ über seine Kollegen, die scharenweise Koffer packen, um ein Visum betteln und sehen mussten, wo sie und ihre Familien hingehen und bleiben konnten.

Zucht und Ordnung

Einpeitscher in diesem propagandistischen Trommelfeuer waren zum Beispiel Professor Dr. Otto Loos, Direktor der Freiherr Carl von Rothschild'schen Stiftung Carolinum in Frankfurt/Main, der in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ nach „Ausmerzungen“ schlecht begabter und unwilliger Studenten aus den Hörsälen und Seminaren drängte und forderte, die universitäre Ausbildung der



„Reichszahnärztführer“ Ernst Stuck

„Zucht und Ordnung“ dem prägenden Dienst in der nationalsozialistischen „Sturmabteilung“ (SA) zu unterwerfen.

Man wollte Zucht und Ordnung haben, brave Studenten und vor allem seine Ruhe. Der Spurensucher nach den Lebensschicksalen der jüdischen Professoren der Zahnheilkunde in der NS-Zeit forscht vergeblich nach den Protestschreien und Solidaritätsbekundungen ihrer „arisch“ privilegierten Kollegen. Die deutsche Hochschullehrer-, Professoren- und Dozentenschaft an den höheren Bildungsstätten, die bei allen Jubiläen, Senats- und anderen akademischen Feierlichkeiten in phrasengeladenen Ansprachen Solidarität, Fairness und europäischen Humanismus beschwört, versagt fast restlos. Kaum eine Hand regt sich für ihre von der völkisch-rassistischen Hetze betroffenen Kollegen, die den Pressionen der Studentengruppen und der Willkür der NS-Bürokraten ausgesetzt sind.

Beispielhaft für das Lebens- und Forscherschicksal eines „nichtarischen“ Hochschullehrers ist die Karriere von Professor Alfred Kantorowicz, Universität Bonn. Der Feldzahnarzt im Ersten Weltkrieg – gut genug, als jüdischer Kriegsteilnehmer mit seinem Leben einzustehen, aber dienstrechtlich Soldat zweiter Klasse – ist, wie seine Biographen übereinstimmend konstatieren, in der zahnärztlichen Wissenschaftsgeschichte der Initiator und Popularisator von Prophylaxe und Frühbehandlung, des Generalkonzepts, auf dem die gesamte moderne Zahnheilkunde basiert.

Ende September 1933 erreicht ihn die Nachricht: „[Sie werden] hiermit aus dem Staatsdienst entlassen. Bis Ende Dezember 1933 erhalten Sie noch Ihre bisherigen Bezüge. Ein Anspruch auf Ruhegeld oder Hinterbliebenenversorgung und auf Weiterführung der Amtsbezeichnung steht Ihnen nicht zu.“ Als Absender zeichnet der Preussische Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung.

Abgefertigt

Er wird eiskalt abgefertigt und als Staatsgefangener in das berüchtigte Konzentrationslager Börgermoor bei Meppen im Münsterland eingeliefert. Eine Weltkapazität der Zahnheilkunde, Verfasser vieler wissenschaftlicher Werke, muss unter den Augen von SS-Bewachern im Moor schufteln, ist Zielscheibe der Demütigungen und reagiert mit Schock, Weinkampf und Depression. Zweite Station seines Leidenswegs ist das Konzentrationslager Lichtenstein in Sachsen, wo ihn jedoch die NS-Behörden nach einer Intervention des schwedischen Königshauses entlassen. Mit knapper Not gelingt ihm die Flucht nach Istanbul.

Ein Beispiel, wie berufspolitisch und wissenschaftlich unantastbare Größen durch entlarvende Dokumentenfunde in abgelegenen Archiven dem Verdikt der Standesgeschichte zum Opfer fallen, bietet die Stück für Stück erhellte Vita des Breslauer Dekans der Medizinischen Fakultät Professor Dr. Hermann Euler, Ordinarius für Zahnheilkunde, während der gesamten

NS-Zeit Präsident der dem „Reichszahnärztführer“ untergeordneten Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Der Autor einer 1996 in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ veröffentlichten Serie „Deutsche Zahnärzte 1933 bis 1945“ hatte die Erinnerungen der zahnärztlichen Protagonisten dieser Zeit ausgewertet und stieß in den 1985 veröffentlichten Memoiren des 1997 verstorbenen ehemaligen Rektors der Düsseldorfer Universität



Prof. Dr. Hermann Euler

und Euler-Schülers Professor Carl-Heinz Fischer auf die Bemerkung, seinem Mentor seien in den Jahren 1933/34 „die unerfreulichen Säuberungsaufgaben“ zugefallen. Kenner stellten weitere Recherchen an, an deren Ende nach enger Kooperation mit der polnischen Zahnärztin B. Miklaszewska die beiden Autoren Hans-Jörg Staehle und Wolfgang U. Eckart in der „Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift“ 12/05 nach Aktenstudium in Breslauer Archiven schlichtweg aufdeckten, dass Euler bei seinen „Säuberungen“ – klar ausgedrückt – 16 jüdische Kollegen ans Messer der Verfolger geliefert hat. Anderen Arbeiten zufolge „stand die Universität Breslau innerhalb der deutschen Universitäten an der Spitze der Entlassungen, was das prozentuale Verhältnis der Mediziner zum Gesamtlehrkörper betrifft. Von 51 entlassenen Wissenschaftlern waren allein 17 Mediziner“ (zitiert nach Staehle/Eckart).



Prof. Alfred Kantorowicz

Fotos: zm-Archiv

Nicht
unumstritten:
die Rolle
Martin
Heideggers



Foto: picture alliance - maxppp

Diese Angaben werden gestützt durch ein kürzlich in einem englischen Archiv entdecktes Verzeichnis von 330 Ärzten und Zahnärzten, die Unterkommen in England suchten und abgewiesen wurden. 23 davon waren Breslauer. Das Schicksal von fast allen dort aufgeführten Flüchtlingen, die ins United Kingdom kommen wollten, ist unbekannt. Nur hinter dem Namen Curt Ehrlich heißt es „Deported Auschwitz“. Hinter anderen steht „died in prison“, „Suicide“ ...

Ein Euler-Schüler namens Viktor Scholz spekuliert in seiner Dissertation mit dem Titel „Über die Möglichkeit der Wiederverwendung des Goldes im Munde der Toten“, wie „durch Aufklärung die Rettung von herausnehmbarem Gold in größerem Umfang herbeigeführt werden könnte“ und hofft auf „endgültige Lösung“.

Zahngold

Wohin die „endgültige Lösung“ in der Frage der Sicherung des Goldes im Mund der Toten führte, offenbarte sich in der Geschichte der NS-Konzentrationslager, wo Zahnärzte im Dienst der Waffen-SS durch „Leichenjuden“ das begehrte Edelmetall aus dem Mund der lebenden und toten Häftlinge brachen, sich bereicherten, es ihren Dienststellen zur Verfügung stellten, es an die Reichsbank weiterleiteten, es zu Schmuckstücken verarbeiteten und ihre Damen damit beschenkten. Es ist ein Kapitel der zahnärztlichen Standesschande.

Der französische Medizinhistoriker Xavier Riaud schätzt, dass etwa 100 deutsche Zahnärzte sich für den „Dienst“ in den Lagern hergaben, wo die „endgültige Lösung“ auf grausamste Weise praktiziert wurde. „Experimentiert“ wurde etwa mit den abgeschnittenen Köpfen junger

Zigeuner, mit hilflosen Häftlingen, denen man zur „Erforschung“ von Herdkrankheiten sämtliche Zähne entfernte.

Am schlimmsten war es in den letzten Kriegsjahren, als Mangelkrankheiten wüteten, Mundhöhlenkrebs, Hungerödeme, stomatitis ulcerosa und zu Gewebszerfall führende Krankheiten der Mundhöhle, denen die einfach ausgerüsteten Praxen nicht mehr gewachsen waren. Zahngold und der aus Verzweiflung in der Mundhöhle versteckte Schmuck waren das Edelwild der Leichenräuber. Das Raubgold ging von der

Sammelstelle zur Reichsbank, zur Deutschen und zur Dresdener Bank, zur Degussa und schließlich zur Schweizer Nationalbank und war Zahlungsmittel der deutschen Rüstungsindustrie, mit dem Erz aus Schweden, Chrom aus der Türkei und Wolfram aus Portugal für die Luft- und Panzerwaffe finanziert wurden.

Zivilcourage

Es sollen in dieser düsteren Chronik nicht vergessen werden: die zahnärztlichen Widerständler mit Zivilcourage wie Ewald Fabian, Helmut Himpel und manche andere, die nicht schwiegen und ihren Mut mit Vertreibung, Tod in der Fremde und Hinrichtung bezahlten und deren Leidensweg Wolfgang Kirchoff herausstellte. Es gab deutsche „arische Zahnärzte“, die – wie einige kürzlich veröffentlichte Praxischroniken berichten – für untergetauchte jüdische Patienten nächtliche Praxisstunden einrichteten und sie – ständig unter

Gefahr der Denunziation – behandelten. Es sollen nicht vergessen werden die unbekannteren Zahnärzte, die unter den eingeschränkten Kriegsverhältnissen gewissenhaft ihre Praxen versorgten. Aber der Pöbel bestimmte die Standes-Geschichte und maßgebliche Hochschullehrer wie gesundheitspolitische NS-Prominenz waren Helfershelfer durch ideologische Aufmunterung, personelle Disqualifizierung und Schweigen.

In der (zahn)medizinischen Forschung, Literatur und Publizistik herrschte platter Biologismus und Rassismus, eine Entwicklung, Jahrzehnte vorher angetrieben, mit Namen wie Arthur de Gobineau, Alfred Ploetz, Gustav Carus und anderen Autoren verbunden. „Minderwertige, Schwächlinge und Krüppel“ hatten nichts zu sagen, „Wehrhaftigkeit, Ehre, Blutreinheit“, nach braunem Weihrauch dunstende Anbetungsriten der Wehrhaftigkeit und gesundheitliche Kraftprotzei stellten sich in Dienst des germanischen Imperialismus, auch die „Zahnärztlichen Mitteilungen“ an vorderster Stelle.

Die unter der Ägide von Hans-Jörg Staehle und Wolfgang U. Eckart erarbeitete Dissertation von Bettina Wünderich (2000) ist eine verdienstvolle, überfällige Darstellung dieser „Neuen Deutschen Zahnheilkunde“, in deren menschenverachtende Diktion sich eine irrationale schwärmerische Naturphilosophie und Phraseologie mengte, die gegen das „zersetzende Judentum“ polemisierte und gleichzeitig von Kräutertee, Luft-, Licht- und Sonnenbaden und Taulaufen schwärmte. Auch Hermann Euler kommentierte die Vorteile des Vollkornbrottes und machte sich Gedanken über die Schädigung des Gebisses durch Vermischung der Rassen, „auch wenn ein abschließendes Urteil noch nicht möglich sei“.

Traktate

Ein ganzer Wust von Broschüren, Fachzeitschriften und Traktaten befasste sich mit dem „Gebissverfall als Ausdruck einer unorganischen Lebensordnung“; die Anwälte der „ganzheitlichen Zahnheilkunde“ wie Erich Heinrich (noch 1971 mit der Euler-Medaille ausgezeichnet), Walther Klusmann, Otto Steiner und Paul Neuhäuser, im



Foto: picture alliance - akg images



Foto: Stadtarchiv M 7020

Berlin, Freiburg, Breslau und Bonn (v.l.o.n.r.u.) in den 30er-Jahren: Die Universität der Hauptstadt und die „Grenzland“-Universitäten werden bevorzugt für Propagandazwecke eingespannt.



Foto: picture alliance - akg images



Foto: Stadtarchiv&Stadthist. Bibl., Bonn

Bunde mit dem NS-Chef-Ideologen Alfred Rosenberg agierten und folgten dem Anspruch von Hans Schemm: „Nationalsozialismus ist angewandte Biologie“.

Die Autoren beziehen sich ausdrücklich auf Reichsärztführer Dr. Gerhard Wagner: „Das Fundament der neuen deutschen Heilkunde

„Sich selbst das Gesetz geben, ist höchste Freiheit. [...] Der Begriff der Freiheit des deutschen Studenten wird jetzt zu seiner Wahrheit zurückgebracht. Aus ihr entfalten sich künftig Bindung und Dienst der deutschen Studentenschaft.“ Heidegger, seit Veröffentlichung seines Hauptwerks „Sein

zm-Info

Adolf Hitlers Leibzahnarzt - „Dentist des Teufels“

Die in der zm-Ausgabe vom 1. März 2008 rezensierte Dissertation „Hitlers Leibzahnarzt. Hugo Johannes Blaschkes Leben zwischen Politik und Zahnheilkunde – eine Studie nach bekannten und bisher unveröffentlichten Dokumenten“ von Zahnärztin Dr. Menevse Deprem-Hennen (Institut für Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, 210 Seiten) ist nun unter dem Titel „Dentist des Teufels. Die Karriere des Johannes Blaschke“ im Buchhandel erhältlich (Medienbüro ISBN 978-3-940479-09-9; Preis 15,90 Euro). Die Arbeit, die neue Seiten der von der Waffen-SS beherrschten Zahnmedizin freilegt,

basiert auf Akten amerikanischer Archive, von Spruchkammer-Protokollen und auf Mitteilungen von Blaschkes Witwe. eh



Foto: zm-Archiv



Vertrieben
und ermordet –
dafür steht
Auschwitz

Foto: picture alliance

kann nicht die exakte Naturwissenschaft sein, sondern allein die nationalsozialistische Weltanschauung von den natürlichen, den biologischen Grundgesetzen allen Geschehens.“ Autorin Wünderlich schildert detailliert, wie hilflose Heimkinder brutalen „Maßnahmen zur Aufartung“ unterworfen wurden.

Martin Heidegger, Chef der Universität Freiburg/Breisgau, postulierte in seiner Rektoratsrede am 27. Mai 1933 im ersten Satz:

und Zeit“ 1927 wichtigster Denker und unantastbares Vorbild der deutschen Bildungs- und Universitätsjugend, offenbarte sich als Säulenheiliger des Regimes und legte so den Grund für Enthemmung und Verfolgung. Wie Bernd Martin, Historiker für neuere Geschichte, Eduard Seidler, Historiker der Freiburger Universitätsgeschichte, die beiden Medizinhistoriker und Zahnärzte Ilan Golan und sein Berliner Kollege Michael Köhn nachwiesen, zeigte sich die Freiburger

Studentenschaft besonders offen für antisemitische und rechtsradikale Tendenzen, im Gegensatz zum Schweigen der Medizinischen Fakultät, die Sympathien einem Regime gegenüber zeigte, das nach dem Versagen der Republik „auf drastische Weise kundtat, wie sehr es gewillt war, durchzugreifen“ (Seidler). Die Phrasen Heideggers und seiner Kalfaktoren gingen wie ein Lauffeuer durch die Seminare der medizinischen deutschen Akademien, Seminare und Studierstuben. Im Dokumenten- und Literaturstudium schält sich immer deutlicher heraus, dass die im geistigen und politischen NS-Sold stehenden Zahnärzte wie in Breslau und Berlin für das Regime nicht nur ideologische, rhetorische und bürokratische Arbeit leisteten, sondern sich auch aktiv an der Verdrängung ihrer jüdischen Kollegen aus ihrer beruflichen und privaten Existenz beteiligten. Und in Freiburg und im südbadischen Bereich spielten sich die brutalsten, unmenschlichsten Übergriffe gegen die von den sogenannten Nürnberger Gesetzen betroffenen Zahnärzte ab.

Regulierter Terror

Der systematisch regulierte Terror gegen die jüdischen Zahnärzte und Dentisten beginnt in der Ausgabe des NS-Boulevardblattes „Der Alemanne“ vom 31. März 1933. Unter den Schlagzeilen „Die Kriegserklärung Alljudas an Deutschland“ und „Boykottiert folgende Freiburger Juden“ werden Namen von Zahnärzten und Besitzer von Dentaldepots genannt. Drohend heißt es weiter: „Die jüdischen Lehrkräfte und Ärzte an den Universitätsinstituten und Kliniken werden noch besonders aufgeführt.“ Die „Aufgeführten“ wurden vertrieben, starben oder wurden ermordet in Auschwitz, kamen in das am Rande der Pyrenäen gelegene Lager Gurs, ließen sich in der Fremdenlegion anwerben oder schlugen sich wie viele andere im Ausland kärglich durch. Der alte standespolitische Gegensatz offenbarte sich wieder in widerwärtiger Weise. Ein Zahnarzt ließ



Foto: picture alliance

Der französische Dichter Louis Aragon beschrieb das Lager Gurs.

seinen jüdischen dentistischen Kollegen von einem Rollkommando überfallen und stellte ihn vor ein „Femegericht“. Der israelische Zahnmedizinstudent Ilan Golan, der dem „Schicksal der jüdischen Zahnärzte und Dentisten aus Freiburg und Umgebung aus der Zeit des III. Reiches“ (Dissertation 1994) nachging und erschütternde Ergebnisse zutage förderte, berichtet, dass die Angst einiger Befragter und Nachkommen der Vertriebenen nach sechs Jahrzehnten noch so groß war, dass sie um die Geheimhaltung ihres Familiennamens baten.



Foto: bridgemanart.com

Ein Stolperstein erinnert an ein Opfer in Gurs.

Erbärmlich

Die Freiburger jüdischen Häftlinge, Ärzte, Zahnärzte und Bürger, lebten in Gurs unter erbärmlichen Umständen, die Winterwinde aus den nahen Bergen wehten eisig, in den primitiven Lagerstraßen versanken die Inhaftierten bis zum Knöchel im Morast. Für die Öfen fehlte Brennmaterial, die Bretterwände der Hütten waren morsch und undicht. Es fehlten Betten, Instrumente, Medikamente, es fehlte an den einfachsten medizinischen Vorrichtungen. Der französische Dichter Louis Aragon, aktives Mitglied der Résistance, schrieb: „Gurs, une droile de syllabe comme un sanglot qui ne sort pas de la gorge“ (Gurs, eine merkwürdige Silbe, wie ein Schluchzen, das einem in der Kehle steckenbleibt). Es zeigten sich dort – wie an so vielen Stätten – die Folgen, wenn man sich selbst das Gesetz gibt.

Die zahnmedizinische Forschung deckt überall zwischen 1933 und 1945 die trübsten Kapitel auf. Michael Köhn, Autor der Geschichte der Berliner Zahnärzte: Von 591 „nichtarischen“ Berliner Zahnärzten (40 Prozent aller dortigen Zahnärzte) emigrierten 232, wurden 100 ermordet, das Schicksal von 199 ist unbekannt. Der englische Medizinhistoriker John Zamet fasst am Ende seiner Studie „Aliens or colleagues? Refugees from Nazi oppression 1933 – 1945“ (British Dental Journal, Volume 201, No. 6, Sep 23 2006) zusammen: „Between 1933 and 1939, 962 German and Austrian dentists attempted to migrate to Britain, of whom only 240 were successful.“ Sie standen abgewiesen vor verschlossenen Toren und mussten sehen, wie sie zurechtkamen.

Dr. Ekkhard Häussermann
Greifswalder Str. 9
50737 Köln

zm Leser service

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

Mumienforschung

Tod am Nil

Nur 19 Jahre war Tutanchamun alt, als er im Jahr 1324 vor Christus starb. Seit Jahrzehnten beschäftigt sein früher Tod Wissenschaftler aus Disziplinen wie Ägyptologie und Medizin. DNA-Analysen, Computertomografien und forensische Untersuchungen an dem berühmten Pharao sowie 15 weiteren Mumien bringen jetzt neue Theorien ins Spiel – und lösen hitzige Diskussionen aus.



Foto: picture alliance / dpa

Tutanchamun hatte eventuell Malaria. So interpretieren einige Forscher zumindest die DNA-Analyse der Mumie.

Im September 2007 hatten zehn Wissenschaftler aus Deutschland, Südtirol und Ägypten begonnen, von Tutanchamun, zehn seiner Verwandten und fünf Mumien einer älteren Herrscherfamilie Gewebeproben aus dem Knocheninneren zu entnehmen. In den darauffolgenden zwei Jahren extrahierten die Mumienforscher unter der Leitung von Albert Zink, Anthropologe an der Europäischen Akademie Bozen (EURAC), und Carsten Pusch, Humangenetiker an der Eberhard Karls Universität Tübingen, die DNA und erstellten genetische Fingerabdrücke für alle 16 Mumien.

Die Untersuchungen lassen viele Schlüsse zu, bisher wurden aber nur an einer Erkennt-

nis keine Zweifel laut: Durch die genetischen Fingerabdrücke konnte ein Fünft-Generationen-Stammbaum der Dynastie erstellt werden. Ergebnis: Tutanchamun war – wie von Ägyptologen schon lange vermutet – der Sohn des mächtigen Pharaos Echnaton. Mithilfe von Genanalysen konnte auch Tutanchamuns Mutter identifiziert werden: Es handelt sich um die „Younger Lady“. Pikant: Die Dame ist laut DNA-Analyse Echnatons Schwester oder eine seiner Töchter. Ob sich hinter ihr Echnatons Ehefrau Nofretete verbirgt, klären die Forscher zurzeit. Laut Genanalyse sind die zwei tot geborenen Kinder in Tutanchamuns Grab seine Töchter.

Umstrittene Ergebnisse

Wie die Forscher im „Journal of the American Medical Association“ (JAMA 2010; 303: 638-64) schreiben, waren Tutanchamun und seine Ahnen nicht die Gesundesten. Bei ihren Untersuchungen stießen sie auf zahlreiche Fehlbildungen bei vielen Familienmitgliedern – der als Gott verehrte junge Herrscher ist dafür das beste Beispiel. Bereits zu Lebzeiten litt er an einer Knochennekrose im zweiten und dritten Mittelfußknochen des linken Beins, die zur mangelnden Blutversorgung des Knochens und dessen Abbau führte, diagnostizierten die Wissenschaftler. „Diese Erkrankung allein hat mit

Sicherheit nicht zum Tod geführt, aber sie hat ihn in seiner Mobilität stark eingeschränkt“, sagt Zink. „Es erklärt wohl auch, warum man in seinem Grab zahlreiche Gehstöcke gefunden hat.“ An seinem zweiten linken Zeh fehlte dem Pharao der mittlere Knochen, sein linker Femur wies einen Bruch auf. Außerdem hatte er einen leichten Klumpfuß und eine Kieferspalte.

Für hitzige Diskussionen in der Fachwelt sorgt indes Folgendes: Bei vier Mumien aus der Dynastie, unter anderem bei Tutanchamun, wurden Spuren des Malariaerregers *Plasmodium falciparum* gefunden. Tutanchamun war laut Pusch an der schwersten Form, der *Malaria tropica*, erkrankt. Sie könne zusammen mit der Knochennekrose den Tod verursacht haben. Verschiedene Pflanzenreste, die im Grab des Pharaos gefunden wurden, untermauern nach Ansicht der zehn Forscher die Malariatheorie. Einige der nachgewiesenen Kräuter seien bis heute für ihre fiebersenkende und schmerzlindernde Wirkung bekannt. Zink räumt jedoch ein, dass die Malariatheorie nie wirklich bewiesen werden könne.

Dementsprechend hagelt es von den Kollegen Kritik. Der Genetiker Giuseppe Novelli von der Tor-Vergata-Universität in Rom misst den neuen Erkenntnissen keine Bedeutung zu. Dem Fachmagazin „Nature“ sagte er: „Es gibt keine Daten, die es erlauben würden, Malaria als Todesursache anzunehmen.“ Der Malariaparasit dürfte im alten



Foto: S. Siegl / vario images

Die Büste des Königs suggeriert eine Gynäkomastie. Diese Diagnose konnten die Wissenschaftler aber nicht bestätigen.

Ägypten weit verbreitet gewesen sein und viele Menschen, die die Infektion als Kind überlebt hätten, seien danach zumindest zum Teil immun gewesen. Endgültig könne man die Malariadiagnose ohnehin nicht belegen, denn die Mumien hätten keine inneren Organe, anhand derer man den parasitären Befall nachweisen könnte. Auch die Diagnosen rund um den kranken Fuß Tutanchamuns stoßen auf Kritik. Die Osteo-

gänglich gemacht. Unter anderem von Tutanchamun, der vier Jahre später als Neunjähriger den Thron bestieg. Forscher vermuten, dass hinter der Restauration Berater standen, die den unmündigen Pharao stark beeinflussten. Tutanchamuns Regentschaft ist von ausgiebiger Bautätigkeit geprägt. Im ganzen Land wurden die Tempel der alten Götter erneuert. In Karnak entstanden beispielsweise zwei neue Kapellen und auch an der Sphinxallee wurde weitergearbeitet. Tutanchamuns nahezu unversehrtes Grab wurde am 4. November 1922 von Howard Carter im Tal der Könige entdeckt.

nekrose sei anhand der CT-Bilder nicht festzustellen, bemängelt Gino Fornaciari, Paläopathologe an der Universität von Pisa. Es sei möglich, dass der Fuß beim Einbalsamieren und Bandagieren erheblich deformiert worden sei. Die Gehstäbe könnten als ein Symbol der Macht in die Grabkammer gelangt sein.

Die HighTech-Ergebnisse der molekularen Ägyptologie bringen also keine eindeutigen Ergebnisse. Von den Forschern verlangt sie absolute Sorgfalt. „Wir haben unsere Analysen mehrfach wiederholt und in einem zweiten Labor unabhängig repliziert“, erklärt Humangenetiker Pusch. Dadurch sollten mögliche Vermischungen mit moderner DNA ausgeschlossen werden. Aus diesem Grund wurden die DNA-Profile aller Mitarbeiter, die an dem – übrigens vom amerikanischen Fernsehsender Discovery Channel finanzierten – Projekt beteiligt waren, erhoben und regelmäßig mit den Pharaonen-Daten verglichen.

Frühere Diagnosen

Schon 2005 war der tote Pharao wieder einmal in die Schlagzeilen geraten. Forscher hatten damals Untersuchungsergebnisse einer Computertomografie veröffentlicht, wonach Tutanchamun sich bei einem Reitunfall den linken Oberschenkel gebrochen habe. Die offene Wunde, so das Forscherteam unter Leitung des ägyptischen Radiologen Ashraf Selim, hatte dann möglicherweise eine Blutvergiftung zur Folge. Für diese Theorie fand die neue Studie keine Belege. Auch konnten die Forscher nicht bestätigen, dass der Herrscher tatsächlich eine – wie von vielen wegen seiner stark femininen Gesichtszüge vermutet – Gynäkomastie hatte. Gegen ein genetisches Syndrom spricht unter anderem der nach Aussage der Forscher „normal entwickelte“ Penis. Bei Tutanchamun fehlen allerdings die Beckenknochen für weitere Untersuchungen. Die Knochen seines Vaters seien jedoch eindeutig männlich.

Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln
SusanneTheisen@gmx.net

zm-Info

Kind-König

Tutanchamun (1333-1323 v. Chr.) war ein Pharao der 18. Dynastie. Diese auch Neues Reich genannte Epoche dauerte von circa 1550 bis 1070 vor Christus und markiert die bekannteste Epoche der Pharaonenzeit. Tutanchamuns Vater Echnaton galt als Revolutionär. Er hatte den traditionellen Polytheismus durch eine monotheistische Religion ersetzt und verfügt, dass nur noch der Sonnengott Aton verehrt wurde. Das brachte ihm den Titel „Ketzerpharao“ ein. Nach seinem Tod wurden alle Reformen rück-

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
Markus Brünner (Korrektorat, Veranstaltungen), mb;
E-Mail: m.brünner@zm-online.de

Layout/Bildbearbeitung:

Piotr R. Luba, lu; Caroline Götzger, cg; Kai Mehner, km

Verantwortlich im Sinne des Presserechtes:

Egbert Maibach-Nagel

Mit anderen als redaktionseigenen Signalen oder mit Verfassername bezeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Gezeichnete Sonderbeilagen liegen außer halb 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. Schafrahn, 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. 52, gültig ab 1. 1. 2010.

Auflage Lt. IVW 4. Quartal 2009:

Druckauflage: 83 467 Ex.

Verbreitete Auflage: 82 360 Ex.

100. Jahrgang

ISSN 0341-8995

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 140

Septodont

Thermo-Gel für präzise Abformung



Racegel ist das neue Thermo-Gel von Septodont, das speziell dafür entwickelt wurde, die gingivalen Vorbereitungsmaßnahmen für eine präzise Abformung einfacher und für die Patienten angenehmer zu gestalten. Racegel zeigt einen Thermo-Gelbildungseffekt: Das Produkt ist bei Raumtemperatur (20 Grad Celsius) flüssig

und verwandelt sich zu einem festen Gel, wenn es mit Oralgewebe in Kontakt (35 Grad Celsius) kommt. Dadurch lässt sich ohne Druckausübung Platz im Sulkus schaffen und die Gingiva passiv abhalten. Das Gel lässt sich ohne Weglaufen oder Tropfen applizieren. Der Thermo-Gelbildungseffekt ist reversibel, Racegel wird beim Abspülen mit Wasser wieder flüssig.

Septodont GmbH
Felix-Wankel-Str. 9
53859 Niederkassel
Tel.: 0228 97126-0
Fax: 0228 97126-66
www.septodont.de
E-Mail: info@septodont.de

American Dental Systems

Optimales Preis-Leistungs-Verhältnis



Nach einem gelungenen Eingriff besteht die größte Sorge des Chirurgen und des Patienten darin, dass sich die frisch gesetzten Nähte während des Heilungsprozesses lösen. Deshalb lieber auf Nummer sicher gehen: Die neue Generation des chirurgischen Nahtmaterials aus PTFE (Polytetrafluorethylen) verfügt über besondere Handhabungs- und Leistungseigenschaften. Es besteht aus einer hochporösen Mikrostruktur, die etwa 35 Volumenprozent Luft enthält. PTFE resorbiert nicht, ist biologisch inert und chemisch rückwirkungsfrei. Durch die monofile Beschaffenheit der Nähte wird die bakterielle Dochtwirkung von vornherein ausgeschlossen. Selbst bei einer vorhandenen Infektion wird das Nahtmaterial nicht abgebaut.

American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Straße 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 08106 300-300
Fax: 08106 300-310
www.ADSsystems.de
E-Mail: info@ADSystems.de

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

DMG

Innovationspreis für Icon

Deutschlands Zahnärzte haben die innovativsten zahnmedizinischen Neuheiten 2009 gewählt – und mit großem Abstand Icon zum Gewinner in der Kategorie „Materialien und Instrumente“ gekürt. Mit dem in Deutschland entwickelten Produkt kann Karies frühzeitig gestoppt werden, ohne dass gesunde Zahnschicht unnötig geopfert wird oder der Zahnarzt zum Bohrer greifen muss. Knapp 23 Prozent aller Stimmen gingen an diese Neuentwicklung des Hamburger Herstellers DMG, dem als Erstplatziertem die Metallskulptur „Zahn der Zeit“ (Foto) verliehen wurde. „Dieser Innovationspreis ist von uns von besonderer Bedeutung, da es eine Auszeichnung durch diejenigen ist, die bei ihrer täglichen Arbeit mit



Icon zu tun haben“, freut sich DMG-Marketingleiter Ralf Luhmann.

DMG – Chemisch Pharmazeutische Fabrik GmbH
Elbgaustraße 248
22547 Hamburg
Tel.: 0800 3644262
(kostenfrei)
www.dmg-dental.com
E-Mail: info@dmg-dental.com

3M ESPE

Komplett digitalisierte Fertigungskette

Digital vom Abdruck bis zur Krone – so lautete das diesjährige Motto der Veranstaltung Digitale Dentale Technologien am 29. und 30. Januar 2010 in Hagen. Wen wundert es da, dass vor allem die Vorstellung der komplett digitalisierten Fertigungskette von 3M ESPE (Seefeld) auf größtes Interesse bei den rund 250

Teilnehmern stieß. Dr. Gerhard Kultermann (Head of Customer Information Center CIC bei 3M ESPE, Foto) stellte den Weg von der computergestützten Abformung (CAI) über CAD/CAM bis hin zur computergestützten Verblendung (CAV) nicht nur in seinem Vortrag, sondern auch in dem überaus gut besuchten Workshop vor. Publikumslieblinge waren Lava Chairside Oral Scanner C.O.S. und Lava Digitales Verblendsystem (DVS).



3M ESPE AG
ESPE Platz
82229 Seefeld
Tel.: 08152 700-0
Fax: 08152 700-1366
www.3mespe.de

DÜRR DENTAL**Sehr beliebt: VistaScan Mini Plus**

Die Speicherfolientechnologie hat sich in wenigen Jahren zu einem der führenden Verfahren im Bereich des digitalen Röntgens etabliert. Einmal mehr zeigt dies die große Nachfrage nach dem aktuellen System VistaScan Mini Plus von Dürr Dental. Erst seit kurzer Zeit lieferbar, stieg die Zahl der bereits ausgelieferten Systeme auf einen vierstelligen Wert.

Die schnelle Auslieferung des VistaScan Mini Plus macht deutlich: Hier verbinden sich Ingenieuleistung und Produktionsökonomie „Made in Germany“. Jedes einzelne System wird nach strengen Qualitätsmaßstäben



gefertigt und einer umfangreichen Prüfung unterzogen – inklusive Testaufnahmen und ihrer Bewertung durch Experten.

*DÜRR DENTAL AG
Frank Kiesele
Höpfigheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 07142 705-395
Fax: 07142 705-441
www.duerr.de
E-Mail: kiesele.f@duerr.de*

Dexcel**Erfolgreiche Patientenberatung**

Das Dental-Team der Dexcel Pharma GmbH veranstaltet 2010 erneut das Praxiscoaching „Patientenberatung nach Maß – So steigern Sie nachhaltig Ihren Privatleistungsanteil“. Zahnärzten und Praxisangestellten wird gezeigt, wie selbstverständlich ein Beratungsgespräch mit Patienten geführt wird. Mit klaren Argumentationsmustern zeigt Referent Frank Frenzel den Weg zu größerem wirtschaftlichen Erfolg in der Praxis auf – auch ohne Neupatienten.

Termine für das Praxis-Coaching: 21. April (Köln), 09. Juni (Berlin), 14. Juli (Stuttgart), 15. September (Frankfurt), 30. September (Erfurt), 27. Oktober (Duisburg),



24. November (München), jeweils ab 17 Uhr. Das Anmeldeformular gibt es bei Dexcel.

*Dexcel Pharma GmbH
Röntgenstr. 1
63755 Alzenau
FreeCall: 0800 2843742
www.periochip.de
E-Mail: service@periochip.de*

Tokuyama

Stark auch unter Druck

Durch die gezielte Kombination aus sphärischen Supra-Nano-Füllstoffen mit 0,2 µm und unre-



gelmäßig geformten Füllstoffen von bis zu 3 µm hält Estelite Posterior Quick jedem Druck im Seitenzahnbereich stand. Eine Biegebruchfestigkeit von 209 MPa und eine Druckfestigkeit von 443 MPa sind physikalische Werte, die ihresgleichen unter Kompositfüllungsmaterialien su-

chen. Diese Eigenschaften lassen das Estelite Posterior Quick von Tokuyama Dental zu einem verlässlichen Partner für posteriore Füllungen werden. Estelite Posterior Quick überzeugt mit der Kombination seiner runden Füllstoffe, die die Basis für den Chamäleon-effekt bilden, mit unregelmäßig geformten Füllstoffen, die die Basis für die hochwertigen physikalischen Eigenschaften bilden.

Tokuyama Dental Deutschland GmbH
Siemensstr. 46
48341 Altenberge
www.tokuyama-dental.de
E-Mail: info@tokuyama-dental.de

Stiftung Innovative Zahnmedizin

Zwei Awards ausgeschrieben



Die Stiftung Innovative Zahnmedizin vergibt in diesem Jahr erstmals den Dental Innovation Award. Er ist insgesamt mit 10 000 Euro dotiert.

Ausgeschrieben sind zwei Preise. Einer wird vergeben für die Fall-darstellung eines innovativen non- und mikroinvasiven Karies-managements, das sich an minimal-intervenierenden Grundsätzen orientiert. Das bedeutet neben der substanzschonenden auch eine am Kariesrisiko des Patienten ausgerichtete Betreuung.

An der Ausschreibung dafür können angehende und approbierte Ärzte und Zahnärzte aus Praxis, Universität und

öffentlichem Gesundheitswesen teilnehmen. Der zweite Preis prämiiert innovative Praxiskonzepte, die sich an minimal-intervenierenden, wissenschaftlich basierten Grundsätzen orientieren. Bewerben können sich approbierte Ärzte und Zahnärzte aus der Praxis.

Detlev Salz
Stiftungsbüro Hamburg
Elbgaustraße 248
22547 Hamburg
Tel.: 040 63945223
Fax: 040 63945222
www.stiftung-izm.com

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Loser

Totalprothesen-Fixierung mit Atlas

Jeder Behandler kennt die tägliche Herausforderung: dauerhaft stabil sitzender Zahnersatz für Totalprothesenträger. Die Lebensqualität dieser Patienten ist oft signifikant eingeschränkt. Loser bietet hier eine einfache, komfor-



table und preiswerte Lösung: die Dentatus Atlas Kugelkopf-Implantate. Sie ermöglichen das Abstützen und Fixieren von Unterkiefer-Prothesen in nur einer Sitzung. Atlas Implantate werden transgingival, ohne die sonst üblichen aufwendigen chirurgischen Behandlungsschritte, platziert. Aufgrund der großen Nachfrage zu diesem Thema finden 2010 weitere Halbtageskurse statt. Termine bietet Loser & Co für das ganze Jahr in verschiedenen Orten wie etwa Karlsruhe, Berlin, Hildesheim, Rostock und vielen anderen an.

Loser & Co GmbH
Benzstr. 1c
51381 Leverkusen
Tel.: 02171 706670
Fax: 02171 706666
www.loser.de
E-Mail: info@loser.de

Zimmer Dental

Zimmer-Implantologie-Tage 2010

Vom 6. bis 8. Mai lädt Zimmer Dental zu den 5. Zimmer-Implantologie-Tagen nach Düsseldorf ein. Unter dem Motto „Wissen. Vertrauen. Zukunft.“ steht die Qualität der Kundenbeziehung als Erfolgskriterium für die zahnärztliche Praxis im Vordergrund. Über Erwartungen, Ziele und Zukunftsperspektiven in der dentalen Implantologie sprechen renommierte Referenten, zum Beispiel Dr. Henry Salama und Prof. Dr. Hannes Wachtel. Der mehrfache Olympiasieger im Schwimmen, Dr. Michael Groß, geht der Frage nach, inwiefern Motivation die Basis für eine erfolgreiche Zukunft ist. Schließlich bieten die Pre-Kongress-Workshops am 6. und 7. Mai den Teilnehmern Anwendungs-



erfahrungen mit bewährten und neuen Zimmer-Produkten.

Zimmer Dental GmbH
Wentzinger Straße 23
79106 Freiburg
Tel.: 0761 15647-0
Fax: 0761 15647-490
www.zimmerdental.de/5_zit
Email: info@zimmerdental.de

DAISY

Premium Partner des DZÄT bis 2013

Für die Deutschen Zahnärzte-tage 2010 bis 2013 ist ein „Netzwerk der Kompetenzen“ geschaffen worden. Zehn Unternehmen gehören zu den exklusiven Premium-Partnern, die sich zusammengetan haben, um ihr Know-how in unterschiedlichen Marktsegmenten zu bündeln. Die DAISY Akademie + Verlag GmbH stellt ab Januar 2010 drei Jahre lang ihre Kernkompetenz im Honorar- und Abrechnungsmanagement innerhalb der Partnerschaft unter Beweis.

Im Gegenzug ist der Heidelberger Abrechnungsspezialist in alle Marketingaktivitäten des Deutschen Zahnärztes eingebunden. „Wir sind stolz darauf, Teil dieses Netzwerks zu sein und zahnmedizinische Entwicklungen künftig aktiv mit gestalten zu können“, so DAISY-Geschäftsführer Dr. Gerhard Brodmann.

DAISY Akademie + Verlag GmbH
Lilienthalstraße 19
69214 Eppelheim
Tel.: 06221 4067-0
Fax: 06221 4027-00
www.daisy.de
E-Mail: info@daisy.de

DENTAID

Antibakterielle Wirkung bestätigt

VITIS gingival Zahnpasta und Mundspülung enthalten als antibakterielle Substanz Cetylpyridi-

Dass VITIS gingival Mundspülung effektiv Plaque hemmt, zeigt eine Studie von V. García

von der Universität Madrid (García, V. et. al.: Plaque Inhibitory Effect of a 0,05% Cetyl-Pyridinium Chloride Mouthrinse, Präsentation IADR, London, 2008).

Wichtig für Prophylaxeshops:

VITIS gingival gibt es nicht in Droge-

rie- oder Supermärkten, sondern nur in Apotheken. Während im Ausland CPC zur Hemmung von Plaque und zum Schutz vor Gingivitis viel von Zahnärzten eingesetzt wird, findet es hierzulande eher gegen Halsschmerzen Verwendung.

rie- oder Supermärkten, sondern nur in Apotheken.

DENTAID GmbH
Innstraße 34
68199 Mannheim
Tel.: 0621 842597-28
Fax: 0621 842597-29
www.dentaid.de
E-Mail: service@dentaid.de



■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Coselle Cosmetic

Werbung mit Lippenpflegestift

Wie können Zahnärzte Ihre Patienten verwöhnen? Vor allem, wenn die Patienten über einen längeren Behandlungszeitraum ausgetrocknete Lippen haben. Etwas Creme darauf, ist das ausreichend? Das ideale und wirkungsvolle Präsent in der Zahnarztpraxis ist der Lippen-



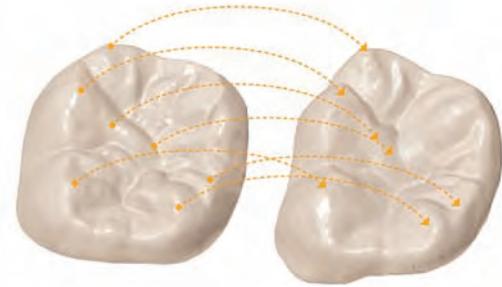
pflegestift mit eigener Werbung. Der Lippenpflegestift kann jeder Patient, ob Frau, Mann oder Kind, gut gebrauchen. Vor allem direkt nach der Behandlung. Aber er nutzt ihn auch gerne zuhause, beim Skifahren, beim Sport – ausgetrocknete Lippen haben viele Menschen. Das beweisen auch die großen Mengen, die jährlich in Apotheken verkauft werden. Als Werbemittel ist ein Lippenpflegestift ideal, da er ringsum bedruckt werden kann.

Coselle Cosmetic GmbH
Holzhofstraße 26
82362 Weilheim
Tel.: 0881 92785-60
Fax: 0881 92785-62
www.coselle.de
E-Mail:
coselle-cosmetic@t-online.de

Sirona

CEREC-Software: Zähne nach Maß

Eine neue CEREC-Software von Sirona rekonstruiert die ursprüngliche Kaufläche individuell und naturgetreu nach der Formel für den genetischen Bauplan von Morphologie und Okklusion. Gemeinsam mit Prof. Dr. Albert Mehl (Universität Zürich) und Prof. Dr. Volker Blanz (Universität Siegen) wurde die neue CEREC 3D-Software V 3.80 entwickelt. Sie ermöglicht die Rekonstruktion selbst vollständig zerstörter Okklusalfächen. Dabei kann das Programm anhand der Merkmale eines einzigen intakten Zahns des Patienten auf die natürlich angelegte Gestalt anderer Zähne schließen.



Diese „biogenerische Kauflächen-gestaltung“ funktioniert bei sämtlichen Einzelzahn-Restaurationen und anatomischen Brücken. Dieses Verfahren ersetzt in der CEREC-Software das Konstruktionsverfahren „Zahndatenbank“.

Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstr. 31, 64625 Bensheim
Tel.: 06251 16-0, Fax: -2591
www.sirona.de
E-Mail: contact@sirona.de

TGA

Neuer Unternehmenssitz in Hüttenberg

Die TGA GmbH, ein deutscher Hersteller dentaler Behandlungseinheiten, hat den Sitz seiner Unternehmenszentrale von Linden nach Hüttenberg verlegt. Dort

tausend Quadratmeter bebaut. Die Gebäude wurden zukunftsfähig und nach dem neuesten Stand der Gebäudetechnik ausgerüstet. Der neue Standort Hüttenberg erfüllt mit seiner guten Verkehrsanbindung und den guten Erweiterungsmöglichkeiten für zukünftiges Wachstum alle Anforderungen. Darüber hinaus hat TGA auch in neue Fertigungstechnologien und Kapazitätserweiterungen zur Stärkung der Dentaltechnik investiert.



hat TGA in ein Verwaltungsgebäude mit angrenzendem Ausstellungszentrum sowie in eine neue Produktionsstätte investiert. Insgesamt wurden mehrere

TGA GmbH
Heidestraße 2
35625 Hüttenberg
Tel.: 06441 67908-0
Fax: 06441 67908-21
E-Mail: info@tga-gmbh.com
www.tga-gmbh.com

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

VOCO

Grandio Flow in der neuen NDT-Spritze



Grandio zählt aufgrund seiner besonderen Materialeigenschaften, universellen Anwendbarkeit und einfachen Handhabung zu den international erfolgreichsten Füllungsmaterialien. Mit diesem Nano-Hybrid-Composite von VOCO gelingt die lückenlose und langlebige Versorgung aller Kavitätenklassen. Grandio eignet sich dank vielseitiger Qualitäten und innovativer Erweiterungen der Produktpalette für verschiedene Indikationen im Praxisalltag. So gibt es speziell für minimalinvasi-

ve Füllungen wie etwa Tunnelpräparationen das fließfähige Grandio Flow, das neuerdings auch in der nachlauffreien, nicht-tropfenden NDT-Spritze erhältlich ist. Das bedeutet nicht nur sicheres und hygienisches, sondern auch wirtschaftliches Arbeiten.

VOCO GmbH
Anton-Flettner-Str. 1-3
27457 Cuxhaven
Tel.: 04721 719-0
Fax: 04721 719-109
www.voco.de
E-Mail: info@voco.de

Saniswiss

Allergiefreie Flächendesinfektion



In Zusammenarbeit mit einem Schweizer Biotechnologielabor hat Saniswiss aus Genf einen umweltfreundlichen Desinfektionsreiniger entwickelt. Durch die Verwendung von Wasser und Wasserderivaten ist der biosanitizer in der Anwendung für das gesamte Praxisteam allergiefrei,

sicher und umweltfreundlich. Biosanitizer fällt nicht unter die Gefahrstoffe wie alle anderen klassischen chemischen Desinfektionsmittel.

Biosanitizer „stretch-wipes“ reißen nicht ab und bleiben viel länger nass. Die biosanitizer „stretch-wipes“ reinigen und desinfizieren gleichzeitig, und es können Flächen bis zu vier Quadratmeter, also circa fünfmal mehr als bei herkömmlichen Tüchern, gereinigt und gleichzeitig desinfiziert werden.

Saniswiss AG
ch. des tulpiers 19
CH-1208 Genf
Tel.: +41 22 7187575
Fax: +41 22 7187576
www.saniswiss.de
E-Mail: info@saniswiss.de

EVIDENT

Neuer Firmensitz in Bad Kreuznach

Neuer Meilenstein in der mehr als 30-jährigen Firmengeschichte der EVIDENT GmbH: Zum ersten Mal bezieht das Dentalsoftwarehaus im



Stadtgebiet von Bad Kreuznach ein eigenes Gebäude. Das stetige Wachstum der vergangenen Jahre hatte schon vor geraumer Zeit zu massiven Kapazitätsproblemen am alten Standort in Bingen geführt und der Softwarespezialist suchte aus diesem Grund schon länger eine geräumigere Bleibe. Da in Bingen nichts Bedarfsgerechtes zu finden war, ist das Unternehmen Mitte Januar nach Bad Kreuznach gezogen.

Eine Anfahrtsskizze zum neuen Firmensitz steht online unter www.evident.de und dort unter EVIDENT, Wegbeschreibung. Wer ein Navigationssystem benutzt, gibt „Alzeyer Straße 23“ ein, da die Adresse ganz neu ist.

EVIDENT GmbH
Eberhard-Anheuser-Str. 3
55543 Bad Kreuznach
Tel: 0671 2179-0
Fax: 0671 2179-100
www.evident.de
E-Mail: info@evident.de

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Unilever

Signal Kids Zahnpflege spendet

Signal Kids Zahnpflege aus dem Hause Unilever möchte kleinen Kindern den Krankenhausaufenthalt erleichtern und spendet 20000 Spieldecken mit Motiven von Prinzessin Lillifee und Felix dem Hasen sowie Produkte von Signal Kids an Kinderkrankenhäuser und Notfallambulanzen. Signal Kids-Patin Caroline Beil (Foto, r.) verteilt vor Kurzem die ersten „Trostdecken“-Sets im Kinderkrankenhause Hamburg-Altona. Die kleinen Patienten nahmen begeistert die kuscheligen Spieldecken entgegen. „Als Mutter weiß ich, wie schwierig es manchmal für kleine Kinder ist, sich an eine fremde Umgebung



zu gewöhnen, gerade wenn es sich um ein Krankenhaus handelt. Da ist so ein „Trostdecken“-Set eine große Hilfe“, sagt Schauspielerin Caroline Beil.

Unilever Deutschland GmbH
Strandkai 1, 20457 Hamburg
Tel.: 040 3493-0
Fax: 040 354742
ud.verbraucherservice@unilever.com
www.signal-zahnpflege.de

Dentaurum

Internetkurs für Praxen und Labore

In der Zahnarztpraxis oder im Dentallabor kann mithilfe der Internettechnologie der Alltag vereinfacht werden. Die Dentaurum-Gruppe bietet zu diesem Thema einen Kurs an, der Möglichkeiten aufzeigt, wie das Medium Internet optimal genutzt werden kann. Sowohl die Vorteile des Internets in der Kommunikation und Informationsbereitstellung (Praxis-Homepage), als auch in der Bestellabwicklung sind ausschlaggebende Merkmale für eine effiziente Organisation in Zahnarztpraxen oder Labors. Vielfältige, online zur Verfügung gestellte, kostenlose Zusatzfunktionen im Internet erleichtern den Arbeitsalltag für Zahnarzt und Team. Der Kurs



findet am Freitag, 23. April, und am Freitag, 15. Oktober, jeweils von 9 Uhr bis 17 Uhr statt.

Dentaurum GmbH & Co. KG
Centrum Dentale Kommunikation
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 07231 803-470
Fax gebührenfrei (in Deutschland): 0800 4142434
www.dentaurum.de
E-Mail: kurse@dentaurum.de

Heraeus

Fließfähiges Nano-Hybrid Komposit

Mit dem neuen Venus Diamond Flow bringt Heraeus ein fließfähiges Nano-Hybrid Komposit auf den Markt, mit dem Zahnärzte hochästhetische und langlebige Restaurationen herstellen können. Venus Diamond Flow weist optimale Verarbeitungseigenschaften sowie eine hohe Röntgenopazität auf und passt sich dank seiner innovativen chemischen Formel farblich hervorragend an die umgebende Zahnhartsubstanz an. Die fließfähige Konsistenz macht Venus Diamond Flow zu einem vielfältig einsetzbaren Komposit für die einfache und sichere Herstellung von minimalinvasiven



Restaurationen. Venus Diamond Flow ist in PLTs und Spritzen in jeweils zwölf verschiedenen Farben erhältlich: eine opake Dentinmasse, acht Universalfarben, eine Inzisalfarbe sowie ein weiß-opaker Baseline und eine Bleachfarbe.

Heraeus Kulzer GmbH
Grüner Weg 11
63450 Hanau
Tel.: 0800 43712258
www.heraeus-dental.com
E-Mail: info.dent@heraeus.com

Philips

Umgang mit Elektro-Zahnbürste zeigen

Beim vierten Philips-Experten-gespräch herrschte Einigkeit unter den Teilnehmern (Foto): Der Parodontale Screening Index (PSI) bildet ein praxisnahes Tool zur Beurteilung des PA-Zustands. Um die Volkskrankheit Parodontitis in den Griff zu bekommen, ist die professionelle Prophylaxe in der Praxis der erste und eine effiziente häusliche

Mundhygiene der zweite Standard. Für die häusliche Mundhygiene stellen elektrische Zahnbürsten kein Dogma dar, so ein Ergebnis des Expertengesprächs. Wenngleich sie in Studien mehrfach ihre Überlegenheit gegenüber Handzahnbürsten zeigen konnten, leisten sie nicht automatisch ein effektiveres Plaque-Biofilm-Management.

Der richtige Umgang mit der elektrischen Zahnbürste muss dem Anwender beigebracht werden.

Philips GmbH
Lübeckertordamm 5
20099 Hamburg
Tel.: 040 2899 - 0
www.philips.de



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 6. 4. 2010 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:

- 3M ESPE** – Komplett digitalisierte Fertigungskette (S. 134)
- American Dental Systems** – Preis und Leistung stimmen (S. 134)
- Coselle Cosmetics** – Werbung mit Lippenpflegestift (S. 138)
- DAISY** – Premium Partner des DZÄT bis 2013 (S. 137)
- DENTAID** – Antibakterielle Wirkung bestätigt (S. 137)
- Dentaurum** – Internetkurs für Praxen und Labore (S. 139)
- Dexcel** – Erfolgreiche Patientenberatung (S. 135)
- DMG** – Innovationspreis für Icon (S. 134)
- DÜRR DENTAL** – Sehr beliebt: VistaScan Mini Plus (S. 135)
- EVIDENT** – Neuer Firmensitz in Bad Kreuznach (S. 139)
- Heraeus** – Fließfähiges Nano-Hybrid Komposit (S. 140)
- Losser** – Totalprothesen-Fixierung mit Atlas (S. 136)
- Philips** – Umgang mit Elektro-Zahnbürste zeigen (S. 140)
- Saniswiss** – Allergiefreie Flächendesinfektion (S. 139)
- Septodont** – Thermo-Gel für präzise Abformung (S. 134)
- Sirona** – CEREC-Software: Zähne nach Maß (S. 138)
- Stiftung Innovative Zahnmedizin** – Awards ausgelobt (S. 136)
- TGA** – Neuer Unternehmenssitz in Hüttenberg (S. 138)
- Tokuyama** – Stark auch unter Druck (S. 136)
- Unilever** – Signal Kids Zahnpflege spendet (S. 139)
- VOCO** – Grandio Flow in der neuen NDT-Spritze (S. 138)
- Zimmer Dental** – Zimmer-Implantologie-Tage 2010 (S. 136)

- 3M Espe AG**
Seite 59 und 61
- ALPRO Medical GmbH**
Seite 107
- American Dental Systems GmbH**
Seite 5
- Bai Edelmetalle AG**
Seite 137
- BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG**
Seite 27
- Beycodent Beyer + Co GmbH**
Seite 19
- Brasseler GmbH & Co.KG**
2. Umschlagseite
- Champions-Implants GmbH**
Seite 21
- Coltène/Whaledent GmbH & Co.KG**
Seite 65
- Dentaid GmbH**
Seite 91
- Dental Magazin**
Seite 129
- dentaltrade GmbH & Co. KG**
Seite 9
- Dentaurum Implants GmbH**
Seite 105
- Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Versandbuchhandlung**
Seite 115
- Dexcel Pharma GmbH**
Seite 13
- DGI GmbH**
Seite 81
- DGP e.V.**
Seite 135
- DGZI Deutsche Gesellschaft für Zahnärztl. Implantologie e.V.**
Seite 113
- Doctorseyes GmbH**
Seite 78
- Dürr Dental AG**
Seite 7
- Dux Dental BV**
Seite 69
- E.U. Verlagsgesellschaft mbH**
Seite 137
- DKV AG**
Seite 55
- Euronda Deutschland GmbH**
Seite 119
- EVIDENT GmbH**
Seite 97
- Gaba GmbH**
Seite 35
- GC Germany GmbH**
Seite 109
- Girardelli Dental-Medizinische Produkte**
Seite 127
- GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG**
Seite 57
- Heraeus Kulzer GmbH**
Seite 33
- Hu-Friedy**
Seite 125
- ic med EDV-Systemlösungen für die Medizin GmbH**
Seite 49
- IMEX Dental + Technik GmbH**
Seite 17
- IMTEC EUROPE GmbH**
Seite 37
- Ivoclar Vivadent GmbH**
Seite 75
- J. Morita Europe GmbH**
Seite 77
- KaVo Dental GmbH**
Seite 25
- Kettenbach GmbH & Co. KG**
Seite 47
- Keystone Dental GmbH**
Seite 111
- Korte Rechtsanwälte**
Seite 137
- Kuraray Europe GmbH**
Seite 87
- lege artis Pharma GmbH & Co. KG**
Seite 53
- Medentis Medical GmbH**
Seite 85
- MIB GmbH**
Seite 71
- Miele & Cie KG**
Seite 95
- Multivox Petersen GmbH**
Seite 79
- Nobel Biocare Holding AG**
3. Umschlagseite
- Permidental Zahnersatz**
4. Umschlagseite
- Philips GmbH**
Seite 63
- R-dental Dentalerzeugnisse GmbH**
Seite 67
- Semperdent Dentalhandel GmbH**
Seite 45
- Septodont Holding**
Seite 39
- SIRONA Dental Systems GmbH**
Seite 41
- solutio GmbH**
Seite 89
- Southern Dental Industr. GmbH**
Seite 51
- Spectator Dentistry**
Seite 121
- Steinbeis-Transfer-Institut Management of Dental and Oral Medicine**
Seite 15
- Sun Dental Laboratories GmbH**
Seite 73
- teamwork media Verlags GmbH**
Seite 117
- Tri Hawk S.A.**
Seite 103
- Trinon Titanium GmbH**
Seite 123
- Triodent (UK) Limited**
Seite 83
- Vita Zahnfabrik H.Rauter GmbH & Co.KG**
Seite 23
- Voco GmbH**
Seite 93
- W & H Deutschland GmbH**
Seite 99
- WhiteSmile GmbH**
Seite 11
- Zimmer Dental GmbH**
Seite 43
- 2-seitiger Einhefter**
Cumdente Ges. für Dentalprodukte mbH
zw. Seite 48 und 49
- Vollbeilagen**
Acteon Germany GmbH
Georg Thieme Verlag KG
Maserati Vertrieb Deutschland
Ferrari Deutschland GmbH
mectron Deutschland Vertriebs GmbH
NSK Europe GmbH
Simpex-Objekt
- Teilbeilage in PLZ 4 + 5**
Super-dental GmbH

Bundesverfassungsgericht

Vorratsdatenspeicherung ist gegen das Gesetz

Die Vorschriften zur Vorratsdatenspeicherung verstoßen gegen das Grundgesetz. Aber: Eine solche Speicherung ist nicht generell unzulässig. Das hat das Bundesverfassungsgericht entschieden. Die Speicherung sei künftig nur unter strengen Auflagen zulässig, bisher gespeicherte Daten müssen unverzüglich gelöscht werden, verkündete Gerichtspräsident Papier. Die Telekommunikationsfirmen waren bisher dazu verpflichtet, aufgrund einer EU-Richtlinie die Daten von Telefon-, E-Mail- und Internetverbindungen aller Bürger ohne konkreten Anlass sechs Monate lang zu speichern. Diese Vorschriften gewährleisteten aber weder „eine hinreichende Datensicherheit noch eine hinreichende Begrenzung der Verwendungszwecke der Daten“. Darüber hinaus genügten sie nicht den „verfassungsrechtlichen Transparenz- und Rechtsschutzanforderungen“. Es handele sich bei der anlasslosen Speicherung um

einen besonders schweren Eingriff „mit einer Streubreite, wie sie die Rechtsordnung bisher nicht kennt“. Die Vorratsdatenspeicherung sei geeignet, „ein diffus bedrohliches Gefühl des Beobachtetseins hervorzurufen“, zitiert die „FAZ“ aus dem Urteil. Auch wenn die Inhalte nicht gespeichert würden, berichtet die „FAZ“ mit Bezug auf das Urteil, ließen sich aus den Daten „bis in den Intim-



Foto: MEV

bereich reichende inhaltliche Rückschlüsse ziehen“. Nur bei dem Verdacht einer schwerwiegenden Straftat oder etwa einer konkreten Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit einer Person oder für den Bestand oder die Sicherheit des Bundes oder eines Landes sei demnach die Vorratsdatenspeicherung zulässig. ck

Neue QS-Richtlinie des G-BA

BÄK zeigt sich enttäuscht

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sei enttäuschend. Obwohl die geplante Neuregelung bei den inzwischen dreijährigen Beratungen umfassend beleuchtet wurde, biete der Beschluss kaum Licht, aber viel Schatten. Viele Fragen seien nach wie vor offen, kritisierte Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin und Vorsitzender der Qualitäts-

sicherungsgremien der Bundesärztekammer, die jüngste Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Das Gremium hatte am 18. Februar 2010 die Richtlinie zur Qualitätssicherung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V beschlossen. Das Regelwerk soll die Grundlage für eine künftig sektorenübergreifende Qualitätssicherung bilden. Zwar sei erreicht worden, dass die bestehenden Landesgesundheitsstellen Qualitätssicherung,

Kommentar

Anleitung zum Abhören

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in Karlsruhe hat die Vorratsdatenspeicherung gekippt: In Deutschland dürfen vorerst keine Telefon- und Internetdaten mehr massenhaft gespeichert werden, ohne dass ein konkreter Verdacht vorliegt. Das bisherige Gesetz sei verfassungswidrig, weil es gegen das Telekommunikationsgeheimnis verstößt.

Dennoch gibt das Urteil nicht Anlass zu grenzenloser Freude:

Die Ausführungen der Richter lesen sich nämlich in Teilen wie eine detaillierte Anleitung an den Gesetzgeber zu einer analogen neuen Regelung: Auch

extrem die Grundrechte beschneidende Maßnahmen hält Gerichtspräsident Hans-Jürgen Papier danach für die Strafverfolgung und Gefahrenabwehr für machbar, solange sie gut begründet und eng begrenzt sind. Das bedeutet, Ärzte und Patienten laufen weiterhin Gefahr, das Ziel staatlicher Lauschangriffe zu werden. Abhörverbote und die ärztliche Schweigepflicht sind jedoch die Garanten für das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient und damit unanfechtbare Säulen ärztlicher Berufsausübung – sie dürfen nicht angetastet werden.

Claudia Kluckhuhn

Krankenkassenmanagement

Söder will Gehälter begrenzen

Bayerns Gesundheitsminister Markus Söder (CSU) will die bis zu 300 000 Euro hohen Gehälter der Kassenchefs eindämmen. „Angesichts der Diskussion um Zusatzbeiträge sollten wir darüber sprechen, ob die Vergütung von Kassenvorständen nicht zu hoch ist“, sagte Söder.

„Bei Banken werden Boni auch zu Recht infrage gestellt“, sagte er der „Bild am Sonntag“. Das Bundesgesundheitsministerium solle schärfere Vorschriften zu den Gehältern der Kassenvorstände machen. Gehaltserhöhungen müssten genehmigt werden. ck/dpa

die zum Beispiel den strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern durchführen, ihre Arbeit aller Voraussicht nach fortsetzen können. Dies könne jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Neuregelung insgesamt von Zentralismus geprägt sei. Offensichtlich seien dem G-BA reine Bundesverfahren, die zukünftig das AQUA-Institut abwickeln solle, wichtiger als sogenannte länderbezogene Verfahren, die teilweise nur noch fakultativ vor-

genommen würden, bei nicht geregelter Finanzierung, so Jonitz. Unklar sei zudem die Organisation des Datenflusses und Datenschutzes sowie generell die Zukunft der Qualitätssicherung unter dem Dach des G-BA. Damit der Beschluss in Kraft treten könne, müssten die offenen Fragen beantwortet werden. Angesichts des bis heute andauernden Streits zwischen den verschiedenen Banken des G-BA dürfte dies allerdings dauern. pr/pm

Elektronische Gesundheitskarte**Mediziner für Online-Anbindung auf freiwilliger Basis**

Der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Günther E. Buchholz hat Meldungen zurückgewiesen, die Organisationen der Ärzte und Zahnärzte hätten der verpflichtenden Online-Anbindung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zugestimmt. „Die KZBV lehnt es nach wie vor ab, Praxen auf einen Online-Zugang zu verpflichten“, betonte Buchholz. „Für uns ist Freiwilligkeit weiterhin ein elementarer Punkt.“ Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler habe in dem Gespräch mit den Leistungsträgern aber keinen Zweifel daran gelassen, dass er einen verpflichtenden Online-Abgleich der Versichertenstammdaten durchsetzen wolle. Die Zahnärzteschaft habe daher im Rahmen eines Gesamtpakets gefordert, dass es auf jeden Fall

eine Möglichkeit geben müsse, den Online-Zugang wenigstens von der Praxisverwaltungssoftware abzutrennen, in der sich die medizinischen Daten der Patienten befinden. Nach diesem Modell würde lediglich das Kartenlesegerät zur Überprüfung der Versichertenstammdaten an das Netz angeschlossen, die sensiblen Patientendaten aber blieben vor einem Online-Zugriff geschützt. Laut Franz-Joseph Bartmann, dem Vorsitzenden des Ausschusses Telematik der Bundesärztekammer, zeigte sich Rösler offen gegenüber dem Vorschlag: „Richtig ist, dass Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler auf technische Lösungen hingewiesen hat, nach denen die Online-Prüfung und -Aktualisierung der



Foto: TK-Pressfoto

Versichertenstammdaten physikalisch getrennt vom Primärsystem erfolgen kann und die damit die Freiwilligkeit der Online-Anbindung von IT-Systemen in Arztpraxen ermöglichen“, zitiert das „Deutsche Ärzteblatt“ Bartmann.

„Beim Aufbau der Telematikinfrastruktur zum Austausch von medizinischen Daten haben die Sicherheit der Daten sowie Nutzen und Praktikabilität für die Anwender absolute Priorität“, so Rösler anlässlich der Eröffnung der TeleHealth, der Leitmesse für E-Health-Anwendungen im Rahmen der CeBIT in Hannover. „Wir gehen schrittweise vor und beginnen mit einer erweiterten und datenschutzrechtlich sicheren Krankenversichertenkarte. Dabei konzentrieren wir uns zunächst

auf ein modernes Versichertenstammdatenmanagement und die Notfalldaten.“ Gleichzeitig würde der Wunsch der im Gesundheitswesen Tätigen nach einer sicheren Kommunikationsinfrastruktur schnellstmöglich umgesetzt und dadurch beispielsweise der Austausch von Arztbriefen zwischen zwei Ärzten ermöglicht. Der Aufbau einer Telematikinfrastruktur werde gerade vor dem Hintergrund der zunehmenden Spezialisierung in der Medizin immer wichtiger. Das medizinische Personal sei auf einen zeitnahen Zugang zu den medizinisch relevanten Informationen angewiesen. Dieser schnelle Datenaustausch sei ohne Unterstützung von modernen Informations- und Kommunikationstechnologien nicht möglich, so Rösler. Der zurzeit in Nordrhein-Westfalen begonnene Basis-Rollout der elektronischen Gesundheitskarte könne weitergeführt und, wie von der Selbstverwaltung beschlossen, ausgeweitet werden, teilte das Ministerium mit. ck/DÄ/pm

Kreditklemme ohne apoBank**Investitionsprogramm gestartet**

Die apoBank macht gegen die Kreditklemme mobil: Das Institut legte hierzu ein Investitionsprogramm auf, bei dem (Zahn-)Ärzte, Apotheker und weitere Heilberufler 2010 Kredite von insgesamt zwei Milliarden Euro erhalten können. Mit dem Programm „PraxisZukunft“ soll insbesondere die Finanzierung von Existenzgründungen und Ersatzinvestitionen gefördert werden. Herbert Pfennig, Sprecher des Vorstands: „Wir machen aktuell die Erfahrung, dass die öffentliche Diskussion um eine Kreditklemme viele Bankkunden verunsichert und dadurch die Investitionsneigung reduziert.“ Der

dadurch entstandene Investitionsstau schade nicht nur unserer Volkswirtschaft, sondern belaste auch das Gesundheitswesen. Das Programm setze sich zum Ziel, die für die Gesellschaft so wichtigen Investitionsvorhaben im Gesundheitswesen zu stützen. Zudem solle es signalisieren, dass die apoBank auch 2010 benötigte Kredite gewähre. Im vergangenen Jahr hatte das Unternehmen nach Eigenangaben insgesamt 4,4 Milliarden Euro an Krediten ausgereicht. 2010 sei ein Kreditrahmen in gleichem Umfang vorgesehen. Knapp die Hälfte davon mache dabei das Investitionsprogramm aus. sg/pm

Berlin kontra Bayern**CSU kämpft mit sich selbst**

Die Berliner CSU-Abgeordneten sind ihren Parteichef Horst Seehofer und seine bayerische Staatsregierung hart angegangen. „Äußerungen von nicht zuständigen Politikern aus dem Süden des Landes sind störend“, sagte Landesgruppenchef Hans-Peter Friedrich. „Das Störfeuer muss eingestellt werden“, fügte er nach einem Bericht der „Financial Times Deutschland“ (FTD) mit Blick auf Interview-Äußerungen von CSU-Politikern zur geplanten Gesundheitsreform hin-

zu. Die CSU in Berlin stellt sich gegen die CSU in München und nimmt damit die Koalition vor Attacken von Parteifreunden aus Bayern in Schutz. Laut „FTD“ hatte der bayerische Gesundheitsminister Markus Söder die Koalition in Berlin mit der Äußerung provoziert, die Arbeit der Kommission sei „so gut wie erledigt, bevor sie angefangen hat“. Seehofer hatte zuvor sein Nein zur Kopfpauschale bekräftigt, worauf sich FDP-Generalsekretär Christian Lindner beschwerte. ck/pr

PKV und KVB

Pilotprojekt in Bayern

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) und der PKV-Verband starten ein gemeinsames Pilotprojekt, das „eine exzellente Qualität in der ambulanten Versorgung sichern soll“. Das teilten der KVB-Vorsitzende Dr. Axel Munte und Dr. Volker Leienbach, Direktor des PKV-Verbands, in Berlin mit. Wichtig sei bei dieser Vereinbarung, dass nur solche Qualitätsstandards in das Programm der KVB aufgenommen werden, die nicht Regelgegenstand in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, sondern darüber hinausgehen, verdeutlichte Leienbach. Die KVB hat nach eigenen Angaben erste Qualitätsvorhaben bereits im Jahr 2003 gestartet, um gesetzlich versicherten Patienten eine medi-

zinische Qualität, die über die gesetzlich vorgesehenen Mindestanforderungen hinausgeht, zu bieten. Ziel der Kooperation von KVB und PKV sei die Verknüpfung dieser gesicherten Versorgungsqualität mit einem speziellen Serviceversprechen im privatmedizinischen Bereich. „Ärzte, die an der „Ausgezeichneten Patientenversorgung“ teilnehmen, können gegenüber unserem Verband ein Serviceversprechen, wie beispielsweise kürzere Wartezeiten bei der Terminvergabe sowie im Wartezimmer, abgeben“, sagte Leienbach. „Darüber erhalten sie von der PKV ein Zertifikat. Mit dem Gütesiegel können sie durchaus auch Werbung für die eigene Praxis bei den Privatpatienten betreiben.“ ck/pm

Initiative DocStop für LKW-Fahrer

Engagierte Zahnärzte gesucht

Der Verein „DocStop für Europäer e.V.“ wurde zur besseren medizinischen unterwegsversorgung für alle Berufskraftfahrer auf den transeuropäischen Verkehrswegen gegründet. An allen Rasthöfen, die mit dem DocStop-Logo gekennzeichnet sind, können Berufskraftfahrer medizinische Hilfeleistungen anfordern (die zm berichteten). Ein Arzt oder Zahnarzt kann in unmittelbarer Nähe des Rasthofs den hilfesuchenden Fahrer als Patienten untersuchen und behandeln.

Zahlreiche Zahnärzte sind bereits beteiligt. Aktuell gesucht werden weitere Kollegen, die sich an der Initiative beteiligen wollen.

DocStop ist eine Serviceleistung ohne jede Verpflichtung. Eine bundesweite Befragung der Zielgruppe hatte ergeben, dass fast 85 Prozent der Berufskraftfahrer über eine mangelhafte medizinische Versorgung am Arbeitsplatz klagen. Um zu verhindern, dass durch Eigenmedikation und/oder das Fahren mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, schwere Verkehrsunfälle geschehen, wurde das humanitäre Projekt gegründet. pr

■ Mehr dazu unter www.docstoponline.eu



Großbritannien

Sterbehilfe neu diskutiert

In Großbritannien ist die Diskussion um Sterbehilfe neu entfacht. Anlass ist der Fall eines ehemaligen BBC-Journalisten, der in einer Fernsehsendung zugab, vor mehr als 20 Jahren seinen damaligen Lebenspartner in einem englischen Krankenhaus erstickt zu haben. Der Partner sei an AIDS erkrankt gewesen und habe „unerträgliche Schmerzen“ erlitten, so Journalist Ray Gosling. „Die behandelnden Ärzte sagten mir, sie könnten meinem Partner nicht mehr helfen. Daraufhin bat ich darum, mit meinem Mann für einige Minuten allein sein zu dürfen. Ich hielt ein Kopfkissen über seinen Kopf, bis er tot war. Als die Ärzte wieder ins Zimmer kamen, sagte ich, er sei eingeschlafen. Niemand sprach je wieder darüber.“ Inzwischen ermittelt die Polizei gegen Gosling. Erst kürzlich hatte der englische Schrift-



Foto: MEV

steller Martin Amis provokativ und öffentlichkeitswirksam die Einrichtung von „Euthanasiehäuschen“ für alte Menschen gefordert. Auch der Schriftsteller Terry Pratchett meldete sich zu Wort und verlangte öffentlich die Einrichtung von „Ausschüssen“, denen Sterbewillige ihren Fall zur Entscheidung vorlegen können. Die britische Regierung sieht dagegen „keinen Handlungsbedarf“ in Sachen Sterbehilfe. „Die Regelungen sind klar und besagen, dass aktive Sterbehilfe gesetzeswidrig ist“, so ein Sprecher des Londoner Gesundheitsministeriums gegenüber der „Ärzte Zeitung“. pr/ast

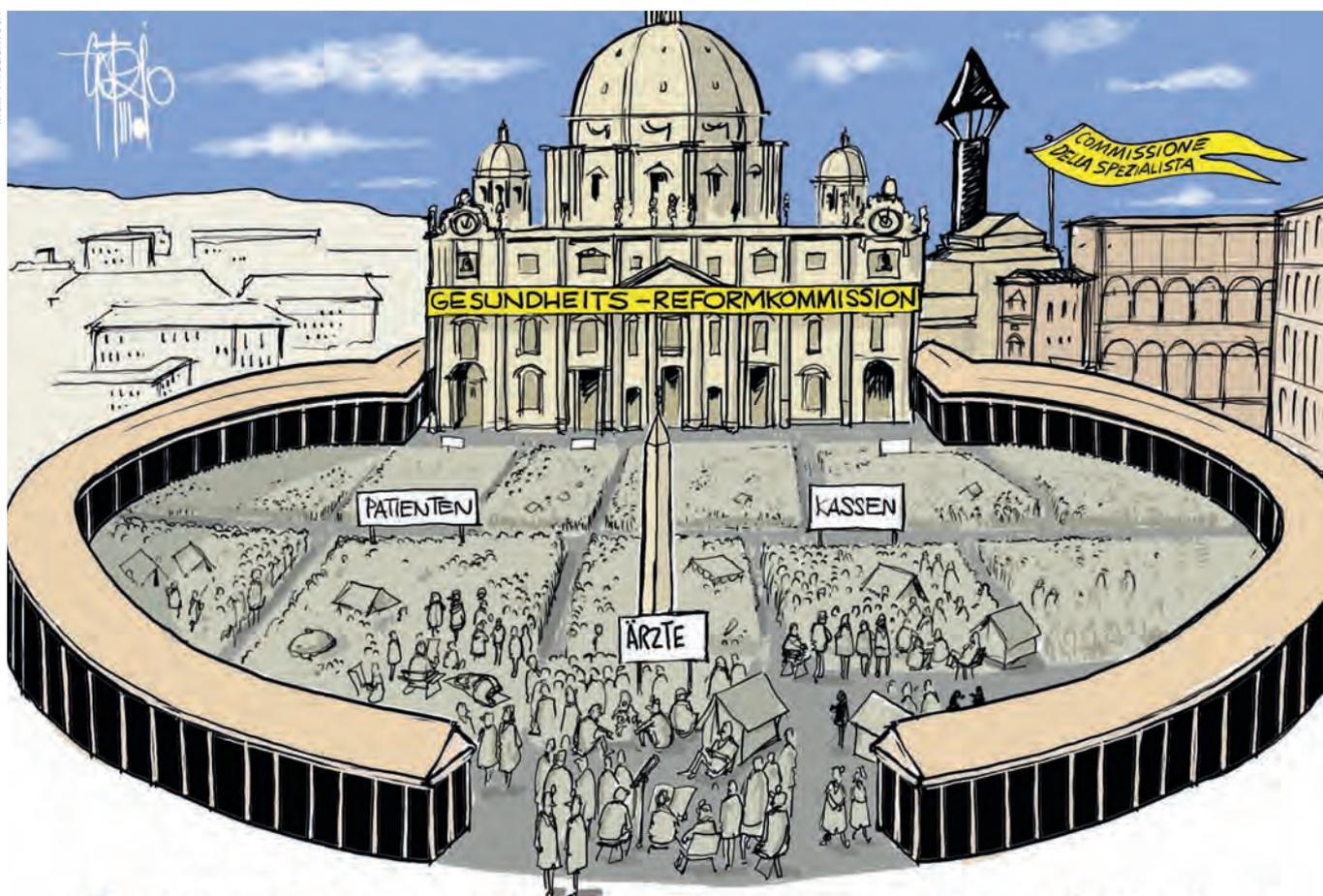
Britische Ärzte zur Gesundheitspolitik

Positives Urteil

Wie aus Meinungsumfragen unter britischen Ärzten hervorgeht, honorieren sie die deutlich gestiegenen Gesundheitsausgaben des Landes sowie die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Praxen.

Aktuelle Umfragen zeigen, dass drei von vier Medizinern die Gesundheitspolitik unter den Labour-Premierministern Tony Blair und Gordon Brown für gut befinden. Gespräche mit Ärzten des staatlichen Gesundheitsdienstes (National Health Service, NHS) ergaben zudem, dass die Ärzteschaft die Berufspolitik Labours ebenfalls positiv bewert-

et. So wurden tausende neue Arztstellen geschaffen. Das gelte sowohl für den Hausarztsektor als auch für die staatlichen Kliniken. Ein großes Plus: Die Wochenend- und Feiertagsvertretung für Hausärzte des NHS wurde neu geregelt, was für viele Ärzte eine verbesserte Lebensqualität brachte. So können sich NHS-Ärzte an Wochenenden und an gesetzlichen Feiertagen von oftmals aus dem europäischen Ausland eingeflogenen Ärzten vertreten lassen. Auch zahlreiche deutsche Ärzte übernehmen regelmäßig zwischen London und Liverpool Vertretungsdienste. sf/sg/ast



Warten auf schwarz-gelben Rauch – Habemus Gesundheitsreform

Frühchen mögen Mozart

Musik von Mozart lässt Frühchen ruhiger werden und schneller an Gewicht zunehmen. Schon bei 30 Minuten Musik am Tag entsteht dieser Effekt, haben Forscher aus Tel Aviv festgestellt. Bei den Untersuchungen zeigte sich, dass die Musik den Energieumsatz senkte. Ein hochwünschter Effekt, denn je niedriger der Energieumsatz, desto schneller nehmen Frühchen zu und desto stärker werden sie. Und umso früher können sie nach Hause zu ihren Eltern. Die israelischen Forscher können diese Ergebnisse nicht erklären, vermuten aber, dass die Mozart'sche Musik die Organisationszentren im Kortex stimulieren

könnte. In Israel soll nun auch der Effekt von anderer Musik auf die Entwicklung von Frühchen un-

tersucht werden. So könnte Rap-Musik zum Beispiel eventuell Ähnliches bewirken, denn auch

dieser Musikstil sei stark repetitiv, ähnlich den Kompositionen Mozarts. sg/ÄZ

Kolumne

Immer feste druff auf'n Kopp

Fast kann sie einem leidtun. Keiner will sie haben. Und alle haben dafür Gründe: Sie ist ungerecht, unsolidarisch, unmöglich, wahrscheinlich – so man sie näher kennen lernte – sogar unverschämt. Das ist so – basta, hätte es früher geheißt.

Seehofer, Söder, Gabriel und Nahles wissen, was sie tun. Sie malen den Teufel an die

Wand, die SPD macht dazu sogar eine Kampagne. Kopfpauschale heißt das Böse, das keiner, wirklich keiner aus Regierung und Opposition haben will. Keiner hat es bestellt, auch nicht via Koalitionsvertrag. Der wollte nur „einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge, die sozial ausgeglichen

■ *Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de*

werden“. Also weg mit dem Luder, am besten, bevor es jemand wirklich kennen lernt.

Dann kann die Kommission vielleicht endlich dem Philipp Rösler zuhören. Der will „einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge via Gesundheitsprämie – mit Sozialausgleich“. Da wäre dann vielleicht die Chance, dass Direktoren (und andere), die wohl privat versichert sind, via Steuerausgleich in den Solidartopf zahlen, pflichtversicherte Sekretärinnen ihre Prämie zahlen, und, wer nicht zahlen kann, auch weiterhin zum Doktor darf. Abwarten und zuhören meint

Ihr vollkommener Ernst