



Mundgesundheit

Trotz Handicap und hohem Alter

**Die Rolle der
Selbstmedikation**

**Parodontaltherapie
mit Antibiotika**



Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

die Rolle des „homo oeconomicus“ – zuletzt von Norbert Blüm dem zurückgetretenen Bundespräsidenten Horst Köhler zugeschrieben – hat im politischen Theater längst ins ernste Fach gewechselt: Nicht das Geld, vielmehr dessen Mangel regiert zunehmend Deutschlands „kleine Welt“. Sparen heißt das Gebot der Stunde. Es schreckt nicht nur einzelne Politiker auf, sondern inzwischen ganze Parteien.

Alles nur negativ? Es wäre nicht das erste Mal, dass zu Zeiten rigoroser Talfahrten Menschen bewusst wird, was man jenseits von Luxus und Genuss tatsächlich braucht. Es ist doch so: Wer die Sparstrümpfe anziehen muss, statt sie sich vollzustopfen, dem geraten die existenziellen Notwendigkeiten des Lebens wieder zentraler ins eigene Blickfeld. Soziale Absicherung, Gesundheit, Vorsorge fürs Alter werden zu Themen, die wieder mehr Gewicht bekommen als der Wunsch nach dem nächsten Satz Alufelgen. Vielleicht ist das der positive Ansatz für eine Zeit, die eher von der Angst vor finanziellem Niedergang geprägt ist.

■ Die zahnärztliche Betreuung von in ihrer Mobilität eingeschränkten älteren Menschen oder von Menschen mit Behinderungen, die heute in Modellprojekten oder in freiwilliger Maßnahme getragen wird, ist sehr aufwendig. Jetzt liegt ein Konzept vor, das den künftig noch wachsenden Herausforderungen in diesem Bereich gerecht werden kann.

Wer in die von Demografen vorgezeichnete Zukunft schaut, weiß um die Probleme, die unsere Gesellschaft zu erwarten hat. Deutschland muss vorsorgen, dass in seiner zunehmend alternden Bevölkerung Gesundheitsversorgung und Pflege von alten, kranken und behinderten Menschen weiterhin human geregelt werden können.

Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung haben gemeinsam mit zahnmedizinischer Wissenschaft jetzt ein Konzept entwickelt, das gerade für den vertragszahnärztlichen Bereich Lösungen zur Bewältigung der wachsenden Aufgaben in der Zahnheilkunde von alten Menschen oder Menschen mit Behinderungen anbietet.

Getragen von dem Grundsatz, dass die ebenso bemerkens- wie aner kennenswerte, aus freien Stücken übernommene Betreuung immobiler und pflegebedürftiger Menschen durch einzelne Zahnärzte das wachsende Problem auf Dauer nicht lösen kann, das aufwendige Besuche in Pflegeheimen oder bei privat zuhause gepflegten

abfordern, kommen hier systemisch durchdachte Ansätze zum Vorschlag, die den richtigen Umgang mit der Problematik ermöglichen. Bleibt zu hoffen, dass die Gesellschaft – allen voran die Politik – erkennt, welche Tragweite das neue zahnärztliche Angebot bereit hält.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: Landkreis Osnabrück-W. Bleileven, Titelfoto: Monkey Business – Fotolia

Mundgesundheit trotz Handicap und Alter? KZBV, BZÄK und Wissenschaft legen ein Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen vor.

Seite 42



Foto: Deutscher Ethikrat

Der Vorsitzende des Deutschen Ethikrates Prof. Edzard Schmidt-Jortzig eröffnete die 2. Jahrestagung mit 300 Gästen in Berlin.

Seite 30

Editorial

1

Zahnärztliche Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten: Gute Konditionen **28**

Leitartikel

Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorsitzender der KZBV, zur Linie Philipp Röslers

6

Gesundheit und Soziales

2. Jahrestagung Deutscher Ethikrat: Eine interaktive Aufgabe **30**

Nachrichten

8, 18

Röslers gesundheitspolitischer Plan: Die Entdeckung der Solidarität **34**

Gastkommentar

Prinzip Rasenmäher? Walter Kannengießer zur Sparpolitik der Regierung **16**

Studie von Ernst & Young: Kliniklandschaft im Umbruch **36**

Das aktuelle Thema

Sicherheit: Keine Chance für Trojaner **22**

Special Olympics 2010: Helden gesucht **38**

Politik und Beruf

Selbstmedikation: OTC als Wachstumsmarkt **24**

Aus den Ländern

Fortbildungswoche Westerland: Erhalten oder ziehen **40**

Titelstory

Alters- und Behindertenzahnheilkunde: Mundgesundheit trotz Alter und Handicap **42**

Zahnmedizin



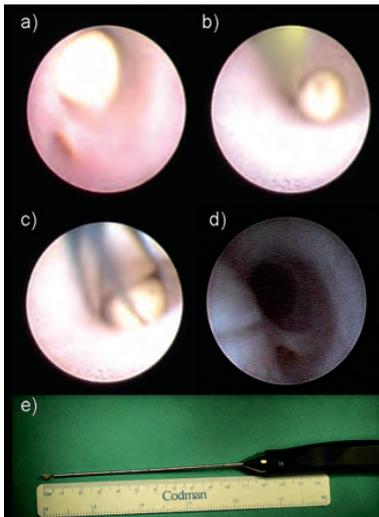
Der aktuelle klinische Fall: Verruköses Karzinom des Zungenrückens **50**

Dental Vademekum: Parodontale Therapie mit lokalen Antibiotika **54**

Salilithiasis: Therapie der obstruktiven Speicheldrüsenerkrankungen **64**

Medizin

Gerinnungsstörung: Ungewollt kinderlos durch Faktor-XIII-Mangel **72**



Speichelsteine und ihre Therapie

Seite 64



Einbrüche in Zahnarztpraxen nehmen immer mehr zu. Daher sind sichere Türen und Fenster sowie Alarmanlagen unabdingbar.

Seite 96



Papierberge waren vorgestern, das Büro von heute läuft papierlos. Wie der Zahnarzt sicher online abrechnet.

Seite 20

Akademisches		EDV und Technik	
Selbstverpflichtende Prinzipienethik: Patientenautonomie als Norm	74	100. Geburtstag Konrad Zuse: Herr der Rechenmaschinen	106
Nebenwirkungsformular	78	Impressum	109
Veranstaltungen	79	Historisches	
Praxismanagement		100. Todestag Robert Koch: Begründer der modernen Bakteriologie	110
Einbruchsicherung: Tatort Praxis	96	Bekanntmachungen	114
Finanzen		Letzte Nachrichten	157
Pharmaaktien: Mit neuen Rezepturen	100	Zu guter Letzt	160
Recht			
Urteile	104		





Foto: KZBV

Das richtige Augenmaß

seine Ziele nicht am Eingang des Ministeriums abgegeben. Ob er seine Versprechen einhalten kann, werden die kommenden Wochen zeigen.

Erst dann können wir unsere Messlatte anlegen, um festzustellen, ob die Ziele, die im Koalitionsvertrag angelegt waren, trotz haushalterischer Schäuble-Sperre und trotz durch das NRW-Wahldesaster verlorener Bundesratsmehrheit tatsächlich überleben können. Das ist dieser Demokratie zu wünschen. Sie hat es – allen derzeitigen Tiefs zum Trotz – verdient. Auch Philipp Rösler wird sich in diesen Zeiten an seinen Idealen, seinen selbst auferlegten Zielen und seinen selbst formulierten Grundsätzen messen lassen müssen. Politisches Gestalten ist keine Domäne des Finanzministers. Herr Schäuble löst die GKV-Probleme dieser Republik sicher nicht!

Von einem muss Philipp Rösler ausgehen: Wir Zahnärzte sind uns zwar bewusst, dass Deutschland nicht in Zeiten steckt, in denen Geschenke aus Füllhörnern verteilt werden. Aber wir wissen auch, dass es bei allen Änderungen darum gehen wird, Sinnvolles zu halten und uns allen Sinnloses zu ersparen. Was wir erwarten, was unsere Patienten erwarten, sind Strukturen, die eine zukunfts-sichere gesundheitliche Versorgung ermöglichen. Investitionen in unser Gesundheitssystem sind – wie im Bereich Bildung – Investitionen in die Zukunft. Die Baustellen in diesem Bereich sind bekannt. Brachliegende Baugruben und strukturelle Bauruinen – die beide dennoch unnützes Geld kosten – hat unser Gesundheitssystem genügend. Wer sparen muss, ist weder mit dem Rasenmäher noch mit der Brechstange gut bedient. Um jetzt das Richtige zu tun, benötigt Philipp Rösler mehr denn je eine glückliche Hand. Vor allem aber braucht er das richtige Augenmaß.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Jürgen Fedderwitz
Vorsitzender der KZBV

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Hessens Ministerpräsident meint, er habe seine Schuldigkeit getan. Roland Koch geht. Über die Gründe mag man spekulieren. Schließlich war die mögliche Nachfolge für eine Spitzenkandidatur in Hessen rechtzeitig einzuleiten und einen Ruf nach Berlin gab es auch nicht. Und ob man ihn mochte oder nicht: Mit ihm verlässt ein Weiterer das politische Feld, der auch Unbequemes in die Runde gab, der seinen politischen Prinzipien treu geblieben ist – auch wenn der Wind einmal härter ins Gesicht blies. Schlechte Zeiten für Politiker mit Ideen und Grundsätzen? Auch Philipp Rösler ist als solcher angetreten. Schlechte Zeiten auch für ihn? Nach eigenem Bekunden will er Deutschlands Gesundheitswesen entrümpeln und für eine ordentliche Zukunft nachhaltig sichern. Rösler verspricht nach wie vor, seiner liberalen Linie treu zu bleiben – trotz NRW-Wahlergebnis, trotz Wirtschaftskrise, trotz nach wie vor bestehender Gegnerschaft aus eigenen Regierungskreisen. Mit seinem klaren Bekenntnis zur Gesundheitsprämie hat er durchaus Gewichtiges

**„ Wer sparen muss,
ist weder mit dem
Rasenmäher noch mit der
Brechstange gut bedient.“**

eingbracht: Er verband seine Existenz als Minister mit der großen Idee, die Finanzierung des Gesundheitswesens endlich auf solidere Füße zu stellen. Ob ihm das gelingt, darüber streiten sich dazu berufene Geister nach wie vor mit Vehemenz – egal ob aus Politik oder Medien. Und leichter wird es für den Bundesgesundheitsminister nicht!

Nach der von oben verordneten politischen Grabesstille bis zur NRW-Wahl, nach dem für die Koalitionsparteien desaströsen Wahlausgang in NRW sind die

Chancen für politische Reformen gewiss nicht größer geworden. „Lame duck“-Rösler?

Dass der mit liberalen Idealen angetretene Arzt Rösler per se nicht lahm ist, hat er, trotz immens langer Findungsphase, bereits bewiesen – nicht zuletzt durch seine gesetzgeberischen Aktivitäten im Arzneimittelbereich. Aber durch die Umstände, die ihm das politische Umfeld in immer wieder neuen Schüben präsentiert, scheint Philipp Rösler zwischenzeitlich durchaus gelähmt. Und das ruft – wen wundert's – seine politischen Gegner immer wieder auf den Plan. Trotzdem: Dieser Gesundheitsminister hat

Berechnung des GKV-Spitzenverbands

KBV dementiert Einkommensplus

Die Einkommen der niedergelassenen Ärzte sind weiterhin deutlich gestiegen – so jedenfalls die Berechnungen des GKV-Spitzenverbands. Die KBV dementierte die Zahlen. In diesem Jahr werde jeder Praxisinhaber im Schnitt einen Reinertrag von 164 000 Euro verbuchen, berichtet die „Frankfurter Rundschau“ unter Berufung auf das ihr vorliegende interne Kassenpapier. Das seien 22 000 Euro beziehungsweise 15 Prozent mehr als 2007. Im Vergleich zu 2003 ergebe sich sogar ein Plus von 30 Prozent. Die Mediziner müssten aber noch Steuern zahlen sowie die Beiträge für die Altersvorsorge und die Krankenversicherung. Bereits abgezogen seien Ausgaben für Personal, Mieten, Betriebskosten sowie für Kreditzinsen. Der GKV-Spitzenverband geht bei seinen Berechnungen davon aus, dass die Honorare in diesem Jahr gut 32 Milliarden Euro betragen. 2009 seien es 30,9 Milliarden

Euro gewesen. „Was die Krankenkassen da machen, ist nicht in Ordnung“, widersprach der Sprecher der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Roland Stahl, laut einem Bericht der „Berliner Zeitung“. „Ich habe überhaupt keine Ahnung, wie die auf diese Zahlen kommen!“

Laut KBV fließen den Niedergelassenen aus der GKV im Schnitt Bruttohonorare in Höhe von 173 000 Euro zu – davon müssten Betriebskosten für die Praxis, Steuern und Sozialbeiträge abgezogen werden.

Am Ende blieben den Ärzten im Schnitt jährlich 28 800 Euro netto im Jahr übrig, monatlich also 2400 Euro, berichtete Stahl. Selbst wenn man nun noch die Einkünfte aus der Behandlung von Privatversicherten hinzurechnen würde, käme man nie auf die angegebene Summe von 164 000 Euro, so die Einschätzung der KBV. „Wer jetzt wie der Spitzenverband der Krankenkassen Honorarkürzungen fordert, der setzt die ambulante ärztliche Versorgung aufs Spiel“, warnte Stahl. Schon heute lebten 30 000 der rund 100 000 Praxisbetreiber von der Hand in den Mund und könnten keine Rücklagen bilden.

ck/dpa



Foto: MEV

Initiative gegen Ärztemangel

Studenten erleben Praxishospitationen

Der Hartmannbund geht mit einer neuen Initiative gegen den drohenden Ärztemangel bei den Niedergelassenen vor: Mittels Praxishospitation soll den potenziell an einer Niederlassung interessierten Studenten und Assistenzärzten die Scheu genommen werden, eine Praxis zu übernehmen.

Diese erhalten mit dem Angebot auf freiwilliger und unverbindlicher Basis die Gelegenheit, den Praxisablauf zu erleben und mit erfahrenen Ärzten über deren Alltag zu sprechen. Medizinstudenten haben während ihrer Ausbildung vorwiegend Kontakt zu angestellten Ärzten.

Bundeszahnärztekammer

HOZ nur als Gesamtheit übertragbar

Die Honorarordnung für Zahnärzte (HOZ) gilt als der wissenschaftlich fundierte und betriebswirtschaftlich objektiv ermittelte Vorschlag der Zahnärzteschaft für eine neue Gebührentaxe. Aus Sicht der BZÄK ist daher eine systematisch saubere Überführung der HOZ in eine neue GOZ erforderlich. Voraussetzung ist laut BZÄK, dass man die untrennbar miteinander verbundenen HOZ-Bestandteile – wissenschaftliche Leistungsbeschreibung und betriebswirtschaftliches Bewertungssystem – in die GOZ als Gesamtheit überträgt. Wird die Beschreibung ohne entsprechende Leistungsbewertung übernommen, führe dies zu systemischen Verwerfungen in der HOZ, die

von der Zahnärzteschaft nicht mitgetragen werden könnten. Wie BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel verdeutlichte, arbeitet die BZÄK konstruktiv am Novellierungsprozess der GOZ mit, lehne aber ein Konstrukt ab, das die HOZ in ihrer Gesamtlogik als tragfähige Alternative einer umfassend beschriebenen präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde antastet. Seit April arbeitet das BMG an der Novellierung der GOZ. Auch die BZÄK, die Beihilfe und die PKV sind an den Arbeiten beteiligt. Aktuell werden die betriebswirtschaftlichen Konsequenzen einer GOZ-Novellierung auf der Grundlage der HOZ ermittelt.

ck/pm

Bundeszahnärztekammer

Neue Musterberufsordnung verabschiedet

Der Vorstand der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat die von der Arbeitsgemeinschaft der Geschäftsführer der Landeskammern vorbereitete Vorlage für eine neue Musterberufsordnung für Zahnärzte verab-

schiedet. Der Vorstand sprach sich dabei für eine ethische Selbstverpflichtung aus, die künftig in Form des Genfer Gelöbnisses der Berufsordnung vorangestellt wird. pr/BZÄK

■ Die neue Musterberufsordnung ist auf der BZÄK-Homepage unter www.bzaek.de und in dieser Ausgabe der *zm* veröffentlicht (ab Seite 114).



Niedersachsen und Bayern

KZVen kritisieren Konzept des GBA zur Qualitätssicherung

Die Pläne des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen stoßen auf Kritik. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Bayerns (KZVB) und Niedersachsen (KZVN) sprachen sich gegen die geplante Datensammlung aus. Die vom GBA erarbeitete „Richtlinie über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung“ soll die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Qualität medizinischer Leistungen künftig besser miteinander verglichen werden kann.

Dafür müssten Unmengen von Daten erhoben und verarbeitet werden: Dazu soll auch auf die KVen und KZVen zurückgegriffen werden. „Unsere Aufgabe ist die korrekte Abrechnung der erbrachten Leistungen. Wir sind nicht die Stiftung Warentest für das Gesundheitswesen“, kritisiert KZVB-

Chef Dr. Janusz Rat die Pläne.

Auch Dr. Jobst-W. Carl, Vorstandsvorsitzender der KZVN, fordert: „Die Aktivitäten des Gemeinsamen Bundesausschusses, im Rahmen der geplanten Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Unmengen von Daten zu sammeln, müssen gestoppt werden.“ Die KZVen geben zudem zu Bedenken, dass die Anforderungen des Datenschutzes bislang in keinster Weise gesichert seien. Das habe mittlerweile auch das Bundesgesundheitsministerium erkannt. Aus gutem Grund fordere das Ministerium nähere Informationen darüber.

Eine weiterer Punkt in der Richtlinie sei äußerst bedenklich: Der GBA schlägt vor, dass Sanktionen verhängt werden können, wenn bei einem Arzt oder Zahnarzt Qualitätsmängel festgestellt werden. Die zm werden ausführlich berichten. mp/pm

Koalition

Debatte über Arzneimittelsparpaket auch für PKV

Die Koalitionsfraktionen von Union und FDP beharren nach einem Zeitungsbericht darauf, die geplanten Einsparungen bei Arzneimitteln auch auf die Private Krankenversicherung zu übertragen. CDU-Gesundheitsexperte Jens Spahn sagte der „Berliner Zei-

tung“, die Fraktionen von Union und FDP seien sich einig über die Ausweitung der Sparmaßnahmen auf die privaten Kassen. Dem Bericht zufolge hat das Gesundheitsministerium aber rechtliche Bedenken. Die Fraktionen von CDU/CSU und FDP wollten den erhöhten Zwangsrabatt und das Preismoratorium auch der Privaten Krankenversicherung zugutekommen lassen, weil diese ebenfalls unter stark gestiegenen Arzneimittelpreisen leidet. ck/dpa

Foto: Sandra Brunsch - Fotolia.com



Hans-Böckler-Stiftung

Hohe Verwaltungskosten für Kopfpauschale

Ein Sozialausgleich für die Kopfpauschale im Gesundheitswesen würde Bürokratiekosten in Höhe von 250 Millionen Euro jährlich verursachen. Zu diesem Ergebnis kommt eine Untersuchung der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung.

Zu einer individuellen Prüfung der Bedürftigkeit seien demnach bislang weder Finanzbehörden noch Krankenkassen oder Kom-



Foto: MEV

munen in der Lage, hieß es. Insofern gebe es bundesweit derzeit keine Institution, die diesen Ausgleich organisieren könnte, konstatieren die Gesundheitsforscher Stefan Greß und Simone Leiber. Auf der Basis von niederländischen Erfahrungen schätzen die Forscher allein die laufenden Kosten für die administrative Abwicklung des Sozialausgleichs auf mindestens 250 Millionen Euro pro Jahr. Dabei seien noch keinerlei Einmalausgaben für den Aufbau der Verwaltung enthalten. Weitere gravierende Probleme prognostizieren die Experten beim Datenschutz und mit säumigen Prämienzahlern. In den Nachbarländern sei zu beobachten, dass mit der Höhe der Pauschale auch die Zahl der Nichtzahler wachse. ck/dpa

Arztbewertungen

AOK startet Online-Befragung

Die AOK und das Projekt Weisse Liste entwickeln gemeinsam eine neuartige Online-Arztsuche. Zentrale Grundlage seien die Erfahrungen von Patienten. Zunächst werde die Kasse die Bewertungen durch Patienten in den Pilot-Regionen Hamburg und Berlin mithilfe eines Online-Fragebogens sammeln, sagte der stellvertretende AOK-Vorsitzende Jürgen Graalman der „Süddeutschen Zeitung“. Versicherte ab 15 Jahren können ihre Erfahrungen mit niedergelassenen Ärzten aus den vergangenen zwölf Monaten schildern. Der Fragebogen besteht aus vier Bereichen: Praxis und Personal, Arztkommunikation, Behand-

lung und Gesamteindruck. Liegt für einen Arzt eine zweistellige Anzahl an Beurteilungen vor, werden seine Ergebnisse veröffentlicht. Die Beurteilung sei dann zwei Jahre lang gültig. Die Ergebnisse würden ab Herbst 2010 in der Arztsuche veröffentlicht, hieß es. Der AOK-Bundesverband hatte die Zeugnisse für Ärzte vor etwa einem Jahr angekündigt und damit einen Sturm der Empörung unter den Medizinerinnen ausgelöst. „Es geht uns nicht darum, Ärzte an den Pranger zu stellen“, sagte Graalman gegenüber den Kritikern. ck/sf/dpa

www.weisse-liste.arzt-versicherer-tentbefragung.aok-arztnavi.de/

Internationale Krankenhausstudie

Klinische Pfade wirken dreifach gut

Eine Studie weist erstmals empirisch nach, dass klinische Pfade (clinical pathways) tatsächlich die Behandlungsqualität sichern, die Verweildauer verkürzen und Kosten reduzieren können. Die Wissenschaftler aus Dresden, Melbourne und Rotterdam wollten wissen, wie effektiv standardisierte Abläufe in Therapie und Pflege von stationär behandelten Patienten sind. Als Grundlage analysierten sie 3 214 Studien aus aller Welt und legten damit die weltweit erste Cochrane-Übersichtsarbeit und Meta-Studie zu dem Thema vor. Bislang wurde die Wirksamkeit standardisierter Behandlungen weltweit sehr kontrovers diskutiert. Andererseits nutzen vor allem in den USA bereits heute rund 80 Prozent

der Krankenhäuser klinische Behandlungspfade. Auch in Deutschland etablieren zunehmend mehr Krankenhäuser dieses Managementinstrument, um die Behandlungsqualität zu sichern und wirtschaftlicher arbeiten zu können. Das internationale Forscherteam wies nun nach, dass Klinische Pfade mit einer deutlich niedrigeren Komplikationsrate im Krankenhaus (Wundinfektionen, Blutungen und Pneumonie) und einer besseren Dokumentation assoziiert sind. So kommt es bereits bei 17 mithilfe dieser Pfadstrategie behandelten Patienten zu einer Komplikation weniger. Nach standardisierten Abläufen behandelte Patienten konnten das Krankenhaus häufig auch früher verlassen als diejenigen, die nicht nach einem solchen System betreut wurden. Die Patienten, die nach einem Behandlungspfad therapiert werden, kosten das Krankenhaus pro Fall je nach Ausgangssituation mehrere hundert bis mehrere tausend US-Dollar weniger. ck/pm

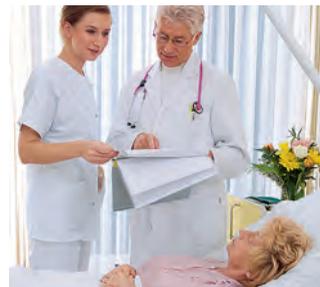


Foto: MEV

Arzneimittel

PKV will auch Rabatte

Der Direktor des Verbands der privaten Krankenversicherung (PKV), Volker Leienbach, spricht sich für die Anwendung der von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) geplanten Arzneimittelrabatte auch für die PKV aus. Gerade da die Arzneimittelausgaben der PKV von 1997 bis 2007 um 85 Prozent pro Kopf gestiegen seien, in der gesetzlichen Krankenversicherung im gleichen Zeitraum um

68 Prozent, sei alles andere nicht nachvollziehbar. „Gesundheitsminister Philipp Rösler versteht sich ausdrücklich als Anwalt aller Versicherten in Deutschland. Dass Arzneirabatte per Gesetz für 90 Prozent der Versicherten gelten sollen, nur nicht für die rund neun Millionen Privatversicherten, ist keinem der Betroffenen zu vermitteln“, meint Leienbach. mp/pm

Tag der Zahngesundheit 2010

Info-Pakete zum Bestellen

Der Aktionskreis Tag der Zahngesundheit hat für den Einsatz am 25. September ein Info-Paket für die Patientenaufklärung in Zahnarztpraxen zusammengestellt. Es kann ab sofort beim Aktionskreis Tag der Zahngesundheit angefordert werden und wird ab Anfang Juli versendet. Das Info-Paket beinhaltet Poster, Merkblätter, Broschüren

und Produktproben rund um das Thema „Mundhygiene und Prophylaxe“.

sf/pm

Bitte überweisen Sie vorab die Gebühr von 7,50 Euro unter Angaben Ihrer Lieferadresse an:

Verein für Zahnhygiene e.V.,
Konto: 589942, BLZ: 50850150,
Sparkasse Darmstadt

Dann faxen oder schicken Sie Ihren Einzahlungsbeleg (Kopie) mit Adresse/Praxisstempel als Anforderung für Ihr Info-Paket an:

Verein für Zahnhygiene e.V.
Liebigstr. 25
64293 Darmstadt
Fax: 06151/13737-30

■ www.tagderzahngesundheit.de

Neue Applikation

Arztbewertung per iPad

Das Bewertungsportal DocInsider.de bietet Praxen und Kliniken zum Start des Apple iPad in Deutschland die erste Applikation (App) zur Bewertung von Ärzten über das iPad an. In allen Arztpraxen und Kliniken, die die App einsetzen, können Patienten ihren Arzt direkt in der Praxis über das iPad bewerten, hieß es in einer Presseerklärung. Im Anschluss an die Bewertung erhält der Patient eine Zusammenfassung aller Bewertungsergebnisse. Die Ergebnisse werden im Internet unter www.DocInsider.de veröffentlicht. Der verwendete Fragebogen basiert auf einer validierten Befragungs-

methodik, die das Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (ISEG) mit der Medizinischen Hochschule in Hannover entwickelt hat. Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz, Direktor des ISEG sowie ehemaliger Vorsitzender des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen: „DocInsider verfolgt den innovativen Ansatz, die klassische Patientenforschung mit neuen Elementen des Internets zu verbinden und populär zu machen. Das ISEG begleitet DocInsider dabei wissenschaftlich mit seiner profunden Expertise.“

mp/sf/pm

Foto: Verein für Zahnhygiene e.V.



VDZI-Konjunkturbarometer**Fachkräfte werden knapp**

Die Zahntechniker finden ihre wirtschaftliche Situation befriedigend. Insgesamt werden in verschiedenen Regionen auch bei Zahn Technikern schon die Fachkräfte knapp. Wie die aktuelle Konjunkturumfrage des Verbands Deutscher Zahn techniker-Innungen (VDZI) für das erste Quartal 2010 zeigt, ist die Beschäftigungsentwicklung im Zahn technikerhandwerk weiterhin saisonabhängig. Gegenüber dem Vergleichs quartal des Vorjahres schließt das 1. Quartal 2010 mit einem Plus von 3,8 Prozent ab. Die Geschäftslage wird dabei aber nur von gut 27 Prozent der Befragten als gut



Foto: MEV

bezeichnet – immerhin knapp 27 Prozent bewerten sie als schlecht, 46 Prozent als befriedigend. Der seit Beginn des Jahres 2009 zu beobachtende leichte positive Trend beim Beschäftigungsindex hält weiter an. Mit einem Index von 9,2 Prozent ist der Saldo von Personal einstellenden und abbauenden Laboren leicht positiv. Fast 16 Prozent der Betriebe wollen in den kommenden Monaten neue Mitarbeiter einstellen. Knapp sieben Prozent gehen dagegen davon aus, ihren Personalbestand verkleinern zu müssen. Insgesamt zeigt sich in verschiedenen Regionen allerdings auch bei Zahn Technikern schon Fachkräfteknappheit. Mehr als zwei Drittel geht mit Blick auf die kommenden Monate von einer unveränderten Geschäftslage aus. Nur knapp 19 Prozent der Teilnehmer erwarten eine Verbesserung.

ck/pm

BKK-Studie**Frauen nutzen Überweisungen öfter**

Eine repräsentative telefonische Umfrage unter 6016 Personen zeigt auf, wie Patienten mit Überweisungen umgehen. Die Studie wurde im Auftrag des BKK-Bundesverbands von KantharHealth durchgeführt.

Demnach haben 59 Prozent aller Befragten in den letzten zwölf Monaten vom Hausarzt eine Überweisung erhalten. Davon haben drei von fünf Befragten den Arzt vorab konsultiert. Dagegen hat ein Drittel die Überweisung lediglich bei der Sprechstundenhilfe abgeholt.

Frauen holen sich deutlich häufiger als Männer ihre Überweisung

vorsorglich und ohne Gespräch mit dem Arzt. Bei einer Überweisung zum Gynäkologen ist dies allerdings auch nicht notwendig. Ein weiteres Ergebnis: Gesetzlich Versicherte erhalten deutlich häufiger (65 Prozent) Überweisungen als privat Versicherte (27 Prozent). 81 Prozent der Befragten haben ihre Überweisung zum Facharzt in Anspruch genommen – die übrigen Befragten (18 Prozent) lassen die Überweisung verfallen.

Von denjenigen, die sich Überweisungen vorsorglich ausstellen lassen (12 Prozent), ist die Hälfte der Überweisung gefolgt, die andere Hälfte nicht. Stand zum Zeitpunkt der Ausstellung fest, dass man diesen Facharzt auch wirklich aufsuchen wird, haben 86 Prozent von ihrer Überweisung Gebrauch gemacht.

mp/sf/pm

■ www.bkk.de/faktenspiegel



Foto: ISOK photography - Fotolia.com

Institut der Deutschen Zahnärzte**QM gerade für junge Praxen wichtig**

Das IDZ hat über Jahre mehr als 100 zahnärztliche Existenzgründer begleitet und untersucht, welche Faktoren auf das Einnahmesaldo wirken. Ergebnis: Investitionen und kapazitäts-erweiternde Personalausgaben rentieren sich erst mittel- bis langfristig. Eine wichtige Erkenntnis für die betriebliche Liquiditätsplanung: Daher sollten zahnärztliche Existenzgründer ihr unternehmerisches Handeln in den Anfangsjahren insbesondere auf eine Optimierung der Praxisabläufe ausrichten. Hierzu sollten vermehrt betriebswirtschaftliche

Managementverfahren (Kosten- und Qualitätsmanagement) und Steuerungsinstrumente (Controllingverfahren) genutzt werden. Die Analysen wurden von 2001 bis 2005 durchgeführt und verdeutlichen die besondere Wachstumsdynamik zahnärztlicher Existenzgründungen. Das zeigt sich besonders am Personalbestand (plus 38,5 Prozent) und an der Zunahme des Einnahmesaldos (plus 84 Prozent). „Zahnärztliche Existenzgründer können die Studie nutzen, um sich mit anderen Praxen im Sinne eines Benchmarkings zu ver-

gleichen und daraus Anhaltspunkte für ein erfolgreiches Niederlassungs- und Praxismanagement ableiten“, erläutert Dr. Wolfgang Micheelis, wissenschaftlicher Leiter des IDZ. Die Studie von Dr. David Klingenberg und PR Dr. Wolfgang Becker „Entwicklung und wirtschaftlicher Erfolg von zahnärztlichen Existenzgründungen – Ergebnisse empirischer Analysen auf der Basis von Paneldaten“ ist als Sonderdruck in der Zeitschrift „Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement“ veröffentlicht.

mp/pm

DZGeG-Vorstand**Hendges tritt zurück**

Zahnarzt Martin Hendges ist von seinem Amt als Vorstand der Deutschen Zahnärzte-Genossenschaft (DZGeG) zurückgetreten. Hendges teilte dem Aufsichtsrat mit, dass seine zukünftige hauptamtliche Tätigkeit als Vizevorsitzender der KZV Nordrhein, die er ab dem 1. Januar 2011 ausüben wird, sich mit dem Vorstandsamt in der DZGeG nicht vereinbaren lasse.

mp/pm

Vorwurf an Pharmafirmen

Betrug bei Rabatten

Die Krankenkassen werfen Pharmafirmen Betrug bei Rabatten vor und verlangen 250 Millionen Euro zurück. Einige Hersteller würden den Kassen zustehende gesetzliche Abschläge auf den Herstellerpreis durch eine bewusst fehlerhafte Kennzeichnung ihrer Arzneimittel verweigern, berichtet die „FAZ“ unter Bezug auf Kreise der Krankenversicherung. Den Kassen seien dadurch „bisher rund 250 Millionen Euro entgangen“. Der GKV-Spitzenverband habe deshalb allen Krankenkassen schriftlich geraten, sofort zu handeln und „die entgangenen Beträge gegen Apothekenrechnungen aufzurechnen“. Die Apotheker sollten sich wiederum an die Her-

steller wenden. Hintergrund der Auseinandersetzung: eine 2006 eingeführte Regelung, wonach Generikahersteller von Ausnahmen abgesehen neben dem allgemeinen Preisabschlag von derzeit sechs Prozent den Kassen weitere zehn Prozent auf ihren Produktpreis nachlassen müssen. Die Kassen werfen den Herstellern aber vor, die Auslegung zu ignorieren. Eine vom GKV-Spitzenverband 2009 durchgeführte Untersuchung habe ergeben, dass 1 500 Arzneimittel von 100 Herstellern fehlerhaft ausgezeichnet seien und somit den Kassen der ihnen zustehende Rabatt vorenthalten worden sei, schreibt die Zeitung. ck

Großbritannien

Zahnärzte versäumen Prävention bei NHS-Patienten

Britische Zahnärzte vernachlässigen die präventive Behandlung von Patienten des staatlichen Gesundheitsdienstes (NHS). Das stellte eine Expertengruppe der Universität Newcastle fest.

Britische Zahnärzte konzentrieren sich bei ihrer täglichen Arbeit „zu sehr auf Therapie und zu wenig auf Prävention“, so das Urteil des Forschungsteams um Prof. Jimmy Steele. Alle Versuche der Regierung, die zahnärztliche Versorgung durch den NHS stärker auf präventive Maßnahmen auszurichten, seien bislang gescheitert. „Die Zahnärzte greifen noch immer lieber zum Bohrer anstatt Patienten vorsorglich zu betreuen“, kritisierte Steele. Er macht das NHS-Honorarsystem für die Ausrichtung der Behand-

lungen verantwortlich. Steele: „Vorsorge muss sich für die staatlichen Zahnärzte auch finanziell lohnen.“

Unterdessen machte ein von der konservativen Partei herausgegebenes Gutachten gesundheitspolitische Schlagzeilen. Inhalt: Staatliche Zahnärzte vergebunden jährlich rund sieben Millionen Behandlungstermine, indem sie Patienten zu „unnötigen Nachbehandlungen“ bestellen. Die Konservativen kündigten Reformen des zahnärztlichen Honorarsystems an. Ziel müsse es sein, mehr Patienten den Zugang zu staatlichen Zahnarztpraxen zu gewähren.

Der britische Zahnärztebund wies die Vorwürfe indes zurück.

sf/ast

PKV-Studien**Pflegesektor wird weltweit ausgebaut**

Als Folge der demografischen Entwicklung wird in vielen Ländern der Pflegesektor ausgebaut. Zu dem Ergebnis kommt das Wissenschaftliche Institut der privaten Krankenversicherung (WIP) in seinen beiden neuesten Studien. Analysiert wurde die Absicherung des Pflegerisikos in 13 Industrieländern sowie die Entwicklung des Beitrags zur gesetzlichen Pflegeversicherung in Deutschland in den nächsten Jahren. Danach wurden in den

letzten zwölf Jahren zum Beispiel in Frankreich, Spanien, Japan und Luxemburg gesetzliche Pflegeversicherungen etabliert. Bis zum Jahr 2050 erwarten alle Industrieländer eine zunehmende Zahl von Pflegebedürftigen, berichtet das WIP. Der Anteil der über 80-Jährigen werde sich fast überall mindestens verdoppeln. Deutschland werde dann nach Japan den höchsten Anteil der über 80-Jährigen aufweisen. Nach der Prognose des WIP wird sich der Beitrag zur gesetzlichen Pflegeversicherung in Deutschland bis zum Jahr 2060 mehr als verdoppeln und damit auf etwa 4,5 Prozent steigen müssen, um das heutige Pflegeniveau finanzieren zu können. ck/pm

■ Die beiden Studien können im Internet unter www.wip-pkv.de heruntergeladen werden.



Foto: KKH-Allianz

AOK-Forderung**Ärztgehonorare an wirtschaftliche Entwicklung binden**

Der AOK-Bundesverband hat gefordert, die GKV-Ausgaben für die Leistungserbringer bis einschließlich 2013 an die Wirtschaftsentwicklung zu koppeln. Dies erklärte Karl-Heinz Schönbach vom AOK-Bundesverband. Schönbach begründete seinen Vorschlag bei einer Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages damit, dass die Vergütung von Vertragsärzten und Krankenhäusern in den vergangenen fünf Jahren um 20 Prozent gestiegen sei, das Bruttoinlandsprodukt aber nur um acht Prozent.

Der Hartmannbund kritisierte den Vorschlag. Der Vorsitzende

des Hartmannbundes in Sachsen, Dr. Thomas Lipp, erklärte, dass dadurch Qualität und Umfang ärztlicher Leistung vom Auf und Ab der Wirtschaft abhängig würden.

Fahre man in Krisenzeiten die Gesundheitsversorgung zurück, pervertiere dies den Grundgedanken des deutschen Gesundheitssystems. Stattdessen sollte sich der AOK-Bundesverband laut Lipp Gedanken über einen Zusammenhang von Versicherungszahl und Vorstandsgehältern machen: „Das sind Korrelationen, die dem geforderten Wettbewerbsgedanken entsprechen.“ ck/pm

Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes**Abschluss von Rabattverträgen soll schwerer werden**

Die gesetzlichen Krankenkassen werden in Zukunft nicht mehr so leicht mit Pharmaunternehmen Rabattverträge schließen können, um ihre Arzneimittelausgaben zu senken.

Dies ergibt sich aus dem Diskussionsentwurf des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes. Laut Entwurf, der dem „Handelsblatt“ vorliegt, sollen die Krankenkassen in Zukunft wie normale Wirtschaftsunter-

nehmen vollständig dem Wettbewerbsrecht unterworfen werden. Statt der Sozialgerichte sollen die Kartellsenate bei Rechtsstreitigkeiten entscheiden.

Wie das „Deutsche Ärzteblatt“ berichtet, erschwert Gesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) den Kassen damit vor allem, sich wie in der Vergangenheit zusammenzuschließen, um Preisnachlässe für ihre Versicherten öffentlich auszuschreiben.

Denn solche „Kartelle“ sind nach dem Wettbewerbsrecht nur ausnahmsweise erlaubt. Dies könnte die AOK treffen, denn bislang hat die AOK Baden-Württemberg für alle Ortskrankenkassen die Rabattverträge geschlossen.

mp/DÄ



Foto: Wolf - Fotolia.com

Bundesrechnungshof**Kassenchefs verdienen gut an Fusionen**

Fusionen bescheren Krankenkassenvorständen ein saftiges Gehaltsplus. Beim Zusammenschluss von Kassen komme es oft auf die Zustimmung der Vorstände an, das führe häufig zu hohen Abfindungen, rügt der Bundesrechnungshof. Er beklagt die „abenteuerlichen Abfindungen“ und fordert schärfere Gesetze. Das berichtet das Nachrichtenmagazin „Spiegel“ und nennt Beispiele von Fusionen, bei denen für die Vorstandsmitglieder üppige Zahlungen herausgesprungen sein sollen. So etwa beim Zusammenschluss der Dachauer Betriebskrankenkasse BKK A.T.U. mit vier kleineren Versicherungen. Laut Recherchen sollen die drei Vorstandsmitglieder ihr Gehalt bis zu sechs Jahre weiter bekommen,

obwohl sie komplett von der Arbeit freigestellt sind. 1,6 Millionen Euro würden die Manager somit erhalten. Das sei nötig gewesen, weil es sonst nicht zur Fusion gekommen wäre, verteidigte sich die Kasse. Der Bundesrechnungshof hingegen tadelt das Vorgehen. Die Kasse habe „in hohem Maße unwirtschaftlich“ gehandelt. Ein weiteres Beispiel ist die Techniker Krankenkasse (TK). Die fusionierte im vergangenen Jahr mit der IKK Direkt. TK-Chef Norbert Klusen habe die Fusion zum Anlass genommen um sein Jahresgehalt um 25 000 Euro auf 271 000 Euro zu erhöhen. Um zu verhindern, dass sich die Kassenoberen durch Fusionen die Taschen füllen, seien schärfere Regeln notwendig. mp/pm

Auch mit Rasenmäher

Die Bundesregierung hat ihre Absicht, die Steuerzahler in den nächsten Jahren zu entlasten, aufgegeben. Sie folgt damit viel zu spät der Einsicht, dass angesichts der gewaltigen Schuldenberge Konsolidierung Vorrang vor Steuerentlastung haben muss. Vor allem für die FDP ist das bitter. Sie hat Steuerentlastungen verlangt, aber zuletzt wenig Realitätssinn bewiesen. Der Wähler hat das bestraft. Der Streit über Steuerentlastungen mutiert nun aber zu einer Diskussion über Abgabenerhöhungen. So wird über die Mehrwertsteuer, über Bankenabgaben, Reichensteuern und Sozialabgaben geredet. Auch Röslers Kopfpauschale, die sozial abgedeckt werden müsste, wäre nur mit Steuererhöhungen oder Beitragszuschlägen zu finanzieren. Finanzminister Schäuble hat das Ziel vorgegeben, in den nächsten Jahren jeweils zehn Milliarden Euro zu sparen. Das erfordert auch die Anpassung der Haushalte an die im Grundgesetz verankerte Schuldenbremse. Ob das gelingt, wird sich wohl erst im Spätherbst zeigen, wenn die Haushaltsberatungen für 2011 in die parlamentarischen Schlussrunden gehen. Schäubles Härte wird man nicht unterschätzen dürfen. Kein Kabinettsmitglied wird es sich leisten können, gegen die finanziellen Zumutungen eines von der Kanzlerin gestützten Finanzministers zu revoltieren. Merkel verlangt zur Rettung des Euro von den überschuldeten Euro-Ländern den Abbau ihrer Defizite. Da muss sie mit gutem Beispiel vorangehen. Sonst verliert sie national und international an Kredit. An den Ausgaben für Bildung und Forschung soll nicht gespart werden, sagt die Regierung. Sie setzt damit das Signal, dass



Foto: Diggibodgi.com – Fotolia

nicht pauschal mit dem „Rasenmäher“ bei allen Ressorts Ausgaben gekürzt werden sollen. Das ist ein guter Vorsatz, denn dieser zwingt zum Setzen von Prioritäten. Er wird freilich kaum durchzuhalten sein, wenn man vermeiden will, dass am Ende die Minister je

digung, Verkehr und Gesundheit vorbei. Schon warnt Frau von der Leyen vor „dumpfem Kürzen“. Sie signalisiert Bereitschaft, Sparmöglichkeiten bei der Arbeitsverwaltung zu prüfen und den Beitrag nach 2011 über 3 Prozent hinaus zu erhöhen. Die Renten stehen für sie nicht zur Disposition, dagegen wohl die Gesundheitsausgaben. Vor der Kabinettklausur haben die meisten Minister über ihre Taktik geschwiegen. Anders

Verteidigungsminister zu Guttenberg. Er hat zugesagt, eine Milliarde im Wehretat zu streichen. Damit zeigt er sich kooperativ, was ihn vor weitergehenden Abstrichen schützen könnte. Jedenfalls ist er seinem Parteichef Seehofer zuvorgekommen, ehe dieser auch beim Wehretat die Tonlage bestimmt.

Sparpolitik gehe zulasten des Wachstums, heißt es. Das kann sein. Sicher ist jedoch, dass die Fortsetzung der ausufernden Schuldenpolitik ins ökonomische und politische Desaster und zum Ende der europäischen Wäh-

runionsunion führen würde. Es kommt jetzt darauf an, in der Finanzpolitik (und nicht nur dort) umzusteuern, nicht mit hau ruck, aber konsequent, mit Ausdauer und möglichst ohne Erhöhung von Abgaben. Das wäre eine vertrauensbildende Politik, die zu mehr Wachstum führen und soziale Stabilität sichern könnte.

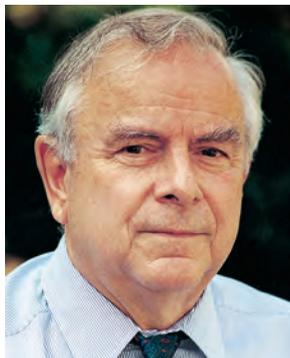


Foto: zm-Archiv

Nicht nur die Griechen, auch wir haben über unsere Verhältnisse gelebt. Aber wie, wo, wann, woran und wie viel sollte gespart werden? Darüber wird, so Sozialpolitik-Journalist Walter Kannengießer, in den kommenden Monaten politisch gestritten.

nach Verhandlungsergebnis als Verlierer oder Gewinner, politisch geschwächt oder gestärkt, dastehen. Der „Rasenmäher“ wird für Schäuble und Merkel seine politische und disziplinierende Funktion behalten. Wenn ein der Lage angemessenes Sparergebnis erreicht werden soll, so führt kein Weg an den großen Etats für Arbeit, Vertei-

Deutscher Zahnärztag

Kongressplaner im mobilen AppStore

DEUTSCHER ZAHNÄRZTETAG

„iPhone-Träger“ werden es beim Deutschen Zahnärztag in Frankfurt einfach haben, ihre Vorlieben für das wissenschaftliche Programm auszusuchen und terminlich alles genau zu

planen. Ein interaktiver Kongressplaner für den Deutschen Zahnärztag ist nämlich nun auch als iPhone-Applikation erhältlich! Laufend aktualisiert und mit vielen nützlichen Funktionen versehen, bietet er die einfache oder detail-

lierte Suche nach allen relevanten Fachgebieten, Schwerpunktthemen, Referenten oder den Fachgesellschaften und Arbeitskreisen. Neben allen wichtigen Termin-Informationen gibt es zusätzlich einen direkten Link zu den teilnehmenden Premium-Partnern. Abgerundet wird die

komfortable Such- und Filterfunktion durch einen individuellen Terminplaner. In nur drei Schritten kommt man einfach und komfortabel zu seinem persönlichen Kongressplaner:

1. Internetverbindung (iPhone – UMTS oder WLAN beziehungsweise iPod touch – WLAN) zur Verwendung des AppStore.

2. Programm-Suche <Deutscher Zahnärztag> mit Download über den iTunes-Store-Account.

3. Installation der App sofort nach Laden des Programms mit automatischem Download verfügbarer Updates über den AppStore.

Aktuelle Informationen zu den Themen und Referenten finden Sie auch auf der Home-Page unter www.dztz.de sp/pm



Foto: DZT 2010

DKFZ

Erhöhtes Krebsrisiko für Typ-2-Diabetiker

Typ-2-Diabetiker haben ein erhöhtes Krebsrisiko – besonders in Bezug auf Leber- und Bauchspeicheldrüsenkrebs. Dagegen erkranken sie signifikant seltener an Prostatakrebs. Gemeinsam mit Kollegen in Schweden und

den USA führten die Wissenschaftler vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Schweden die bislang größte Studie zu Krebsrisiken bei Typ-2-Diabetikern durch. Die Untersuchung schloss 125 126 schwedische Bürger ein, die aufgrund von Typ-2-Diabetes-bedingten Beschwerden ein Krankenhaus aufgesucht hatten. Die Epidemiologen verglichen das Auftreten von Krebserkrankungen bei diesen Patienten mit dem in der schwedischen Allgemeinbevölkerung. Ergebnis: Typ-2-Diabetiker haben ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für 24 der untersuchten Krebsarten. Die deutlichste Risikosteigerung wurde für Bauchspeicheldrüsen- und Leberzellkrebs



Foto: evgeny - Fotolia.com

beobachtet: Typ-2-Diabetiker erkranken sechsmal beziehungsweise 4,25-mal häufiger daran als die Allgemeinbevölkerung. Ein mehr als doppelt so hohes Erkrankungsrisiko beobachteten die Epidemiologen auch für Krebs der Nieren, der Schilddrüse, der Speiseröhre, des Dünndarms und des Nervensystems. Die Studie bestätigte außerdem die Beobachtung, dass Typ-2-Diabetiker signifikant seltener an Prostatakrebs erkranken. Dies zeigte sich besonders deutlich bei Zuckerkranken, in deren Familie die Stoffwechselerkrankung bereits aufgetreten war. Je mehr zuckerkrank Angehörige, desto geringer das persönliche Prostatakrebsrisiko. ck/pm

Neue Broschüre der BZÄK und des DKFZ

Zahnärzte helfen beim Rauchstopp

Erstmals eine intensive Zusammenarbeit präsentierten die Bundeszahnärztekammer sowie das Deutsche Krebsforschungszentrum aus Heidelberg in einer gemeinsamen Aktion anlässlich einer Pressekonferenz in Berlin mit der Vorstellung des neuen Reports „Rauchen und Mundgesundheit“. Diese Broschüre ist in der Roten Reihe des DKFZ unter

der Nummer 13 erscheinen und richtet sich vorwiegend an Zahnärzte und Zahnärztliches Personal. Besonders im Fokus steht das Thema Rauchen und Krebs sowie die Früherkennung und die Raucherentwöhnung. Die Bundeszahnärztekammer fordert alle Mitglieder des zahnärztlichen Teams auf, in der Beratung von Rauchern aktiv zu



werden und so die Mundgesundheit ihrer Patienten zu fördern. Der neue Report gibt Zahnärzten, in der Praxis einfach umsetzbare Interventionsstrategien an die Hand. Zusätzlich fördert die Publikation das gegenseitige Verständnis medizinischer Fachdisziplinen, das Grundlage eines interdisziplinären Vorgehens bei der Raucherberatung ist.

www.tabakkontrolle.de und www.bzaek.de sp

Grauer Star

Telefonhotline und Infobroschüre

Mit einer neuen Beratungshotline und einer Infobroschüre nimmt nun aktuell die Initiative Grauer Star, eine Initiative des Fachbereichs Augen Chirurgie (FBA) im Bundesverband Medizintechnologie (BVMed), den Informationskampf auf. Die Infobroschüre zum Thema Grauer Star kann gegen Einsendung eines mit der eigenen Anschrift versehenen

und mit 1,45 EUR frankierten DIN-A5-Umschlags angefordert werden bei der Initiative Grauer Star, Stichwort Grauer Star, Schuhmarkt 4, 35037 Marburg. Mehr gibts unter www.initiative-grauerstar.de. Die Initiative Grauer Star ist eine Initiative des Fachbereichs Augen Chirurgie (FBA) im Bundesverband Medizintechnologie (BVMed). sp/pm

Thieme-Förderpreis

Zahnmedizinisches Projekt wurde besonders gelobt

Der Studiengang „MasterOnline Parodontologie“ der Universität Freiburg erhielt zusammen mit drei anderen Projekten den Thieme-Förderpreis für „Innovative Lehrprojekte und Reformansätze in der medizinischen Ausbildung“. Der Preis wurde im Rahmen eines Symposiums, das an der Universität Tübingen abgehalten und von der medizinischen Fakultät sowie dem Zentrum für Hochschulentwicklung organisiert wurde, an Professor Dr. Petra Ratka-Krüger aus Freiburg und ihre Arbeitsgruppe vergeben. Die Tagung beschäftigte sich mit Fragen zu Reformen und Innovationen, die das Medizinstudium in Deutschland zukunftsfähig machen können. So fragte man sich, ob das Medizinstudium grundsätzlich umge-

baut werden muss. Müssen Praxisanteile verstärkt, fall- und problembasierte Lernangebote ausgebaut werden? Können die vielerorts entstehenden Reformstudiengänge den hochgesteckten Erwartungen gerecht werden? Und wie können neue Lehr- und Lerntechnologien dabei helfen, die komplexen Lerninhalte didaktisch sinnvoller und nachhaltiger zu vermitteln? Die Universitäten waren im Vorfeld aufgefordert worden, vorbildliche Lehrprojekte und Reformansätze sowie zukunftsweisende Entwicklungen in der Lehre im Rahmen einer wissenschaftlichen Präsentation aufzuzeigen. Dafür hatte es im Vorfeld 64 Anmeldungen gegeben. Es gelangten 25 Präsentationen in die Endausscheidung, darunter auch das Projekt von Professor Petra Ratka-Krüger, Abteilung für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie der Zahnklinik Freiburg mit dem Titel „Bei laufender Zahnarztpraxis die eigene Expertise ausbauen? Der web-unterstützte Postgraduierten-Studiengang MasterOnline-Parodontologie macht´s möglich!“. sp/pm



Foto: privat

Sicherheit im Internet

Keine Chance für Trojaner

Das Gefährdungs- und Schadenspotenzial der Computerkriminalität ist unvermindert hoch. Hinter den Angriffen stehen häufig kriminelle Netzwerke, die professionell mit Hackern zusammenarbeiten. Trojaner, Würmer und Viren können natürlich auch den Praxisrechner lahmlegen – es sei denn, der Zahnarzt ist gewappnet.

Die Täter sind professionell organisiert und arbeiten nach marktwirtschaftlichen Methoden über alle Staatsgrenzen hinweg: Innerhalb von Banden entwickeln sie ganz gezielt Schadsoftware, wie etwa Trojanische Pferde, um sich die Zugangsdaten zu Bank- und Shoppingportalen zu erschleichen. Dort melden sie sich mit der gestohlenen Identität an und bestellen oder überweisen – natürlich auf Rechnung des Opfers. Mittelsmänner nehmen danach die Gelder und Waren in Empfang. Nicht benötigte Zugangsdaten werden zum Teil einfach weiterverkauft. Im Gegenzug kann die Malware aber auch selber die „Herrschaft über den Computer“ übernehmen. Etwa, indem sie ferngesteuert E-Mails versendet, ohne dass der Nutzer irgendetwas davon merkt. Hunderte solcher infizierter Rechner können dabei in Form eines Netzwerks von den Tätern gelenkt werden und andere Postfächer mit Spam bombardieren.

Horrorszenarien? Mitnichten: Diese Fälle entstammen einem aktuellen Papier des Bundeskriminalamts. Fest steht: Wer seinen Computer an das Internet anbindet, riskiert zumindest potenziell, dass sein Rechner und seine Daten ausgespäht, verändert und manipuliert werden. Will man beruhigt die Vorteile des World Wide Web im zahnmedizinischen Umfeld nutzen, kommt man daher um Vorsichtsmaßnahmen nicht herum. Geeignete Schutzvorkehrungen können schon viele Bedrohungen abwenden:

■ Die Grundregel Nummer eins lautet, ein Bewusstsein für die Gefährdungen zu entwickeln und sich entsprechend zu informieren. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bietet beispielsweise auf seiner Webseite BSI für Bürger (www.bsi-fuer-buerger.de) ein umfangreiches und aktuelles Infoangebot.



Foto: Gerhard Führung – Fotolia

■ Wer für die Pflege seiner Praxissysteme einen IT-Dienstleister beauftragt, sollte auch ihn gezielt nach Sicherheitsmaßnahmen befragen.

■ die Software nur aus zuverlässigen Quellen installieren

■ einen Virens scanner wählen, der sich zur Bekämpfung neuer Viren stets die aktuellen Virensignaturen zieht; immer Betriebssystem und Programme aktualisieren, so dass der Rechner stets auf dem aktuellen Stand bleibt und ältere, erkannte Sicherheitsschlupflöcher geschlossen werden



Hilfreiche Adressen

- www.bsi-fuer-buerger.de
- www.zahnaerzte-online.de
- die jeweilige KZV und Zahnärztekammer

■ Passwörter sicher verwahren (nicht unter der Tastatur!) und komplex gestalten – der Vorname der Ehefrau oder des Ehemanns ist zu leicht zu knacken.

Sicher online abrechnen

Mit den geeigneten Schutzmaßnahmen ist der Weg frei für viele Anwendungen in der Zahnarztpraxis, die dem Zahnarzt konkrete Vorteile bringen. Einer der naheliegendsten: die papierlose Online-Abrechnung. Gemäß einem Vertrag zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband sollen KZVen und Kassen ab dem 1. Juli 2011 papierlos abrechnen. Damit steigt auch das Interesse der KZVen, Medienbrüche zu vermeiden und auch die Abrechnung mit dem Zahnarzt ausschließlich elektronisch, also ohne begleitende Papierunterlagen, abzuwickeln. Ziel ist, den Erfassungsaufwand in den KZVen auf ein Minimum zu reduzieren. Die Erfahrungen mit den bereits laufenden Online-Verfahren bei den KZVen sind durchweg positiv. Außerdem ist absehbar, dass der bisherige Versand von Disketten zur Datenübertragung aussterben wird, weil diese Technik sich überlebt hat. Schon heute empfehlen die KZVen deshalb ihren Mitgliedern, auf die Online-Abrechnung umzustellen.

Was aber heißt das für den Zahnarzt im Alltag? Klar ist: Die in einem Praxisverwaltungssystem (PVS) gespeicherten medizinischen und abrechnungsrelevanten Daten sind schützenswert und spielen auch für den Betrieb des Praxisinhabers eine wichtige wirtschaftliche Rolle. Der beste Weg, sich vor Gefahren aus dem Netz zu schützen ist, einen eigenständigen Kommunikations-PC zu nutzen. Einen, der nicht mit dem Praxisnetzwerk verbunden ist, sondern nur für den Datenaustausch via Internet verwendet wird. Sollte es dennoch zu einem Angriff auf den Rechner kommen, geht nur er, nicht aber das gesamte Praxisverwaltungssystem in die Knie.

Auch die Online-Abrechnung sollte also getrennt vom PVS mit einem Kommunikations-PC durchgeführt werden. Wichtig ist, dass auch beim Kommunikations-PC Fire-

wall und Virens Scanner laufen und der Zahnarzt die Vorsichtsmaßnahmen konsequent einhält. Die Nutzung eines allein stehenden Kommunikations-PCs ist ein einfaches und wirkungsvolles Sicherheitsinstrument, das für jedwede Kommunikation aus der Praxis eingesetzt werden kann.

In Sachen elektronische Gesundheitskarte (eGK) wissen wir: Für Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler ist diese Online-Anbindung gesetzt. In der Problematik haben sich KZBV und BZÄK aber bekanntlich mit ihrem Vorschlag durchgesetzt, die Anbindung wenigstens getrennt vom PVS zu er-



Foto: MEV

möglichen. „Die Freiwilligkeit der Online-Anbindung des PVS ist dadurch gewährleistet. Damit wird dem Schutz der sensiblen Patientendaten und des Praxisverwaltungssystems Rechnung getragen“, bekräftigte der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Günther E. Buchholz. Wann diese Anwendung auf die Zahnarztpraxen zukommt, ist derzeit aber noch nicht absehbar.

Sicher kommunizieren

Was die Abrechnung betrifft: Um eine sichere Online-Kommunikation zwischen Zahnärzten und KZVen zu fördern, betreibt die KZBV in Zusammenarbeit mit den KZVen eine zukunftsweisende Sicherheitsinfrastruktur – ZOD (Zahnärzte Online Deutschland). Schon seit einigen Jahren können Zahnärzte zur Abrechnung die Chipkarte (ZOD-Karte) nebst Kartenlesegerät nutzen – das tun allein etwa 70 Prozent aller Thüringer Zahnärzte. Bundesweit verwendet jeder zehnte Zahn-

arzt eine ZOD-Karte, um sich sicher bei seiner KZV online anzumelden. Bei der Anmeldung mit der ZOD-Karte wird die Identität beider Kommunikationspartner – Zahnarzt und KZV – in Form einer sicheren Authentifizierung verlässlich nachgewiesen.

Die zu verschickenden Daten können verschlüsselt werden und sind damit vor Missbrauch geschützt, sodass sie auf ihrem Weg nicht von Dritten ausgespäht werden können.

Überprüft wird, dass sowohl der Zahnarzt wie auch die KZV mit dem „Richtigen“ Daten austauscht. Mit der jetzt erfolgten Wei-

Eine wirksame Spritze gegen Viren, Würmer und Trojaner gibt es noch nicht. Trotzdem kann man sich sicher im Internet bewegen, wenn man sich an gewisse Regeln hält.

terentwicklung von ZOD zur Version 2.0 wurde nicht nur die Sicherheit mittels größerer Schlüssellängen noch einmal erhöht, sondern die neuen ZOD-Karten bieten darüber hinaus die Möglichkeit, elektronische Dokumente qualifiziert zu signieren. Um Rechtssicherheit zu schaffen und Medienbrüche zu vermeiden, nutzt man die qualifizierte Signatur in den Fällen, wo rechtsgültige Unterschriften auf Papier durch die elektronische Form ersetzt werden. Die neuen ZOD- 2.0-Karten sind in Kürze verfügbar. Mit ZOD steht also bereits die Technik, bisher papierbasierte Prozesse wie die Online-Anbindung rechtssicher elektronisch abzubilden.

Die ZOD-Karte gilt als Vorläufer des elektronischen Zahnärztausweises. Sobald die Zahnärztekammern mit der Ausgabe solcher Ausweise beginnen, ist sichergestellt, dass diese mit der ZOD-Karte interoperabel sind und ebenfalls für KZV-Portale eingesetzt werden können.

zm-Info

2009 registrierte das Bundeskriminalamt 50 254 Fälle von Computer- und Internetkriminalität im engeren Sinne. Dies entspricht einem Anstieg von rund 33 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Wie in den Jahren zuvor stellte der „Computerbetrug“ mit einem Anteil von rund 46 Prozent (22 963 Fälle) die mit Abstand größte Gruppe; das Fallaufkommen in diesem Bereich wuchs gegenüber 2008 um 35 Prozent. Insbesondere bei der Computersabotage und Datenveränderung gehen die Experten von einem erheblichen Dunkelfeld aus, weil die Straftaten häufig von den Opfern gar nicht erkannt werden (der Einbruch in den Rechner bleibt unentdeckt) oder der Geschädigte (häufig eine Firma) die erkannte Straftat nicht anzeigt, um beispielsweise im Kundenkreis die Reputation als sicherer und zuverlässiger Partner nicht zu verlieren.

Ein weiterer Sicherheitsmechanismus: die sichere Netzverbindung durch Verschlüsselung des Kommunikationswegs, auf Neudeutsch: „virtual private network“ oder kurz „VPN“. Diese Technik sichert die verschlüsselte Datenübertragung. Mit einer voreingestellten Hardware-Box kann man darüber hinaus die Kommunikation ohne großen Konfigurationsaufwand auf Praxis und KZV begrenzen – was nichts anderes heißt, als dass das „restliche Internet“ blockiert ist. VPN-Lösungen decken zwar einen Aspekt der Sicherheitsmaßnahmen gut ab, allerdings ersetzen sie keinesfalls eine ZOD-Karte. Eine eindeutige, persönliche Identifikation gelingt zuverlässig nach dem Prinzip „Besitz und Wissen“ nur mit Signaturkarten wie der ZOD-Karte. Anwendungen, die eine qualifizierte Signatur erfordern, können ausschließlich mit Signaturkarten realisiert werden. In der Summe ergänzen sich beide Techniken und bieten damit höchstmögliche Sicherheit.

*Dr. Mario Bolte
Stellv. Leiter Abteilung Telematik bei der KZBV
Universitätsstr. 73 in 50931 Köln*

Selbstmedikation

OTC als Wachstumsmarkt

Patienten legen auch bei rezeptfreien Medikamenten, den sogenannten Over-the-Counter-Präparaten (OTC) Wert auf die Beratung ihres Arztes. Die arztgestützte Selbstmedikation spielt eine immer stärkere Rolle. Doch immer noch wissen 20 Prozent der Patienten nicht, warum sie bestimmte Medikamente nur noch auf dem grünen Rezept bekommen



Foto: ABDA

Immer öfter kurieren Patienten leichte Erkrankungen mithilfe nicht verschreibungspflichtiger Medikamente. Gleichzeitig vermehren Ärzte und Apotheker einen gestiegenen Beratungsbedarf zur Wirksamkeit dieser Mittel. Das ist das Ergebnis einer aktuellen Infas-Studie, die beim 47. Wirtschaftsforum des Deutschen Apothekervereins in Potsdam vorgestellt wurde. Häufigste Anlässe für den Medikamentenkauf sind Kopfschmerzen oder eine Erkältung. Als Infoquelle für das geeignete Präparat benannten 90 Prozent der Befragten eine ärztliche Empfehlung für eher wichtig bis sehr wichtig. Fast die Hälfte meinte allerdings, bei einer einfachen Akuterkrankung auf die Beratung in der Apotheke verzichten zu können.

Überdurchschnittliches Wachstum

„Das Segment der Selbstmedikation wird im Vergleich zum restlichen Arzneimittelmarkt künftig weiter an Bedeutung gewinnen“, bestätigt auch Dr. Frank Wartenberg vom Marktforschungsinstitut IMS Health. Besonders umsatzstark sind die Bereiche

OTC-Präparate erfreuen sich einer wachsenden Beliebtheit. Sinnvoll ist eine fachliche Beratung – wie hier in der Apotheke.



Foto: ABDA

Das grüne Rezept, das Ärzte wahlweise ausstellen, dient lediglich als Merkhilfe für den Patienten.

offenbar durchgesetzt“, resümiert Wartenberg.

Eingeführt wurde das grüne Rezept von Ärzten, Apothekern und Arzneimittelherstellern als Reaktion auf die Neuordnung im Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG). Mit dem GMG hatte der Gesetzgeber 2004 rezeptfreie Medikamente von der Erstattungsfähigkeit in der GKV weitestgehend ausgeschlossen. Davon waren neben durchaus fragwürdigen Medikamenten auch therapeutisch sinnvolle Arzneimittel betroffen. „Auf dem Grünen Rezept können Ärzte nicht rezeptpflichtige Arzneimittel ver-

Tonika und Immunstimulanzien sowie Herz-Kreislauf-Mittel. Die entsprechenden Präparate werden vor allem von älteren Menschen geordert, meist über Kataloge, weniger per Internet. Nach Ansicht des Marktforschers wird der demografische Wandel die Entwicklung des Selbstmedikations- und Selbstzahlermarkts weiter vorantreiben. Durch einerseits eine alternde Bevölkerung und andererseits zunehmende Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung und damit einhergehenden Leistungskürzungen werde mittelfristig der Weg für den zweiten und dritten Gesundheitsmarkt geebnet. Nach Erhebungen des Marktforschers spielt insbesondere die arztgestützte Medikation eine immer stärkere Rolle. Sie sei allein im vergangenen Jahr um zehn Prozent gewachsen. 2009 habe der Vertrieb von nicht-verschreibungspflichtigen (sogenannten OTC-Mitteln – Over the Counter) und freiverkäuflichen Arzneimitteln bereits ein Volumen von 3,6 Milliarden Euro gehabt. „Das Grüne Rezept hat sich



Foto: Agencia Free-FI online

Häufig werden freiverkäufliche Medikamente im Internet bestellt ...

merken, die zwar nicht von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden, für die Behandlung des Patienten aber sinnvoll sind. Das grüne Rezept ist eine Merkhilfe für den

Patienten und außerdem – und das ist für die Ärzteschaft besonders wichtig – ist es ein einfaches und effizientes Mittel, um eine Non-Compliance zu vermeiden“, erklärt Dr. Roland Stahl, Sprecher der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Für die Pharmaindustrie ist es hingegen in erster Linie ein Marketinginstrument.

Eingriff in die Therapiefreiheit

Unmittelbar nach der Einführung des Gesetzes hatte der Deutsche Ärztetag 2004 die Politik aufgefordert, den Ausschluss von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten aus der Erstattung der GKV umgehend zu beenden. Das GMG mit dem Erstattungsausschluss sei ein willkürlicher Eingriff in die Therapiefreiheit der Ärzte. Zudem werde die Bezahlung dieser Medikamente für die Patienten eine zusätzliche Belastung, da diese Kosten nicht für die Bemessung der Zuzahlungsgrenze herangezogen würden.



Foto: MEV

... ganz einfach per Click and Buy.

Rund sechs Jahre später belegt eine repräsentative Umfrage des Meinungsforschungsinstituts TNS-Healthcare, dass zumindest die Mehrheit der Hausärzte sich mit dem gesetzlichen Ausschluss aus der Erstattungsfähigkeit arrangiert hat. OTC-Medikamente spielen insbesondere in den Hausarztpraxen immer noch eine wichtige Rolle. Fast jedes fünfte verordnete Arzneimittel müssen – oder wollen – Kassenpatienten mittlerweile selbst bezahlen.

Die Umfrage „Arzt und Selbstmedikation“ unter Allgemeinmedizinern und Internisten zeigt: Für 96 Prozent aller befragten Hausärzte sind apothekenpflichtige rezeptfreie



Auch wenn die Sicherheit des ärztlichen Rates unersetzbar ist: Bei Schnupfen ...

Foto: CC

Medikamente bei der Behandlung von leichten Beschwerden sinnvoll, allerdings glauben 65 Prozent der befragten Ärzte auch, dass rezeptfreie Arzneimittel bei der Behandlung von starken Gesundheitsstörungen nicht die Therapie der Wahl sein sollten. Um auf die zunehmende finanzielle Belastung ihrer Patienten Rücksicht zu nehmen, verordnen die Hausärzte bei durchschnittlich 14 Prozent aller Rezepte ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel, selbst wenn für die Behandlung auch ein OTC-Arzneimittel zur Verfügung steht. Der

Grund: Knapp zwei Drittel ihrer Patienten fragen nach, warum sie das Arzneimittel selber bezahlen müssen und kein normales Rezept bekommen. Um Diskussionen zu vermeiden, greift etwa ein Drittel der Ärzte in einer solchen Situation dann doch lieber zum rosafarbenen statt zum grünen Rezeptblock, jeder fünfte Arzt begründete sein Verordnungsverhalten mit der Angst, Patienten zu verlieren.

„Die Ergebnisse der Studie zeigen den hohen Stellenwert, den Ärzte und Patienten der Selbstmedikation einräumen. Dennoch

greift der Arzt häufig zu verschreibungspflichtigen Medikamenten, um dem Patienten Kosten zu ersparen. Dies bestätigt unsere Annahme, dass oft nicht die medizinisch sinnvollste Arzneimitteltherapie zur Anwendung kommt, sondern wirtschaftliche Faktoren zum großen Teil die Therapieentscheidung des Arztes beeinflussen“, erklärt Manfred Kreisch vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI), der die Studie in Auftrag gegeben hat. Aktuelle Zahlen darüber, ob die Patienten die auf dem Rezept empfohlenen Medikamente auch wirklich in der Apotheke kaufen, liegen nicht vor. Doch nach Angaben der befragten Ärzte akzeptieren die meisten Patienten die Ausstellung des grünen Rezepts oder eines Privatrezepts für ein nicht verschreibungspflichtiges Medi-

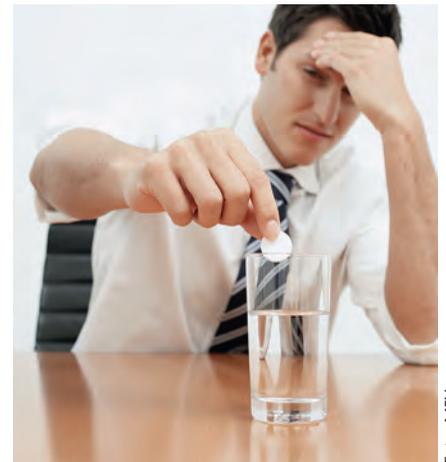


Foto: MEV

... oder Kopfschmerzen reicht oftmals die (richtige) Selbstmedikation.

zm-Info

Das grüne Rezept

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) hat die Politik 2004 apothekenpflichtige rezeptfreie Arzneimittel – bis auf wenige Ausnahmen bei schwerwiegenden Erkrankungen sowie bei Kindern bis zum 12. Lebensjahr – von der Erstattung durch die Krankenkassen ausgenommen. Damit hat der Gesetzgeber die Behandlung leichterer Gesundheitsstörungen bewusst der gesundheitlichen Eigenverantwortung und der Selbstmedikation zugewiesen. Unter Selbstmedikation sind eigenverantwortliche Maßnahmen mit rezeptfreien Arzneimitteln zur Erhaltung der Gesundheit sowie zur Vorbeugung und Behandlung von Gesundheitsstörungen zu verstehen. Arzneimittel zur Selbstmedikation, sogenannte

OTC-Mittel (Over the counter – OTC) müssen von den Patienten vollständig selbst bezahlt werden. Dies schließt nicht aus, dass der Arzt bei der Diagnosestellung oder bei der Medikamentenauswahl zu Rate gezogen wird und das von ihm empfohlene Mittel auf einem grünen Rezept verschreibt. Das Rezept hat jedoch keinen Einfluss auf die Erstattung. Es dient dem Patienten als Gedankenstütze für den Erwerb des Medikaments in der Apotheke und kann gegebenenfalls beim Finanz- oder Sozialamt als Nachweis für außergewöhnliche Belastungen geltend gemacht werden. Nur ein Viertel der Patienten kennt das grüne Rezept und die damit verbundenen Konsequenzen.

om

kament. Dies ist nach der Untersuchung vor allem dann der Fall, wenn Ärzte mit ihren Patienten über Selbstmedikation und die Hintergründe des grünen Rezepts sprechen – denn immerhin jeder fünfte Patient kennt das grüne Rezept nicht oder weiß nicht, was es bedeutet. Hier ist wohl auch in den kommenden Jahren noch so manches aufklärende Gespräch in der Arztpraxis notwendig.

Otmar Müller
Gesundheitspolitischer Fachjournalist
mail@otmar-mueller.de

Zahnärztliche Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten

Gute Konditionen

Die KZBV hat mit dem Bundesverteidigungsministerium und dem Bundesinnenministerium eine eigene Regelung für die Behandlung von Heilfürsorgeberechtigten ausgehandelt: Bundeswehrsoldaten und Polizisten erhalten bei der Kariesversorgung jetzt SDA-Füllungen. Ein sehr gutes Ergebnis – für die Patienten und für die Zahnärzte.



Foto: DAK-Wigger

Gemäß den Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Bundeswehrsoldaten erfolgt die Versorgung von kariösen Defekten grundsätzlich mit plastischen Füllungsmaterialien. Bislang mussten Soldaten für moderne Füllungen in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik (SDA) die entstehenden Mehrkosten selbst tragen. Dies wollte die Bundeswehr ändern, und zwar nicht nur – wie ursprünglich vorgesehen – für alle Zeit- und Berufssoldaten: Das Bundesverteidigungsministerium wünschte, dass die Vereinbarung auf alle Bundeswehrsoldaten, auch auf die im Grundwehrdienst, ausgeweitet wird. Analog dazu sprach sich das Bundesinnenministerium dafür aus, dass Polizeibeamte ebenfalls auf diesem hohen Niveau versorgt werden.

„Mit der Vereinbarung haben wir in Abstimmung mit der BZÄK neue Leistungsbeschreibungen eingeführt, die der anzuwendende Leistungskatalog bislang nicht enthielt“, erläutert der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Wolfgang Eßer, Verhandlungsführer auf Zahnärzteseite.

Erfolgreich verhandelt

Das Ergebnis kann sich sehen lassen. „Die Verhandlungen erfolgten in einer konstruktiven und guten Atmosphäre unter fairen Vertragspartnern. Wir konnten mit dieser Regelung ein angemessenes Verhältnis von zahnärztlichem Aufwand und Honorar durchsetzen. Es orientiert sich an

der Vergütung für Inlays“, bestätigt Eßer. Soweit die Anspruchsberechtigten SDA-Füllungen wählen, die bisher im Rahmen des Mehrkostenverfahrens abgerechnet wurden, greifen nunmehr die neuen Leistungsbeschreibungen. Damit werden die Gesamtkosten solcher Füllungsleistungen von den Heilfürsorgeträgern übernommen.



Foto: privat

Verhandlungsführer auf Zahnärzteseite: der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Wolfgang Eßer

zm-Info

Restauration mit Composite bei Heilfürsorgeberechtigten

■ Heilfürsorge-Restauration (HR) 1:

Restauration einer Kavität mit Composite in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik, gegebenenfalls einschließlich Mehrschichttechnik, einflächig: 75 Punkte

■ HR 2:

Restauration einer Kavität mit Composite in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik, gegebenenfalls einschließlich Mehrschichttechnik, zweiflächig: 112 Punkte

■ HR 3:

Restauration einer Kavität mit Composite in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik, gegebenenfalls einschließlich Mehrschichttechnik, dreiflächig: 164 Punkte

■ HR 4:

Restauration einer Kavität mit Composite in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik, einschließlich Mehrschichttechnik, mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante: 208 Punkte

Bei Ausweis der Anspruchsberechtigung (Überweisung Bundeswehr beziehungsweise Behandlungsausweis Bundespolizei) unterliegen HR-Positionen keiner weiteren Genehmigungspflicht und können ab sofort im täglichen Praxisgeschehen umgesetzt werden. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt über die zuständige KZV per Datenträger oder KCH-Erfassungsschein

Konkret sieht die Vereinbarung vier Leistungspositionen für Füllungen vor, darunter auch erstmals eine eigene Position für eine mehr als dreiflächige Füllung (siehe Kasten).

Das ist neu, wurde diese doch bisher wie eine dreiflächige Füllung mit erhöhtem Steigerungsfaktor nach GOZ abgerechnet.

Eßer: „Das Ergebnis ist auch deshalb positiv zu werten, weil es bei der GOZ-Novellierung als Anhaltspunkt für eine angemessene Honorierung herangezogen werden kann – damit hat die Vereinbarung enormen Signalcharakter.“ **ck**

2. Jahrestagung Deutscher Ethikrat

Eine interaktive Aufgabe

Auf seiner zweiten Jahrestagung widmete sich der Deutsche Ethikrat einem Thema, das eines zweiten Blickes bedarf, zumindest aber einer genauen Erklärung: „Migration und Gesundheit. Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung“ fügt sich nicht selbsterklärend in den „üblichen“ Themenkanon des Deutschen Ethikrates ein. „Anliegen des Ethikrates ist es, das Thema in das breite gesellschaftliche Interesse zu rücken“, erklärte der Ethikrat-Vorsitzende Prof. Edzard Schmidt-Jortzig vor 300 Gästen in Berlin.



Fotos: Deutscher Ethikrat

Staatsministerin Prof. Maria Böhmer forderte die Förderung interkultureller Kompetenz in den Ausbildungskonzepten der Gesundheitsberufe.

Zu Beginn der Veranstaltung stellte Prof. Axel Bauer, Mitglied des Deutschen Ethikrates, klar: Man wolle nicht mit Fachtagungen konkurrieren. Primäres Ziel sei, die Öffentlichkeit für die sehr heterogene Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund und die damit verbundenen ethischen Fragen zu sensibilisieren. Bauer: „Die Idee, das Thema „Migration und Gesundheit“ für die Jahrestagung 2010 vorzuschlagen, lag für mich, als Medizinethiker des Mannheimer Universitätsklinikums, [...] auf der Hand“. Im „melting pot“ Mannheim seien fast 23 Prozent (etwa 327 000 Einwohner) ausländische Staatsbürger – sogar 30 Prozent hätten einen Migrationshintergrund, die Mehrzahl komme aus der Türkei. Bundesweit leben etwa 15 Millionen Menschen, sprich 20 Prozent der Deutschen mit einem Migrationshintergrund (Kasten). Bei den Kindern unter sechs Jahren ist es im Schnitt bereits ein Drittel, die einen Migra-

tionshintergrund aufweisen – je nach Region unterschiedlich verteilt. Für den Gesundheitszustand wie für die adäquate Nutzung der zur Verfügung stehenden medizinischen Angebote seien aber weniger die Nationalität oder der Zeitpunkt der Zuwanderung entscheidend. Vielmehr sei es der individuell spezifische sozio-kulturelle Kontext des einzelnen Menschen, der seinen Gesundheitszustand beeinflusst, sagte Bauer. Grundsätzlich sei es wichtig, den interaktiven Charakter des Themas zu erkennen und in die Überlegungen mit einzubeziehen. Sowohl die Migranten als auch die Beschäftigten im Gesundheitssystem hätten jeweils

Interessen und Wünsche. „Die sprachliche und kulturelle Vielfalt, der wir heute sowohl aufseiten der Patienten als auch zunehmend bei Ärzten und Pflegemitarbeitern begegnen, stellt für die Medizin eine zunehmende Herausforderung und – sofern sie gut genutzt wird – eine Bereicherung dar.“

Ein komplexes Problem ...

Staatsministerin Prof. Maria Böhmer, Beauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration der Bundesregierung zeigte sich erfreut, über die Themenwahl: „Ich bin sehr gespannt, welche Impulse von dieser Tagung ausgehen. [...] Ich würde mir wünschen, dass wir weiter aufeinander zugehen.“



In der Sache herrscht Einigkeit: Aus Sicht von Prof. Maria Böhmer und dem Ethikrat-Vorsitzenden Prof. Edzard Schmidt-Jortzig muss die Öffentlichkeit für das Thema Migration und Gesundheit sensibilisiert werden.

„Wenn wir die deutsche Bevölkerung beschreiben, sagen wir, wir werden älter und [...] weniger. Aber wenn wir auf die Migrantinnen und Migranten schauen, können wir sagen, ihre Zahl wird zunehmen und sie werden jünger.“

Staatsministerin Prof. Maria Böhmer

Deutschland verstehe sich als Integrationsland und müsse sich daher besonderen Herausforderungen stellen, auch im Bereich Gesundheit. Böhmer hob die Komplexität des Themas hervor. Das fange schon beim Vergleich der demografischen Entwicklung an.

... verlangt eine detaillierte Analyse

Auch in der Pflege müsse man sich auf einen Anstieg von Menschen mit Migrationshintergrund einstellen: „Bei den mehr als 65-Jahre alten Migranten waren es im Jahr 2005 1,2 Millionen. Im Jahr 2008 waren es schon 1,4 Millionen.“ In den Migranten-Familien gebe es oftmals noch ein anderes familiäres Verständnis von der Sorge um die älteren Familienmitglieder. Aber auch in dieser Gruppe stoßen die Menschen an Grenzen. Böhmer: „Von daher muss man auch die Gruppe der älteren Migranten besonders in den Blickwinkel nehmen.“ Sie plädierte für eine interkulturelle Öffnung im Bereich der Alterspflege. Auf der Grundlage wissenschaftlicher Untersuchungen könne man aber nicht per se sagen, dass die migrantische Bevölkerung kränker sei, als die deutsche Bevölkerung. Gerade bei Zuwanderern aus dem Mittelmeerraum sei festzustellen, dass sie durch andere Ernährungsgewohnheiten besser präpariert seien

als manche Deutsche. (Stichwort „Kreta-Diät“). Eine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten in Deutschland habe dann auch einen Einfluss auf die Gesundheitssituation.

Erster Indikatorenbericht

Böhmer verwies auf den ersten Integrationsindikatorenbericht, den die Bundesregierung 2009 herausgegeben hat. Der Bericht erscheint alle zwei Jahre. Die Daten im Bereich Gesundheit seien gerade bei den Kindern unerfreulich. Böhmer: „Sie sind nicht nur seltener geimpft, sie durchlaufen auch zu einem sehr viel geringeren Teil alle angebotenen Früherkennungsuntersuchungen. Das halte ich für besorgniserregend.“ Dabei gehe es doch darum, „allen, die in unserem Land sind, die notwendige medizinische Hilfe zukommen zu lassen.“ Sie hob die Unverzichtbarkeit einer interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens und der Förderung interkultureller Kompetenz in den Ausbildungskonzepten der Gesundheitsberufe hervor. Die sei nicht in der notwendigen Tiefe vorhanden. „Ich spreche mich sehr dafür aus, dass wir die interkulturelle Kompetenz in den Ausbildungsverordnungen der medizinischen und pflegerischen Berufe verankern. Das muss heute Standard werden“, forderte sie.

Best Practice aus Hannover

Als Vorzeige-Projekt verwies die Staatsministerin exemplarisch auf das bundesweit verbreitete MiMi-Projekt, initiiert vom Ethno-Medizinischen Zentrum in Hannover. (Kasten nächste Seite).

Der bundesweite Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“ beschäftigt sich auf Regierungsebene mit dem Thema. Folgende Schwerpunkte stehen im Vordergrund:

■ **Gesundheitsberichterstattung - Datenlage verbessern**

■ **Kinder- und Jugendgesundheit - gezielte Angebote für Migranten-Mütter entwickeln**

zm-Info

Personen mit ...

... Migrationshintergrund sind alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem nach 1949 zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil. Somit gehören auch Spätaussiedler und deren Kinder zu den Personen mit Migrationshintergrund.

Statistisches Bundesamt Deutschland, 2007

■ interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens

- Migranten sollen den Zugang zum Gesundheitswesen erhalten
- Ärzte müssen ihrer Aufklärungspflicht nachkommen

Zum letzten Punkt hat der Arbeitskreis für Migration und öffentliche Gesundheit Empfehlungen erarbeitet. Noch in diesem Jahr wolle die Regierung ein Anerkennungsgesetz für im Ausland erworbene Abschlüsse auf den Weg bringen. „Das schließt selbstverständlich diejenigen ein, die im medizinischen und im Pflegebereich einen im Ausland erworbenen Abschluss besitzen“, erklärte Böhmer.



Foto: picture alliance-ZB

Migration und Gesundheit sollte interaktiv betrachtet werden: Auch auf der Seite der Leistungserbringer gibt es eine Zunahme an medizinischen Personal mit migrantischen Hintergrund.

Dünne Datenlage

Prof. Oliver Razum, Leiter der Abteilung Epidemiologie und International Public Health an der Uni Bielefeld thematisierte in seinem Vortrag die unzureichende Datenlage bei der Gesundheitsberichterstattung über Migranten. Seine Erklärung: „Die Gesundheitsberichterstattung unterliegt methodischen Einschränkungen und ist dadurch nicht migrantensensibel.“ Meist würden Routine- und Verwaltungsdaten zusammengeführt. Da Migranten aber vergleichsweise wenig zu Routineuntersuchungen gehen,

werden sie auch statistisch weniger erfasst. Neben der Problematik der mangelnden Daten wurden rechtliche Probleme im Arzt-Patienten-Verhältnis sowie die Gesundheit von Migranten aus sozialem und politischer Perspektive beleuchtet, darunter auch die Frage, inwieweit spezielle Regelungen für Migranten ohne Aufenthaltserlaubnis etabliert werden sollten. Konkret wurde erörtert, wie eine kultursensible Medizin und Medizinethik aussehen sollte, welche Konsequenzen sich daraus für die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund erge-

ben. Denn das Verständnis von Gesundheit und Krankheit sei kulturell unterschiedlich geprägt. Dies habe Auswirkungen auf Therapieentscheidungen und Gesundheitsverhalten.

In den Redebeiträgen wurde eins deutlich: Aufgrund der großen Heterogenität der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund greifen stereotype Vorstellungen nicht. Ein differenzierter Umgang mit diesem Phänomen ermögliche dagegen erst, den Menschen in seiner Individualität wahrzunehmen und nicht auf seine Migrationsbiografie zu reduzieren.

zm-Info

MiMi – Mit Migranten für Migranten

Um Migranten für ein gesundheitsbewusstes Leben zu sensibilisieren, werden im Rahmen des MiMi-Projekts Gesundheitslotsen ausgebildet. Ihre Aufgabe: muttersprachliche Informationsvermittlung in den Lebensräumen der Migrantinnen („Interkultureller Setting-Ansatz“).

Gesundheitslotsen sind erfolgreich integrierte Migranten, die über einen hohen Sozialindex verfügen. Dieser wird aus den Variablen „Deutschkenntnis“, „Anzahl der Schuljahre“ und „aktuelle Beschäftigung“ berechnet. Nach ihrer Schulung führen die Mediatoren selbstständig Veranstaltungen und Kampagnen zur Gesundheitsförderung durch.

MiMi ist an 39 Standorten in zehn Bundesländern vertreten und richtet sich an Menschen in fast 30 Sprachen. Das Ethno-Medizinische Zentrum stellt die Schulungsmaterialien. Die Gesundheitslotsen vermitteln ihr Wissen unter anderem zu folgenden Themen:

- **Das deutsche Gesundheitssystem**
- **Ernährung & Bewegung**
- **Gefahren des Alkoholkonsums**
- **Gesundheitsrisiko Rauchen**
- **Umgang mit Medikamenten**
- **Schwangerschaft & Familienplanung**

Bringschuld vs. Selbstsorge

Vor dem Hintergrund des Spannungsverhältnisses von Solidarität und Eigenverantwortung wurden strukturelle Veränderungen eingefordert. So bestehe einerseits die Pflicht zur Selbstsorge, andererseits eine Bringschuld des Versorgungssystems. Dazu gehöre auch, den Einsatz von professionellen Dolmetschern in Kliniken und Arztpraxen zu verstärken, um sprachliche Barrieren abzubauen. Zu den Dolmetscherkosten erklärte Staatsministerin Böhmer: „Ich meine, es muss verankert sein bei den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt, so dass hier Hilfe nicht scheitert an mangelnden Verständigungsmöglichkeiten.“ sf

■ www.ethikrat.org

■ www.mimi-online.bkk-bv-gesundheit.de

Röslers gesundheitspolitischer Plan

Die Entdeckung der Solidarität

„Vertrauen“ war das Wort, das sich wie ein roter Faden durch die Rede von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler beim Hauptstadtkongress Gesundheit Anfang Mai 2010 zog: Das Gesundheitswesen solle mehr auf die Qualifikation, Motivation und Erfahrung von Ärzten vertrauen als auf staatliche Zertifikate. Und auch die Volksvertreter verdienten einen Vertrauensvorschuss für ihre gesundheitspolitischen Pläne.

Die Gesundheitswirtschaft sei nicht nur eine Schlüsselbranche, weil sie jährlich rund 263 Milliarden Euro Umsatz erwirtschaftet, erläuterte Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler. „Vor allem bietet sie das beste Gesundheitswesen der Welt, in dem jeder

Patienten und auch längst nicht mehr um die ärztliche Therapiefreiheit.

Für diese Fehlsteuerung machte Rösler zum einen die staatliche Überregulierung verantwortlich: „Nicht alles, was gut funktioniert, muss zwingend vom Staat organisiert wer-

haben: nämlich den Menschen zu helfen“, meinte Rösler. Ein mündiger und informierter Patient sei die beste Motivation für einen Arzt, sein Wissen ständig zu überprüfen und aufzufrischen. Gleichzeitig seien Information und Transparenz aber auch unabdingbar, um Versicherte zu Eigenverantwortung und gesundheitsbewusstem Verhalten zu motivieren.

Völlig ungeeignet für die Förderung von mehr Eigenverantwortung ist in den Augen der FDP – und bekanntlich auch vieler Ärzte – hingegen das Sachleistungsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): „Die Versicherten zahlen Monat für Monat, Jahr für Jahr Beiträge und haben den Eindruck, nicht genug dafür zu bekommen, weil sie den Gegenwert der medizinischen Leistungen gar nicht kennen.“ Durch ein transparentes Rechnungswesen und einen Wechsel zur Kostenerstattung könnten auch die Versicherten deutlich sehen, welchen Wert die Arbeit ihres Arztes habe.

Transparenz und Kostenerstattung sind nach Auffassung von Rösler keineswegs unsozial, denn auch die Liberalen schreiben sich neuerdings die Solidarität zwischen Starken und Schwachen ganz groß auf ihre Fahnen: „Das Gesundheitswesen ist ein anderer Wirtschaftszweig als beispielsweise die Automobilbranche oder das Bäckerhandwerk“, erinnerte Rösler. „Als Kunde können Sie sich frei entscheiden, ob und welches Auto Sie fahren oder welche Sorte Brot Sie kaufen wollen. Als Patient hingegen können Sie sich nicht aussuchen, ob und welche Krankheit Sie haben wollen.“

Wortreich beschwor der Minister die Solidarität als Kernelement des deutschen Gesundheitswesens und nahm damit vorsorglich Kritikern eines vermeintlich unsozialen oder gar neoliberalen gesundheitspolitischen Kurses der schwarz-gelben Koalition den Wind aus den Segeln. Mehr noch: Er erklärte die von vielen politischen Gegnern als unsozial gescholtene Kopfpauschale zum Garant für eine solidarische GKV-Finanzierung. „Der Ausgleich zwischen Arm und Reich,



Unser Gesundheitssystem ist top, sagt Rösler. Der soziale Ausgleich zwischen Arm und Reich, Alt und Jung und Krank und Gesund funktioniert aber nicht über einen einheitlichen GKV-Beitragsatz.

Versicherte – unabhängig von seinem Alter, seinem Geschlecht und seinen Vorerkrankungen – die bestmögliche Versorgung erhält.“ Allerdings hätten gerade die Leistungserbringer zunehmend das Gefühl, in einem unfairen System zu arbeiten: „Belohnt wird nicht derjenige, der die beste Leistung erbringt, sondern der das System am besten zu nutzen weiß“, kritisierte der Minister und ergänzte: „Es ist doch pervers, dass es Computerprogramme gibt, die einem niedergelassenen Arzt sagen, welche Leistungen er bis zum Quartalsende unbedingt noch abrechnen sollte, um das Budget voll auszuschöpfen – und welche Leistungen er besser vermeidet, um nicht in Regress genommen zu werden.“ In diesem System gehe es nicht mehr um die medizinischen Bedürfnisse von

den.“ Ausdrücklich warb Rösler in diesem Zusammenhang um mehr Vertrauen in die Qualifikation, Motivation und Erfahrung von Ärzten: „Was zählt mehr: ein Facharzt mit sechs Jahren Studium, fünf Jahren Weiterbildung, zwei Jahren Zusatzausbildung und 20 Jahren Berufserfahrung – oder ein Qualitätssiegel einer staatlichen Institution?“

Mündiger Patient fordert den Mediziner

Es gebe andere funktionierende Kontrollmechanismen für Leistungserbringer als die omnipräsente und überbordende Bürokratie: „Ärzte brauchen unser Vertrauen – und zwar Vertrauen in ihre Grundmotivation, aufgrund der sie ihren Beruf ergriffen

zwischen Alt und Jung sowie zwischen Krank und Gesund kann nicht über einen einheitlichen GKV-Beitragssatz funktionieren, das ist ungerecht“, argumentierte Rösler.

Prämie garantiert Solidarität

Er verwies auf die Beitragsbemessungsgrenze und die private Krankenversicherung, die es Besserverdienenden ermögliche, sich teilweise oder ganz aus der solidarischen GKV-Finanzierung zu verabschieden. Ebenso wie seine politischen Gegner bemühte auch Rösler den viel zitierten Generaldirektor, der nach Einführung der Kopfpauschale angeblich den gleichen Beitragssatz wie seine schlechter bezahlte Sekretärin entrichten muss. „Dieser Generaldirektor – dessen Blinddarmoperation im Übrigen genauso viel kostet wie die seiner Sekretärin – ist doch längst nicht mehr GKV-versichert. Der



Fotos: picture alliance-BSIP-ASTIER

Gerechter sei die Kopfpauschale – auch für Familien mit Kindern, sagt Rösler.

solidarische Ausgleich sollte deshalb über das Steuersystem erfolgen, damit tatsächlich jeder dazu beiträgt“, forderte der FDP-Politiker.

Ein derart grundlegender Wandel in der GKV-Finanzierung lasse sich allerdings nicht von heute auf morgen umsetzen: „Die geplante Gesundheitsreform wird auch manch einen schmerzhaften Einschnitt erfordern“, gab Rösler zu bedenken und wagte einen eleganten Schwenk zurück zu seinem Eingangsthema: Ebenso wie die vom System geschundenen Ärzte verdienten auch die gesundheitspolitischen Akteure der Bundesregierung einen Vertrauensvorschuss. „Geben Sie uns Zeit und vertrauen Sie darauf, dass wir das System zu Besserem weiterentwickeln wollen.“

*Antje Soleimanian
Freie Journalistin aus Hamburg
antje@soleimanian.de*

Studie von Ernst & Young

Kliniklandschaft im Umbruch

Im Krankenhaussektor gibt es dynamische Veränderungen. Klamme Kommunen können Defizite ihrer Kliniken oft nicht mehr ausgleichen – Kosten und Konkurrenzdruck steigen stetig. Während grundsätzlich ein Kliniksterben zu beobachten ist, steigern die privaten Krankenhäuser ihren Marktanteil. Die Prüfungs- und Beratungsorganisation Ernst & Young hat die Veränderungen seit 1992 in einer Studie zusammengefasst.

Die Studie beruht auf einer Befragung von 300 Krankenhausmanagern und 1 500 Verbrauchern in Deutschland. Der Tenor: Wegen wegbrechender Steuereinnahmen werden die deutschen Kommunen immer weniger in der Lage sein, Defizite ihrer kommunalen Krankenhäuser auszugleichen. Dies werde dazu führen, dass die Zahl der Klinikschließungen, -fusionen und -verkäufe deutlich steigen wird.

Anstieg der Ausgaben

Seit dem Jahr 2000 sind die Kosten im Krankenhausbereich um über 20 Prozent gestiegen. Dieser Trend werde höchstwahrscheinlich auch in den kommenden Jahren anhalten: Konkret erwarten über 80 Prozent der befragten Krankenhausmanager einen Anstieg der Personal- und Sachkosten in den nächsten zwei Jahren. „Wegen der älter werdenden Bevölkerung und aufgrund neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren sind steigende Kosten im Krankenhausbereich vorprogrammiert – trotz aller Bemühungen um Kostensenkungen“, urteilt Nils Söhnle, Partner bei Ernst & Young.

Hinzu kommen die Auswirkungen der Wirtschaftskrise: Zum einen ist „weniger Geld im System“ – aufgrund der Ausfälle an Krankenkassenbeiträgen durch die gestiegene Arbeitslosigkeit und die hohe Inanspruchnahme der Kurzarbeit. Hinzu kommen die Steuerausfälle bei den Bundesländern und Kommunen. Da die Bundesländer für die Krankenhausinvestitionen verantwortlich zeichnen, könnten fehlende Einnahmen zu einem weiteren Rückgang der Investitionsbudgets führen. Vor allem aber dürfte sich die Finanznot vieler Kommunen auswirken, die als Krankenhausträger häufig für die

Investitionsaufgaben ihrer Länder in die Bresche sprangen und überdies laufende Verluste ihrer Krankenhäuser ausglich. „Die Wirtschaftskrise führt dazu, dass die Kommunen vielfach die Defizite der öffentlichen Krankenhäuser nicht mehr ausglei-



chen können und die Länder ihre Krankenhaus-Investitionen reduzieren“, beobachtet Stefan Viering, Partner bei Ernst & Young.

Krise belastet öffentliche Kliniken

Die Auswirkungen der Wirtschaftskrise werden, so die Studie, insbesondere Krankenhäuser der öffentlichen Hand treffen. Viering sieht daher die deutsche Krankenhauslandschaft im Umbruch: „Steigenden Ausgaben und stagnierenden Einnahmen steht die unverändert anspruchsvolle Aufgabe gegenüber, die Bevölkerung mit medizinischen Leistungen auf hohem Niveau zu versorgen. Dieses Dilemma könnte sich vor allem für solche Häuser als unauflösbar



Grafiken: Ernst & Young

Prognose der Studie: Der Rückgang der Krankenhäuser wird sich weiter fortsetzen und an Intensität eher zunehmen.

erweisen, die in den vergangenen Jahren bereits Verluste gemacht oder nur knapp profitabel gearbeitet haben.“

Es geht um die Verteilung der Marktanteile im Krankenhausbereich. Der Wettbewerbsdruck nimmt zu. 81 Prozent der befragten Krankenhausmanager bezeichnen den Konkurrenzdruck bereits heute als hoch oder sehr hoch, 77 Prozent erwarten eine weitere Intensivierung des Wettbewerbs. Um zukünftig im Wettbewerb bestehen zu können, wollen die Krankenhäuser nicht nur die Kosten senken, sondern auch in qualitätssteigernde Maßnahmen und neue Angebote investieren. Kostensenkungsprogramme spielen derzeit bei 84 Prozent der Krankenhäuser eine große bis sehr große Rolle. Geld sparen wollen die Manager vor allem

bei den medizinischen Verbrauchsgütern. Aber auch Personal soll abgebaut werden: Gut jedes dritte Krankenhaus (39 Prozent) will die Zahl der Beschäftigten in der Pflege beziehungsweise in der Verwaltung reduzieren. Immerhin jedes fünfte Krankenhaus (21 Prozent) plant sogar, zukünftig weniger Ärzte zu beschäftigen.

Gleichzeitig wollen die Krankenhäuser aber auch neue Investitionen tätigen und bestimmte Fachbereiche stärken (62 Prozent), Gebäude modernisieren (61 Prozent) oder den Komfort für die Patienten erhöhen (51 Prozent). Zusätzliches Personal wollen hingegen nur die wenigsten Kliniken einstellen. Unterm Strich ist daher mit einem weiteren Arbeitsplatzabbau bei den Krankenhäusern zu rechnen.

Eine Erweiterung des Angebotspektrums planen relativ viele Krankenhäuser: Dazu zählen Hotelleistungen für Angehörige (22 Prozent), die Einrichtung von Fitness-Centern (18 Prozent) oder alternative Medizin-Angebote (12 Prozent).

Private Anbieter auf dem Vormarsch

Sowohl bei den qualitätssteigernden Investitionen als auch bei der Etablierung neuer Angebote zeigen sich private Kranken-



Die Kosten im deutschen Krankenhaussektor steigen seit Jahren kontinuierlich. Zwischen 2000 und 2008 lag der Anstieg bei insgesamt 21 Prozent.

häuser deutlich investitionsfreudiger als freigezügliche und vor allem öffentliche. So will jedes fünfte private, aber nur jedes zehnte öffentliche Krankenhaus zukünftig alternative Medizin ins Angebot nehmen. Die Einrichtung einer Privatstation planen 45 Prozent der privaten, aber nur 25 Prozent der öffentlichen Krankenhäuser.

Für die privaten Krankenhauskonzerne böten sich neue Chancen. Sie befänden sich

aufgrund ihres größeren finanziellen Spielraums in einer weit günstigeren Ausgangsposition und würden in den kommenden Jahren ihren Marktanteil weiter ausbauen. Die Unterschiede in der deutschen Krankenhauslandschaft werden daher weiter zunehmen, lautet das Fazit der Studie. sf

■ www.de.ey.com

Special Olympics 2010

Helden gesucht

Vom 14. bis 19. Juni 2010 finden in Bremen die Nationalen Spiele für Menschen mit geistiger Behinderung statt. Veranstalter ist Special Olympics Deutschland, die deutsche Organisation der weltweit größten Sportbewegung für Menschen mit geistiger Behinderung. Das Motto lautet: „In jedem von uns steckt ein Held“. Im Mai haben die beteiligten Akteure im Rahmen eines Medientags in Berlin einen Überblick zur größten deutschen Multisportveranstaltung gegeben.



Teilnehmer des Special-Olympics-Fackellaufs. Die Strecke verlief vom Berliner Reichstag bis zum Roten Rathaus über acht Etappen.

Fotos: SOD-Reetz

In der Landesvertretung Bremen gaben ranghohe Vertreter der Special Olympics einen Zwischenstandsbericht über die Vorbereitungen und das geplante Programm für Bremen.

Mehr als 12 000 Teilnehmer werden erwartet. Die Größe der Veranstaltung sei entscheidend für die Außenwahrnehmung und die Attraktivität für die Medien. Gernot Mittler, Präsident der Special Olympics, erklärte: „So ein Großevent zieht bundesweit Aufmerksamkeit auf sich. In Bremen kommt die Special-Olympics-Familie zusammen.“ Wichtig sei aus seiner Sicht, dass Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens während der Spiele anwesend sind. Dazu gehören Spitzensportler wie der Ex-Fußballnationalspieler Marco Bode. Außerdem erwarte man



v.l.n.r.: Dr. Kerstin Kiebler, Prof. Hans-Jürgen Schulke, Sven Albrecht, Gernot Mittler, Roman Eichler

neben weiteren Persönlichkeiten auch zehnranghohe Vertreter aus der Wirtschaft. Prof. Hans-Jürgen Schulke, Vizepräsident von Special Olympics Deutschland, erläuterte das Konzept „Bremen bietet Helden Bühnen“. Während der Spiele stellt die Stadt Bremen ihre schönsten Bühnen zur Verfügung. Schulke: „Auf einer Bühne lernt man sich selbst kennen.“ Die Stadt müsse

sich darüber hinaus auf 35 000 Übernachtungsgäste einstellen – eine enorme logistische Aufgabe. Die Sportler würden dabei auch in Kontakt mit Bremer Bürgern kommen. So sei ein tägliches gemeinsames Mittagessen von Sportlern und Studenten der Universität Bremen in der Mensa geplant – ein gutes Beispiel für Inklusion durch Sport.

Bewusstseinswandel schaffen

Vorrangiges Ziel der Veranstaltung sei es, einen Bewusstseinswandel in der Gesellschaft herbeizuführen. Dafür sei es wichtig, Menschen mit geistiger Behinderung nicht als „Opfer“ darzustellen. Vielmehr handle es sich um vollwertige Mitglieder der Gesellschaft. Die Idee der „uneingeschränkten Teilhabe“ sei auch in der UN-Konvention für die Rechte behinderter Menschen (Vorsicht beim Wording: nicht einfach „Behinderte“, sondern „Menschen mit Behinderung“) verankert.

Im Rahmen von Healthy Athletes, dem Gesundheitsprogramm von Special Olympics, werden 290 Freiwillige, darunter 75 Ärzte und Zahnärzte aus Bremen und dem Bundesgebiet sowie 150 Studenten bei 4 000 Athleten ein Screening durchführen. Dazu zählt auch „Special Smiles“: Die Athleten werden zahnärztlich untersucht und erhalten eine Anleitung zur Zahnpflege. Dr. Imke Kaschke managt Healthy Athletes. Die entspannte Atmosphäre vor Ort sorgt aus

ihrer Sicht dafür, dass die Athleten angstfrei und offen zu den Untersuchungen kommen. Der Präsident der BZÄK, Dr. Peter Engel, wird anwesend sein, um eine gemeinsame Erklärung von BZÄK und Special Smiles zu unterzeichnen. Unterstützung komme auch von der Zahnärztekammer Bremen. sf

■ www.specialolympics.de

52. Fortbildungswoche Westerland

Erhalten oder doch ziehen, das war hier die Frage

Mit 1 700 Teilnehmern waren die Fortbildungstage der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein wieder ein voller Erfolg. Zahnärztinnen und Zahnärzte kamen nicht selten mit ihrem kompletten Team auf die Insel, um dort zum Thema „Zähne – wie erhalten, wann ersetzen?“ aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse in 19 Vorträgen zu hören, diese in 48 Seminaren zu vertiefen, dann im Kollegenkreis – möglicherweise auch kontrovers – zu diskutieren, um dann das Erlernte gemeinsam in die Praxis umzusetzen.

Aus dem Blickwinkel der Standespolitik umriss Kammerpräsident Dr. Ulrich Rubehn die zahnärztliche Situation in seiner Eröffnungsrede mit deutlichen Worten: „Unser Berufsstand versucht, die Patienten nachhaltig gut zu versorgen. In der Gesundheitspolitik erleben wir aber seit nunmehr 30 Jahren das Gegenteil: kurzfristige Maßnahmen ohne jegliche Nachhaltigkeit. Sparen und Kosten dämpfen, aber immer nur mit Blick auf die nächste Wahl!“ Er kritisierte hart: „Offenbar ist die Politik zu nachhaltigen Reformen nicht in der Lage!“

Das zahnärztliche Thema war geschickt gewählt, denn hier hat der Fortbildungsreferent und Vizepräsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, Dr. Michael Brandt, gleich alle Fachbereiche der Zahnmedizin „unter einen Hut gebracht“. Von der Prophylaxe, über Parodontologie, Ästhetik, Konservierende ZHK, Traumatologie,

Implantologie, Prothetik, Kieferorthopädie und Notfallmedizin waren alle Themenbereiche abgedeckt, die die zahnärztliche Diagnostik und Therapie im täglichen Alltag berühren. Alle Referenten beleuchteten den Zahn aus jeweils ihrer Perspektive. Hier nur einige Beispiele: Das Thema Botulinumtoxin beschäftigt derzeit nicht nur die Zahnärzte, sondern auch ihre Verbände, denn es stellt sich die Frage, inwieweit der Zahnarzt dieses „Nervengift“ einsetzen darf. Prof. Dr. Dr. Bodo Hoffmeister, Berlin, gab eine deutliche Antwort: „Botox darf in alle oralen Muskel gespritzt werden, wenn eine zahnärztliche Indikation vorliegt wie bei CMD, intraoperativer Relaxation oraler Muskel, und mehr. Finger weg bei „ästhetischer Applikation“ auch im perioralen Bereich!“ Der Kieferorthopäde kann die Remodellierung eines durch den Rheumaschub destruierten Kiefergelenks bei Kindern deutlich unter-



Fotos: Hans Sellmann, Hintergrundfoto: MEV

„Das Motto unserer Tagung – Erhalten oder ersetzen – würde sicherlich auch auf den einen oder anderen Politiker zutreffen.“

meinte der Kammerpräsident Dr. Ulrich Rubehn, anlässlich seiner Eröffnungsrede

stützen. Hierzu gab Prof. Bärbel Kahl-Nike, Hamburg, entscheidende Tipps: „Denken Sie daran, dass der Rheumafaktor bei Kindern nicht immer deutlich ist! Arbeiten Sie immer in enger Kooperation mit dem Kinderrheumatologen“ und „machen Sie nie in beiden Kiefern gleichzeitig eine Multi-band-Therapie!“ Prof. Dr. Sören Jepsen, Bonn, gab aufgrund langjähriger Beobachtungen die Empfehlung: „Auch beim parodontal vorgeschädigten Gebiss können Implantate als Brückenpfeiler gute Dienste leisten. Wichtig ist eine sehr engmaschige Kontrolle und die Mitarbeit des gesamten Teams sowie eine hervorragende Compliance des Patienten.“ Mit 59 aktiven „zahnärztlichen“ Golfern krönte der Dental-Golf-Cup 2010 als Sahnehäubchen die Fortbildungswoche. Die „zusammengeschlagenen“ 5 200 Euro wurden vom Marine Golfclub auf 6 000 Euro aufgestockt und der Bürgermeisterin Petra Reiber für Familien in Not übergeben. In seinem Schlusswort erklärte Brandt: „Wir gehen aus dieser Tagung mit der gestärkten Erkenntnis, dass die Schonung und der Erhalt der Zahnschubstanz die Zukunft ist.“

zm-Info

Das KZV-Fenster

Aber nicht nur Fachfortbildung nutzt, auch die Rahmenbedingungen müssen stimmen: So hatte der KZV-Vorsitzende Dr. Peter Kriett (l.) diesmal Prof. Dr. Volker Amelung (r.), Hannover, um ein klares Wort zu „Pay für performance“ gebeten und ihm die Reiz-Frage nach „Mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit durch Selektivverträge?“ gestellt. Amelung sah das Problem pragmatisch: „Wenn Selektivverträge gemacht werden, dann muss man überlegen, dass ergebnisorientiert vergütet wird“ und „dies geht nur nach Berücksichtigung lokaler Unterschiede und adäquater Risikoadjustierung, unterstützt durch Einzel- und Gruppenmotivation mit nicht monetären Anreizen“. sp



Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

Mundgesundheit trotz Handicap und hohem Alter

Deutschlands Bevölkerung schrumpft und wird immer älter, die Pflegebedürftigkeit der Menschen steigt. Für die in Diagnostik und Therapie hochspezialisierte und in der Ausstattung aufwendige Zahnmedizin erwachsen daraus große Herausforderungen. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer haben im Verbund mit der Wissenschaft jetzt ein Konzept erarbeitet, wie diese Aufgabe künftig im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung gelöst werden kann.

Die Problematik ist offensichtlich. Dafür brauchen auch politische Entscheider nicht in die Zukunft zu schauen. Dass die Zahngesundheit von betagten, multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen sowie von Menschen mit Behinderungen deutlich schlechter als die anderer Bevölkerungsgruppen ist und woran dies liegt, wurde erst im vergangenen Jahr auf einem parlamentarischen Abend in Berlin deutlich gemacht (siehe zm 10/2009). Der Handlungsbedarf ist also bekannt.

Inzwischen wurde auf Betreiben von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer eine organisationsübergreifende Arbeitsgruppe – mit Vertretern aus Bundes- und Landeskammern und KZVen, der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ), der Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im Berufsverband der Oralchirurgen (BDO) sowie dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) – mit der Entwicklung eines Konzepts beauftragt, das im Rahmen einer Pressekonferenz am 16. Juni 2010 in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt wird.

Fakt ist: Die Zahnmedizin als hoch spezialisierte medizinische Disziplin ist in Diagnostik und Therapie auf eine aufwendige Ausstattung angewiesen, die in der Regel nur in der zahnärztlichen Praxis zur Verfügung steht. Pflegebedürftige immobile Menschen

können zahnärztliche Praxen nicht selbstständig aufsuchen. Der Transport ist meist zu mühsam oder kompliziert. Auch die Möglichkeit der zahnmedizinisch mobilen Arbeit, der aufsuchenden Betreuung und Therapie durch Zahnärzte erfordert zusätzlichen organisatorischen, personellen, apparativen und zeitlichen Aufwand, der unter den derzeitigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und im Katalog der regelhaften Bema-Leistungen nicht ausreichend abgedeckt wird. Hinzu kommt: Zahnmedizinisch-präventive Maßnahmen bei erwachsenen Menschen gehören heute nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse. Pflegebedürftige alte Menschen und Erwachsene mit Behinderungen müssen nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen präventive Leistungen selbst finanzieren. Sie verfügen aber oft nicht über die entsprechenden Mittel.

Nachhaltige Verbesserung als oberstes Ziel

Diese unbefriedigende Situation ist Sozialpolitikern oder Krankenkassenvertretern inzwischen wohl bekannt. Aber aktuell tragen karitativ tätige Organisationen und eine Vielzahl von Zahnärzten mit Engagement und Idealismus die zahnärztliche Versorgung von Behinderten und Pflegebedürftigen. Dies geschieht überwiegend in regionalen, zeitlich begrenzten Modellvorhaben und nahezu ausschließlich auf rein ehrenamtlicher

Basis und völlig unzureichende Vergütung. „Eine bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung dieser Patienten existiert vor allem im Bereich der aufsuchenden Betreuung heute nicht“, so KZBV-Vorstandsmitglied und Mitinitiator der Konzept-Arbeitsgruppe Dr. Wolfgang Eßer. „Unter den gegebenen Bedingungen ist sie auch nicht nachhaltig darstellbar. Hier ist der Gesetzgeber gefordert!“

Der jetzt erarbeitete Vorschlag soll der vertragszahnärztlichen Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen sowie von Menschen mit Behinderungen die Kontinuität schaffen, die für eine deutliche Verbesserung der Mundgesundheit und der Lebensqualität notwendig ist. Die bisherigen, zeitlich und regional limitierten Projekte können, so BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich, „zwar im Sinne einer ‚best practice‘ Lösungsansätze bieten, tragen aber dem demografischen Wandel, der Überalterung der Gesellschaft und der perspektivischen Zunahme von Pflegebedürftigen nicht genügend Rechnung“.

Bewusst war durchaus, dass die Alterszahnheilkunde und die zahnärztliche Betreuung von Menschen mit Behinderungen fachlich getrennte Bereiche darstellen. Beide zeichnen sich aber durch zahnmedizinische Versorgungsbedarfe mit durchaus gleichen Ansätzen aus. Dies erlaube, so das Ergebnis der Arbeitsgruppe, die Beschreibung von Versorgungsstrecken, die beiden Zielgruppen gerecht werden können.



Foto: picture alliance - Wolfram Steinberg

Patientengruppen erfolgreich zu begegnen,“ heißt es im gemeinsamen Geleitwort, das Dr. Eßer, Dr. Oesterreich, DGAZ-Präsidentin Prof. Dr. Ina Nitschke und die zweite Vorsitzende der AG für zahnärztliche Behindertenbehandlung im BDO, Dr. Imke Kaschke, dem Konzept vorangestellt haben.

Eingeschränkte Mobilität als Herausforderung

Menschen mit Behinderungen und/oder Pflegebedürftigkeit, so weist das Konzept aus, sind in unterschiedlichen Lebensaltern und Lebenssituationen zu finden. Nach Angaben des Statistischen Bundesamts (2007) gibt es rund 6,6 Millionen amtlich anerkannte schwerbehinderte Menschen in Deutschland. Davon sind rund 4,86 Millionen körperlich und 975 000 geistig/seelisch schwerbehindert. Mehr als die Hälfte ist 65 Jahre und älter. 25 Prozent gehören zur Altersgruppe der 55- bis 65-Jährigen, nur 2,4 Prozent sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Bei 80 Prozent der Betroffenen ist eine Krankheit die Ursache der Behinderung. Mehr als zwei Millionen Menschen sind pflegebedürftig, über eine Million leiden an Demenz. Etwa 600 000 Menschen weisen Behinderungen auf, die für die zahnärztliche Betreuung relevant sind.

Perspektivisch erschwert sich die Sachlage: Einerseits werden Menschen mit Behinderungen – seien sie genetisch bedingt, angeboren oder frühkindlich erworben – aufgrund verbesserter medizinischer Versorgung immer älter. Gleichzeitig nimmt aufgrund demografischer Entwicklungen die Bedeutung von Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Alter deutlich zu. Ende 2007 wurden 68 Prozent der insgesamt 2,25 Millionen pflegebedürftigen Menschen im häuslichen Umfeld durch Familienangehörige und ambulante Pflegedienste versorgt. Die übrigen 32 Prozent leben in den rund 11 000 Pflegeheimen Deutschlands.

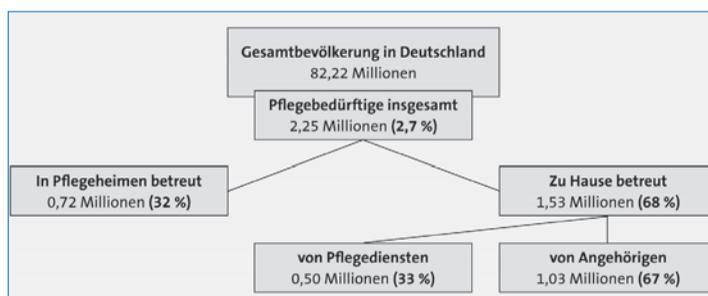
Da schon heute eine angemessene zahnmedizinische Versorgung immobiler Patienten aufgrund unzureichender gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen und einer häufig suboptimalen

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland steigt. Schon heute wird durchschnittlich jeder Zweite im Laufe seines Lebens zum Pflegefall. Eine große Herausforderung – auch für die zahnmedizinische Versorgung.

Ziel des Konzepts ist es, den oralen Gesundheitszustand von betagten, multimorbiden und pflegebedürftigen Patienten sowie von Patienten mit Behinderungen dauerhaft und nachhaltig zu verbessern. „Mundgesundheit und orale Lebensqualität sind wichtige Faktoren für die Allgemeingesundheit“, heißt es im Konzept. Hier gelte es, risikogruppenspezifische und bedarfsgerechte Betreuungsangebote zu entwickeln sowie präventive und therapeutische An-

sätze des Versorgungsalltags im Sinne des Erhalts der Mundgesundheit zu verbessern. „Wir verstehen das vorliegende Konzept als Lösungsmöglichkeit und als Angebot an Gesundheitspolitik und Krankenkassen. Wir würden uns freuen, wenn die Vorschläge eine konstruktive Diskussion über die Zukunft einer angemessenen zahnärztlichen Versorgung auch der immobilen pflegebedürftigen Patienten anstoßen würde, um den Schwächen bei der Versorgung dieser

Abbildung 1: die Pflegebedürftigkeit nach Art der Versorgung in Deutschland im Dezember 2007 (laut Statistischem Bundesamt, zusammengestellt durch das IDZ in 2009)



Quelle: BZÄK/KZBV



Die zahnmedizinische Betreuung pflegebedürftiger immobiler Patienten erfordert zusätzlichen Aufwand, der unter den derzeitigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und im Katalog der regelhaften Bema-Leistungen nicht ausreichend abgedeckt wird.

zahnärztlichen Betreuungsmöglichkeit in Pflegeeinrichtungen sowie mangelhafter Mundhygiene unzureichend sei, stelle die künftig zunehmende Versorgungslast geriatrischer und pflegebedürftiger Patienten das gesamte soziale Sicherungssystem und somit auch das zahnmedizinische Versorgungssystem erst recht vor große Herausforderungen.

Defizite und grundsätzliche Problematik

Ältere Menschen besitzen heute immer mehr natürliche Zähne. Mit dieser erfreulichen Zunahme der Zahnerhaltung ist andererseits aber die Zunahme der Wurzelkaries sowie schwerer Erkrankungen des Zahnhalteapparats (Parodontitis) bei Senioren festzustellen. Die Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) aus dem Jahr 2005 zeigt, dass unter den Senioren die Parodontitis am weitesten verbreitet ist. 48 Prozent dieser Altersgruppe sind von einer mittelschweren und 40 Prozent von einer schweren Ausprägung der Erkrankung betroffen. Das entspricht einer Zunahme von 23,7 Prozentpunkten im Vergleich zur vorangegangenen Erhebung im Jahr 1997. In der Seniorengruppe zeige sich am deut-

lichsten der Zusammenhang zwischen dem Rückgang der Zahnverluste und der Zunahme von Parodontalerkrankungen. In dieser Gruppe sei in den nächsten Jahren versorgungspolitisch von einer weiteren Zunahme der Parodontitislast auszugehen. Diese Entwicklung sei auch bedeutsam, weil Parodontitis deutliche Wechselwirkungen zu allgemeinmedizinischen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Lungenerkrankungen sowie Magen-Darm-Störungen aufweise und sich aus den parodontal verursachten Wundflächen im Mundraum Infektionsrisiken für den Körper ergäben.

Bestimmte Verhaltensmuster, medikamentöse Therapien und Krankheitsbilder im Alter könnten zudem spezielle Mundgesundheitsprobleme auslösen. Beispielhaft nennt die Arbeitsgruppe:

- den nachteiligen Einfluss von verringertem Speichelfluss auf Abwehr, Reparaturmechanismen und Selbstreinigung der Zähne,
- den Einfluss von Diabetes mellitus auf die Mundschleimhaut und den Zahnhalteapparat mit negativer Wirkung auf Parodontalerkrankungen (und umgekehrt),
- die Mundtrockenheit infolge einer umfangreichen Medikamententherapie mit

ihren Folgen für die Zähne, Schleimhauterkrankungen und Zahnersatztherapie,

- die Einschränkung des Bewegungsvermögens (Feinmotorik) mit der Konsequenz einer unzureichenden Zahn- und Mundhygiene,

- eine nachlassende Sehkraft und eingeschränkte Geschmacks- und Geruchswahrnehmung mit eingeschränktem Erkennen von Erkrankungen und Hygienedefiziten,

- die ausgeprägte Leidensfähigkeit älterer Menschen mit der häufigen Konsequenz, dass in einem desolaten Mundgesundheitszustand kein Problem gesehen wird und beginnende Erkrankungen nicht rechtzeitig erkannt werden,

- die subjektiv hohe Zufriedenheit mit einem nach objektivem Befund insuffizient gewordenen Zahnersatz, die zu einer verschlechterten Mundgesundheit führt

- sowie die psychosoziale Situation älterer Menschen als Ausdruck einer über ein langes Leben entwickelten Persönlichkeit, ihre gefestigte Einstellung zu bestimmten Lebensfragen und -lagen, die eine besondere, häufig zeitaufwendige Zahnarzt-Patienten-Kommunikation erfordern.

Spezielles Problem: Immobilität

Auch wenn ältere Menschen pflegebedürftig, also immobil werden, müssten eigene Zähne und vorhandener Zahnersatz präventiv und therapeutisch betreut werden, um die orale Gesundheit und die Kauffähigkeit zu erhalten. Dies ist laut Konzept aufgrund der unzureichenden Versorgungsstruktur derzeit jedoch nur sehr eingeschränkt möglich. Insbesondere die zahnmedizinische Betreuung der 1,54 Millionen Menschen, die zu Hause gepflegt werden, sei problematisch. Eine generelle zahnmedizinische Versorgung in Praxen oder Kliniken würde hohe Transportkosten verursachen und auch eine generelle mobile Betreuung zu Hause wäre für die beteiligten Zahnärzte mit den üblichen Honorarsätzen der gesetzlichen Krankenkassen betriebswirtschaftlich nicht darstellbar. Menschen mit Demenzerkrankungen erfüllen häufig nicht die Voraussetzungen für eine Eingruppierung in Pflegestufen. Damit

erscheinen sie nicht in der Pflegestatistik, seien aber aus zahnmedizinischer Sicht ähnlich schwer zu betreuen wie Menschen mit körperlichen Einschränkungen.

Unterblieben Mundpflege und regelmäßige risikoabhängige zahnärztliche Betreuung, verschlechtere sich die Mundgesundheit sehr schnell. Nach heutigem Erkenntnisstand, so die Einschätzung der Arbeitsgruppe, ist die zahnärztliche Betreuung in Pflegeeinrichtungen suboptimal. Oft würden zahnärztliche Kontrolluntersuchungen als nicht durchführbar angesehen. Gründe seien das Fehlen eines Behandlungszimmers, die Belastung des Pflegepersonals, Kostenaspekte, aber auch mangelndes Interesse der Betreuten sowie der aufwendige Transport von Patienten in die Zahnarztpraxis. Häufig würden Mundgesundheitsprobleme in der Pflege so lange ignoriert, bis in Notfallbehandlungen Zähne entfernt werden müssten. Angesichts der geringen Adaptionsfähigkeit pflegebedürftiger Menschen sei anschließend die Eingliederung von Zahnersatz oft nicht mehr möglich – mit allen Konsequenzen für die Lebensqualität der Betroffenen.

Spezielle Problematik bei Behinderungen

Häufig ebenso unbefriedigend sei die zahnmedizinische Betreuung von Patienten mit Behinderungen in unserem derzeitigen Versorgungssystem. Auch bei ihnen seien Karies und Parodontalerkrankungen die Hauptursachen für Zahnverlust. Sowohl bei körperlicher als auch bei geistiger Behinderung hätten Menschen aufgrund der motorischen und/oder kognitiven Einschränkungen, die eine unzureichende Mundpflege und Behandlungsfähigkeit bedingen könnten, ein erhöhtes Risiko für Karies und Zahnbettentzündungen.

Die hohe Erkrankungsrate und der schlechte Sanierungszustand der Zähne ließen sich allerdings nicht allein durch eine ungenügende Mundpflege erklären, sondern seien auch auf eine ungenügende zahnärztliche Versorgung zurückzuführen.

Die fehlende Einsicht in eine notwendige zahnärztliche Behandlung und übersteigerte

Angstzustände bei Patienten mit geistiger Behinderung sowie eingeschränkte Bewegungsmöglichkeiten körperlich behinderter Patienten seien die Hauptursachen für eine Behandlungsunwilligkeit (Non-Compliance). Sie führten dazu, dass zahnärztliche Dienste sehr häufig nur beschwerdeorientiert in Anspruch genommen würden.

Auch wenn sich zunehmend mehr niedergelassene Zahnärzte an der zahnmedizinischen Betreuung von Menschen mit Behinderungen beteiligten, seien viele von ihnen nicht auf die besonderen Bedürfnisse und Befindlichkeiten dieser Patientengruppe eingerichtet, die beispielsweise eine Behandlung unter Vollnarkose nötig machen könnten. Zahnärzte und Mitarbeiter sähen sich bei der Versorgung beziehungsweise im Umgang überfordert, denn viele Behinderte könnten aufgrund mangelnder Kooperation nur mit erheblichem personellem, instrumentellem und zeitlichem Aufwand zahnärztlich versorgt werden.

Die (zahn)ärztliche Behandlung von Patienten mit Behinderungen sei gekennzeichnet durch höheren Zeitaufwand, kleinere Behandlungsintervalle, deutlich höheren Personalaufwand, oft notwendige medikamentöse Vorbehandlung, häufige Behandlung in Allgemeinanästhesie und Sedation (circa 40 von hundert Behandlungen müssen in Allgemeinanästhesie erfolgen), besondere Planungsgrundsätze, die nicht immer mit den Vorgaben der gesetzlichen Krankenkassen vereinbar sind, und die fehlende Finanzierung zahnärztlicher Prophylaxe bei erwachsenen GKV-Versicherten.

Daraus resultierten für die Betroffenen nicht nur lange Wartezeiten oder eine umfangreiche Suche nach einer geeigneten Praxis. Auch gesundheitspolitische und gesetzliche Rahmenbedingungen (versicherungstechnische Grenzen, Budget, Richtlinien, Gewährleistung, Vergütung) stünden einer adäquaten Versorgung entgegen.

Die defizitäre präventive zahnärztliche Versorgung führe in Verbindung mit einer Vernachlässigung der häuslichen Mundhygiene bei Schwerstbehinderten oft zu einem oralen Gesundheitszustand, der von einem hohen Kariesbefall und gleichzeitig einem niedrigerem Sanierungsgrad geprägt sei.

Insbesondere für jugendliche und erwachsene Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung bestehe ein deutlicher Handlungsbedarf hinsichtlich einer adäquaten (zahn)medizinischen Versorgung. Besonders die Parodontalbehandlung sei bei Menschen mit Behinderungen problematisch. Die Richtlinien der GKV setzen dafür eine ausreichende Mundpflege, eine aktive Mitarbeit sowie Motivation des Patienten voraus. Diese bei Gesunden sinnvolle Anforderung könnten viele Behinderte nicht erfüllen. Unterblieben aber präventive Maßnahmen, verschlechterte sich der Mundgesundheitszustand erheblich, und die dann notwendige Sanierung des Gebisses erscheine unter Kostenaspekten ineffizient.

Ein Konzept gegen die Schwächen der Versorgung

Vor dem Hintergrund bestehender gesetzlicher Regelungen und der Präventionserfolge, die auch die Gruppe der Alten erreicht haben, stellt sich die Frage nach dem besonderen Handlungsbedarf für betagte und pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen. Dieser kann nur dort bestehen, wo ein Versorgungsdefizit vorliegt, heißt es im Konzept der Zahnärzteschaft. Ein Handlungsbedarf ergibt sich

zwingend da, wo ein guter Mundgesundheitszustand erhalten werden soll, auch wenn die Versicherten selbst nicht mehr in der Lage sind, für eine ausreichende Mundpflege zu sorgen. Der Leistungskatalog der vertragszahnärztlichen Versorgung bezieht sich auf die ambulante Versorgung. Sie erfordert, dass der Versicherte die Zahnarztpraxis aktiv und selbstständig aufsuchen kann. Dieses Kriterium grenzt die Versichertengruppe der Mobilen beziehungsweise eingeschränkt Mobilen von denjenigen ab, die sich in häuslicher oder institutioneller Pflege befinden und daher einer aufsuchenden Betreuung bedürfen. Eine Differenzierung der Versicherten anhand ihrer Mobilität erscheint also sinnvoll, da dieses Kriterium darüber entscheidet,

ob eine ambulante Behandlung in der Zahnarztpraxis möglich ist. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass bei Patienten, die körperlich und/oder geistig nicht in der Lage sind, die eigene Mundhygiene suffizient durchzuführen, ein erhöhter zahnärztlicher Betreuungsbedarf besteht. Ein weiterer wichtiger Aspekt zur Bestimmung der Anspruchsberechtigten ist demnach die Fähigkeit des Patienten zu einer selbstgesteuerten Zahn- und Mundpflege.

Kreis und Zahl der Berechtigten

So umfassen die Gruppen der Anspruchsberechtigten im vorliegenden Konzept:

- die mobilen alten Menschen und die mobilen Menschen mit Behinderungen, die eine Betreuung durch den (Haus-) Zahnarzt zwar aktiv, selbstständig und eigenverantwortlich wahrnehmen können, aber aufgrund körperlicher oder geistiger Einschränkungen nicht fähig sind, eine selbstgesteuerte Zahn- und Mundpflege zu betreiben,
- die immobilen Alten und die immobilen Menschen mit Behinderungen, bei denen eine Betreuung in der Zahnarztpraxis nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich ist. Eine selbstgesteuerte Zahn- und Mundpflege kann in der Regel nicht durchgeführt werden. Diese Patientengruppe wird

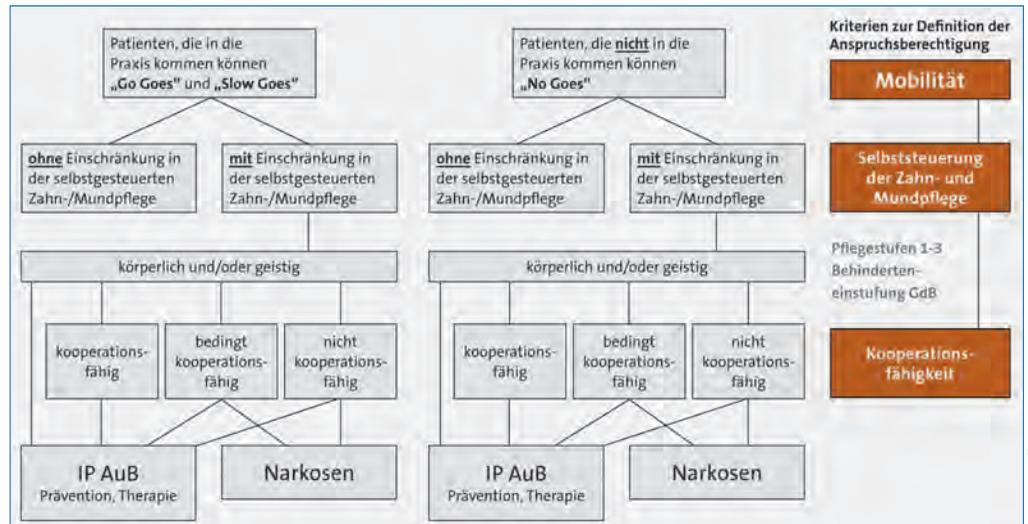


Abbildung 2: die zahnärztliche Versorgungstrecke für alte Menschen und für Menschen mit Behinderungen

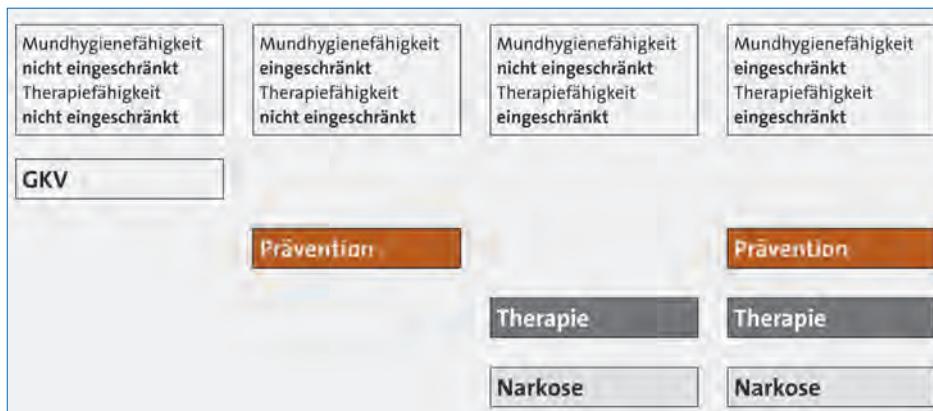


Abbildung 3: präventive und therapeutische Leistungen in Abhängigkeit von Mundhygiene- und Therapiefähigkeit

überwiegend in Pflegeeinrichtungen, aber auch zunehmend unter häuslichen Bedingungen gepflegt und bedarf der unmittelbar auf sie zugehenden zahnärztlichen Betreuung.

Die Anspruchsberechtigung wird vorschlagsweise durch den behandelnden Zahnarzt, nötigenfalls durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) festgestellt.

Anspruchsberechtigt sind außerdem:

■ Menschen mit Behinderungen, die Pflegegeld beziehen (§ 43a SGB XI), beziehungsweise Personen, die in eine Pflegestufe eingeordnet sind

■ sowie Personen, die aufgrund ihrer schweren körperlichen und/oder geistigen Behinderung dauerhaft Eingliederungshilfe beziehen (§ 53 SGB XII).

Für die Gruppe der körperlich/kognitiv eingeschränkten Patienten, die eine Zahnarztpraxis aktiv und selbstständig aufsuchen, jedoch keine selbstgesteuerte Zahn- und Mundpflege durchführen können, wurden zwei Modellrechnungen erstellt. Sie unterscheiden sich dadurch, dass bei den betroffenen Personenkreisen unterschiedliche Prävalenzen zur eingeschränkten Zahn- und Mundpflege statistisch angesetzt wurden. Die Zahl der Anspruchsberechtigten in dieser Gruppe beläuft sich nach den Modellrechnungen auf eine Größenordnung von 0,8 bis 1,1 Millionen GKV-Versicherte.

Der Vollständigkeit halber weist die Arbeitsgruppe in ihrem Konzept darauf hin, dass die Gruppe der mobilen alten und der mobilen behinderten Menschen, die eine Betreuung durch den (Haus-)Zahnarzt aktiv, selbstständig und eigenverantwort-

lich wahrnehmen und die ohne Einschränkung eine selbstgesteuerte Zahn- und Mundpflege betreiben können, nicht zur Zielgruppe des vorliegenden Konzepts gehören.

Leistungsspektrum

Die Zahnärzte und der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) sollen nach Vorschlag des Konzepts im Rahmen der Begutachtung/Eingruppierung einer allgemeinen Anspruchsberechtigung auf eine geregelte Führung des Bonusheftes hinweisen. Allerdings soll bei Patienten mit Einstufung in eine Pflegestufe und Menschen mit Behinderungen auf die Führung des Bonusheftes verzichtet werden können.

Auch soll bei Patienten mit Einstufung in eine Pflegestufe und bei Menschen mit Behinderungen auf die Erhebung der Praxisgebühr verzichtet werden können, da durch sie notwendige präventive Betreuungskonzepte unnötigerweise erschwert werden. Es könne ohnehin davon ausgegangen werden, dass der Großteil der betroffenen Betreuten schon heute von der Bezahlung der Praxisgebühr befreit ist. Der Verwaltungsaufwand bei der regelgerechten Beibringung der Praxisgebühr, insbesondere im Rahmen der mobilen Behandlung für den dann noch verbleibenden Anteil von Patienten, sei keinesfalls gerechtfertigt.

Die im Konzept als anspruchsberechtigt ermittelten Personengruppen (s.o.) haben gegenüber der Gruppe der mobilen und nicht eingeschränkten Versicherten einen größeren zahnärztlichen Betreuungsbedarf. Ein ergänzender Leistungs-

Vorschlag: Präventiver Leistungskatalog

Die bisherigen Individualprophylaxe-Leistungen gemäß § 22 SGB V in Verbindung mit den Individualprophylaxe-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und den Bema-Ziffern IP 1 – 5 sind versorgungstechnisch nicht ausreichend, da sie dem Versorgungsbedarf alter und/oder behinderter Menschen nicht Rechnung tragen. Zudem haben nur Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf diese Leistungen. Berücksichtigt man den besonderen Versorgungsbedarf der Zielgruppe, bedarf es eines zusätzlichen und bedarfsgerechten Leistungskatalogs. Dieser ist nachfolgendem Vorschlag zu entnehmen:

Leistungs-Nr. <small>AuB (Alter und Behinderung)</small>	Prophylaxe Leistungskatalog für Versicherte, die aufgrund körperlicher und/oder geistiger Einschränkungen nicht fähig sind, eigenständig Mund- und/oder Prothesenhygiene zu betreiben
IP AuB 1	Mundhygienestatus <ol style="list-style-type: none"> Die Erhebung des Mundhygienestatus umfasst die Beurteilung der Mund- und Prothesenhygiene sowie des Gingivazustandes anhand von mindestens einem Index, die Feststellung und Beurteilung von Plaque-Retentionsstellen und ggf. das Anfärben der Zähne. Der einmal gewählte Index ist beizubehalten. Eine Leistung nach Nr. IP AuB 1 kann einmal im Kalenderhalbjahr abgerechnet werden.
IP AuB 2.1	Aufklärung über Mundgesundheit <ol style="list-style-type: none"> Aufklärung des körperlich und/oder geistig zur eigenständigen Mund- und/oder Prothesenhygiene eingeschränkt fähigen Versicherten und/oder seines Betreuers, des Pflegepersonals bzw. des Angehörigen über Krankheitsursachen sowie deren Vermeidung, Motivation und Remotivation. Die Aufklärung über die Mundgesundheit umfasst folgende Leistungen: <ul style="list-style-type: none"> Aufklärung von Ursachen der Karies sowie Zahnbett- und Mundschleimhauterkrankungen (Gingivitis, Parodontitis) sowie deren Vermeidung Ernährungshinweise und Beratung über Mund- und/oder Prothesenhygiene, auch unter Berücksichtigung der Messwerte des gewählten Mund- und/oder Prothesenhygieneindex Empfehlung zur Anwendung geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen Demonstration und praktische Unterweisung zur Technik der Zahn- und Mundhygiene, hier zur Reinigung der Zähne, der Parodontien und der Mundschleimhaut Demonstration und praktische Unterweisung zur Prothesenpflege <p>Die Zahnärztin / der Zahnarzt soll Inhalt und Umfang der notwendigen Prophylaxemaßnahmen nach den individuellen Gegebenheiten des Einzelfalles festlegen.</p> Eine Leistung nach Nr. IP AuB 2 kann einmal im Quartal abgerechnet werden. Die Abrechnung der Nr. IP AuB 2 setzt die Einzelunterweisung voraus.
IP AuB 2.2	Erarbeitung und Erstellung eines Plans zur individuellen Mund- und/oder Prothesenpflege
Leistungs-Nr. <small>AuB (Alter und Behinderung)</small>	Prophylaxe Leistungskatalog für Versicherte, die aufgrund körperlicher und/oder geistiger Einschränkungen nicht fähig sind, eigenständig Mund- und/oder Prothesenhygiene zu betreiben
IP AuB 3.1	Risikospezifische Reinigung der Zähne <ol style="list-style-type: none"> bis zu 10 Zähnen, bis zu 20 Zähnen, mehr als 20 Zähne. <ol style="list-style-type: none"> Die risikospezifische Reinigung der Zähne umfasst die vollständige Entfernung der supragingivalen harten und weichen Zahnbeläge, die Entfernung der klinisch erreichbaren subgingivalen Beläge, die Reinigung der Zahnzwischenräume sowie die Politur der Zähne, der Füllungen und der Kronenränder soweit die Politur zur Herstellung der Mundhygienefähigkeit oder aus prophylaktischen Gründen notwendig ist. Die Leistungen nach Nrn. IP AuB 3.1 a) bis c) können einmal im Quartal und nicht nebeneinander abgerechnet werden.
IP AuB 3.2	Entfernen harter und weicher Beläge von Prothesen <ol style="list-style-type: none"> Eine Leistung nach Nr. IP AuB 3.2 kann je Prothese einmal im Kalenderhalbjahr abgerechnet werden. Soweit die zahntechnische Reinigung und Politur einer Prothese angezeigt ist, sind die zahntechnischen Kosten gesondert abrechnungsfähig.
IP AuB 4	Lokale Fluoridierung der Zähne <ol style="list-style-type: none"> Die Nr. IP AuB 4 umfasst die lokale Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung und Konditionierung von freiliegenden Wurzeloberflächen mit Lack, Gel o. Ä. einschließlich der Beseitigung von weichen Zahnbelägen und der Trockenlegung der Zähne. Eine Leistung nach Nr. IP AuB 4 kann einmal im Quartal abgerechnet werden. <p>Verordnungshinweise / Arzneimittelverordnung</p> <p>Für Anspruchsberechtigte, die aufgrund körperlicher und/oder geistiger Einschränkungen nicht fähig sind, eigenständig Mund- und/oder Prothesenhygiene zu betreiben, können Fluoridierungsmittel und Bakteriostatika (CHX) zur häuslichen Anwendung auf den Namen des Patienten über eine Einzelverordnung verordnet werden.</p>
IP AuB 5	Versiegelung von Fissuren und Grübchen aller Zähne (je Zahn)
IP AuB 6	Erhebung des PSI-Codes Eine Leistung nach IP AuB 6 kann einmal im Kalenderjahr abgerechnet werden.
Leistungs-Nr. <small>AuB (Alter und Behinderung)</small>	Zahntechnik Leistungskatalog für Versicherte, die aufgrund körperlicher und/oder geistiger Einschränkungen nicht fähig sind, eigenständig Mund- und/oder Prothesenhygiene zu betreiben
ZT AuB 1	Reinigung und Politur von Prothesen <ol style="list-style-type: none"> Eingangsbegutachtung einer Teil- oder Totalprothese auf verdeckte Schäden, gegebenenfalls unter Einsatz einer Sehhilfe (Lupe, OpMi) Einsatz eines halbautomatischen Reinigungsgeräts (z.B. Nadelbad) Einsatz eines Sand- oder Glanzstrahlers zur Beseitigung der harten Beläge und anschließende Politur manuelle Reinigung bei extraharten Belägen mit Handstück und speziellen Bürsten
ZT AuB 2	Hygieneoptimierte Umarbeitung einer Prothese Herstellen einer den Belag abweisenden Oberfläche, Verschluss der Interdentalräume

katalog ist daher auf deren Bedürfnisse abzustellen. Diese Strukturierung hat die Arbeitsgruppe in einer risikoadäquaten Versorgungsstrecke schematisch dargestellt (Abbildung 2).

Präventive Leistungen sollen allen Versicherten zugutekommen, die in ihrer Mundhygienefähigkeit eingeschränkt sind. Ergänzende therapeutische Leistungen sollen allen Patienten zugutekommen, die in ihrer Therapiefähigkeit eingeschränkt sind. Soweit in diesem Zusammenhang Narkosen erforderlich sind, sollen diese außerhalb der Regelleistungsvolumina erbracht werden. Patienten ohne Einschränkungen in Mundhygiene- und Therapiefähigkeit erhalten laut Konzept keine zusätzlichen Leistungen (Abbildung 3).

Das Tätigkeitsspektrum der zahnärztlichen Betreuung behinderter, alter und pflegebedürftiger Patienten umfasst präventive und kurative Maßnahmen, wobei die Möglichkeit der zahnärztlichen Betreuung entscheidend von den äußeren Bedingungen (Behandlungszimmer, mobile Behandlungseinheit et cetera) und dem allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten abhängig ist.

Im Mittelpunkt der Betreuung behinderter, betagter, multimorbider und pflegebedürftiger Menschen, die aufgrund körperlicher oder kognitiver Einschränkungen nicht fähig sind, selbstgesteuert Mundhygiene zu betreiben, stehen präventive Maßnahmen. Sie sind weitgehend unabhängig von äußeren Bedingungen durchführbar. Beispiele, die die Arbeitsgruppe im Konzept anführt:

- regelmäßiger Mundgesundheitscheck, insbesondere Beachtung der Entstehung von Wurzelkaries, der Veränderungen der Mundschleimhaut und des Parodonts sowie im Hinblick auf beginnende Krankheitsprozesse im Mund (Neubildungen, Karzinome),
- risikospezifische Zahnreinigung,
- regelmäßige Reinigung der Prothesen,
- lokale Fluoridierung, die freiliegende Wurzeloberflächen einbeziehen soll,
- Hilfestellung bei Hygienemaßnahmen (Zahnputztechnik, Prothesenreinigung) unter Einbeziehung der Pflegekräfte und Angehörigen,
- Ernährungsberatung unter Einbeziehung der Pflegekräfte und Angehörigen,



Der Vorschlag zur Bewältigung anstehender zahnmedizinischer Herausforderungen: das neue Konzept von BZÄK, KZBV und Wissenschaft

■ Überprüfung der Funktionstüchtigkeit prothetischer Versorgung.

Sind die äußeren Bedingungen für eine zahnärztlich-kurative Behandlung gegeben, sei es durch Vorhandensein eines Behandlungszimmers oder durch Einsatz einer mobilen Behandlungseinheit, steht mit Einschränkung das gesamte zahnärztliche Therapiespektrum zur Verfügung, also

- risikospezifische Zahnreinigung,
- konservierende Maßnahmen,
- parodontologische Maßnahmen,
- endodontische Maßnahmen,
- prothetische Versorgung (Neuanfertigungen, Wiederherstellungen),
- chirurgische Maßnahmen.

Ordnungspolitische Umsetzung

Die in der Therapie bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen gegenüber anderen Bevölkerungsgruppen sich als wesentlich aufwendiger darstellenden Behandlungsabläufe erfordern, so das Konzept, einen erheblichen personellen, instrumentellen und zeitlichen Mehraufwand.

In vielen Fällen sind diese Patienten in ihrer Kooperations- beziehungsweise Therapie-

fähigkeit eingeschränkt. Um dennoch eine erfolgreiche Behandlung durchführen zu können, bedürfte es adäquater, auf den Einzelnen zugeschnittener Maßnahmen (zum Beispiel besondere Vorrichtungen zur Lagerung, Anästhesie, überdurchschnittlicher Zeitaufwand). Dies gelte insbesondere dann, wenn die Behandlung im Rahmen der aufsuchenden Versorgung in Alten- und Pflegeheimen erfolgen muss. Seien unter diesen Voraussetzungen die äußeren Bedingungen für eine zahnärztliche kurative Behandlung gegeben, stehe das gesamte zahnärztliche Therapiespektrum zur Verfügung.

Dem entstehenden Mehraufwand könne, so der Schluss der Arbeitsgruppe, nur durch angemessene Vergütungszuschläge bei der Behandlung dieser Versichertengruppe Rechnung getragen werden. Es werde daher vorgeschlagen, im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen entsprechende Zuschlagspositionen einzuführen. Bereits bestehende Regelungen für Besuchspauschalen und Wegegeld im Rahmen der aufsuchenden Betreuung könnten aufwandadäquat angepasst werden.

Die Umsetzung des Konzepts zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen setze zunächst voraus, dass der Gesetzgeber im SGB V einen ordnungspolitischen Rahmen schaffe. KZBV-Vorstandsmitglied Eßer: „Ohne Ergänzungen der geltenden Vorschriften im SGB V ist die Umsetzung des vorliegenden Konzepts nicht möglich.“ Hier bietet sich laut Konzept an, gesetzestechnisch an die Regelungen der Individualprophylaxeleistungen in § 22 SGB V anzuknüpfen. Hier sei zunächst eine Anspruchsberechtigung ähnlich wie bisher bei den individualprophylaktischen Leistungen zu definieren. Daher biete es sich auch an, den neuen ordnungspolitischen Rahmen bei § 22 SGB V anzusiedeln (§ 22 a SGB V). Ebenso wie bei § 22 SGB V wäre dann das Nähere zur Umsetzung in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V – hinsichtlich der Bewertung im Erweiterten Bewertungsausschuss festzulegen.

zm/BZÄK/KZBV

Differentialdiagnose papillomatöser Schleimhautveränderungen

Verruköses Karzinom des Zungenrückens

Felix Koch, Keyvan Sagheb, Christian Walter, Wilfried Wagner



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



Abbildung 1: klinischer Aspekt der Patientin präoperativ: etwa wallnussgroßer, nicht schmerzhafter, breitbasig dem Zungenrücken aufliegender Tumor mit warzenartig zerklüfteter Oberfläche

Eine 60-jährige Patientin mit bekanntem oralen Lichen ruber wurde uns zur weiteren Abklärung eines seit mehreren Monaten bestehenden, schmerzlosen Tumors im Bereich des Zungenrückens vorgestellt. Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich ein im Durchmesser etwa 3 cm großer, breitbasig aufsitzender, exophytischer Tumor von papillomatösem Erscheinungsbild (Abbildung 1). Die Zungenoberfläche war im Rahmen des oralen Lichen ruber atrophisch verändert und durch Regionen erosiver Schleimhautveränderungen charakterisiert. Im Tastbefund präsentierte sich eine derbe Tumormasse. Korrespondierend zum klinischen Zahnbefund zeigte sich im Orthopantomogramm ein konservierend und prothetisch unvollständig versorgtes Restgebiss mit einem Wurzelrest in Regio 47 und einem kariös tief zerstörten Zahn in Regio

12 (Abbildung 2). Im Rahmen der sonographischen Untersuchung stellten sich mehrere vergrößerte, jedoch sonomorphologisch unauffällige Lymphknoten mit

Hiluszeichen submandibulär und in den cervicalen Gefäßlogen links betont dar. Eine Probeexzision aus dem Randbezirk des Tumors erbrachte die Diagnose einer Verruca vulgaris, so dass in einem weiteren Termin eine vollständige Exzisionsbiopsie des Befunds vorgenommen wurde (Abbildung 3). Die histopathologische Aufbereitung des in toto exzidierten Gewebes ergab jedoch nun die Diagnose eines gut differenzierten verrukösen Karzinoms mit nur minimaler Stromainvasion (pT1) (Abbildung 4). Mit der geänderten Diagnose eines histologisch gesicherten Plattenepithelkarzinoms wurden Untersuchungen zum Staging der malignen Erkrankung eingeleitet, die neben den bereits sonographisch nachgewiesenen vergrößerten Lymphknoten keine weiteren pathologischen Befunde erbrachten. In Vollnarkose erfolgten eine Nachresektion im Bereich der Zungenmitte zur Wahrung eines Sicherheitsabstands sowie eine selektive Lymphknotenexstirpation submandibulär

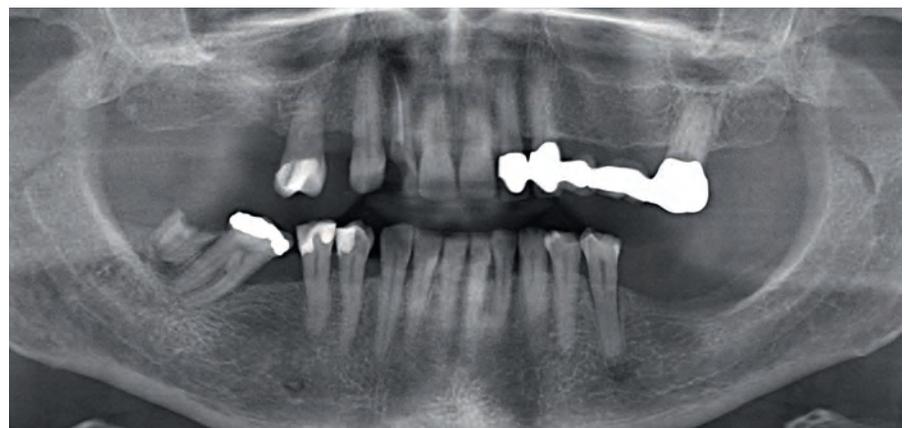


Abbildung 2: präoperatives Orthopantomogramm: konservierend und prothetisch unvollständig versorgtes Restgebiss mit einem Wurzelrest in Regio 47

links. Die histologische Aufbereitung konnte jedoch keine Karzinomzellen mehr nachweisen. Die Patientin befindet sich im Tumor-Recall und ist bislang rezidivfrei (Abbildung 5).

Diskussion

Das verruköse Karzinom der Mundschleimhaut ist ein langsam wachsendes spinzelluläres Karzinom. Es manifestiert sich bevorzugt bei Männern im siebten und

Typ 2, 6, 11, 16 und 18) aufgrund ihres Nachweises im Tumor als mögliche Ursache diskutiert [Balram et al., 1995]. Das klinische Erscheinungsbild zeigt einen exophytischen, breitbasig aufliegenden Tumoren mit papillärer, verhornter Oberfläche. Typisch ist die maligne Transformation des Tumors aus vorausgehenden prämaligen Veränderungen [Cabay RJ et al., 2007].

Differentialdiagnostisch war im vorliegenden Fall die Diagnose einer Verruca vulgaris erwogen worden, die durch die humanen



Abbildung 3: Gesamtpräparat intraoperativ: in toto exzidiertes exophytischer Tumor

im achten Lebensjahrzehnt und umfasst etwa ein bis zwei Prozent aller Plattenepithelkarzinome des Kopf-Hals-Bereichs mit Hauptlokalisierung im Mundraum (73 Prozent; vor allem buccal) beziehungsweise Kehlkopf (11 Prozent) [Mast et al., 2009].

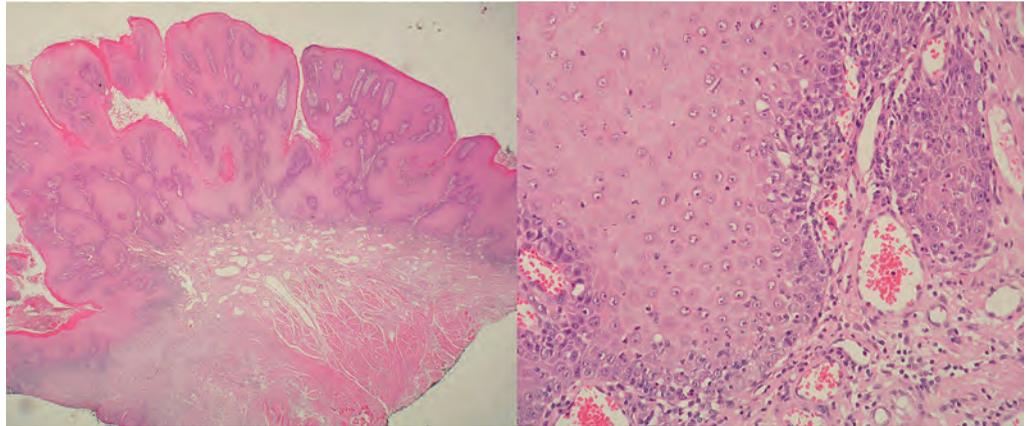
Hinsichtlich der Ätiologie werden neben dem Tabak- und Betelkauen als Risikofaktoren auch humane Papillomaviren (HPV

Papillomaviren 2, 4, 6, 7, 10, 40 verursacht wird. Als hyperplastische, knotige, häufig hyperkeratotische Exophyten des Weichgewebes findet sich die Verruca vulgaris am Gaumen, an der Mucosa der Lippen, an der Gingiva und an der Zunge. Die klinisch ähnlich imponierenden Condylomata acuminata sind durch die HPV 6, 11, 16 und 18 verursacht. Eine maligne Entartung der Verruca vulgaris und auch der Condylomata accuminata konnte bislang nicht nachgewiesen werden. Eine Infektion von HPV 14, HPV 16 und HPV 22 scheint jedoch mit Tumorerkrankungen assoziiert zu sein. Pathogenetisch wird dabei durch virale Proteine das p53, ein Tumorsuppressorgen, inaktiviert [Butz et al., 1995]. Das im Rahmen des Cervixkarzinoms als Ursache identifizierte HPV 16 scheint im Rahmen klinischer Stu-



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

Abbildung 4: histologischer Befund:
 In der Übersichtsaufnahme links (10x Vergrößerung; HE-Färbung) zeigt sich die ausgeprägte verruköse Hyperkeratose bei hochdifferenzierten Plattenepithelien und oberflächlicher Verhornung.
 In der Vergrößerung rechts (40x Vergrößerung; HE-Färbung) ist neben der lymphoplasmazellulären Infiltration mittig die geringe Stromainvasion des Befunds zu erkennen.
 (Die histopathologischen Präparate wurden freundlicherweise von Prof. Dr. S. Biesterfeld zur Verfügung gestellt.)



dien auch bei der Genese des Mundhöhlenkarzinoms relevant zu sein [D'Souza et al., 2007].

Papillomatöse Schleimhautveränderungen sollten daher einer histologischen Diagnostik zugeführt werden, um bezüglich der Dignität Sicherheit zu gewinnen. Eine regelmäßige Untersuchung der Mundschleimhaut ist bei Patienten mit papillomatösen Schleimhautveränderungen notwendig, um eine statistisch gehäuft auftretende, maligne Transformation frühzeitig zu erkennen. Während bei kleinen Befunden eine Exzisionsbiopsie erfolgen sollte, sind im Falle flächiger Befunde Probebiopsien an mehreren Lokalisationen vorzunehmen.

Das klinische Verhalten des verrukösen Karzinoms der Mundschleimhaut ist charakterisiert durch ein langsames und gering lokal invasives Wachstum mit sehr seltener Metastasierung. Therapie der Wahl ist die Exzision im Gesunden, wobei der Tumor aufgrund seines niedrigen Rezidiv- sowie Metastasierungsverhaltens mit einer günstigen Prognose behaftet ist [Kang et al., 2003]. Der vorliegende Fall soll nochmals die Wichtigkeit der Abklärung pathologischer Schleimhautbefunde verdeutlichen. Eine Probeexzision kann, muss aber nicht repräsentativ für den Gesamtbefund sein, so dass eine Exzision des Befunds angestrebt, alternativ mehrere Proben gewonnen werden sollten.

Dr. Dr. Felix Koch
 Keyvan Sagheb
 Dr. Dr. Christian Walter
 Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner
 Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität
 Augustusplatz 2
 55131 Mainz
 walter@mkg.klinik.uni-mainz.de

Fazit für die Praxis

- Das verruköse Karzinom der Mundschleimhaut ist ein langsam wachsendes, niedriggradig malignes, spinozelluläres Karzinom.
- Prädelikationsstelle im Kopf-Hals-Bereich ist die buccale Schleimhaut.
- Es zeigt ein sehr langsames, selten aggressiv invasives Wachstum.
- Der Tumor weist ein geringes Rezidiv- und Metastasierungsverhalten auf.
- Therapie der Wahl ist die Exzision mit Sicherheitsabstand, ein Lymphknoteneingriff ist indiziert, falls die Lymphknoten suspekt vergrößert sind.

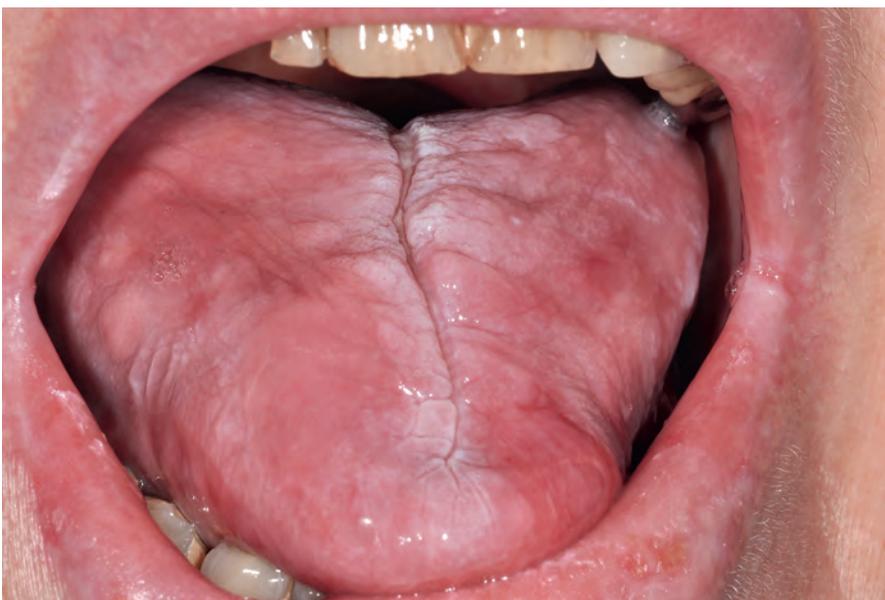


Abbildung 5: postoperativer Befund:
 nach acht Wochen ohne Anhalt für ein Lokalrezidiv.

zm Leser service

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

Das Dental Vademekum

Parodontale Therapie mit lokalen Antibiotika

Peter Eickholz

Parodontitis ist die durch Bakterien ausgelöste entzündliche Zerstörung des Zahnhalteapparats. Infektion und entzündliche Destruktion finden vor allem lokal statt. Lokal eingesetzte antibakterielle und entzündungsmodulierende Medikamente können deshalb die klassische mechanische antiinfektiöse Therapie wirksam unterstützen.

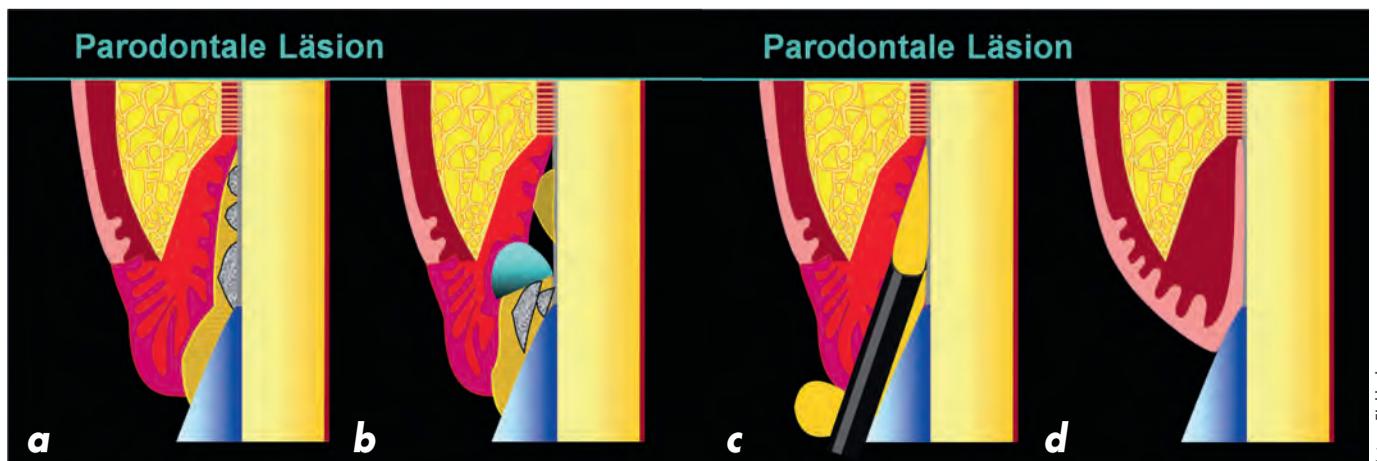


Abbildung 1a bis 1d: Verwendung topischer subgingivaler Medikamententräger zusätzlich zu mechanischer Instrumentierung [Eickholz, 2008]: a) parodontale Läsion mit subgingivalen Konkrementen und Plaque, b) mechanische Instrumentierung: Konkreme werden entfernt, Reste des Biofilms verbleiben, c) subgingivale Applikation des Medikamententrägers, d) ausgeheilte Läsion mit Ausbildung eines epithelialen Attachments

Fotos: Eickholz

Das primäre Ziel zahnärztlicher Tätigkeit ist die langfristige Erhaltung natürlicher Zähne in einem gesunden, funktionellen, ästhetisch akzeptablen und schmerzfreien Zustand [Hirschfeld & Wasserman, 1978; SSO, 2000].

Dieses Gesamtziel wird in der systematischen Parodontistherapie durch das Erreichen folgender Teilziele verfolgt:

- 1) Beseitigung der Infektion,
- 2) Aufhalten der parodontalen Destruktion und, wenn möglich,
- 3) Regeneration des zerstörten parodontalen Gewebes.

In den weitaus meisten Fällen reicht eine mechanische Entfernung der bakteriellen Zahnbeläge durch den Patienten (individuelle Mundhygiene) und den Zahnarzt (professionelle Zahnreinigungen, antiinfektiöse Parodontistherapie, Parodontalchirurgie) aus, um Parodontitis erfolgreich zu behandeln und die beiden erstgenannten Ziele zu

erreichen. Die infektiös-entzündliche Ätiologie der Parodontitis legt aber den Gedanken nahe, zu ihrer Therapie auch antimikrobiell wirksame Substanzen und gegebenenfalls Antibiotika einzusetzen. So ist bei aggressiven und generalisierten schweren chronischen Formen der Parodontitis, bei denen subgingival *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* nachgewiesen werden konnte,

die systemische Gabe von Antibiotika unterstützend zur mechanischen Therapie empfehlenswert, weil sich dieses Bakterium alleine mechanisch nicht zuverlässig unterdrücken lässt [Christersson et al., 1985; Mombelli et al., 1994; Eickholz et al., 2004].

Die Risiken der Sensibilisierung und der Resistenzbildung gehören zu den Nachteilen der Antibiotikatherapie allgemein. Aus diesen Gründen sollten in der Parodontologie möglichst nur solche Wirkstoffe eingesetzt werden, die in der Allgemein- und insbe-



Abbildungen 2a und 2b: Elyzol®-Gel (25 Prozent Metronidazol): a) Verpackung, b) Zylinderampulle mit Elyzol®-Gel in einer Karpulenspritze für die Applikation [Eickholz, 2006, 2008]



a

Abbildung 3a bis 3e PerioChip®
(34 Prozent Chlorhexidin):
a) Verpackung [Eickholz, 2008],
b) residuale Tasche mesiobukkal von Zahn 14
mit einer Sondierungstiefe von 7 mm,
c) PerioChip® vor Applikation mit einer zahn-
ärztlichen Pinzette,
d) Applikation des PerioChip®
e) PerioChip® komplett subgingival platziert

sondere in der Intensivmedizin keine große Rolle mehr spielen (wie Tetracycline). Zu den Nachteilen der systemischen Antibiotikagabe gehören aber auch systemische unerwünschte (Neben-)Wirkungen (wie Arzneimittel-exanthem), die Beeinflussung von Bakterien außerhalb der Mundhöhle (wie Darmflora) und gegebenenfalls die Wechselwirkung mit anderen Medikamenten (zum Beispiel orale Kontrazeptiva, Antikoagulantien). Es wäre günstig, über Antiseptika beziehungsweise Antibiotika zu verfügen,

die nur subgingival und nicht systemisch wirken, da es bei der Parodontitistherapie primär um die Beeinflussung des subgingivalen Biofilms geht. Diese Überlegungen haben zur Entwicklung lokaler Anwendungsformen geführt. Diese sollen allein auf die Bakterien des subgingivalen Biofilms wirken. Allerdings führt der Strom des Gingivaexsudates (Sulkusflüssigkeit) 40-mal pro Stunde zur Erneuerung des Inhalts einer etwa 5 mm tiefen Tasche [Goodson, 1989]. Diese hohe Umsatzrate führt zu einer rapiden Reduktion

der Konzentration von subgingival applizierten Substanzen. Es mussten deshalb Darreichungsformen entwickelt werden, die ein stabiles subgingivales Depot bilden, aus dem dann kontinuierlich in wirksamer Konzentration Antiseptika beziehungsweise Antibiotika freigesetzt werden. Lokale subgingivale Medikamententräger, die ihren Wirkstoff (Antibiotikum) in wirksamer Konzentration bis zu 24 Stunden abgeben, werden als „Sustained Release Device“ bezeichnet. Im Unterschied dazu setzen sogenannte

Fotos: Eickholz

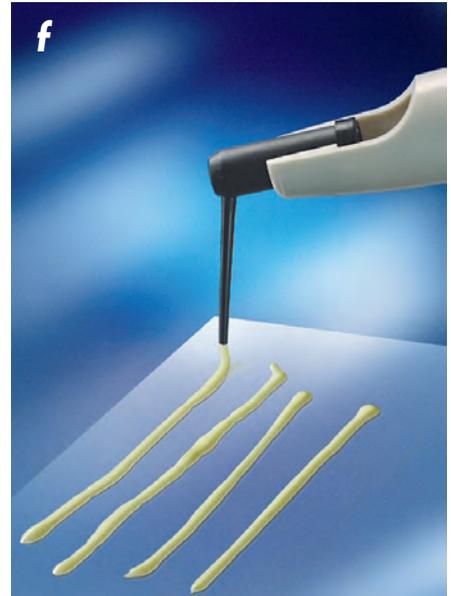


Foto: Heraeus Kulzer

a

Abbildungen 4a bis 4f: Ligosan Slow Release® (14 Prozent Doxycyclin):

- a) Verpackung,
 b) residuale Tasche mesiobukkal von Zahn 45 mit einer Sondierungstiefe von 5 mm und starker Blutung,
 c) nach Reinigung der Tasche mit einem Pulverstrahlgerät und Glycinpulver;
 Applikator von Ligosan Slow Release® mit etwas überpresstem Gel,
 d) Nach relativer Trockenlegung der Applikationsstelle wird die Applikationskanüle bis auf den Boden der Tasche vorgeschoben und mit sanftem Druck solange Gel appliziert, bis es am Gingivarand erscheint. Dann wird die Kanüle langsam unter weiterer Applikation von Gel aus der Tasche herausgezogen.
 e) nach vorsichtiger Entfernung der Überschüsse mit einem feuchten Wattepellet,
 f) Je nach Taschentiefe lassen sich mit einer Applikationseinheit Ligosan Slow Release® zwei bis fünf Stellen behandeln.



Fotos: Eickholz

„Controlled Release Devices“ ihren Wirkstoff länger als 24 Stunden lang frei [AAP, 2000].

Therapie mit Antiseptika und Antibiotika

Die lokale Applikation von Antiseptika und Antibiotika verfolgt drei Ziele [Eickholz, 2008]:

- Unterstützung der nichtchirurgischen mechanischen antiinfektiösen Therapie bisher unbehandelter Parodontitiden (zusätzliche Gabe zu Scaling und Wurzelglättung um den Therapieeffekt zu steigern und gegebenenfalls die Notwendigkeit für chirurgische Eingriffe zu verringern)
- Unterstützung der Reinstrumentierung in der unterstützenden Parodontitistherapie (zusätzliche Gabe zu Scaling und Wurzelglättung um den Therapieeffekt zu steigern)
- als Alternative zur subgingivalen Reinstrumentierung in der unterstützenden Parodontitistherapie (Gabe anstatt Scaling und Wurzelglättung um aber den gleichen Effekt zu erzielen).

Abbildung 1 veranschaulicht das Konzept der beiden erstgenannten Anwendungen: Nachdem durch mechanische Instrumentierung subgingivale Konkremente beseitigt und der Biofilm überwiegend entfernt wurden (Abbildungen 1a und 1b), wird der Medikamententräger nach subgingival appliziert und vernichtet Reste der subgingivalen Plaque, die in schlecht instrumentierbaren Nischen zurückgeblieben sind (Abbildungen 1c und 1d) [Eickholz, 2008].

Eine Metaanalyse, die den Effekt chirurgischer und nichtchirurgischer Parodontitistherapie mit und ohne topische Applikation von Antibiotika verglichen hat, konnte zeigen, dass die topische subgingivale Applikation von Antibiotika zusätzlich zu nichtchirurgischer subgingivaler Instrumentierung zu besseren klinischen Ergebnissen führte als die mechanische Therapie alleine [Hung & Douglass, 2002]. Bei der Beurteilung des Nutzens lokaler Antibiotika zusätzlich zu oder anstelle mechanischer Instrumentierung, sollte immer im Auge behalten

werden, was mechanische Instrumentierung allein zu leisten vermag (Siehe Tabelle Seite 62) [Hung & Douglass, 2002; Eickholz 2008].

■ Metronidazol

Ein biologisch abbaubarer Medikamententräger ist das Elyzol® 25-prozentiges Dentalgel (Colgate Oral Pharmaceuticals, Hamburg). Es besteht aus 250 mg Metronidazol sowie Glycerin und Sesamöl zu einem 1 g Gel (Abbildung 2a) und steht in Zylinderampullen (Abbildung 2b) zur Verfügung. Die subgingivale Applikation des Gels soll zweimal im Abstand von einer Woche erfolgen. Bei Kontakt mit dem Gingivaexsudat wird aus dem flüssigen Gel eine hochvisköse, adhäsive Substanz, die kontinuierlich Metronidazol abgibt, während sie sich auflöst. Die Konzentration von Metronidazol in der Sulkusflüssigkeit fällt aber nach Applikation des Gels exponential ab („Sustained Release Device“) [Stoltze, 1992; AAP, 2000]. Je nach Tiefe und Ausdehnung der zu behandeln-



a



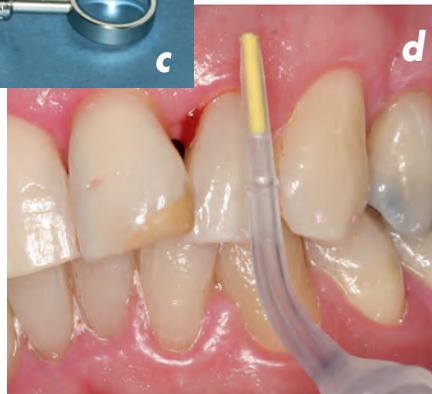
c



b



e



d



f

Abbildungen 5a bis 5f:
Arestin® (Minocyclin) [Eickholz, 2008]:

- a) Verpackung,
b) residuale Tasche mesiobukkal von Zahn 22 mit einer Sondierungstiefe von 7 mm,
c) Applikationsspritze mit aufgesetzter Einzeldosis,
d) Applikationskanüle mit Einzeldosis nach Abnahme des Verschlusses,
e) subgingivale Applikation der Minocyclin-Microspheres,
f) unmittelbar nach Applikation

den Taschen reicht eine Zylinderampulle für die Behandlung von drei bis fünf Läsionen [Eickholz, 2006].

■ Chlorhexidin Chlorhexidin-Chip

Ein biologisch abbaubarer Medikamententräger, der nicht mit einem Antibiotikum, sondern einer antimikrobiellen Substanz beschickt ist, ist der PerioChip® (Dexxon Ltd., Hadera, Israel; Vertrieb: Dexcel Pharma GmbH, Alzenau) (Abbildung 3a) [Jeffcoat, et al., 1998]. Der Medikamententräger hat die Form eines Biberschwanz-Dachziegels, der 5 mm lang, 4 mm breit und 0,35 mm dick ist (Abbildung 3c). Die biologisch abbaubare Matrix aus Gelatineglutaraldehyd-Polykondensat, Glycerin und gereinigtem Wasser ist mit 34 Prozent Chlorhexidinbis (D-Glukonat) beladen. Die Applikation erfolgt mit einer zahnärztlichen Pinzette (Abbildung 3c). Bei Kontakt mit Flüssigkeiten wird der Chip sehr klebrig und muss deshalb manchmal mit einem zweiten Instrument von der Pinzette abgestreift werden. Ein PerioChip® ist jeweils für die Therapie einer Läsion vorgesehen [Eickholz et al., 2004; Eickholz, 2006, 2008].

■ Doxycyclin Zehnprozentiges Doxycyclingel

Der erste biologisch abbaubare Medikamententräger mit einem Tetracyclinderivat als Wirkstoff, der in Deutschland zugelassen wurde, war ein biologisch abbaubares Gel, das 10 Prozent Doxycyclin, 33 Gewichtsprozent Poly-DL-Lactid und 57 Gewichtsprozent N-methyl-2-pyrrolidon enthielt [Garrett et al., 1999]. Atridox® (CollaGenex Pharmaceuticals, Newtown, PA, USA) musste unmittelbar vor der Anwendung aus dem Doxycyclinpulver und der Polymerflüssigkeit angemischt werden. Bei Kontakt mit Gewebeflüssigkeit wurde das leicht fließende Gel, das mit einer stumpfen Kanüle gut nach subgingival appliziert werden konnte, fest. Es wurde so viel Gel appliziert, bis Überstände am Gingivarand erschienen. Diese konnten, wenn sie fest geworden waren, mit einem Heidemannspatel nach subgingival gedrückt werden. Allerdings löste sich das verfestigte Gel nicht immer vollständig auf, sodass in manchen Fällen Reste mit einer Kürette entfernt werden mussten [Eickholz et al., 2004; Eickholz, 2006, 2008]. Atridox® ist seit April 2006 nicht mehr im Handel. Ein identisches Produkt wird unter

der Bezeichnung Doxyrobe® (Pfizer, Kirklund, Kanada) für die Therapie von Parodontitis in der Veterinärmedizin vertrieben [Zetner & Rothmueller, 2002].

14 Prozent Doxycyclingel

Ein weiterer biologisch abbaubarer Medikamententräger auf der Basis von Doxycyclin wird ab 2010 kommerziell erhältlich sein (Ligasan Slow Release®, Heraeus Kulzer, Hanau) (Abbildung 4a). Das 14-prozentige Doxycyclinpräparat mit einem synthetischen Polymerträgergel zur topischen subgingivalen Applikation wurde klinisch [Eickholz et al., 2002, 2005] und pharmakokinetisch [Kim et al., 2002, 2004, 2005] geprüft. Es lässt sich leicht applizieren: Nach relativer Trockenlegung der Applikationsstelle wird die Applikationskanüle bis auf den Boden der Tasche vorgeschoben und mit sanftem Druck solange Gel appliziert, bis es am Gingivarand erscheint. Dann wird die Kanüle langsam unter weiterer Applikation von Gel aus der Tasche herausgezogen (Abbildungen 4b bis 4e). Die Pharmakokinetik von Ligasan Slow Release® entspricht der von Atridox® [Kim et al., 2004, 2005]. Je nach Taschentiefe lassen sich mit einer Ap-

plikationseinheit Ligosan Slow Release® zwei bis fünf Stellen behandeln (Abbildung 4f).

■ Minocyclin

Minocyclin-Microspheres

Arestin® (OraPharma Inc., Warminster, PA, USA) ist ein weiteres Präparat zur subgingivalen Applikation mit dem Wirkstoff Minocyclin (Abbildungen 5a bis 5f). Das Minocyclin ist in Kugeln (Microspheres) aus biologisch abbaubarem Polyglycolid-co-DL-lactid eingekapselt [Williams et al., 2001]. Dieses Pulver wird nach relativer Trockenlegung der zu behandelnden Stelle mit einem Applikator nach subgingival appliziert (Abbildung 5e). Bei der hydrolytischen Degradation der Polymerkügelchen wird Minocyclin freigesetzt. Eine Packung enthält zwölf Einzeldosen. Eine Einzeldosis enthält 1 mg Minocyclin-Hydrochlorid. Arestin® ist seit 2007 auch in Deutschland zugelassen.

Nutzen der subgingivalen Applikation dieser Mittel

Klinische Parameter

Die topische subgingivale Applikation antimikrobieller Medikamententräger wurde bisher überwiegend für die Therapie der chronischen Parodontitis untersucht. Nur in wenigen Studien wurden auch Patienten mit aggressiver Parodontitis therapiert [Eickholz et al., 2002, 2005]. So konnten für die adjuvante topische subgingivale Applikation zusätzlich zu nichtchirurgischer Instrumentierung bisher unbehandelter beziehungsweise rezidivierender Taschen bessere klinische Ergebnisse beobachtet werden als nach mechanischer Therapie und adjuvanter Applikation eines Placebo: PerioChip® [Jeffcoat et al., 1998], Arestin® [Williams et al., 2001], Ligosan Slow Release® [Eickholz et al., 2002]. In einer strukturierten Übersicht stellt sich der Vergleich zu alleiniger mechanischer Therapie oder Placebo wie folgt dar: Chlorhexidin-Chip (n = 331/335; p = 0,058), 10-Prozentiges und 14-Prozentiges Doxycyclingel (n = 158/158; p = 0,064), Minocyclin-Microspheres (n = 259/272; p = 0,006) [Hanes & Purvis, 2003]. Während für diese Ergebnisse die einmalige Applikation wie von Ligosan Slow Release® ausreichte

[Eickholz et al., 2002], wurde zum Beispiel der PerioChip® über einen Zeitraum von neun Monaten in einzelne Taschen bis zu dreimal [Jeffcoat et al., 1998] appliziert. Neben der Häufigkeit der Wirkstoffgabe müssen bei der Beurteilung dieser Daten die Ausgangssondierungstiefen [Hung & Douglass, 2002] und die behandelten Zahntypen berücksichtigt werden. Je tiefer die Taschen vor Therapie, desto größer das Reduktionspotential. Läsionen mit Sondierungstiefen bis 5 mm erscheinen ohnehin als ungeeignet, um von zusätzlicher Anwendung topischer Antibiotika profitieren zu können. Bei mehrwurzeligen Zähnen muss mit ungünstigeren Ergebnissen als bei ein-



Abbildung 6: Das Dental Vademekum (10. Ausgabe), herausgegeben von der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

wurzeligen Zähnen gerechnet werden. Der Vergleich verschiedener Studien zu gleichen oder unterschiedlichen Präparaten gestaltet sich daher schwierig [Greenstein, 2006]. Durch die adjuvante topische subgingivale Applikation von Antibiotika zusätzlich zu mechanischer Instrumentierung konnten bei der Therapie persistierender oder rezidivierender Taschen in der unterstützenden Parodontaltherapie (UPT) bessere klinische Ergebnisse erzielt werden: 14-prozentiges Doxycyclingel [Lang et al., 2005]. Bei der alleinigen subgingivalen Applikation von Medikamententrägern zur Therapie persistierender oder rezidivierender Taschen in der UPT wurden nur unwesentlich schlechtere oder gleiche klinische Ergebnisse erzielt wie bei Scaling und Wurzelglättung: Elyzol® [Stelzel & Florès-de-Jacoby, 1992], Ligosan Slow Release® [Eickholz et al., 2005]. Für Ligosan Slow Release® konnte gezeigt werden, dass die einmalige topische sub-

gingivale Applikation des 14-prozentigen Doxycyclingels zusätzlich zu subgingivaler Instrumentierung während der UPT drei Monate nach Therapie zu einer besseren Reduktion der Furkationsbeteiligungen führte als die mechanische Therapie allein [Dannewitz et al., 2009]. Bisher existieren allerdings zu wenig Erkenntnisse über den Einfluss subgingivaler Antibiotika auf Furkationsbeteiligung, um Empfehlungen für deren Einsatz geben zu können.

Mikrobiologische Parameter

Drei und sechs Monate nach Scaling/Root Planing (SRP) mit topischer Applikation von Ligosan Slow Release® waren die Zahlen für *Tannerella forsythia*, *Porphyromonas gingivalis* und *Treponema denticola* um etwa eine Log-Stufe, für *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* um etwa eine halbe Log-Stufe reduziert mit statistisch signifikantem Unterschied zu alleinigem SRP. Für *T. forsythia* und *T. denticola* bestand auch ein signifikanter Unterschied zum Placebo, für *P. gingivalis* und *A. actinomycetemcomitans* aber nicht [Ratka-Krüger et al., 2005]. Für die klinischen Parameter war der Unterschied zwischen Ligosan Slow Release® und Placebo deutlicher ausgefallen [Eickholz et al., 2002]. Möglicherweise beruht der Effekt der subgingivalen Applikation von Doxycyclin nicht allein auf dessen antimikrobieller, sondern auch der kollagenaseinhibitorischen Wirkung der Tetracyclinderivate [Golub et al., 1985].

Subgingivale Applikation von Antibiotika

Der Einsatz der lokalen Antiseptika beziehungsweise Antibiotikatherapie erscheint insbesondere in der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) bei Patienten als sinnvoll, bei denen nach abgeschlossener Parodontitistherapie die Wurzeloberflächen frei von harten Belägen sind, aber einzelne Stellen trotz subgingivalen Scalings noch persistierende oder auch nach chirurgischer Intervention rezidivierende, pathologisch vertiefte Taschen (Sondierungstiefe (ST) 5 mm und Blüten auf Sondieren) aufweisen. Bei diesen Patienten verursacht wieder-

holtes subgingivales Scaling langfristig nicht unerhebliche Hartschubstanzverluste und häufig Zahnfleischüberempfindlichkeiten. Einerseits wäre der Einsatz subgingivaler Medikamententräger alternativ zum Scaling eine mögliche Strategie diese Komplikationen zu vermeiden. Andererseits stellt die Gabe zusätzlich zur mechanischen Instrumentierung einen Weg dar, die persistierenden Taschen mit einem anderen als dem bisher vergeblichen allein mechanischen Konzept zu behandeln.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Antiseptika und Antibiotika für die topische subgingivale Applikation Arzneimittel sind, die für diese Indikation nach dem Arzneimittelgesetz (AMG) zugelassen wurden. Voraussetzung für eine solche Zulassung sind aufwendige Prüfverfahren hinsichtlich der toxikologischen Unbedenklichkeit von wirksamer Substanz und Trägermaterial, der klinischen Wirksamkeit sowie pharmakologischen Verfügbarkeit und schließlich der Herstellungsqualität. Diese Zulassungen berücksichtigen auch mögliche unerwünschte Wirkungen, auf die in Beipackzetteln hingewiesen wird. Bei der Verwendung nach eigenen Rezepten in der Apotheke oder gar selbst gemischten Antibiotikasalben fehlt diese Dokumentation der toxikologischen Unbedenklichkeit von wirksamer Substanz und Trägermaterial sowie der klinischen Wirksamkeit und pharmakologischen Verfügbarkeit. Solche Antibiotikasalben haben keine Zulassung nach AMG. Bei unerwünschten Wirkungen besteht daher ein maximales Haftungsrisiko für den Behandler, der solche nicht nach AMG zugelassenen Medikamente appliziert. Die aktuelle 10. Ausgabe „Das Dental Vademekum“ (DDV) liefert im Kapitel 8 „Parodontologie“ unter „Chemotherapeutika und lokale Antibiotika“ aktuelle und zuverlässige Informationen zu den antimikrobiellen Substanzen zur topischen subgingivalen Applikation („lokale Antibiotika“) (Abbildung 6). Der Markt der „lokalen Antibiotika“ für die parodontale Therapie ist ständigen Verän-

derungen unterworfen: Produkte erscheinen auf dem Markt und verschwinden wieder (siehe Atridox/Doxyrobo®). Im DDV findet man Orientierung zu Indikationen, Zusammensetzung, indikationsbezogener Zulassung der manchmal kurzlebigen Produkte.

Periimplantäre Infektionen

Die Therapie periimplantärer Infektionen ist ein weitgehend ungelöstes Problem. Raue Implantatoberflächen begünstigen die Osseointegration, aber auch die Anlagerung des Biofilms. Wird der Biofilm mechanisch entfernt, besteht die Gefahr die empfindliche Implantatoberfläche irreversibel zu beschädigen. Hoffnungen werden in diesem

	ST-Reduktion	p	Attachmentgewinn	p
Sondierungstiefen vor Therapie	6 Monate nach Therapie (n = 102)			
1-3 mm	0,04	0,28	- 0,15	0,01
4-6 mm	1,07	0,0001	0,6	0,0001
≥ 7 mm	1,97	0,0001	1,21	0,0001
	12 Monate nach Therapie (n = 244)			
1-3 mm	0,21	0,0002	- 0,23	0,33
4-6 mm	1,16	0,0001	0,52	0,001
≥ 7 mm	2,20	0,0001	1,42	0,0001

Tabelle: Reduktion der Sondierungstiefen (ST) und Attachmentgewinne 6 und 12 Monate nach nichtchirurgischer Therapie (subgingivale Instrumentierung) differenziert nach ST vor Therapie [Hung & Douglass, 2002; Eickholz, 2008].

Kontext zum einen auf die Dekontamination der Implantatoberflächen mit LASER-Licht [Friedman et al., 2006] oder Pulverstrahlssystemen gesetzt. Zum anderen könnten hochkonzentrierte lokal applizierte antimikrobielle Wirkstoffe ein wertvolles Therapiemittel sein.

Erste vielversprechende Ergebnisse wurden in einer Fallserie nach Applikation von Tetracyclinfäden in periimplantäre Läsionen berichtet: Zwölf Monate nach Therapie wurden Reduktionen der ST und knöcherne Auffüllung verzeichnet [Mombelli et al., 2001]. Im Vergleich zu 1 Prozent Chlorhexidin-Gel erzielte die periimplantäre Applikation von Minocyclin-Microspheres bei der Therapie periimplantärer Mukositis bessere Reduktionen der ST [Renvert et al.,

2006]. In einer weiteren Fallserie wurden zwölf Monate nach Applikation von Minocyclin-Microspheres in periimplantäre Läsionen deutliche Reduktionen der ST beobachtet [Salvi et al., 2007]. Dieses relevante Indikationsgebiet bedarf aber weiterer Abklärung. Keines der zur Zeit kommerziell erhältlichen Präparate verfügt über eine AMG-Zulassung für die Indikationen periimplantäre Mukositis und Periimplantitis.

Zusammenfassung

Die lokale Applikation von Antiseptika und Antibiotika verfolgt drei Ziele: 1) Unterstützung der nichtchirurgischen mechanischen antiinfektiösen Therapie bisher unbehandelter Parodontitiden (zusätzliche Gabe zu Scaling und Wurzelglättung, um den Therapieeffekt zu steigern und gegebenenfalls die Notwendigkeit für chirurgische Eingriffe zu verringern), 2) Unterstützung der Reinstrumentierung in der unterstützenden Parodontitistherapie (zusätzliche Gabe zu Scaling und Wurzelglättung um den Therapieeffekt zu steigern) und 3) als Alternative zur subgingivalen Reinstrumentierung in der unterstützenden Parodontitistherapie (Gabe anstatt Scaling und Wurzelglättung, um aber den gleichen Effekt zu erzielen). Es

existieren verschiedene Präparate für die topische subgingivale Applikation, deren Wirksamkeit für diese Indikationen bei chronischer Parodontitis gezeigt wurde. Erste vielversprechende Ergebnisse liegen auch für die Therapie periimplantärer Infektionen vor.

Prof. Dr. Peter Eickholz
Poliklinik für Parodontologie
Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum)
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
eickholz@med.uni-frankfurt.de



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

Aktuelle Aspekte

Therapie der obstruktiven Speicheldrüsenerkrankungen

Christian Naujoks, Christoph Sproll et al.

Nachdem in einer der letzten zm-Ausgaben ein Beitrag vorwiegend die diagnostischen Möglichkeiten im Rahmen einer obstruktiven Sialadenitis darstellte, widmet sich dieser Teil den aktuellen therapeutischen Möglichkeiten.

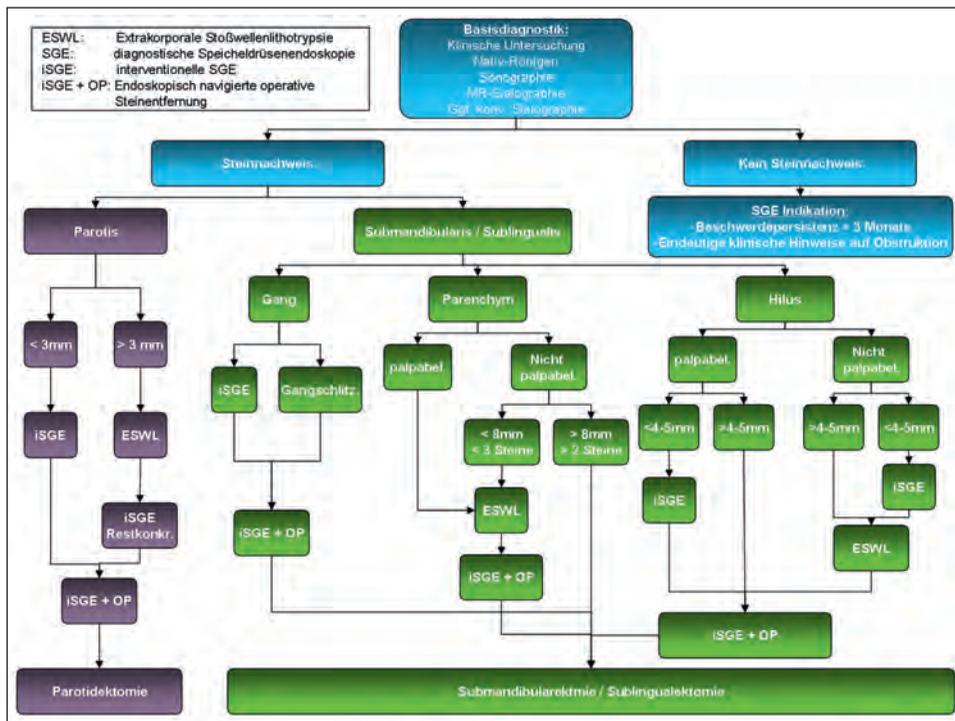


Abbildung 1: Flussdiagramm des Therapiekonzepts bei Speichelsteinen der Gl. parotis und der Gl. submandibularis: Bei einem primär diagnostizierten Speichelstein sollte bei einer Beschwerdepersistenz von über drei Monaten trotz Anwendung konservativer Maßnahmen sich eine weitere Diagnostik und Therapie anschließen.

Entgegen früherer Annahmen konnte in den letzten Jahren nachgewiesen werden, dass es nach der Entfernung einer Speicheldrüsenerkrankung zu einer Erholung der Drüsenfunktion kommt. Aufgrund dieser Kenntnisse und durch die Weiterentwicklung minimalinvasiver Verfahren kam es zu einem Wechsel des therapeutischen Regimes, weg von der operativen Drüsenentfernung hin zu drüsenerhaltenden Therapieansätzen. Eine kürzlich veröffentlichte Studie konnte zeigen, dass durch die optimale Kombination von minimalinvasiven Therapiemöglichkeiten, die Rate operativer Drüsenentfernungen auf 2,9 Prozent gesenkt werden kann.

Therapie

Da die Sialolithiasis der häufigste Grund für eine operative Entfernung der Glandula submandibularis ist [Goh et al., 1998] und aufgrund der zahlreichen Therapieoptionen, die zur Verfügung stehen, beschränkt sich die folgende Darstellung der Therapiemöglichkeiten im Wesentlichen auf die Sialolithiasis.

Im Rahmen einer akuten, gegebenenfalls eitrigen Entzündung einer Speicheldrüse ist die konservative Therapie bestehend aus Kühlung, Anregung der Speichelsekretion durch Sialogoga, täglich mehrfacher Drü-

senmassage und oraler oder intravenöser Antibiotikagabe die Therapie der Wahl. Nach Abklingen der Beschwerden, bei längerer Persistenz oder rezidivierenden Beschwerden sollte sich eine Ursachensuche mit den im ersten Teil vorgestellten Diagnoseverfahren anschließen. Nur dann kann die richtige Therapieoption aus den multiplen invasiven und nichtinvasiven therapeutischen Möglichkeiten ausgewählt werden. Bei einem Steinleiden richtet sich die Wahl der geeigneten Therapie nach der Lokalisation, der Anzahl sowie der Form und Größe des Steines (Abbildung 1).

In den letzten Jahren hat sich ein Wandel in Bezug auf die therapeutischen Maßnahmen bei Speichelsteinen vollzogen. Entgegen früherer Annahmen führt ein Steinleiden nämlich nicht unbedingt zu persistierenden Funktionseinschränkungen der Speicheldrüse und somit ist eine operative Entfernung der Drüse auch nicht immer notwendig. Vielmehr konnte kürzlich die Arbeitsgruppe um Marchal demonstrieren, dass im Rahmen einer Sialolithiasis:

- 1.) die Anzahl der Drüseninfektionen nicht mit dem Grad der Drüsenschädigung korreliert,
- 2.) keine Korrelation zwischen der Erkrankungsdauer und dem Grad der Drüsenschädigung besteht und
- 3.) annähernd 50 Prozent der operativ entfernten Speicheldrüsen sich aus histopathologischer Sicht als gesund oder annähernd gesund herausstellten [Marchal et al., 2001].

Somit erscheint ein drüsenerhaltender Therapieansatz gerechtfertigt, auch wenn nach Erholung der Drüsenfunktion, diese nicht ganz die ursprünglichen Werte erreicht [Yoshimura et al., 1989; Makdissi et al., 2004]. Aus den Abbildungen 1 und 2 geht hervor, wie differenziert sich die Stufentherapie der Sialolithiasis beziehungsweise der obstruktiven Speicheldrüsenerkrankungen heutzutage darstellt. Die operative Entfernung der Drüse steht dabei an letzter Stelle. In einer aktuellen multizentrischen Studie die 4 691 Patienten mit Speichelsteinen umfasst, konnten Iro et al. zeigen, dass durch die Kombination der vier minimalinvasiven Therapiemöglichkeiten (Lithotripsie, Endo-

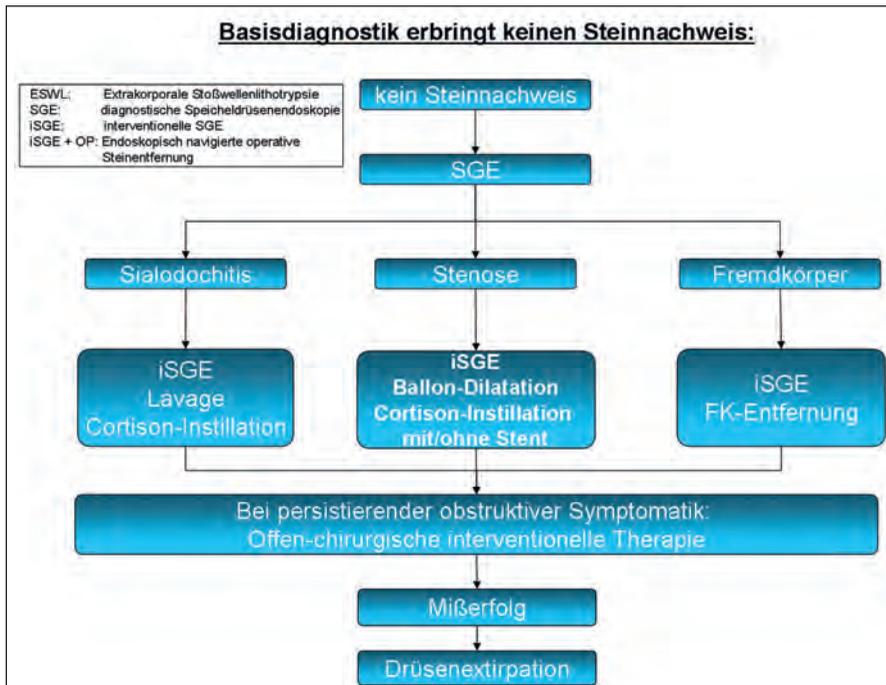


Abbildung 2: Die Indikation zu einer diagnostischen Speicheldrüsenendoskopie ist auf jeden Fall gegeben, wenn durch die Basisdiagnostik kein Stein nachzuweisen ist, der Patient aber nicht beschwerdefrei ist.

skopische Spiegelsteinbergung, intraorale Steinchirurgie und extraorale drüsenerhaltende Parotischirurgie) die Rate operativer Speicheldrüsenentfernungen auf 2,9 Prozent gesenkt werden konnte [Iro et al., 2009].

Die therapeutischen Verfahren

Interventionelle Speicheldrüsenendoskopie:

Die Speicheldrüsenendoskopie (SGE) stellt nicht nur, wie oben bereits beschrieben, ein diagnostisches Verfahren dar, sondern kann auch therapeutisch genutzt werden. Das prinzipielle Verfahren gleicht dem der diagnostischen SGE (Abbildung 3). Es ist sowohl bei der Glandula parotis als auch bei der Glandula submandibularis möglich, wobei sich die Endoskopie des Ductus Stenon jedoch aufgrund der anatomischen Gegebenheiten deutlich schwieriger gestaltet [Zenk et al., 1998]. Bei der Glandula submandibularis stellt die starke Krümmung des Ductus Wharton um den M. mylohyoideus eine anatomisch bedingte Grenze der Endoskopie dar.

Zu Beginn der Speicheldrüsenendoskopie fanden flexible Endoskope Verwendung. Aufgrund der schlechteren Visualisierung,

der Fragilität der Instrumente und der aufwendigen Sterilisierbarkeit der flexiblen Instrumente setzten sich im Laufe der Zeit jedoch halbstarre Endoskope durch. Die hier angewendeten Endoskope haben einen Durchmesser von 0,8 bis 1,6 mm, einen Spülkanal von 0,25 mm und je nach Endoskop einen Arbeitskanal von 0,45 beziehungsweise 0,85 mm (Abbildung 8e). Über den Arbeitskanal werden Fangkörbchen, Zangen, Ballons und Bohrer in den Ausführungsgang eingeführt, um kleinere Steine zu bergen beziehungsweise Stenosen zu dilatieren (Abbildung 8). Die Erfolge der interventionellen Sialoendoskopie hängen neben der Größe des Steines auch von der Lage und der Form der Steine ab. In Studien konnte gezeigt werden, dass 97 Prozent der Steine < 3 mm Größe durch eine interventionelle Endoskopie mit einem Steinfangkörbchen entfernt werden können. Bei größeren Steinen beträgt die Erfolgsrate dieses Verfahrens immerhin 35 Prozent [Marchal et al., 2001]. Unserer Erfahrung nach lassen sich rundliche, frei flottierende Steine leichter aus dem Gang entfernen als unregelmäßig geformte Steine, da diese häufig an der Gangwand adhären sind. Prinzipiell werden bei diesem Verfahren die Steine mit

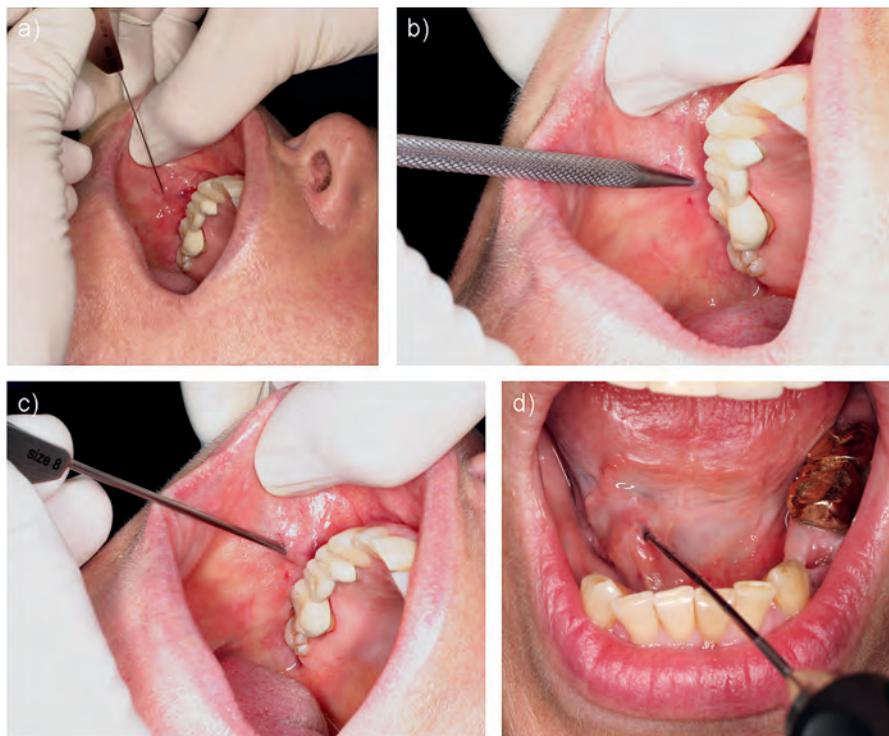


Abbildung 3: Vorbereitung der Papille zum Einführen des Endoskops in den Speichelgang: Beginn der Aufdehnung der Papille mit dem Speichelgangdilator Größe 0000 (a). Intermittierende Anwendung des Bougier-Instruments (b) und Erreichen einer suffizienten Ostiumweite durch Anwendung von Speichelgangdilatoren aufsteigender Größe bis hin zur Größe 8 (c). Schließlich kann das Endoskop in den Speichelgang eingeführt werden ohne die Papille zu beschädigen.

einem Steinfangkörbchen fixiert, zum Ostium gezogen und dort durch eine kleine Inzision entfernt [Nahlieli et al., 2003]. Speichelsteine, die aufgrund ihrer Größe nicht durch die Endoskopie entfernt werden können, sollten zunächst in kleine Fragmente zertrümmert werden. Hierfür stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Seit Anfang der 90er-Jahre wird das aus der Urologie bekannte Verfahren der extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie (ESWL) in einer modifizierten Form auch für die Speichelsteinfragmentierung eingesetzt [Iro et al., 1990]. Des Weiteren kann eine Fragmentierung auch durch die Anwendung von Laserstrahlen erfolgen, wobei sich der Holmium Laser in klinischen Studien als effektiv erwiesen hat [Wollin et al., 1998; Larizgoitia et al., 1999]. Auch Farbstofflaser zeigen gute Erfolge bezüglich der Steinfragmentierung [Gundlach et al., 1990]. Im Rahmen einer solchen Laserung wird eine Laserfaser über das Endoskop in den Speichelgang eingeführt und der Stein unter visueller Kontrolle zertrümmert [Gundlach

et al., 1990]. Das Laserverfahren sollte aufgrund möglicher iatrogenen Verletzungen der umgebenden Strukturen erfahrenen Behandlern vorbehalten werden. Sowohl bei der ESWL als auch bei der Laserung werden die Steine in kleine Fragmente zertrümmert, die dann per vias naturales abgehen oder durch eine sich anschließende interventionelle Speichelgangsendoskopie (iSGE) mittels Fangkörbchen oder Zangen entfernt werden können. Die extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) und die Speichelsteinfragmentierung durch Laserstrahlen sind zwei Verfahren, die sich therapeutisch sehr gut mit der interventionellen Speichelgangsendoskopie kombinieren lassen. Die Kombination dieser Verfahren hat sich als sehr effektiv erwiesen [Iro et al., 2009]. Die Entfernung der entstandenen Konkremeente kann das Risiko einer erneuten Steinbildung ausgehend von diesen Restkonkrementen verhindern [Marchal et al., 2001]. Neben der Steinbehandlung können mit der interventionellen SGE auch Stenosen aufge-
dehnt werden. Stenosen stellen sich endo-

skopisch als Ring oder Trichter dar und werden mittels Dilatationsballons aufge-
dehnt, wenn sie mehr als die Hälfte des Gangdurchmessers einnehmen. Hierzu wird unter visueller Kontrolle ein spezieller Dilatationsballon eingeführt und die Stenose mechanisch erweitert. Im Prinzip existieren zwei Typen von Dilatationsballons:

- 1) kleine, rundliche Ballons (Fogarty) und
- 2) länglichere Ballons (Laricath).

Die Ballons werden dabei für 90 beziehungsweise 60 Sekunden alternierend mit Hochdruck (9 atm) aufgeblasen und druckentlastet [Nahlieli et al., 2001]. Je nach Art der Stenose kann es notwendig sein, postinterventionell einen Stent / eine Schiene in den Ausführungsgang einzulegen, um das erreichte Ergebnis zu sichern. Bei diesen Stents handelt es sich um flexible Silikon-schienen, die nach drei Wochen problemlos entfernt werden. Um eine postinterventionelle Restenose zu vermeiden empfiehlt sich die Instillation von Kortison in den Drüsenausführungsgang. Bei einer Sialodochitis (Entzündung des Ganges) können durch die Spülung (Lavage) des Gangsystems Entzündungsmediatoren ausgespült sowie Plaques entfernt werden, was zusätzlich zu einer deutlichen Beschwerdebesserung beiträgt und den die Entzündung unterhaltenden Circulus vitiosus durchbricht. Abbildungen 1 und 2 geben einen Überblick über mögliche Indikationen für eine interventionelle SGE.

Der besondere Vorteil der interventionellen Speichelgangsendoskopie liegt darin, dass im Vergleich zu den operativen Verfahren ein deutlich geringeres Risiko besteht, sensible oder motorische Zungennerven (N. lingualis, N. hypoglossus) sowie den N. facialis zu verletzen [Marchal et al., 2003]. Verglichen mit der diagnostischen Speichelgangsendoskopie ist die interventionelle Speichelgangsendoskopie technisch deutlich anspruchsvoller und es bestehen Risiken wie beispielsweise der Bruch eines Körbchens oder einer Zange, Gangperforationen oder Blutungen, die dann unter Umständen eine operative Drüsenentfernung notwendig machen. Daher sollte die interventionelle Speichelgangsendoskopie den erfahrenen Untersuchern vorbehalten bleiben.

Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)

Das aus der Urologie bekannte Verfahren der Extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie (ESWL) zur Zertrümmerung von Nierensteinen wird seit Anfang der 90er-Jahre in modifizierter Form auch bei der Therapie von Speichelsteinen angewendet [Iro et al., 1989]. Ziel dieses Verfahrens ist es, Speichelsteine durch von außen eingeleitete Ultraschallwellen zu fragmentieren, so dass die Fragmente eine Größe erreichen die per vias naturales über das Ostium des Ausführungsganges ausgespült oder mittels interventioneller Speichelgangsendoskopie geborgen werden können. Aber auch die partielle Fragmentation eines Steines kann den Speichelabfluss wiederherstellen und dadurch Patienten Beschwerdefreiheit bringen [Iro, 1999]. Prinzipiell kommen das piezoelektrische und das elektromagnetische Verfahren zum Einsatz. Bei der ESWL wird der Stein mittels Ultraschall geortet und unter kontinuierlicher Ultraschallkontrolle werden Stoßwellen zunehmender Intensität appliziert. In der Regel sind drei bis fünf Sitzungen (pro Sitzung 45 bis 90 Minuten) im Abstand von vier bis zwölf Wochen zur Desintegration des Steines notwendig. Pro Sitzung werden bis zu 4000 Stoßwellen zwischen 0,5 und 2 Hz appliziert [Ottaviani et al., 1997]. Aufgrund des Fokus der Geräte und der Sensitivität in der Sonographie kommen Steine ab einer Größe von 2 mm für diese Behandlung in Frage. Die Behandlung kann ambulant durchgeführt werden und ist nur wenig schmerzhaft. Je nach Steinlage berichten die Patienten über Zahnschmerzen unter der Behandlung, die durch Analgetika gut zu behandeln sind. Des Weiteren kommt es öfter zu einem Hustenreiz. Weitere therapiebedingte Nebenwirkungen können leichte Schwellungen der betroffenen Drüse oder petechiale Hauteinblutungen sein. Bei Kindern kann in Abhängigkeit vom Alter und von der Compliance eine Sedierung oder Behandlung in Intubationsnarkose notwendig sein [McJunkin et al., 2009]. Im Vergleich zu operativen Verfahren sind bei diesem minimalinvasiven Vorgehen ein Erhalt der Drüse und deren Funktion möglich. Dieses Verfahren ist nebenwirkungsarm und operative

Risiken wie die Verletzung motorischer Gesichtsnerven, der sensiblen oder motorischen Zungennerven können hierbei nicht vorkommen. Das ambulant angewendete Verfahren der Speichelganglithotripsie schließt die therapeutische Lücke bei disseminierten Steinleiden und großen Steinen, bei denen eine endoskopische Bergung nicht möglich ist (Abbildung 1). Nicht anzuwenden ist dieses Verfahren bei Patienten mit einer Störung der Blutgerinnung oder im Stadium einer akuten Drüsenentzündung [Iro et al., 1998].

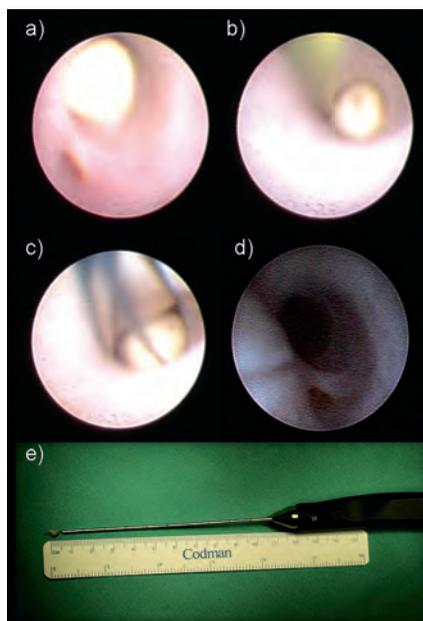


Abbildung 4: Interventionelle Speichelgangsendoskopie der Glandula submandibularis: endoskopische Darstellung eines intraduktales Konkrements im Ductus Wharton (a), Vorbeiführen des geschlossenen Steinfangkörbchens unter endoskopischer Kontrolle (b), „Einfangen“ des Konkrements mit dem Fangkörbchen (c), postinterventionelle Kontrolle der prästenotischen Ganganteile. Es sind die Gänge bis zur II. Ordnung sichtbar und keine weitere Obstruktion ersichtbar (d). Nach Entfernung des Konkrements ist dieses an der Spitze des Endoskops im Steinfangkörbchen sichtbar (e).

Eine weitere wichtige Komponente der Behandlung ist die Gewährleistung, dass nach der ESWL-Sitzung Steinfragmente ausgespült werden können. Dazu sollten die Patienten ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen, den Speichelfluss anregen (wie saure Drops lutschen) und mehrfach täglich die Drüse ausmassieren. Zusätzlich kann

eine Bougierung des Ostiums den Konkrementabgang unterstützen [Iro et al., 2003]. Die Erfolgsaussichten (Stein- und/oder Beschwerdefreiheit) hängen von der betroffenen Drüse, der Steinlokalisierung, der Steingröße und der Anzahl der Steine ab. So sind die Erfolgsaussichten mit 53 bis 80 Prozent im Bereich der Glandula parotis besser einzuschätzen als an der Submandibulardrüse (12 bis 63 Prozent) [Yoshizaki et al., 1996; Iro et al., 2003; Iro et al., 2009]. Dies ist möglicherweise durch die bessere Justierbarkeit des Lithotriptors über der Glandula parotis verglichen mit der Glandula submandibularis bedingt. Iro und Mitarbeiter kommen aufgrund dieser Ergebnisse zu der Einschätzung, dass eine Parotidektomie aufgrund einer Sialolithiasis entbehrlich ist beziehungsweise nur als ultima ratio dient [Iro et al., 2009].

Operative Gangschlitzung/Papillotomie:

Dieser Eingriff kann in fast allen Fällen in örtlicher Betäubung (Lokalanästhesie) durchgeführt werden. Voraussetzung für diesen Eingriff ist, dass der Stein nahe an der Öffnung des Ausführungsganges liegt. Hierbei wird der Gang oder die Papille des Ganges geschlitzt und somit derart erweitert, dass der Stein diese Engstelle überwinden und ausgespült beziehungsweise direkt chirurgisch geborgen werden kann. Ein Nachteil dieses Verfahrens ist, dass es postoperativ zu einer Stenose (Verengung) der Öffnung des Ausführungsganges kommen kann. Im Bereich der Glandula submandibularis ist eine Gangschlitzung problemlos möglich. Aufgrund der schwierigen anatomischen Lage und der hohen Gefahr einer Stenosierung verbietet sich jedoch die Schlitzung des Ausführungsganges der Glandula parotis [Iro et al., 1998]. Auch bei präpapillären Steinen der Glandula parotis ist die Indikation zur Papillotomie eher zurückhaltend zu stellen.

Kombiniert endoskopisch/operatives Vorgehen:

Da Steine von großem Ausmaß (> 8 mm) und langstreckige Stenosen häufig therapieresistent gegenüber der ESWL beziehungsweise der Dilatation sind, stellen sie eine große therapeutische Herausforderung an die behandelnden Ärzte dar. Das kombiniert

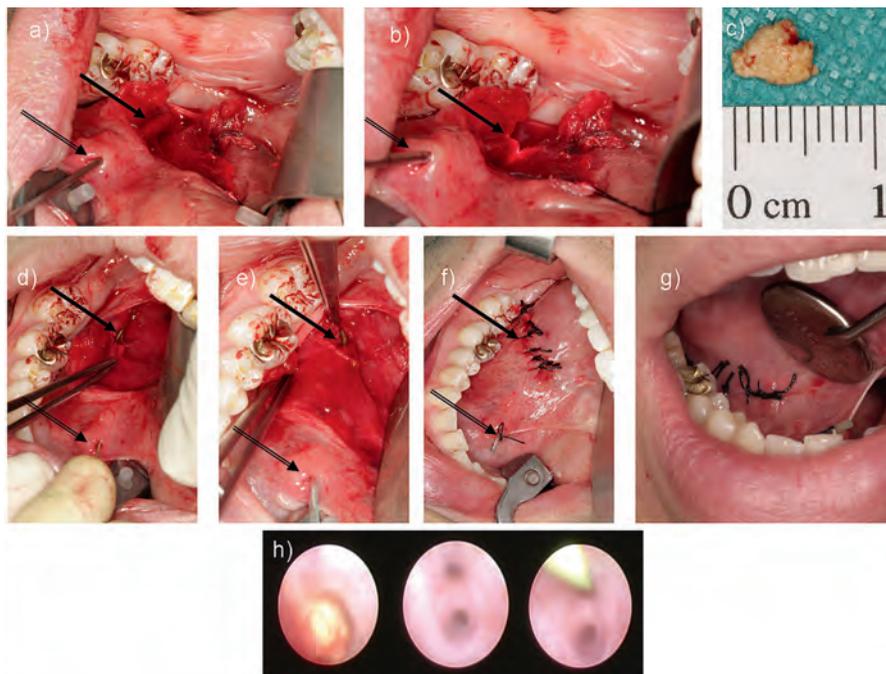


Abbildung 5: kombiniert endoskopisch/operative Steinbergung aus der Gl. submandibularis rechts: Erweiterung des Ostiums und Darstellung des Ganges mit einem Speichelgangdilator (a), endoskopische Darstellung des Konkrements (h, links). Über das Ostium wird das Endoskop eingeführt und die Steinlokalisierung kann mittels Diaphanoskopie erfolgen (b). Das Konkrement kann nun operativ geborgen werden (6 mm x 4 mm) (c). Postinterventionell erfolgt die endoskopische Darstellung des prästenotischen Gangsystems (h, mitte). Über das Endoskop erfolgt nun die Einlage eines Führungsdrahtes (d, Doppelpfeil; h, rechts), der die Inzisionsstelle des Ganges überbrückt (d, Pfeil). Über den Führungsdraht in Seldingertechnik eingeführter Stent, der die Ganginzisionsstelle überbrückt (e), mehrschichtiger Wundverschluss und Annahmestents (f), Ergebnis sieben Tage postoperativ (g).

endoskopisch/operative Verfahren ist eine Alternative zur operativen Drüsenentfernung und findet sowohl bei der Glandula submandibularis, als auch bei der Glandula parotis Anwendung. Hierbei wird zur Entfernung von großen Steinen die Speichelgangsendoskopie mit der offenen operativen Steinentfernung kombiniert. Bei der Glandula submandibularis erfolgt die Darstellung des Steines durch eine diagnostische Endoskopie. Mittels Diaphanoskopie projiziert sich die Steinlage auf den Mundboden und der Operateur kann den Stein lokalisieren. Es erfolgt eine Inzision im Mundboden von etwa 3 cm Länge und die Präparation erfolgt auf das Licht zu. Jetzt kann der Stein gezielt offen chirurgisch aus dem über dem Stein inzidierten Gang entnommen werden. Da der N. lingualis den Ductus Wharton von lateral kommend nach medial in den Zungenkörper ziehend unterkreuzt, ist ein besonderes Augenmerk auf die Schonung dieses Nervs zu legen.

Nach Entfernung des Steines erfolgt die endoskopische Inspektion des proximalen und distalen Ganganteils, um sicherzustellen, dass keine weiteren Obstruktionen vorhanden sind. Die Einlage eines Führungsdrahtes ermöglicht das Einführen eines Stents in der Seldingertechnik. Abschließend erfolgt der mehrschichtige Wundverschluss im Mundboden (Abbildung 5) [Marchal, 2007]. Vorteil dieses Verfahrens ist, dass auch im Mundboden nicht palpable Steine lokalisiert werden können und im Vergleich zur operativen Drüsenentfernung keine Gefahr der Verletzung des N. facialis und des N. hypoglossus besteht. Zudem entstehen durch den fehlenden extraoralen Zugang keine ästhetischen Beeinträchtigungen. Die transorale Entfernung submandibulärer Steine kann – je nach Steinlage – in Lokalanästhesie oder Vollnarkose durchgeführt werden [Zenk et al., 2001; Capaccio et al., 2005; Chossegros et al., 2006].

Bei der Glandula parotis kann das oben beschriebene Verfahren ebenfalls angewendet werden. Mittels der SGE wird die Stenose oder der Stein lokalisiert und via Diaphanoskopie nach außen auf die Haut projiziert. Je nach Steinlage erfolgt anschließend die operative Präparation im Sinne eines Face-Lifts auf die Obstruktion beziehungsweise den Stein zu, oder es erfolgt die Hautinzision direkt über dem Stein, um diesen zu entfernen [Nahlieli et al., 2002; McGurk et al., 2006; Marchal, 2007]. Da der Ductus Stenon mehrere Äste des Nervus facialis kreuzt, sollte – um eine Nervenläsion zu vermeiden – dieses Vorgehen nur von einem erfahrenen Operateur unter kontinuierlichem Facialismonitoring durchgeführt werden. Um weitere Obstruktionen auszuschließen, sollte auch in diesen Fällen nach der operativen Entfernung des Steines oder der Stenose der proximale und der distale Ganganteil endoskopisch untersucht werden. Des Weiteren sollten bestehende Gangerweiterungen vor der Gangnaht mikrochirurgisch reduziert werden. Nach erfolgter mikrochirurgischer plastischer Rekonstruktion des Ductus Stenon erfolgt die endoskopische Kontrolle des Ganges und die Einlage eines Stents für drei Wochen, um postoperativen Gangstenosen vorzubeugen. Bei der endoskopischen Kontrolle ist auf eine speicheldichte Naht zu achten, um Speichelfisteln zu vermeiden. Im Falle einer langstreckigen Stenose kann auch ein Veneninterponat als Ersatz für den resezierten Gangabschnitt eingebracht werden [Marchal, 2007]. Verglichen mit den ästhetischen Ergebnissen einer lateralen Parotidektomie zeigt dieses Verfahren deutlich bessere Ergebnisse, da kein Gewebedefizit entsteht.

Operative Entfernung der betroffenen Drüse:

In wenigen therapieresistenten Fällen von obstruktiven Drüsenerkrankungen (Steine, Verengung), die trotz Ausschöpfung sämtlicher therapeutischer Möglichkeiten rezidivierend Beschwerden verursachen, bleibt als ultima ratio nur die operative Entfernung der betroffenen Speicheldrüse, gegebenenfalls unter kontinuierlichem Facialismonitoring. Spezielle operative Risiken stellen Nervenschädigungen dar. Im Rahmen einer

Exstirpation der Glandula submandibularis aufgrund einer Sialolithiasis sind dabei im Wesentlichen eine Schädigung des N. lingualis (3 Prozent) und des R. marginalis des N. facialis (6 bis 18 Prozent) zu nennen [Lyall et al., 1986; Berini-Aytes et al., 1992; Preuss et al., 2007]. Bei einer Parotidektomie kommt es nicht selten zu einem auri-kulotemporalen Syndrom (Frey-Syndrom) [Iro et al., 2003]. Des Weiteren kommt es sowohl bei der Parotidektomie als auch bei der Entfernung der Glandula submandibularis zu einer nicht unerheblichen Narbenbildung. Durch die operative Entfernung einer Speicheldrüse kommt es in der Regel zu keiner Einschränkung der Speichelbildung, da die restlichen Speicheldrüsen noch genügend Speichel produzieren. Aufgrund der oben beschriebenen Risiken und den vielfältigen minimalinvasiven Alternativen, die heutzutage zur Therapie von obstruktiven Speicheldrüsenerkrankungen zur Verfügung stehen, sollte die operative Entfernung einer Speicheldrüse als ultima ratio angesehen werden.

Fazit

Durch die Kombination der minimalinvasiven Therapieverfahren kann die operative Entfernung einer Speicheldrüse im Rahmen einer Sialolithiasis auf bis zu 2,9 Prozent gesenkt werden. Bei einem primär diagnostizierten Speichelstein sollten sich bei Beschwerdepersistenz von über drei Monaten, trotz Anwendung konservativer Maßnahmen, weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen anschließen (Abbildungen 1 und 2).

Bei einer Steingröße von unter 3 mm in der Glandula parotis ist der Versuch einer endoskopischen Bergung Erfolg versprechend (Abbildung 1). Bei einem Misserfolg oder größeren Konkrementen sollte eine Fragmentierung mittels Laser oder ESWL erfolgen. Konkremente die größer als 1 cm sind, zeigen keine guten Erfolgsaussichten bei der Steinfragmentierung. Sollten diese Maßnahmen ohne Erfolg bleiben, oder die Konkremente zu groß sein, empfehlen wir die kombiniert endoskopisch/operative Steinentfernung. Eine Papillotomie des

Ductus Stenon sollte aufgrund der erhöhten Stenierungsgefahr nur nach strenger Indikationsstellung erfolgen. Die Parotidektomie stellt die ultima ratio dar, wenn alle anderen Verfahren erfolglos waren.

Im Bereich der Glandula submandibularis ist das Therapiekonzept komplexer (Abbildung 1). Steine im distalen Anteil des Ductus Wharton sollten – je nach Größe – durch eine Gangschlitzung oder interventionelle Endoskopie entfernt werden. Steine im proximalen Ganganteil oder hilusnahe Steine sollten – je nach Größe – entweder endoskopisch geborgen oder in Abhängigkeit vom Palpationsbefund durch eine Gangschlitzung beziehungsweise das kombiniert endoskopisch/operative Vorgehen entfernt werden. Intraparenchymatös gelegene Steine die eine Größe von 8 mm und eine Anzahl von drei Steinen nicht überschreiten, können durch die ESWL therapiert werden. Intraparenchymatöse Steine die größer als 8 mm sind oder die Anzahl von drei überschreiten, sollten, aufgrund der geringen Erfolgsaussichten der minimalinvasiven Therapien, weiterhin durch die operative Speicheldrüsenentfernung therapiert werden.

Um sämtliche therapeutische Möglichkeiten auszuschöpfen, sollten Patienten mit Speichelsteinen überwiegend an spezialisierten Zentren behandelt werden. Im Rahmen einer Spezialsprechstunde informiert die Universitätsklinik Düsseldorf ihre Patienten über die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und erstellt einen individuell angepassten Diagnostik- und Therapieplan.

*Dr. Christian Naujoks
Dr. Dr. Christoph Sproll
PD Dr. Dr. Rita Depprich
Prof. Dr. Dr. Norbert Kübler
PD Dr. Dr. Jörg Handschel
Klinik für Kiefer und Plastische Gesichtschirurgie, Westdeutsche Kieferklinik
Universitätsklinik Düsseldorf
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
christian.naujoks@med.uni-duesseldorf.de*



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

Gerinnungsstörung

Ungewollt kinderlos durch Faktor-XIII-Mangel

Die Bedeutung eines Faktor-XIII-Mangels wird weithin noch unterschätzt. Zwar ist die schwere Verlaufsform selten, vergleichsweise häufig aber ist der milde Mangel des Gerinnungsfaktors. Hinweisend darauf ist eine erhöhte Blutungsneigung nach Zahnextraktionen und leichteren Verletzungen – möglicherweise aber auch eine ungewollte Kinderlosigkeit. Denn der Faktor XIII ist unter anderem für den Erhalt der Schwangerschaft verantwortlich.

Ein Faktor-XIII-Mangel wird häufig nur zufällig entdeckt und das nicht selten durch den Zahnarzt: Denn die Gerinnungsstörung manifestiert sich bei der leichten Krankheitsform oft nur in Form einer allgemein erhöhten Blutungsneigung, die sich zum Teil lediglich durch vermehrte Nachblutungen nach operativen Eingriffen oder Zahnextraktionen klinisch manifestiert. Das Bewusstsein dafür, dass es sich bei einem solchen

noch viele ungeklärte Aspekte hinsichtlich des Faktor-XIII-Mangels“, mahnte der Mediziner beim Welthämophilietag.

Zu selten diagnostiziert

Das dürfte aus seiner Sicht ein wesentlicher Grund dafür sein, dass die Diagnoserate noch gering ist: „Es wird immer noch die Meinung vertreten, eine Faktor-XIII-

Funktion des Gesamtkomplexes zu beeinträchtigen.

Erhebliche Gesundheitsstörungen können die Folge sein – von Wundheilungsstörungen über eine überstarke Narbenbildung bei Verletzungen und operativen Eingriffen bis hin zur ungewollten Kinderlosigkeit. Denn der Faktor XIII hat verschiedene biologische Funktionen: „Er fördert die Wundheilung und ist mitentscheidend für den Erhalt der Schwangerschaft. Außerdem moduliert der Faktor XIII Entzündungsreaktionen sowie die endotheliale Permeabilität und spielt auch eine Rolle bei der Zelladhäsion, der Zellproliferation und der angiogenen Aktivität“, berichtete Oldenburg bei einem Pressegespräch in Bonn.

Das letzte Glied in der Gerinnungskaskade

Der Faktor XIII ist dabei das letzte Glied in der Kette der Gerinnungskaskade. Er katalysiert nach der Aktivierung durch Thrombin und Kalziumionen die Bildung kovalenter Peptidbindungen im Gerinnsel und sorgt damit dafür, dass diese Vernetzungen stabilisiert werden, das Gerinnsel also richtig fest wird. Fehlt der Fibrin-stabilisierende Gerinnungsfaktor, so resultiert daraus ein erhöhtes Blutungsrisiko, das direkt mit der Ausprägung des Mangels korreliert.

Foto: Fotex/Stock



Wehmütige Blicke am Sandkistenrand. Manchmal ist ein Mangel des Gerinnungsfaktors XIII schuld an einer ungewollten Kinderlosigkeit, wie man jetzt herausgefunden hat.

Phänomen um eine Gerinnungsstörung handelt, die möglicherweise auch in anderen Lebensbereichen weitreichende Konsequenzen für die Betroffenen hat, ist nach Prof. Johannes Oldenburg aus Bonn noch zu wenig ausgeprägt. „Es gibt zudem

Aktivität von zehn Prozent sei ausreichend“, betonte Oldenburg. Aktuelle wissenschaftliche Arbeiten widersprechen dem jedoch: So ist neuen Erkenntnissen zufolge bereits ein Defekt in einer der vier Untereinheiten des Gerinnungsfaktors ausreichend, um die

Dieser kann angeboren oder auch erworben sein, wobei zwei Krankheitsformen unterschieden werden: Bei der schweren homozygoten Erkrankung handelt es sich um eine seltene, weltweit verbreitete, autosomal-rezessiv vererbte Gerinnungsstörung, die

durch eine Faktor-XIII-Aktivität unter fünf Prozent charakterisiert ist. Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen, wobei die Rate hierzulande insgesamt auf 1:4 Millionen geschätzt wird, was etwa 20 Patienten in Deutschland entspricht. Häufiger ist die Inzidenz nach Oldenburg in Ländern, in denen Ehen zwischen Blutsverwandten häufig sind und auch bei Palästinensern, bei denen die Prävalenz einer Leu6660Pro-Mutation überproportional hoch ist.

Ganz anders sieht das beim leichten Faktor-XIII-Mangel aus, wobei Oldenburg die Rate der heterozygoten Merkmalsträger auf rund 1:1 000 bezifferte. „Damit dürften etwa 80 000 Menschen hierzulande betroffen sein, sodass es sich doch um eine vergleichsweise häufige Gerinnungsstörung handelt“, sagte der Mediziner in Bonn.

Als erstes klinisches Anzeichen eines kongenitalen Faktor-XIII-Mangels nannte er Nabelschnurblutungen oder Blutungen nach

der Beschneidung eines Neugeborenen. Es besteht dabei lebenslang ein erhöhtes Risiko für schwere Hämatome, Muskelhämatome, Hämarthrosen und intrakranielle Blutungen sowie eine erhöhte Blutungsneigung bei operativen Eingriffen und Traumata. Denn die Gerinnselbildung beginnt zwar völlig normal und die Blutung wird zunächst gestillt, aufgrund der fehlenden Faktor-XIII-Aktivität aber bleibt die Fibrinvernetzung unzureichend. Die Folge: Das Gerinnsel hat nicht genügend Festigkeit und Beständigkeit gegenüber der Fibrinolyse, was typischerweise zu einer Nachblutung rund zwölf bis 48 Stunden nach dem Trauma führt.

Behandlung bald mit rekombinatem Faktor XIII

Behandelt wird der Faktor-XIII-Mangel üblicherweise bedarfsentsprechend im Falle

einer akuten Blutung, bei chirurgischen oder zahnchirurgischen Eingriffen und beim Kinderwunsch oder bei einer Schwangerschaft. Es erfolgt eine Substitutionstherapie mit Faktor-XIII-Konzentrat, das inzwischen über Hefezellen auch gentechnisch hergestellt werden kann. „Ein erstes rekombinantes Präparat wird derzeit im Rahmen einer Phase-III-Studie klinisch geprüft“, sagte Oldenburg. In schweren Fällen rät er außerdem zu einer prophylaktischen Behandlung, nicht zuletzt, um das Risiko intrakranieller Blutungen zu minimieren. Der Faktor XIII hat dabei eine mit sieben bis zehn Tagen lange Halbwertszeit, was Dosierungsintervalle von vier Wochen erlaubt.

*Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln*

Selbstverpflichtende Prinzipienethik hat hohe Praxisrelevanz

Patientenautonomie als Norm

Dass ärztliche Aufklärung aufgrund der Wissensasymmetrie zwischen Behandler und Patient in paternalistischer Art erfolgen darf, gilt in Zeiten des „mündigen Patienten“ nur noch als Relikt längst vergangener Zeiten. Patientenautonomie fusst auf klar definierten Prinzipien, deren Grundlagen für den Zahnarzt verpflichtend und keineswegs frei interpretierbar sind, erklärt Dr. Peter Weißhaupt, M. Sc., Mitglied im Vorstand des Arbeitskreises Ethik der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Ärzte berufen sich auf einen allgemein verbindlichen ethischen Wertekodex, der seine Wurzeln im hippokratischen Eid, in der Genfer Deklaration sowie in der Mitte der 70er-Jahre von Beauchamp und Childress formulierten Prinzipienethik findet. Die amerikanische Prinzipienethik gilt heute als weltweit akzeptierte Moraltheorie für die Medizin, da sie versucht, trotz aller Wertepluralität für die meisten Menschen akzeptabel zu sein. Dazu greift sie auf vier moralische Prinzipien zurück, über deren Geltung erfahrungsgemäß ein großes Maß an Einverständnis für medizin-ethische Diskussionen hergestellt werden kann, in denen trotz unterschiedlicher Grundorientierung ein Konsens erzielt werden muss.

Dies sind die Prinzipien

- des Wohltuns (Beneficence),
- des Nichtschadens (Nonmaleficence),
- der Autonomie (Respect for Autonomy),
- sowie der persönlichen und sozialen Gerechtigkeit (Justice).

Insofern sich Zahnärzte als Ärzte verstehen und ihre Profession nicht auf eine angebots- beziehungsweise verkaufsorientierte Dienstleistung reduziert wissen wollen, gelten diese medizin-ethischen Prinzipien auch für die Zahnmedizin als moralisch verpflichtend.

Zudem sind sie praxistauglich und ziel führend, insbesondere mit Blick auf die Kommunikation von Diagnose, Therapieplan, Therapierisiken sowie Therapiealternativen und Prognosen. Indem der Patient über diese Aspekte aufgeklärt wird, sollen ihm Art, Bedeutung und Tragweite des Eingriffs grundsätzlich erkennbar gemacht werden, damit er eigenverantwortlich im



Foto: proDente

Ohne ordnungsgemäße Aufklärung des Patienten läuft der Zahnarzt Gefahr, wegen Körperverletzung in Haftung genommen zu werden.

Rahmen seines Selbstbestimmungsrechts entscheiden kann, ob der geplante Eingriff durchgeführt werden soll oder nicht. Der (zahn-)ärztlichen Verpflichtung zur Wahrung der Patientenautonomie gilt daher das Ansinnen dieses Beitrags.

Der Patient darf sich zu keinem Zeitpunkt zu einer bestimmten Therapieentscheidung gedrängt sehen, obschon es bei vorliegenden Befunden unterschiedliche Behandlungsempfehlungen und Prognose-Einschätzungen geben kann.

Der aufgeklärte Patient

Dies sei am Fallbeispiel einer 59-jährigen Patientin verdeutlicht, die sich – mit zwei ästhetisch und funktionell nicht beeinträchtigenden Seitenzahnlücken im Unterkiefer – in die Klinik begab, nachdem sie aufgrund stark differierender Therapieansätze von verschiedenen Zahnärzten erheblich verunsichert war (Stahle, zm 7/2010).

Aus Sicht der Patientin bestanden keine ästhetischen und kaufunktionellen Beeinträchtigungen; demgegenüber waren je-

doch Empfehlungen ausgesprochen worden, sich dringend rechtzeitig implantologisch behandeln zu lassen, „bevor es zu spät“ sei. Die Patientin gab daher an, falls eine medizinische Notwendigkeit bestehe, bereit und auch in der Lage zu sein, die Kosten einer umfangreichen implantologisch-prothetischen Intervention zu tragen. Durch Prof. Staehle wurde ihr nach umfassender Diagnostik aufgrund der günstigen Prognose geraten, von entsprechenden Therapieanschlüssen eher Abstand zu nehmen und stattdessen zum Erhalt der stabil erscheinenden Gebiss-Situation von regelmäßigen Verlaufskontrollen Gebrauch zu machen.

Es drängt sich somit die Frage auf, wie und nach welchen – offensichtlich unterschiedlichen – Kriterien die Patientin bisher aufgeklärt und beraten worden war.

Die Auffassung, der (Zahn-)Arzt als Wissender sei der beste Anwalt des Patienteninteresses, weil dieser ohnedies nicht verstünde, was zu seinem Wohle angeordnet wird, ist als traditioneller Paternalismus in heutigen Zeiten der Informationsfreiheit sowie mündiger und aufgeklärter Patienten obsolet.

Zentraler Punkt zahnärztlich-ethischer Diskussionsnotwendigkeit ist daher die verbreitete Auffassung über eine vermeintlich freie, beliebige Interpretationsmöglichkeit des Begriffs der Patientenautonomie. Diese ist jedoch mitnichten frei interpretierbar, noch flexibilisierbar, noch ist sie individuellen Konzepten, Tätigkeitsschwerpunkten oder ökonomischen Überlegungen des Praxisinhabers, oder sich wandelnden gesellschaftlichen Strömungen nachzuordnen.

Das Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten in der medizinischen Versorgung folgt aus dem durch Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG gewährleisteten Selbstbestimmungsrecht. Art. 1 Abs. 1 GG gewährleistet die Unantastbarkeit der Würde des Menschen, Art. 2 Abs. 1 GG die freie Entfaltung der Persönlichkeit, Art. 2 Abs. 2 GG das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit sowie Art. 104 Abs. 1

GG das Recht auf Schutz seelischer und körperlicher Unversehrtheit.

Das Gebot zur Wahrung der Patientenautonomie beinhaltet die Verpflichtung, die Fähigkeit des Patienten zu selbstbestimmten Entscheidungen anzuerkennen und zu fördern. Das Prinzip schließt das Verbot ein, eigene Entscheidungen von selbstbestimmten Patienten zu behindern oder zu übergehen. Zudem beinhaltet der Respekt vor der Autonomie das Gebot, Patienten in die Lage zu versetzen, wirklich selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können.

So müssen Patienten über ihre Diagnose, Therapiealternativen und Prognosen aufgeklärt werden, um sich sinnvoll erklären zu können, was sie wollen, oder nicht wollen. Es handelt sich hier um Spezifizierungen des (zunächst abstrakt erscheinenden) Autonomieprinzips, das heißt Anreicherungen mit kontextspezifischen Inhalten und Regeln. Darüber hinaus enthalten die Regeln konkrete Ausführungsbestimmungen. Für die Regel der informierten Einwilligung wären dies zum Beispiel Standards der Aufklärung, Kriterien der Einwilligungsfähigkeit, et cetera.

Die Auffassung, der (Zahn-)Arzt als Wissender sei der beste Anwalt des Patienteninteresses, weil dieser ohnedies nicht verstünde, was zu seinem Wohle angeordnet wird, ist als traditioneller Paternalismus in heutigen Zeiten der Informationsfreiheit sowie mündiger und aufgeklärter Patienten obsolet.

„Informationsasymmetrie“ und auch der „subjektive Patientenwunsch“ können daher nur Ausgangsmomente einer Beratungssituation sein (die in der Folge zu einer selbstbestimmten – weil aufgeklärten – Patientenentscheidung führen kann), jedoch nicht als Begründung dafür erhalten, den Patienten in eine vom Behandler gewollte Entscheidungs-Findung zu führen. „Angebotsorientierung“, „anbieter-induzierte Nachfrage“ oder auch „zielgerichtete Beratungsgespräche“ im Sinne einer „Nachfragesteuerung“ sind daher synonym und symptomatisch für eine am Behandler-

interesse ausgerichtete – jedoch nicht die Patientenautonomie wahrende – Gesprächsführung.

Kein „Gummiparagraph“

Die Pflicht zur Wahrung der Patientenautonomie ist kein „Gummiparagraph“, sondern ein Prinzip ärztlicher Selbstverpflichtung,



Foto: proDente

Das Gebot zur Wahrung der Patientenautonomie beinhaltet die Verpflichtung, die Fähigkeit des Patienten zu selbstbestimmten Entscheidungen anzuerkennen und zu fördern.

das durch spezifizierende Regeln und Ausführungsbestimmungen in Aussage und Intention eindeutige und zielführende Vorgaben definiert. Trotz – oder gerade aufgrund – der Beachtung dieses Prinzips kann es zu unterschiedlichen Therapieansätzen und prognostischen Einschätzungen kommen, die jedoch für den Patienten nicht mit einer alleinstellenden, noch dazu vermeintlich dringlichen Behandlungsempfehlung verbunden sein dürfen.

Als Folgen unterbliebener Aufklärung können den Zahnarzt zudem strafrechtliche

Konsequenzen treffen: Nach herrschender Auffassung ist jeder ärztliche Heileingriff tatbestandlich eine Körperverletzung, die durch die Einwilligung des Patienten nach ordnungsgemäßer Aufklärung gerechtfertigt ist.

Fehlt es an dieser Aufklärung, kommt eine strafrechtliche Haftung des Zahnarztes wegen Körperverletzung in Betracht, wenn zusätzlich noch Verschulden (Vorsatz oder Fahrlässigkeit) gegeben waren.

Der Respekt vor der Patientenautonomie erweist sich somit als ethisches Handlungsprinzip mit sehr konkretem Bezug zum Versorgungsalltag. Die Beachtung dieses Prinzips dient nicht nur dem Schutz des Patienten, sondern bewahrt den Zahnarzt auch vor juristischen Anfechtungen und führt vor allem zu einer nachhaltig gelingenden Arzt-Patienten-Beziehung.

Abschließend sei die Frage in den Raum gestellt, welches Bild über unseren Berufsstand die geeignete Öffentlichkeit respektive Patientenschaft vermittelt bekommt, so sie sich regelmäßig aufgrund einer Diagnose mit derart kontroversen Befundinterpretationen, Therapieempfehlungen und Prognose-Einschätzungen, wie oben ausgeführt, konfrontiert sieht. Wenn ein in wesentlichen Fragen einheitlicher und berechenbarer Außenauftreten unserer Profession ein standespolitisches Ziel sein soll, so gilt es, zunächst über das Prinzip der Patientenautonomie einen verbindlichen Konsens zu erzielen. ■

*Dr. Peter Weißhaupt, Iserlohn
Master of Science in Oral Implantology
Mitglied im Vorstand des Arbeitskreises Ethik
der DGZMK*

zm Leser service

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

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

Arzneimittelkommission Zahnärzte
BZÄK/KZBV
Chausseestraße 13
10115 Berlin

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

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

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

Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Bremen	S. 80	Parodontologie	KZV Baden-Württemberg	S. 84
	KZV Baden-Württemberg	S. 84	Pharmakologie	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 86
Alterszahnheilkunde	LZK Berlin/Brandenburg	S. 80	Praxismanagement	ZÄK Bremen	S. 80
	KZV Baden-Württemberg	S. 83		LZK Berlin/Brandenburg	S. 80
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 85		ZÄK Niedersachsen	S. 80
Ästhetik	ZÄK Nordrhein	S. 81		KZV Baden-Württemberg	S. 83
	ZÄK Hamburg	S. 82		LZK Rheinland-Pfalz	S. 85
	KZV Baden-Württemberg	S. 84		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 84
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 85		Ges. f. ZÄ. Praxisführung	S. 91
Chirurgie	ZÄK Niedersachsen	S. 81	Prophylaxe	ZÄK Bremen	S. 80
	ZÄK Hamburg	S. 81		LZK Berlin/Brandenburg	S. 80
	KZV Baden-Württemberg	S. 83		ZÄK Hamburg	S. 82
	LZK Sachsen	S. 84		KZV Baden-Württemberg	S. 84
CMD	KZV Baden-Württemberg	S. 83	Prothetik	ZÄK Bremen	S. 80
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 84		KZV Baden-Württemberg	S. 84
	LZK Sachsen	S. 84		APW	S. 91
Dentalhygieniker	LZK Berlin/Brandenburg	S. 80	Restaurative ZHK	ZÄK Niedersachsen	S. 81
Endodontie	KZV Baden-Württemberg	S. 84		RWTH Aachen	S. 90
Ergonomie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 84	Röntgen	LZK Berlin/Brandenburg	S. 80
Funktion	LZK Berlin/Brandenburg	S. 80		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 84
Halitosis	ZÄK Niedersachsen	S. 81	ZFA	ZÄK Nordrhein	S. 81
	LZK Rheinland-Pfalz	S. 85			
Hygiene	LZK Rheinland-Pfalz	S. 85			
Implantologie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 80			
	ZÄK Nordrhein	S. 81			
	KZV Baden-Württemberg	S. 83			
	Universität Düsseldorf	S. 90			
Keramik	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 82			
Kieferorthopädie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 85			
Kinderzahnheilkunde	ZÄK Niedersachsen	S. 80			
	ZÄK Nordrhein	S. 81			
	KZV Baden-Württemberg	S. 84			
	LZK Sachsen	S. 84			
Notfallbehandlung	LZK Berlin/Brandenburg	S. 80			
	ZÄK Niedersachsen	S. 80			

Zm

Fortbildung der Zahnärztekammern	Seite 80
Kongresse Seite	86
Universitäten Seite	90
Wissenschaftliche Gesellschaften	Seite 91
Freie Anbieter	Seite 91

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



Absender:

Veranstalter/Kontaktadresse:



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Zahnärztekammern

ZÄK Bremen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Prophylaxe auf ein Neues. Für Wiedereinsteiger

Referent: Dr. Jan Reineke, Sabine Mack, Christina Marschhausen

Termin:

13.08.2010: 15.00 – 18.30 Uhr

14.08.2010: 09.00 – 14.00 Uhr

Ort: Zahnärztekammer Bremen

Gebühr: 185 EUR

Kurs-Nr.: 10015

Thema: Vollkeramik und CAD/CAM: Standard für die Zahnmedizinische Praxis

Referent: Prof. Dr. Peter Pospiech

Termin: 20.08.2010:

14.00 – 19.00 Uhr

Ort: Zahnärztekammer Bremen

Fortbildungspunkte: 5

Gebühr: 170 EUR

Kurs-Nr.: 10507

Thema: BEMA Teil 1. Grundlagen der BEMA-Abrechnung

Referent: Alma Ott

Termin: 25.08.2010:

13.00 – 19.00 Uhr

Ort: Zahnärztekammer Bremen

Fortbildungspunkte: 6

Gebühr: 88 EUR

Kurs-Nr.: 10025

Thema: Die Formel Eins des Lesens. Wie Sie Herr der Informationsflut werden

Referent: Klaus C. Marwitz

Termin:

27.08.2010: 14.00 – 20.00 Uhr

28.08.2010: 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Zahnärztekammer Bremen

Fortbildungspunkte: 17

Gebühr: 295 EUR ZÄ;

230 EUR ZFA

Kurs-Nr.: 10212

Thema: Stift oder kein Stift. Konventionell zementiert oder adhäsiv befestigt?

Referent: Dr. Markus Kaup

Termin: 17.09.2010:

15.00 – 18.00 Uhr

Ort: Zahnärztekammer Bremen

Fortbildungspunkte: 3

Gebühr: 90 EUR

Kurs-Nr.: 10508

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 Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin

Thema: Aufstiegsfortbildung zum/r Zahnmedizinischen Prophylaxeassistenten/in – Intensivseminar für organisierte Individualprophylaxe

Referent: ZÄ Ilona Kronfeld – Berlin

Termin: Januar 2011 – Juli 2011

Kursinformation: 030/414725-18

Bewerbungsschluss: 13.10.2010

Kurs-Nr.: 8028.0

Thema: Aufstiegsfortbildung zum/r Zahnmedizinischen Verwaltungsassistenten/in

Referent: ZÄ Ilona Kronfeld – Berlin

Termin: Januar 2011 – August 2011

Kursinformation: 030/414725-18

Bewerbungsschluss: 13.10.2010

Kurs-Nr.: 7016.0

Thema: Aufstiegsfortbildung zum/r Dentalhygieniker/in

Referent: ZÄ Ilona Kronfeld – Berlin

Termin: April 2011 – April 2012

Kursinformation: 030/414725-18

Bewerbungsschluss: 12.11.2010

Kurs-Nr.: 0806.0

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

Referent: Dr. Uwe Harth – Bad Salzuflen

Termin:

10.09.2010: 14.00 – 19.00 Uhr

11.09.2010: 09.00 – 18.00 Uhr

(6 Kurstage)

Gebühr: 1495 EUR (ermäßigt

1350 EUR bei Anmeldung bis zum

30.07.2010 und Zahlung bis zum

13.08.2010)

Kurs-Nr.: 1001.6

Thema: Strukturierte Fortbildung: Implantologie [86 Fp.]

Referent: Prof. Dr. Dr. Volker

Strunz – Berlin

Termin:

10.09.2010: 14.00 – 19.00 Uhr

11.09.2010: 09.00 – 17.00 Uhr

(11 Kurstage)

Gebühr: 3125 EUR (ermäßigt

2820 EUR bei Anmeldung bis zum

30.07.2010 und Zahlung bis zum

13.08.2010)

Kurs-Nr.: 2014.7

Thema: Strukturierte Fortbildung: Alterszahnheilkunde [61 Fp.]

Referent: Prof. Dr. Peter Cichon –

Witten

Termin:

10.09.2010: 14.00 – 19.00 Uhr

11.09.2010: 09.00 – 17.00 Uhr

(8 Kurstage)

Gebühr: 2215 EUR (ermäßigt

1995 EUR bei Anmeldung bis zum

30.07.2010 und Zahlung bis zum

13.08.2010)

Kurs-Nr.: 6049.0

Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz § 18 a RÖV [8 Fp.]

Referent: Dr. Veronika Hannak;

Dr. Harald Potente; Dr. Christian

Scheifele – Berlin

Termin:

11.09.2010: 09.00 – 15.30 Uhr

Gebühr: 95 EUR

Kurs-Nr.: 3111.16

Thema: Lebensbedrohliche Zwischenfälle in der Zahnarztpraxis [8 +1 Fp.]

Referent: Dr. Natalie Boerger;

Dr. Michael Petschler – Berlin

Termin:

11.09.2010: 09.00 – 17.00 Uhr

Gebühr: 195 EUR

Kurs-Nr.: 6013.9

Auskunft und Anmeldung:

Philipp-Pfaff-Institut Berlin

Alßmannshäuserstraße 4-6

14197 Berlin

Tel.: 030/414725-0

Fax: 030/4148967

e-mail: info@pfaff-berlin.de

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Zauberhafte Kinder ohne Zaubertricks: Psychologisch pädagogische Patientenführung in der Kinderzahnheilkunde

Referent: drs. Johanna Maria Kant, Oldenburg

Termin:

07.08.2010: 09.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: 235 EUR

Kurs Nr.: Z 1042 (8 Punkte)

Thema: Selbst erstellte Buchführung in der Zahnarztpraxis

Referent: Andrea Leder, Erding

Termin:

07.08.2010: 09.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: 260 EUR

Kurs Nr.: Z/F 1043 (8 Punkte)

Thema: Hilfeleistung bei Notfallsituationen in der zahnärztlichen Praxis

Referent: Prof. Dr. Hartmut Hagemann, Hannover

Termin:

18.08.2010: 14.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: 150 EUR (für Frühbucher

bis zum 23.06.2010: 135 EUR)

Kurs Nr.: Z/F 1046 (5 Punkte)

Thema: Frontzahnrestaurationen aus Komposit. Praktisch / theoretischer Intensivkurs
Referent: Prof. Dr. Ivo Krejci, Genf
Termin:
 18.08.2010: 09.00 – 17.30 Uhr
 19.08.2010: 09.00 – 17.30 Uhr
Gebühr: 880 EUR (für Frühbucher bis zum 23.06.2010: 800 EUR)
Kurs Nr.: Z 1047 (17 Punkte)

Thema: Zahnerhaltende Chirurgie – es müssen nicht immer Implantate sein
Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel
Termin:
 20.08.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 175 EUR (für Frühbucher bis zum 25.06.2010: 160 EUR)
Kurs Nr.: Z 1048 (7 Punkte)

Thema: Adhäsive Inlays / Onlays und direkte Seitenzahnkompositfüllungen aus Komposit auf vitalen und devitalen Zähnen Praktisch / theoretischer Intensivkurs
Referent: Prof. Dr. Ivo Krejci, Genf
Termin:
 20.08.2010: 09.00 – 17.30 Uhr
 21.08.2010: 09.00 – 17.30 Uhr
Gebühr: 880 EUR (für Frühbucher bis zum 25.06.2010: 800 EUR)
Kurs Nr.: Z 1051 (17 Punkte)

Thema: Halitosis: Update 2010. Die Mundgeruch-Sprechstunde in der zahnärztlichen Praxis. Ein Kurs für Einsteiger und Fortgeschrittene
Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel
Termin:
 21.08.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 175 EUR (für Frühbucher bis zum 25.06.2010: 160 EUR)
Kurs Nr.: Z 1052 (7 Punkte)

Thema: Vollkeramische Restaurationen eine Übersicht aus der Praxis – für die Praxis
Referent: Dr. Urs Brodbeck, Zürich
Termin:
 27.08.2010: 09.00 – 13.00 Uhr
Gebühr: 210 EUR (für Frühbucher bis zum 02.07.2010: 190 EUR)
Kurs Nr.: Z 1053 (4 Punkte)

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

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Kurs-Nr.: 10038 P 17 Fp
Thema: Langzeiterfahrungen mit adhäsiver Technik – ästhetische Zahnmedizin – Seminar für Zahnärzte und Zahntechniker
Referenten: Dr. Gernot Mörig, Düsseldorf; Dr. Uwe Blunck, Berlin-Wilmersdorf; Michael Brüsck, Zahntechnikermeister, Düsseldorf
Termin:
 02.07.2010: 09.00 – 18.00 Uhr
 03.07.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 790 EUR

Kurs-Nr.: 10085 P 15 Fp
Thema: Weich- und Hartgewebsmanagement bei implantatgestützten Suprakonstruktionen im ästhetisch sensiblen Bereich: abgestimmte chirurgisch-prothetische Konzepte (Modul 11-12 des Curriculums Implantologie)
Referent: Prof. Dr. Michael Christgau, Düsseldorf
Termin:
 02.07.2010: 14.00 – 19.00 Uhr
 03.07.2010: 08.30 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 480 EUR

Kurs-Nr.: 10042 8 Fp
Thema: Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe – Sanierungskonzepte für das Milch- und Wechselgebiss
Referent: Prof. Dr. Johannes Einweg, Stuttgart
Termin:
 03.07.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 240 EUR

Kurs-Nr.: 10043 P 9 Fp
Thema: Bisshebung des Abrasionsgebisses mit direkter Adhäsivtechnik – Die Phase zwischen der Schiene und der permanenten Restauration: ein praktischer Übungskurs
Referent: Prof. Dr. Thomas Attin, Zürich (CH); Dr. Uwe Blunck, Berlin-Wilmersdorf
Termin:
 10.07.2010: 09.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 480 EUR

Fortbildung für ZFA

Kurs-Nr.: 10227
Thema: Den Spaß entdecken, Patienten von unseren Selbstzahlerleistungen zu überzeugen und zu begeistern. Personal Power II (Bitte auch Kurs 10226 beachten)
Referent: Dr. Gabriele Brieden, Hilden; Matthias Orschel-Brieden, Hilden
Termin:
 02.07.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
 03.07.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 195 EUR

Kurs-Nr.: 10238
Thema: Ausbildung von ZMF und ZMP zur zertifizierten pädagogischen Unterrichtsassistentin in Pflegeberufen (Bitte auch Kurs 10239 beachten)
Referent: Dr. Friedrich Cleve, Rheurdt; Paul Doetsch-Perras, Rott/Lech
Termin:
 02.07.2010: 09.00 – 18.00 Uhr
 03.07.2010: 09.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 450 EUR

Kurs-Nr.: 10241
Thema: Praxisrelevante Kommunikations-Strategien
Referent: Dr. phil. Esther Ruegger, Luterbach (CH)
Termin:
 02.07.2010: 13.00 – 17.45 Uhr
Teilnehmergebühr: 120 EUR

Kurs-Nr.: 10233
Thema: Prophylaxe bei Implantatpatienten in Theorie und Praxis – professionelle Betreuung vor, während und nach der Implantation
Referent: Beate Bettinger, Tübingen
Termin:
 07.07.2010: 14.00 – 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 150 EUR

Kurs-Nr.: 10235
Thema: Röntgenkurs für Zahnmedizinische Fachangestellte zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach R6V § 24 Absatz 2 Nr. 3 und 4 vom 30. April 2003
Referent: Prof. Dr. Dr. Peter Schulz, Köln
Termin:
 09.07.2010: 09.00 – 18.15 Uhr
 10.07.2010: 09.00 – 18.15 Uhr
 11.07.2010: 09.00 – 12.15 Uhr
Teilnehmergebühr: 240 EUR

Kurs-Nr.: 10240
Thema: Telefontraining – Intensiv-Workshop
Referent: Ursula Weber, Neustadt a.d.W.
Termin:
 10.07.2010: 09.00 – 16.30 Uhr
Teilnehmergebühren: 220 EUR

Kurs-Nr.: 10243
Thema: Hygiene in der Zahnarztpraxis, Teil 2, inkl. Begehungen nach MPG (Bitte auch Kurs 10242 beachten)
Referent: Dr. Johannes Szafraniak, Viersen
Termin:
 14.07.2010: 16.00 – 20.00 Uhr
Teilnehmergebühren: 120 EUR, ZFA 60 Euro

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

ZÄK Hamburg



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Die Naht und Schnitttechnik – Ein Erfolgsrezept in der zahnärztlichen Chirurgie
Referent: Dr. Michael Hohl, Pulheim-Brauweiler
Termin: 26.06.2010:
 09.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 260 EUR
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: 40185 chir

Thema: Individualprophylaxe als Schlüssel zur krisenfesten Praxis – von medizinischer Notwendigkeit über Delegation zum wirtschaftlichen Erfolg
Referent: Dr. Wolfgang Westermann, Emsdetten
Termin: 26.06.2010:
 09.00 – 17.00 Uhr

Gebühr: 260 EUR
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: 40191 paro

Thema: Grundregeln der Ästhetik und ihre Realisation mit Kompositen
Referent: Prof. Dr. Bernd Kläiber – Würzburg
Termin:
 02.07.2010: 14.00 – 19.00 Uhr,
 03.07.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: 440 EUR
Kurs-Nr.: 40179 kons

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

ZÄK Sachsen-Anhalt



18. Fortbildungstage der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Jürgen Setz – Halle (Saale)
Thema: Keramik in der Zahnmedizin
Termin: 17. – 19.09.2010
Ort: Wernigerode, Harzer Kultur- und Kongresshotel

Begrüßung und Eröffnung
 9.30 Uhr Eröffnung der Dentalschau durch den Präsidenten der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt, Dr. Frank Dreihaupt
 10.00 Uhr Eröffnung der 18. Fortbildungstage der Zahnärztekammer durch den Präsidenten, Dr. Frank Dreihaupt

Für Zahnärzte:

17.09.
Vorträge

Keramik in der Zahnmedizin – Einführung
 10.30 Uhr V1 Prof. Dr. Jürgen Setz, Halle (Saale)

Keramik Pros und Cons
 10.35 Uhr V2 Prof. Dr. Peter Pospiech, Homburg (Saar)

Vollkeramik: Was geht chairside?
 11.15 Uhr V3 PD Dr. Sven Reich, Aachen

Ist Metallkeramik noch zeitgemäß?
 11.45 Uhr V4 OÄ Dr. Gabriele Diedrichs, Düsseldorf

Festvortrag – Führungswerkstatt Knigge. Grundlagen und Strategien für das Verhalten in modernen Unternehmen und in einer modernen Gesellschaft
 14 Uhr Moritz Freiherr von Knigge, Hohenstein

Zukunft Digitalprothetik
 15 Uhr V5 PD Dr. Florian Beuer, München

Keramik als Knochenersatzmaterial
 16.15 Uhr V6 Prof. Dr. Dr. Kai-Olaf Henkel, Hamburg

Keramik in der Kieferorthopädie
 16.45 Uhr V7 PD Dr. Andreas Faltemeier, Regensburg

Seminar

Künftige Berufsausübung im Zeichen von Demografie und Wirtschaftlichkeit
 15.30 bis 17 Uhr S2 Dr. Jürgen R. Karsten, Berlin

18.09.
Vorträge

CAD/CAM: Herausforderung für den Zahnarzt
 9 Uhr V8 OA Dr. Arne Boeckler, Halle (Saale)

CAD/CAM: Herausforderung für das Labor
 9.45 Uhr V9 ZTM Josef Schweiger, München

Glaskeramik in der praktischen Anwendung
 11 Uhr V10 PD Dr. Martin Groten, Tübingen

Oxidkeramik in der praktischen Anwendung

11.45 Uhr V11 Prof. Dr. Achim Tinschert, Aachen

Befestigung an Schmelz, Dentin, Keramik, Metall
 14 Uhr V12 Prof. Dr. Matthias Kern, Kiel

Klinische Erfahrungen mit Zirkonoxid-Implantaten
 15.30 Uhr V13 Dr. Axel Hentschel, Magdeburg

Praktische Kurse/Seminare

PK 1 und PK 2
 jeweils 14 bis 15.30 Uhr

PK 1a und PK 2a
 jeweils 15.45 bis 17.15 Uhr

PK 1 und PK 1a **Zahnfarbe manuell und elektronisch**
 Dr. Constanze Olms, Ulm

PK 2 und PK 2a **CAD/CAM live!**
 ZTM Andreas Klar, Berlin

Glaskeramik – vom Einzelzahn bis zur Gesamtrehabilitation
 S 1 14 bis 15.30 Uhr
 S 1a 15.45 bis 17.15 Uhr
 PD Dr. Martin Groten, Tübingen

19.09.
Vorträge

Vollkeramik auf Implantaten aus klinischer Sicht
 10 Uhr V14 OA Dr. Arne Boeckler, Halle (Saale)

Vollkeramik auf Implantaten aus zahntechnischer Sicht
 11 Uhr V15 ZTM Thomas Lassen, Starnberg

Fazit: Was kann ich ab morgen anwenden?
 11.45 Uhr Prof. Dr. Jürgen Setz, Halle (Saale)

Seminar

HOZ als fachliche Basis für die neue GOZ – aber was wird in puncto Betriebswirtschaft?
 10 bis 11.30 Uhr S 3 Dr. Frank Dreihaupt, Tangerhütte

Resümee
 12 Uhr Prof. Dr. Jürgen Setz, Dr. Frank Dreihaupt

Für Praxismitarbeiterinnen

17.09.

Vorträge

Essstörungen: Magersucht und Ess-Brechsucht in der Zahnarztpraxis
10 Uhr HV 1 Dr. med. Martina de Zwaan, Erlangen

Materialien für Kronen und Brücken: Was kann ich dem Patienten empfehlen?

11 Uhr HV 2 ZA Michael Rädels, Dresden

Aktuelles zur Berechnung und Abrechnung zahnärztlicher Leistungen
14 Uhr HV 3 Sylvia Wuttig, Heidelberg

Ganztagsseminar:

Aus der Trickkiste der Kommunikation – der Motivationsschub für das ganze Praxisteam

10 bis 17 Uhr HS 1 Dipl.-Päd. Herbert Prange, Thomasburg

18.09.

Vorträge

Kariesinfiltration. Grundlagen und Anwendung einer neuen Therapie
09 Uhr HV 4 ZA Ralph Buchholz, Burg

Der Countdown läuft: Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in der Zahnarztpraxis

11 Uhr HV 5 Andrea Kibgjes, Magdeburg

Was ist CAD/CAM?

14 Uhr HV 6 OA Dr. Arne Boeckler, Halle (Saale)

Von der Gruppenprophylaxe zur Individualprophylaxe

16 Uhr HV 7 ZÄ Inga Neumann, Hannover

Ganztagsseminar:

Qualitätsorientierte Honorierung und richtige Berechnung von ästhetischen Leistungen in der chirurgischen, konservierenden und prothetischen Zahnheilkunde
9 bis 17 Uhr HS 2 Sylvia Wuttig, Heidelberg

Workshops und Seminare

Perfekter Einsatz der ZMP (Teil 1)

9 bis 10.30 Uhr HS 3 ZA Rainer Klerx, Hannover

Perfekter Einsatz der ZMP (Teil 2)

11 bis 12.30 Uhr HS 4 ZA Rainer Klerx, Hannover

Anmeldungen bitte schriftlich über

ZÄK Sachsen-Anhalt,
Postfach 3951,
39014 Magdeburg,
Frau Einecke: Tel. 0391/73939-14
Frau Bierwirth: Tel. 0391/73939-15
Fax: 0391/73939-20

e-mail:

einecke@zahnaerztekammer-sah.de
bierwirth@zahnaerztekammer-sah.de

KZV Baden-Württemberg**Fortbildungsveranstaltungen
Fortbildungsforum Freiburg**

Thema: PIEZO Surgery und Augmentation in der Implantologie der Praxis

Referent: Prof. Dr. Dr. Rainer Schmelzeisen, Freiburg

Termin: 26.06.2010

Gebühr: 375 EUR

Kurs-Nr.: 10/124

Thema: Komplementärmedizinische Verfahren in der Zahnarztpraxis

Referent: Dr. Rudolf Meierhöfer, Roth

Termin: 26.06.2010

Gebühr: 290 EUR

Kurs-Nr.: 10/315

Thema: Prophylaxe für Patienten 60+

Referent: Iris Karcher, Freiburg

Termin: 30.06.2010

Gebühr: 95 EUR

Kurs-Nr.: 10/414

Thema: Ihre Praxis im Internet

Referent: Dr. Jörg Naumann, Chemnitz

Termin: 03.07.2010

Gebühr: 195 EUR

Kurs-Nr.: 10/125

Thema: Marketing für Zahnärzteams: Beziehungspflege mit Patienten 50plus – das moderne Zahnarzt-Team als Lebensbegleiter und Gesundheitsmanager

Referent: Hans-Georg Pompe, Bruchsal

Termin: 10.07.2010

Gebühr: 375 EUR Einzelpreis; 45 EUR je weiteres Mitglied der Praxis

Kurs-Nr.: 10/316

Thema: Das Handling der Cranio-Mandibulären Dysfunktion

Referent: Gert Groot Landeweer, Freiburg

Termin: 16./17.07.2010

Gebühr: 495 EUR

Kurs-Nr.: 10/126

Thema: Gegenwärtiger Stand der zahnärztlichen Chirurgie
Referent: Prof. Dr. Dr. Ralf Schön, Freiburg
Termin: 17.07.2010
Gebühr: 425 EUR
Kurs-Nr.: 10/127

Thema: Bleaching – Trend in der modernen Zahnheilkunde
Referent: PD Dr. Karl-Thomas Wrbas, Freiburg; Iris Karcher, Freiburg
Termin: 24.07.2010
Gebühr: 275 EUR
Kurs-Nr.: 10/415

Thema: Grundlagen risiko-orientierter Kariesprävention
Referent: Prof. Dr. Elmar Hellwig, Freiburg; Dr. Elfi Laurisch, Korschenbroich
Termin: 18.09.2010
Gebühr: 475 EUR
Kurs-Nr.: 10/128

Thema: Revision – Management des endodontischen Misserfolgs
Referent: PD Dr. Jörg Schirrmeister, Freiburg
Termin: 25.09.2010
Gebühr: 425 EUR
Kurs-Nr.: 10/519

Thema: Parodontale Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
Referent: Prof. Dr. Petra Ratka-Krüger, Freiburg
Termin: 02.10.2010
Gebühr: 475 EUR
Kurs-Nr.: 10/129

Thema: Minimalinvasive Ästhetik im Frontzahnbereich – Ein praktisch-theoretischer Intensivkurs
Referent: Prof. Dr. Ivo Krejci, Genf
Termin: 08./09.10.2010
Gebühr: 940 EUR
Kurs-Nr.: 10/130

Thema: Zufriedene Parodontitis-Patienten bleiben
Referent: Annette Schmidt, München
Termin: 08.10.2010
Gebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 10/416

Thema: ProphylaxeGespräche: GELD für GESUNDHEIT
Referent: Annette Schmidt, München
Termin: 09.10.2010
Gebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 10/417

Thema: Ästhetik und Funktion in der Totalprothetik – Vom Frust zur Lust
Referent: Dr. Marco Goppert, Stuttgart
Termin: 15./16.10.2010
Gebühr: 835 EUR
Kurs-Nr.: 10/131

Thema: Over the Top – Vorteile für Ihre Abrechnung
Referent: Andrea Räuber, Edingen-Neckarhausen
Termin: 15.10.2010
Gebühr: 275 EUR
Kurs-Nr.: 10/318

Thema: BEMAst Du noch oder dingst Du schon ab?
Referent: Andrea Räuber, Edingen-Neckarhausen
Termin: 16.10.2010
Gebühr: 375 EUR
Kurs-Nr.: 10/319

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

LZK Sachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Das Kind mit einem erhöhten Kariesrisiko – Von der Milchzahnrestauration bis zur ästhetischen Frontzahnrekonstruktion
Referenten: Prof. Dr. Roland Franckenberger – Marburg, Prof. Dr. Norbert Krämer – Gießen
Termin:
 20.08.2010: 09.00 – 16.00 Uhr,
 21.08.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 575 EUR
Kurs-Nr.: D 76/10 (18 Punkte)

Thema: Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie der craniomandibulären Dysfunktionen
Referenten: Prof. Dr. habil. Stefan Kopp – Frankfurt/Main, Dr. Gernot Plato – Rendsburg
Termin:
 27.08.2010: 09.00 – 17.00 Uhr,
 28.08.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 495 EUR
Kurs-Nr.: D 77/10 (18 Punkte)

Thema: Zahnärztliche Chirurgie – Aus der Praxis für die Praxis
Referent: Doz. Dr. habil. Michael Fröhlich – Dresden
Termin: 28.08.2010:
 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 195 EUR
Kurs-Nr.: D 78/10 (9 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 Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

Thema: Das Praxisteam erfolgreich führen (Teil 1)
Referent: Manuela Brückel – Münster
Termin:
 10.09.2010: 16.00 – 20.00 Uhr
 11.09.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 499 EUR
Fortbildungspunkte: 13
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 740 088

Thema: Update CMD
Referent: Dr. Tobias Ficinár – Münster; Dr. Claudius Middelberg – Münster
Termin:
 10.09.2010: 14.00 – 17.00 Uhr
 11.09.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Gebühr: 429 EUR
Fortbildungspunkte: 10
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 740 098

Thema: Ergonomie für den Alltag in der Zahnarztpraxis – Optimale Patientenlagerung – Ökonomische Arbeitsweise
Referent: Manfred Just – Forchheim
Termin:
 11.09.2010: 09.00 – 14.00 Uhr
Gebühr: ZA: 279 EUR,
 ZFA: 139 EUR, Team: 399 EUR
Fortbildungspunkte: 7
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 740 112

Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für ZÄ
Referent: Dr. Hendrik Schlegel – ZÄKWL
Termin:
 11.09.2010: 09.00 – 13.00 Uhr
Gebühr: 102 EUR inkl. Skript, E-learn.: 92 EUR
Fortbildungspunkte: 9
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: 10 740 042

Thema: Arbeitskreis Ästhetische Zahnheilkunde / Synoptische Konzepte und Endodontie
Referent: Dr. Kianusch Yazdani – Münster, Dr. Guido Vorwerk – Hamm
Termin:
 15.09.2010: 15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 99 EUR
Fortbildungspunkte: 4
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: ARB 10 710 731

Thema: Arbeitskreis Alterszahn-Medizin
 Gesichtsprothetik: Therapie bei Patienten mit angeborenen Fehlbildungen im Kopf-Halsbereich
Moderatorin: Dr. Renate Mehring – Ahaus
Gastdozent: Dr. Klaus Rasche – Münster
Termin:
 15.09.2010: 15.20 – 18.00 Uhr
Gebühr: 29 EUR
Fortbildungspunkte: 3
Ort: Akademie für Fortbildung, Münster
Kurs-Nr.: ARB 10 710 740

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

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Schlagfertigkeit kann man lernen
Referent: Frau Sabine Nemeč (Langensfeld)
Termin:
 16.06.2010: 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: LZK
Sonstiges: 6 Fortbildungspunkte
Kurs-Nr.: 108294
Kursgebühr: 190 EUR

Thema: Vom Zungenbiss zur komplexen Mittelgesichtsfraktur – die Traumatologie des Gesichtes und ihre aktuelle Diagnostik und Therapie
Referent: Herr Dr. Dr. Daniel Rothamel (Köln)
Termin:
 16.06.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Sonstiges: 4 Fortbildungspunkte.
 Aus der Kursreihe „Oralchirurgisches Kompendium“ für ZÄ
Kurs-Nr.: 108113
Kursgebühr: 160 EUR

Thema: Dentalfotografie / Basiswissen – Praktischer Arbeitskurs mit Theorie und Praxis
Referent: Herr Erhard Scherpf (Kassel)
Termin:
 23.06.2010: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Sonstiges: 11 Fortbildungspunkte.
 max. Teilnehmerzahl 12 Personen
Kurs-Nr.: 108132
Kursgebühr: 270 EUR

Thema: Hygiene-Workshop
Referent: Frau Sabine Christmann (Neustadt/W)
Termin:
 30.06.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Sonstiges: 4 Fortbildungspunkte
Kurs-Nr.: 108272
Kursgebühr: 160 EUR

Thema: Halitosis erfolgreich behandeln
Referent: Frau Susanne Lauterbach (St. Sebastian)
Termin:
 30.06.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Sonstiges: 4 Fortbildungspunkte
Kurs-Nr.: 108296
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

ZÄK Schleswig-Holstein



Fortbildungsveranstaltungen am Heinrich-Hammer-Institut

Kurs-Nr.: 10-01-080
Thema: Die zauberhafte Zahnarztpraxis
Referent: Annalisa Neumeyer – Gifhorn
Termin:
 30.06.2010: 13.00 – 20.00 Uhr
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kursgebühr: 185 EUR für ZA aus Schleswig-Holstein, 231,25 EUR für andere ZA, 135 EUR für Mitarbeiterinnen
Sonstiges: 7 Fortbildungspunkte

Kurs-Nr.: 10-01-051

Thema: Rationaler und rationeller Einsatz von Antibiotika

Referent: Dr. Dr. Frank Halling – Fulda

Termin:

02.07.2010: 15.00 – 19.00 Uhr

Ort: Heinrich-Hammer-Institut

Kursgebühr: 115 EUR für ZA aus

Schleswig-Holstein,

143,75 EUR für andere ZA

Sonstiges: 4 Fortbildungspunkte

Auskunft:

Heinrich-Hammer-Institut

ZÄK Schleswig-Holstein

Westring 496

24106 Kiel

Tel.: 0431/260926-80

Fax: 0431/260926-15

e-mail: hhi@zaek-sh.de

www.zaek-sh.de

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

1. Gemeinschaftskongress Kinder-

zahnärzte und Kieferorthopäden

Veranstalter: DGK, BuKiZ, IKG, BDK

Thema: Der richtige Zeitpunkt

Termin: 19.06.2010

Ort: Frankfurt/Main

Gebühren: 135 EUR, Mitglieder

(DGK, BuKiZ, BDK, IKG, Dentista

Club) 95 EUR, Studenten/Assisten-

ten 45 EUR (Mitglieder 25 EUR)

Fortbildungspunkte: 7

Auskunft: BDK/IKG Büro Öffent-

lichkeitsarbeit, Doris Hoy

Weiße Gasse 6

86150 Augsburg

Tel.: 0821/2461-357

Fax: 0821/2461-358

e-mail: doris.hoy@ahoy-pr.de

www.kinder-zahn-spange.de

Frühjahrstagung der Thüringer

Gesellschaft für ZMK-Heilkunde

Thema: Neuzzeitliche Dental-

technologien für den Praktiker

Tagungspräsident: PD Dr. Wilfried

Reinhardt – Poliklinik für Zahn-

ärztliche Prothetik und Werkstoff-

kunde der Friedrich-Schiller-

Universität Jena

Termin: 19.06.2010

Ort: Jena

Auskunft: Conventus, Congress-

management & Marketing GmbH

Markt 8

07743 Jena

Tel.: 03641/35332703

Fax: 03641/353321

mail: ulrike.kaiser@conventus.de

www.conventus.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

Gutachterkonferenz Implantologie

im Auftrag der Konsensus-

konferenz Implantologie

Thema: Komplikationen und Miss-

erfolge 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

7. Jahrestagung des Landesver-

bands Mecklenburg-Vorpommern

im DGI e.V.

15. Greifswalder Fachsymposium

der Meckl.-Vorp. Gesellschaft für

ZMK-Heilkunde

Thema: Aktuelle Entwicklung in

der zahnärztlichen Radiologie und

Implantologie – 2D versus 3D

Termin: 26.06.2010

Ort: Alfred-Krupp-Wissenschafts-

kolleg Greifswald, M.-Luther-Str. 14

Kursgebühr: Mitglieder der

Meckl.-Vorp. Gesellschaft und DGI

60 EUR, Nichtmitglieder 85 EUR

Auskunft: Youvivo GmbH

Karlstr. 60

80333 München

Tel.: 089/55052090

Fax: 089/55052092

e-mail: info@yovivo.com

oder: Prof. Dr. Wolfgang Sümnig

Poliklinik für MKG-Chirurgie

Zentrum für ZMK-Heilkunde

Ernst-Moritz-Arndt-Universität

Rotgerberstr. 8

17475 Greifswald

Tel.: 03834/867168

Fax: 03834/867302

mail: suemnig@uni-greifswald.de

Sommerakademie Kiel

Thema: Training in Forschungs-

methoden für die zahnärztliche

Implantologie

Termin: 28.06. – 02.07.2010

Ort: Universitätsklinikum Schles-

wig-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

Kongresse

■ Juni

Special Olympics National Games

Motto: In jedem von uns steckt ein

Held

Termin: 14.06. – 19.06.2010

Ort: Bremen,

Pauliner Marsch, Universität, Messe

Auskunft:

Special Olympics Deutschland

Invalidenstr. 124

10115 Berlin

Tel.: 030/246252-60

Fax: 030/246252-19

specialolympics.de

nationalgames.de

Frühjahrsakademie der DGEEndo

(nur für Mitglieder der DGEEndo)

Termin: 18./19.06.2010

Ort: Universität Zürich, Zentrum

für Zahn-, Mund- und Kieferheil-

kunde ZZMK, Klinik für Präventiv-

medizin, 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

10. Jahrestagung des Landesver-

bands Bayern im DGI e.V.

Thema: Risikoerkennung und

Risikobeherrschung in der

Implantologie

Termin: 18./19.06.2010

Ort: Oberstdorf Haus, Prinzregen-

tenplatz 1, 87561 Oberstdorf

Auskunft: Praxis Dr. Schmidinger

Monika Pangerl

Bahnhofstr. 8, 82229 Seefeld

Tel.: 08152/990918

28. Internationaler Kongress des Weltärztinnenbundes

Thema: Globalisierung in der Medizin – Herausforderungen und Chancen

Termin: 28. – 31.07.2010

Ort: Münster

Schirmherrin: Dr. med. Ursula von der Leyen, Bundesministerin für Arbeit und Soziales

Sonstiges: Der Kongress findet in englischer Sprache statt.

Auskunft: Deutscher Ärztinnenbund e.V. (DÄB)

Wielandstr. 32

10629 Berlin

Tel.: 030/88683748

mail: gundel.koebke@t-online.de

www.aerztinnenbund.de

www.mwia2010.net

■ 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

ideals2010.congress@tavicon.fi

www.ideals.ac

27. Weltkongress des ICOI 7. Internationaler Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Orale Implantologie

Themen: „Digitale Planung für die exakte Implantatpositionierung“, „Komplikationen und Problemmanagement“, „Innovationen in der Implantat-Therapie“, „Wachstumsfaktoren für die vorhersagbare Knochenregeneration“, „Vorhersagbare Ästhetik – Konzepte für den Erfolg“

Termin: 26.08. – 28.08.2010

Ort: Hamburg

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Hom-Lay Wang (USA),

Dr. Georg Bayer – Landsberg a. L.

Anmeldung: Deutsche Gesellschaft

für Orale Implantologie (DGOI)

Bruchsaler Straße 8

76703 Kraichtal

Tel: 07251/618996-0, Fax: -26

e-mail: mail@dgoi.info

www.dgoi.info

www.dgoi-congress2010.info

■ September

19. Zahnärztetag der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern 61. Jahrestagung der Meck.-Vorp. Gesellschaft für ZMK-Heilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.

Themen:

1. Interdisziplinäre Lösungsansätze für meine Dysgnathiepatienten

2. Professionspolitik

3. Aus der Praxis für die Praxis

Termin: 03.09. – 05.09.2010

Ort: Hotel Neptun,

Rostock-Warnemünde

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Franka Stahl de Castrillon

– Rostock, Prof. Dr. Tomasz

Gedrange – Greifswald

Leitung Organisation und

Professionspolitik:

Dr. Dietmar Oesterreich –

Reuterstadt Stavenhagen

Organisation:

RA Peter Ihle – Schwerin,

Dr. Marion Seide – Parow, Angelika

Radloff – Reuterstadt Stavenhagen

Anmeldung:

ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

Wismarsche Str. 304

19055 Schwerin

Tel: 0385/59108-0, Fax: -20

www.zaekmv.de,

Menüpunkt Zahnärztetag

IDEM India 2010 International Dental & Exhibition Meeting India

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

Termin: 09. – 11.09.2010

Ort: Bombay Exhibition Centre, Mumbai

Auskunft: Daniela Basten

Tel.: 0221/821-3267, Fax: -3671

e-mail: d.basten@koelnmesse.de

www.idem-india.com

47. Kongress der Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Termin: 10./11.09.2010

Ort: Pforzheim, Hochschule

Postfach 700149, 70571 Stuttgart

Auskunft: MedCongress GmbH

Tel.: 0711/720712-0, Fax: -29

e-mail: mw@medcongress.de

www.medicacongress.de

Hypnose-Kongress-Berlin 2010 (16. DGZH-Jahrestagung)

Termin: 10. – 12.09.2010

Thema: „Akute schnelle Interventionen in Klinik und Praxis“

Weitere Informationen unter:

www.hypnose-kongress-berlin.de

Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose e.V.

Marion Jacob

Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart

Tel. 0711/23606-18

Fax 0711/244032

e-Mail: mail@dgzh.de

www.dgzh.de

45. Bodenseetagung und 39. Helferinnentagung

Veranstalter: Bezirkszahnärztekammer Tübingen
Thema: Ästhetische Zahnheilkunde
Termin: 17./18.09.2010
Ort: Lindau (Bodensee)
Auskunft: BZK Tübingen
 Bismarckstraße 96
 72072 Tübingen
 Tel.: 07071/911-0
 Fax: 07071/911-209

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

18. Fortbildungstage der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Generalthema: Keramik in der Zahnmedizin
Termin: 17.09. – 19.09.2010
Ort: Wernigerode, Harzer Kultur- und Kongresshotel
Auskunft: ZÄK Sachsen-Anhalt
 Große Diesdorfer Str. 162
 39110 Magdeburg
 Tel.: 0391/73939-14, Fax: -20
 e-mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de

Ostseesymposium 2010

Thema: CMD – Diagnostik und Therapie. Digitales Röntgen f. ZFA
Veranstalter: Freier Verband
 Deutscher Zahnärzte e.V.
 Landesverband Schleswig-Holstein
Termin: 18.09.2010
Ort: Lübeck, Hotel Mövenpick
Auskunft: Freier Verband
 Deutscher Zahnärzte e.V.
 Landesverband Schleswig-Holstein
 c/o Dr. Andreas Sporbeck
 Rathausallee 70
 22846 Norderstedt
 Tel.: 040/5224994
 Fax: 040/5228698
 e-mail: dr-sporbeck@live.de

Dental-Expo 2010

Thema: new trends in post-crisis dentistry
Termin: 20. – 23..09.2010
Ort: Moscow
Auskunft:
 Phone/Fax: +74959214069
 international@dental-expo.com
 www.dental-expo.com

9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

Veranstalter: Aktionsbündnis
 Patientensicherheit e.V. und das
 Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. zusammen mit
 dem Institut für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Termin: 30.09. – 02.10.2010
Ort: Bonn
Auskunft: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
 c/o Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn
 Stiftsplatz 12, 53111 Bonn
 Tel.: ++49(0)228 738366
 Fax: ++49(0)228 738305
 info@aktionsbuendnis-patientensicherheit.de
 www.dkvf2010.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.: 0043/1/4051 383-19
 Fax: 0043/1/4051 383-23
 hedwig.schulz@medacad.org

■ **Oktober****10. Thüringer Zahnärztetag****10. Thüringer Helferinnentag****9. Thüringer Zahntechnikertag**

Dentalausstellung
Thema: ZahnMedizin 2010:
 Bewährtes – Trends – Innovationen
Wissenschaftliche Leitung:
 Prof. Dr. Georg Meyer – Greifswald
Termin: 01./02.10.2010
Ort: Messe Erfurt
Auskunft: LZK Thüringen
 Tel.: 0361/74321-07 oder -08
 e-mail: fb@lzkth.de

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

dental informa 2010

Veranstalter: Zahnärztekammer
 Niedersachsen
Termin: 09.10.2010:
 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Halle 2 auf dem Messe-
 gelände Hannover
Auskunft: Fachausstellungen Heck-
 mann GmbH Hannover/Bremen
 Herr Pennigsdorf
 Tel.: 0511/89-30417
 lars.pennigsdorf@fh.messe.de
 Frau Knöchel
 Tel.: 0511/89-30418
 klaudia.knoechel@fh.messe.de
 www.heckmannmbh.de

10. Jahrestagung der Deutschen Ges. Zahnärztliche Schlafmedizin

Termin: 09.10.2010
Ort: Kongresszentrum Bremen
Auskunft: Porstmann Kongresse
 Alte Jakobstr. 77, 10179 Berlin
 Tel.: 030/284499-30
 Fax: 030/284499-31
 E-mail: info@dgzs.de
 www.dgzs.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

51. Bayerischer Zahnärztetag 12. Deutscher Zahnärzte Unternehmertag

Thema: Zähne erhalten – Möglichkeiten und Grenzen
Termin: 21. – 23.10.2010
Ort: München,
The Westin Grand, Arabellapark
Auskunft: Bayerische
Landes Zahnärztekammer
Fallstr. 34
81369 München
Tel.: 089/72480-188
Fax: 089/72480-444
www.blzk2010.de
Anmeldung: Oemus Media AG
Tel.: 0341/48474-308
Fax: 0341/48474-290
blzk2010@oemus-media.de

Sächsischer Fortbildungstag für Zahnärzte und das Praxisteam

Thema: Bewahren und restaurieren
– moderne Endodontie in der
Praxis
Termin: 23.10.2010:
09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Stadthalle Chemnitz
Auskunft: Fortbildungsakademie
der LZK Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden
Tel.: 0351/8066-102
Fax: 0351/8066-106
e-mail: fortbildung@lzk-sachsen.de

■ November

9. Jahrestagung der DGEEndo

Termin: 04. – 06.11.2010
Ort: Pullman Berlin Schweizerhof,
Budapester Str. 25, 10787 Berlin
Auskunft: Deutsche Gesellschaft
für Endodontie e.V.
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig
Tel.: 0341/48474-202
Fax: 0341/48474-290
www.dgendo.de

Zahnärztliche Fortbildungstage Rust für Ärzte und AssistentInnen der ÖGZMK Burgenland in Zusammen- arbeit mit dem ZAFI (zahnärztliches Fortbildungsinstitut)

Thema: „Prophylaxe Teamtag“ /
„Herbsttagung Rust – Lust auf
Rust“ / Schwerpunktthema u.a.:
Endodontie
Termin: 05. – 07.11.2010
Ort: Seehotel Rust/ Neusiedler See
Veranstalter: Dr. Herbert Haider
(ÖGZMK Burgenland), Dr. Edzard
Johann Stadler, DDr. Franz Karl
Tuppy (ZAFI)

Information:

Ärztzentrale Med.info
Helferstorferstraße 4,
A-1014 Wien
Tel.: +43/1/53116-48
Fax: +43/1/53116-61
e-mail: azmedinfo@media.co.at

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

Thema: Kinderzahnheilkunde
Veranstalter: Westfälische Gesell-
schaft für ZMK-Heilkunde e.V.
Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgener
Polikli. für Zahnärztliche Prothetik
Waldeyerstr. 30, 48149 Münster
Referenten: Prof. Dr. Dr. N. Krämer
– Gießen, Prof. Dr. Dr. H. J.
Staehele – Heidelberg, Prof. Dr.
Petra Scheutzel – Münster, Prof.
Dr. Ariane Hohoff – Münster
Termin: 06.11.2010:
09.00 – 13.30 Uhr
Ort: Großer Hörsaal des Zentrums
für Zahn-, Mund- und Kieferheil-
kunde, Ebene 05 / Raum 300
Auskunft: Ingrid Weers
Tel.: 0251/8347084
Fax: 0251/8347182
e-mail: weersi@uni-muenster.de

Deutscher Zahnärztetag 2010

Thema:
ZAHNMEDIZIN INTERDISZIPLINÄR
– Synergie, Synthese, Synopsis
Termin: 10. – 13.11.2010
Ort: Congress Center Messe
Frankfurt am Main
Weitere Informationen:
www.dtzt.de

SGI Jahrestagung

Thema: Von der biologischen
Basis zum klinischen Erfolg.
Brisante Fragen aus der aktuellen
Implantologie
Termin: 12./13.11.2010
Ort: Zürich in der Arena Filmcity,
Sihlcity
Auskunft und Anmeldung:
SGI/SSIO, Veronika Thalmann
Marktgasse 7, CH-3011 Bern
Tel.: 0041/31/3124316
Fax: 0041/31/3124314
veronika.thalmann@sgi-ssio.ch
www.sgi-ssio.ch

22. Jahrestagung Arbeitskreis Psychologie und Psychosomatik 43. Jahrestagung der DGFDT Arbeitsgemeinschaft für Prothetik und Gnathologie der österr. Ges. für ZMK-Heilkunde

Thema: CMD – Wieviel Psyche,
wieviel Soma?
Termin: 13.11.2010 (im Rahmen
der Gemeinschaftstagung der
DGZMK vom 10. – 13.11.2010)
Ort: Frankfurt
Auskunft: PD Dr. Anne Wolowski
Poliklinik für Zahnärztliche Prothe-
tik und Werkstoffkunde
Universitätsklinikum Münster
Waldeyerstr. 30, 48149 Münster
Tel.: 0251/8347078
Fax: 0251/8347083
e-mail: wolowski@uni-muenster.de
www.akpp.uni-muenster.de

MEDICA

42. Weltforum der Medizin

Termin: 17.11. – 20.11.2010
Ort: Düsseldorf, Messe – CCD
Auskunft: MEDICA
Deutsche Gesellschaft für
Interdisziplinäre Medizin e.V.
Postfach 700149, 70571 Stuttgart
Tel.: 0711/720712-0
Fax: 0711/720712-29
e-mail: gw@medica-ev.de
www.medica-ev.de

24. Kongress des DGI e.V.

Thema: Misserfolge – erkennen
und beherrschen
Termin: 25. – 27.11.2010
Ort: Hamburg
Auskunft: Youvivo GmbH
Karlstr. 60, 80333 München
Tel.: 089/55052090
Fax: 089/55052092
e-mail: info@youvivo.com

1. Wissenschaftlicher Kongress für Aligner Orthodontie

Veranstalter:
Deutsche Gesellschaft für Aligner
Orthodontie e.V. (DGAO)
Termin: 26./27.11.2010
Ort: InterContinental Hotel Köln
Auskunft: DGAO-Tagungsbüro
Ansprechp.: Stephanie Schwarze
welcome@friebe-organisation.de

■ **Dezember**

The 1st Global Congress of Chinese Dentists

Termin: 02. – 04.12.2010
Ort: Xiamen, China
Auskunft:
 Tel.: +10/84556613-6617
 www.gccd2010.org

2. Bundeskongress für Privatmedizin GOÄ/GOZ

Termin: 04.12.2010
Ort: Maternushaus Köln
Auskunft:
 Tel.: 0221/139836-69
 e-mail: info@bundeskongress-privatmedizin.de
 www.bundeskongress-privatmedizin.de

3rd Pan-European Dental Congress

Veranstalter: ERO-FDI
Termin: 09. – 11.12.2010
Ort: Kiev (Ukraine)
Auskunft: Tel.: +74952500528
 Fax: +74952503899

Universitäten

RWTH Aachen

CEREC-Seminar

Thema: Intensives HandsOn-Training im gesamten CEREC-Chairside-Indikationsbereich, mit CEREC-Junior, -Fellow, -Master-Qualifikation
Organisation: Mini-Gruppe (max. 4 Teilnehmer)
Termin: 23./24.07.2010:
 Fr., 8.30 bis 19.30 Uhr,
 Sa., 8.30 bis 14.00 Uhr
Seminargebühr: 1 000 EUR oder Sirona-Gutschein
Trainer: Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans
Ort: Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde des Universitätsklinikums der RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
Fortbildungspunkte: 20
Auskunft/Anmeldung:
 Tel.-Hotline: 0175/4004756
 Tel.: 0241/8088-733 oder -110
 Fax: 0241/8082468
 e-mail: jrotgans@ukaachen.de
 www.zahnerhaltung.ukaachen.de

Universität Düsseldorf

Thema: Kurs III für Profis: Die optimale Nutzung der Mini-Implantate
Referenten: Prof. Dieter Drescher, OA PD Dr. Benedict Wilmes
Termin: 03.07.2010:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Uniklinik Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 8
Teilnahmegebühr: 380 EUR, Assistenten 280 EUR

Auskunft:
 Dr. Benedict Wilmes
 Poliklinik für Kieferorthopädie
 Westdeutsche Kieferklinik, UKD
 Moorenstr. 5
 40225 Düsseldorf
 Tel.: 0211/81-18671 oder -18160
 Fax: 0211/81-19510

Alumni und Freunde der Westdeutschen Kieferklinik e.V.

Thema: Die Entwicklung der Implantologie
Termin: 08.09.2010:
 15.30 – 17.30 Uhr
Ort: Hörsaal ZMK/Orthopädie der Westdeutschen Kieferklinik Düsseldorf
Referenten: Prof. Dr. H. Weber – Tübingen
Fortbildungspunkte: 2
Teilnahmegebühr: Vereinsmitglieder frei, Nichtmitglieder 40 EUR

Auskunft:
 Dr. med. dent. Thorsten Blauhut
 Universitätsklinikum Düsseldorf
 Poliklinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Endodontologie
 Moorenstr. 5
 40225 Düsseldorf
 Tel.: 0211/81-18565
 Fax: 0211/81-04021
 blauhut@med.uni-duesseldorf.de
 www.alumni-wkk.de

Wissenschaftliche Gesellschaften

Gesellschaft für Zahn- ärztliche Praxisführung

Fortbildungsveranstaltung

Thema: Zahnarzt-Management-
lehrgang. Wirtschaftlichkeit und
Führung einer Zahnarztpraxis
Modul 1: Selbstmanagement und
Unternehmensführung

Modul 2: Qualitätsmanagement
Modul 3: Betriebswirtschaft in der
Zahnarztpraxis

Modul 4: Marketing

Modul 5: Recht und Steuern

Veranstalter: Gesellschaft für
Zahnärztliche Praxisführung UG
in Zusammenarbeit mit der OPTI
Zahnarztberatung und den
Westerburger Kontakten

Termin: 09. – 12.07.2010 (Modul
1 – Part A),

06.08.2010 (Modul 1 – Part B),

07./08.08.2010 (Modul 2),

28./29.08.2010 (Modul 3),

10.09.2010 (Modul 4),

11./12.09.2010 (Modul 5),

25.09.2010 (Abschluss)

Ort: Schloss Westerbürg, Graf-
Konrad-Str., 56457 Westerbürg

Sonstiges: Ref.: Katja Frings,
Dipl. BW Matthias Godt, Dipl.
Kfm. Christian Henrici, Heiner
Kirchkamp, Dipl. Kfm. Heiner
Langschädel, Dr. Rainer Lindberg,
RA Jens Pätzold, Dr. Diether
Reusch

Kursgebühr:

Gesamtbetrag: 4 800 EUR,
Einzel: Modul 1: 2 200 EUR,
Modul 2: 1 000 EUR,
Modul 3: 1 000 EUR,
Modul 4: 600 EUR,
Modul 5: 1 000 EUR

Auskunft: Gesellschaft für Zahn-
ärztliche Praxisführung, Herr Kunz
Schloss Westerbürg
56457 Westerbürg
Tel.: 04352/9171-16
Fax: 04352/9171-2399

Akademie Praxis und Wissenschaft

Fortbildungskurse

Thema: Die Versorgung zahnloser
Patienten mit Totalprothesen - live
Termin: 03./04.09.2010

Ort: Bonn

Fortbildungspunkte: 15

Referent: Prof. Dr. Karl-Heinz Utz

Kursnummer: CW 02

Kursgebühr: 640 EUR;
(610 EUR DGZMK-Mitglieder;
590 EUR APW-Mitglieder)

Auskunft:

APW

FrauBärbel Wasmeier

Liesegangstr. 17a

40211 Düsseldorf

Tel.: 0211/669673-45

Fax: 0211/669673-31

<http://www.dgzmk.de>

Freie Anbieter

*In dieser Rubrik veröffentlichen
die zum einmalig Informations- und
Fortbildungsveranstaltungen
außerhalb der offiziellen Berufs-
vertretungen und Wissenschaft-
lichen 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 zum-Redaktion
erhältlich. Die Formblätter sollten
mindestens acht Wochen vor
Veranstaltungsbeginn vorliegen.
Kurzfristig zugesandte Veröffent-
lichungswünsche können nicht
berücksichtigt werden.*

Die Redaktion

Thema: 12 Uhr Behandlung –
garantiert gute Haltung und
einfachste Arbeitsbewegungen,
in 1,5 Tagen

Veranstalter: Dr. Wolf Nedder-
meyer, Zahnarzt/Oralchirurgie
Termin: nach Vereinbarung

Ort: Anmelderpraxis

Sonstiges: Der Kurs wird Kollegen
mit orthopädischen Beschwerden
besonders empfohlen – aber auch
zur Schmerzprophylaxe.

Kursgebühr: 2 Zahnärzte jeweils
525 EUR + MwSt.

Auskunft: www.feelbased.com

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.
Kursgebühr: nach Vereinbarung
Auskunft: Beratung im Kontext Dagmar Wiegel
 Vogelsangerstr. 18
 50823 Köln
 Tel.: 0221/9234969
 Fax: 0221/9234969
 www.beratungimkontext.de

Thema: Weitermachen mit Erfolg und Freude an der Arbeit : Verschiedene Praxisformen / Kommunikation in der Zahnarztpraxis / Betriebswirtschaft, Benchmarking, Qualitätsmanagement
Termin: 26.06.2010: 10.00 – 16.00 Uhr
Ort: Fortbildungsinstitut, Möllner Landstraße 31, 22111 Hamburg
Sonstiges: Leitung: Dr. Fritz-Josef Willmes, Burgrieden
 Ref.: diverse
Fortbildungspunkte: 6
Gebühr: 250 EUR (150 EUR für Mitglieder des Vereins Zukunftspraxis 50 plus e. V.)
Auskunft und Anmeldung:
 Geschäftsstelle Zukunftspraxis 50 plus e. V.
 Martin-Crusius-Straße 8
 72076 Tübingen
 Fax: 07071/610448
 www.zukunftspraxis-50plus.de

Thema: Aktiv-Workshop Frontzahn: Von der Planung bis zur Fertigstellung
Veranstalter: VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Termin: 01./02.07.2010
Ort: Leistungscenter Schwaig
Sonstiges: Gastreferentin: Marianne Höfermann
Gebühr: 560 EUR
Auskunft: D.S. & C. Dental Service and Consulting
 Frau Marianne Höfermann
 Jagerbauerstrasse 15,
 82061 Neuried
 Tel.: 089/751261
 Fax: 089/7595782

Thema: Dentale Fotografie
Veranstalter: VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Termin: 03.07.2010
Ort: Leistungscenter .Pinneberg
Sonstiges: Gastreferent.: ZTM Andre Jung
Gebühr: 235 EUR
Auskunft: VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG . z. Hd. Frau Ute Schmidt
 Spitalgasse 3,
 79713 Bad Säckingen
 Tel.: 07761/562-235
 Fax: 07761/562-233

Thema: Competence in All Ceramics – Intensiv Seminar „Vollkeramik und Befestigung – Update 2010“
Veranstalter: Ivoclar Vivadent GmbH
Termin: 03.07.2010: 09.00 – 15.15 Uhr
Ort: Ansbach
Referent: Prof. Dr. Daniel Edelhoff
Fortbildungspunkte: 6
Kursgebühr: 198 EUR zzgl. MwSt. (Frühbucher bis 16.06.2010: 149 EUR zzgl. MwSt.), inkl. Kursverpflegung
Auskunft:
 Ivoclar Vivadent GmbH
 Dr. Adolf-Schneider-Str. 2
 73479 Ellwangen
 Tel.: 07961/889205
 Fax: 07961/6326

Thema: Elasto-KFO – ein Behandlungssystem für das Wechsel- und permanente Gebiss – Teil des Curriculums KFO
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungsz. für Heilberufe
Termin: 09.07.2010: 09.00 – 13.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie, Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Thomas Hinz
Kursgebühr: 200 EUR inkl. Tagungspauschale zzgl. MwSt.
Auskunft: Haranni Akademie
 Schulstraße 30
 44623 Herne
 Ansprechpartn.: Renate Dömpke
 Tel.: 02323/9468-300
 Fax: 02323/9468-333

Thema: Das Einschleifen des Aktivators. Teil des Curriculums KFO
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungsz. für Heilberufe
Termin: 09.07.2010: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie, Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Thomas Hinz
Kursgebühr: 225 EUR zzgl. 38 EUR Materialkosten, inkl. Tagungspauschale zzgl. MwSt.
Auskunft: Haranni Akademie
 Schulstraße 30
 44623 Herne
 Ansprechpartn.: Renate Dömpke
 Tel.: 02323/9468-300
 Fax: 02323/9468-333

Thema: Synoptische PAR-Behandlung. Teil des Curriculums Parodontologie
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungsz. für Heilberufe
Termin:
 09.07.2010: 14.00 – 19.00 Uhr
 10.07.2010: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie, Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Wolfgang Wetermann, Dr. med. stom. (RO) Gabriel Tulus
Kursgebühr: 635 EUR, inkl. Tagungspauschale zzgl. MwSt.
Auskunft: Haranni Akademie
 Schulstraße 30
 44623 Herne
 Ansprechpartn.: Renate Dömpke
 Tel.: 02323/9468-300
 Fax: 02323/9468-333

Thema: Gezielte Retention sichert den KFO-Behandlungserfolg. Teil des Curriculums KFO
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungsz. für Heilberufe
Termin: 10.07.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie, Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Thomas Hinz
Kursgebühr: 380 EUR inkl. Tagungspauschale zzgl. MwSt.
Auskunft: Haranni Akademie
 Schulstraße 30
 44623 Herne
 Ansprechpartn.: Renate Dömpke
 Tel.: 02323/9468-300
 Fax: 02323/9468-333

Thema: DVT Fach- und Sachkunde (2 Teile)
Veranstalter: Bauer & Reif Dental GmbH
Termine: Teil 1:
 10.07.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
 Teil 2:
 23.10.2010: 09.00 – 14.00 Uhr
Ort: Bauer & Reif Dental GmbH, Heimeranstraße 35, München
Sonstiges: 14 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 950 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft und Anmeldung:
 Bauer & Reif Dental GmbH,
 Heimeranstraße 35,
 80339 München
 Tel.: 089/767083-16
 Fax: 089/767083-50
 e-Mail:
 bittner.s@bauer-reif-dental.de

Thema: Zertifizierte Fortbildung zur Erlangung der Sachkunde in der 3-D-Röntgendiagnostik („DVT-Fachkunde“)
Veranstalter: Dentinic Privatklinik für Zahnmedizin & Ästhetik
 Dentinic Institut für Fortbildung und Patienteninformation
Termin:
 17.07.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
 30.10.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: 82467 Garmisch-Partenkirchen, Klammstr. 7
Sonstiges: zertifizierter Kurs zum Erwerb der Fachkunde DVT
 Der Kurs ist von der BLZK mit 17 Fortbildungspunkten anerkannt
Referenten: Dr. med. Dr. med. dent. H. Martens FA für MKG-Chirurgie
 PD Dr. med. Dr. med. habil. L. Jäger FA für Radiologie
Kursgebühr: 990 EUR +MwSt
Auskunft: Dr. Dr. H. Martens / Fr. Evillard
 Klammstr. 7, 82467 Garmisch-Partenkirchen
 Tel.: 08821/9360-0, Fax: -36
 e-Mail: info@dentinic.de
 www.dentinic.de

Thema: Zukunftskongress – Ganzheitliche ZahnMedizin kompakt
Veranstalter: Internationale Gesellschaft für Ganzheitliche ZahnMedizin e.V. (GZM)
Termin: 17.07.2010
Ort: Garmisch-Partenkirchen
Sonstiges: dreizehn Themengebiete, Schwerpunkt: moderne Netzwerkkonzepte der interdisziplinären ZahnMedizin
Kursgebühr: 95 EUR
Auskunft:
 JanKlaassen
 e-Mail: media@gzm-org.de
 www.netz-werk-medizin.de

Thema: Updatekurs: Neues und Bewährtes in der Prophylaxe

Veranstalter: praxisDienste Fortbildungs GmbH

Termin: 23.07.2010:
14.00 – 19.00 Uhr

Ort: Karlsruhe

Sonstiges: ein bis zwei Referenten aus dem Referentenpool

Kursgebühr: 248 EUR, 198 EUR, 178 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: praxisDienste Fortbildungs GmbH

Brückenstr. 45

69120 Heidelberg

Tel.: 06221/649971-0

Fax: 06221/649971-20

e-mail: info@praxisdienste.de

www.praxisdienste.de

Thema: Top-Seminar: Verkaufseminar für Zahnärzte

Veranstalter: Dr. Walter Schneider Team GmbH

Termin: 24.07.2010

Ort: Stuttgart

Sonstiges: Ref.: Rainer Fischer

Kursgebühr: 490 EUR pro Person, 790 EUR zwei Personen

Auskunft: Tanja Spatschek

Dr. Walter Schneider Team GmbH
Max-Eyth-Str. 42

71088 Holzgerlingen

Tel.: 07031/461869

Fax: 07031/461877

Thema: Profikurs „Abrechnung GOZ und GOÄ“

Veranstalter: Feldmann Consulting GmbH & Co. Beratungs KG

Termin: 24.07.2010:

09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Kronenstr. 11,

76275 Ettlingen

Sonstiges: Teilnehmer aus Baden-Württemberg erhalten einen Verbilligungszuschuss von 30 %, über 50 Jahre in Höhe von 50 %.

Fortbildungspunkte: 9

Kursgebühr: 350 EUR + MwSt.

Auskunft:

Nicole Feldmann / Anna Münch

Wilhelmstr. 1

76275 Ettlingen

Tel.: 07243/7254-0

Fax: 07243/7254-20

Thema: Die Mundgeruchssprechstunde von A-Z – Konzepte für Ihre Praxis

Veranstalter: praxisDienste

Fortbildungs GmbH

Termin: 24.07.2010:

08.30 – 16.30 Uhr

Ort: Karlsruhe

Sonstiges: ein bis zwei Referenten aus dem Referentenpool

Kursgebühr: 318 EUR, 298 EUR,

258 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: praxisDienste

Fortbildungs GmbH

Brückenstr. 45

69120 Heidelberg

Tel.: 06221/649971-0

Fax: 06221/649971-20

e-mail: info@praxisdienste.de

www.praxisdienste.de

Thema: Mit reproduzierbaren Arbeitsschritten zur Top-Fräsung

Veranstalter: BEGO

Termin: 26. – 28.07.2010

Ort: Bremen

Sonstiges: englisch/deutsch

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: Update Implantatprothetik inkl. Hands-On-Übungen

Veranstalter: Xental® Akademie

Termin: 31.07.2010:

09.00 – 15.00 Uhr

Ort: Magdeburg

Sonstiges: Ausführliche Darstellung und Gegenüberstellung der verschiedenartigen Prothetikverbindungen auf Implantaten, ihre Vor- und Nachteile und ihre Einsatzgebiete; 9 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 250 EUR inkl. Verpfl.

Auskunft: Kay Baumbach

Xental Akademie

Straßburger Str. 1

06184 Großkugel

Tel.: 034605/780003

Fax: 034605/50401

Thema: Updatekurs: Neues und Bewährtes in der Prophylaxe

Kursnummer: W01

Veranstalter: praxisDienste Fortbildungs GmbH

Termin: 13.08.2010:

14.00 – 19.00 Uhr

Ort: Leipzig

Gebühr: 248 EUR/ 198 EUR/

178 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft:

praxisDienste Fortbildungs GmbH

Brückenstr. 45, 69120 Heidelberg

Tel: 6221/649971-0

Fax: 6221/649971-20

info@praxisdienste.de

www.praxisdienste.de

Thema: Die Mundgeruchssprechstunde von A-Z – Konzepte für Ihre Praxis

Veranstalter: praxisDienste

Fortbildungs GmbH

Kursnummer: W02

Termin: 14.08.2010:

08.30 – 16.30 Uhr

Ort: Leipzig

Gebühr: 318 EUR/ 298 EUR/

258 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft:

praxisDienste Fortbildungs GmbH

Brückenstr. 45, 69120 Heidelberg

Tel: 6221/649971-0

Fax: 6221/649971-20

info@praxisdienste.de

www.praxisdienste.de

Thema: ZMP-Aufstiegsfortbildung

Veranstalter: praxisDienste

Fortbildungs GmbH

Termin: 6 Module:

16.08. – 21.08.,

09.09. – 11.09.,

16.09. – 18.09.,

30.09. – 02.10.,

18.10. – 23.10.

18.11 – 20.11.2010:

jeweils 08.00 – 17.00 Uhr

Ort: Mannheim

Kursleiterin: Anna Pohla

Kursgebühr: 3 450 EUR steuerfrei,

inkl. aller Unterlagen und Bücher

Auskunft: praxisDienste

Fortbildungs GmbH

Brückenstr. 45

69120 Heidelberg

Tel.: 06221/649971-0

Fax: 06221/649971-20

e-mail: info@praxisdienste.de

www.praxisdienste.de

Thema: Praktischer Arbeitskurs Bleaching mit Übungen zu allen Techniken!

Kursnummer: A08

Veranstalter: praxisDienste Fortbil-

dungs GmbH

Termin: 20.08.2010:

08.30 – 16.30 Uhr

Ort: Frankfurt/ Main

Gebühr: 318 EUR/ 298 EUR/ 258

EUR zzgl. MwSt.

Auskunft:

praxisDienste Fortbildungs GmbH

Brückenstr. 45, 69120 Heidelberg

Tel: 6221/649971-0

Fax: 6221/649971-20

info@praxisdienste.de

www.praxisdienste.de

Thema: Prophylaxe-Fahrplan für KFO-Patienten

Kursnummer: A07

Veranstalter: praxisDienste Fortbil-

dungs GmbH

Termin: 21.08.2010:

08.30 – 16.30 Uhr

Ort: Frankfurt/ Main

Gebühr: 318 EUR/ 298 EUR/ 258

EUR zzgl. MwSt.

Auskunft:

praxisDienste Fortbildungs GmbH

Brückenstr. 45, 69120 Heidelberg

Tel: 6221/649971-0

Fax: 6221/649971-20

info@praxisdienste.de

www.praxisdienste.de

Thema: Twin Block Technik

Veranstalter: RealKFO Fachlabora-

torium für Kieferorthopädie GmbH

Termin: 21./22.08.2010

Ort: RealKFO in Wehrheim/Ts.

Sonstiges: Ref.: Roger Harman,

ZT Rayk Wallrodt;

max. 6 Teilnehmer;

20 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 399 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft:

Monika Harman, RealKFO

In der Mark 63

61273 Wehrheim

Tel.: 06081/942131

Fax: 06081/942132

Thema: Schienenherstellung nach

den Gesetzmäßigkeiten der Natur

Veranstalter: VITA Zahnfabrik H.

Rauter GmbH & Co. KG

Termin: 23.08.2010

Ort: Leistungszentrum Leipzig

Sonstiges: Gastreferent:

ZTM Christoph Freihöffer

Gebühr: 275 EUR

Auskunft: VITA Zahnfabrik H. Rau-

ter GmbH & Co. KG

z. Hd. Frau Ute Schmidt

Spitalgasse 3

79713 Bad Säckingen

Tel.: 07761/562-235

Fax: 07761/562-233

Thema: Die kleine Laborpraxis:

VITA Sirona inLab / CEREC 3D

Veranstalter: VITA Zahnfabrik H.

Rauter GmbH & Co. KG

Termin: 24./25.08.2010

und 09./10.11.2010

Ort: Leistungszentrum Leipzig

Sonstiges: Gastreferentin:

Marianne Höfermann

Gebühr: 480 EUR

Auskunft: D.S. & C. Dental Service

and Consulting

Frau Marianne Höfermann

Jägerbauerstrasse 15

82061 Neuried

Tel.: 089/751261

Fax: 089/7595782

Thema: Augmentationstechniken in der MKG-Chirurgie (OP-Workshop)

Veranstalter: Medicon und die Universitätsklinik Schleswig-Holstein/Campus Lübeck

Termin: 25./26.08.2010

Ort: Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Universitätsklinikum Schleswig-Holstein / Campus Lübeck)

Sonstiges: PD Dr. Dr. Samer Hakim, Dr. Dr. Hans-Christian Jacobsen

Fortbildungspunkte: 12

Auskunft:

<http://courses.medicon.de>

Thema: Updatekurs: Neues und Bewährtes in der Prophylaxe

Veranstalter: praxisDienste Fortbildungs GmbH

Kursnummer: W01

Termin: 27.08.2010:
14.00 – 19:00 Uhr

Ort: Hannover

Gebühr: 248 EUR / 198 EUR / 178 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft:

praxisDienste Fortbildungs GmbH
Brückenstr. 45, 69120 Heidelberg
Tel: 6221/649971-0
Fax: 6221/649971-20
info@praxisdienste.de
www.praxisdienste.de

Thema: Ausbildung zur SGS-zertifizierten Praxismanagerin
Veranstalter: Wissen-schafft-Erfolg – Institut für Dentalfortbildung

Termine:

27./28.08.2010 Modul 1,
03./04.09.2010 Modul 2,
10./11.09.2010 Modul 3,
17./18.09.2010 Modul 4,
24./25.09. + 01.10.2010 Modul 5,
02.10.2010 Prüfung
freitags 14.00 – 19.00 Uhr,
samstags 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Köln

Sonstiges: Ref.: Vera Thenhaus;

Modul 1: EDV-Schulung,
Modul 2: Persönlichkeitsentwicklung,
Modul 3: Praxismarketing/Praxis-

management,

Modul 4: Hygienemanagement,

Modul 5: Qualitätsmanagement

Kursgebühr: 2 200 EUR zzgl.
MwSt., Prüfungsgebühr 364 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: Die Mundgeruchssprechstunde von A-Z – Konzepte für Ihre Praxis

Veranstalter: praxisDienste Fortbildungs GmbH

Kursnummer: W02

Termin: 28.08.2010:

08.30 – 16.30 Uhr

Ort: Hannover

Gebühr: 318 EUR/ 298 EUR/ 258 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft:

praxisDienste Fortbildungs GmbH
Brückenstr. 45, 69120 Heidelberg
Tel: 6221/649971-0
Fax: 6221/649971-20
info@praxisdienste.de
www.praxisdienste.de

Thema: Ästhetische Überpresskeramik

Veranstalter: BEGO

Termin: 30./31.08.2010

Ort: Bremen

Kursgebühr: 240 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

Verlust von Kammerausweisen

ZÄK Niedersachsen

Der Ausweis

Nr. 4482
von Dr. Eberhard Lang

wurde verloren, gestohlen beziehungsweise nicht zurückgegeben und wird für ungültig erklärt.

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

Einbruchsicherung für Zahnarztpraxen

Tatort Praxis

Die gute Nachricht: Die Gesamtzahl an Einbruchdiebstählen in Deutschland ist laut Polizeilicher Kriminalstatistik in den vergangenen Jahren leicht gesunken. Die schlechte: Immer häufiger gehören Arzt- und insbesondere Zahnarztpraxen zu den Zielen. Denn nach der Einführung der Praxisgebühr vermuten die Täter hier neben hochwertigen medizinischen Geräten, Rezeptblöcken oder Zahngold auch größere Mengen an Bargeld. Als geeignete Gegenmaßnahme empfiehlt sich der Einbau einbruchhemmender Türen oder Fenster oder der Einsatz moderner Alarmanlagen.

Mal gelingt es, mal gelingt es eher nicht: In Essen hatte vor wenigen Wochen ein 19-jähriger versucht, über den Balkon in eine Zahnarztpraxis einzubrechen. Dank einer aufmerksamen Anwohnerin konnte die zu Hilfe gerufene Polizei den Mann jedoch auf frischer Tat festnehmen. Als fadenscheinige Ausrede gab der Kletterkünstler an, er habe lediglich seinen Schlüssel zurückholen wollen, den er aus Versehen auf den Balkon geworfen habe. Ein Schelm, der Böses dabei denkt! Da der Mann der Polizei jedoch bereits einschlägig wegen verschiedener weiterer Delikte bekannt war, wurde er dennoch vorübergehend in Gewahrsam genommen. Der Zahnarzt kam in diesem Fall also mit dem Schrecken davon.

Weniger Glück hatte im vergangenen Jahr ein Kollege im thüringischen Rudolstadt. Dem oder den Tätern war es nach einem Bericht des MDR gelungen, über ein Seitenfenster in eine Zahnarztpraxis einzusteigen. Als Beute entwendeten sie mehrere teure medizinisch-technische Geräte und Instrumente, darunter ein Zahnstein-Entfernungsgeschäft, teure Technikmotoren und sechs verschiedene Winkelstücke aus Titan. „Offenbar kannten sich die Diebe in den Räumlichkeiten bestens aus, denn sie wussten ganz genau, wie man in die Praxis gelangen konnte“, so Polizeihauptkommissar Thomas Herbarth von der zuständigen



Foto: CC

Als Schutz vor Einbrüchen sollte auch der Einbau einbruchhemmender Türen oder Fenster in Erwägung gezogen werden.

Polizeilichen Beratungsstelle Saalfeld. „Auch sonst gingen die Täter sehr gezielt und gründlich vorbereitet vor. Wir fanden einen relativ sauberen Tatort vor und die gestohlenen technischen Geräte waren alle fachgerecht demontiert.“ Der entstandene Schaden allein für die verschwundenen Geräte beläuft sich auf 41 000 Euro. Hinzu

kommen die Kosten für notwendige Reparaturen sowie der finanzielle Schaden durch eine entwendete Geldkassette.

Meist Bargeld im Visier

Eine derartig große Beute ist nicht selten. In vielen Fällen beschränken sich die Täter

jedoch auf die Mitnahme von Bargeld. Einen wichtigen Grund für den deutlichen Anstieg von Einbrüchen in Zahnarztpraxen vermuten Experten daher in der Einführung der Praxisgebühr: Die damit gestiegenen Bargeldbestände in Praxen haben sich natürlich auch bei den Tätern herumgesprochen.

Belegt wird dieser Zusammenhang auch durch den Blick auf die Polizeiliche Kriminalstatistik für Sachsen, deren Befund sich so oder so ähnlich auch auf andere Bundesländer übertragen lässt: Die Statistik weist für den Tatzeitraum vom 1. Januar 2006 bis zum 30. Juni 2008 1 331 Fälle von Diebstahl in Arzt- oder Zahnarztpraxen aus. Bei über 50 Prozent dieser Einbrüche (675 Fälle) wurde Bargeld entwendet. Lediglich in neun Prozent der Fälle wurden dagegen Bildschirme, Computer und Notebooks (125), in rund drei Prozent Rezepte (35), und in lediglich 1,5 Prozent Arzneimittel (19) oder medizinisches Gerät (18) von den Dieben mitgenommen. Und Betäubungsmittel waren sogar nur in rund einem Prozent (10) der Fälle bevorzugtes Diebesgut. „Die Hauptzielrichtung

der Täter ist gegenwärtig Bargeld beziehungsweise Geld- und Kreditkarten“, so Joachim Zieschang, Erster Kriminalhauptkommissar und Leiter der Zentralstelle für Prävention beim Landeskriminalamt Sachsen. „Deren Lagerung erfolgt offensichtlich in vielen Fällen so, dass Täter leichten Zugriffs darauf haben.“

Und auch sonst gibt es bestimmte regelmäßig wiederkehrende Tatmuster: Eingebrochen wird meist am Abend, am Wochenende oder während der Urlaubszeit, die von vielen Zahnärzten durch Anzeigen in Tageszeitungen bekannt gemacht wird. Bevorzugtes Ziel der Täter sind insbesondere solche Praxen, die in anonymen, rein gewerblich genutzten Gebäuden liegen. Hier nutzen die Einbrecher häufig die Möglichkeit, sich am Abend einsperren zu lassen, um dann nach Geschäftsschluss in die Praxisräume einzubrechen. Und dort haben sie dann in der Regel leichtes Spiel und alle Zeit der Welt, sämtliche Schränke und Schubladen auf Wertsachen zu durchsuchen, ohne dabei irgendwelche Anwohner oder Zeugen fürchten zu müssen. Aber auch Praxen, die in Wohngebieten liegen, sind vor Einbruch keineswegs sicher,



Foto: MEV

Dass aufmerksame Anwohner einen Einbruch mitbekommen und die Polizei verständigen, darauf sollte man sich keinesfalls verlassen.

wie die Erfahrung zeigt. Hier steigen die Einbrecher oft durch leicht erreichbare Fenster, Terrassen- oder Balkontüren ein.

Erleichtert wird den Einbrechern ihr Handwerk häufig durch Unwissenheit oder nachlässiges Verhalten aufseiten der Eigentümer. Denn trotz der bestehenden Gefahr und der Warnungen der Polizei sind viele Praxen nur unzureichend gegen Einbruch gesichert. Herkömmliche Türen oder Fenster, die womöglich noch auf Kipp stehen, stellen in der Regel kein Hindernis dar und sind durch die Täter meist in wenigen Sekunden überwunden. Als Einbruchswerkzeug reicht oft einfaches Hebelwerkzeug wie ein herkömmlicher Schraubenzieher. In manchen Fällen genügt sogar ein Fußtritt gegen eine schwache Tür.

Absolute Sicherheit gibt es nicht

Zugegeben, absolute Sicherheit gegen Einbruch gibt es nicht. Aber durch moderne Sicherungs- und Überwachungstechnik, geeignete personelle und organisatorische Maßnahmen sowie durch ein sicherheitsbewusstes Verhalten lassen sich viele der Fälle vermeiden. Gerade Gelegenheitsdiebe drehen durch mechanische Sicherungen oft wieder ab. Und das, ohne dass die Praxis dabei zur Festung ausgebaut werden müsste. In den meisten Fällen werden Fenster und Türen durch Hebelgewalt aufgebrochen. Als wirksame Gegenmaßnahme empfiehlt sich daher der Einbau geprüfter einbruchhemmender Bauelemente, so dass die Täter erst gar nicht in die Praxis gelangen.

Gelingt es den Einbrechern, trotz dieser Vorkehrungen in die Praxis einzudringen, dann zählt jede Sekunde. Optimal ist es, wenn die eingebauten mechanischen Sicherungen daher durch eine Einbruchmeldeanlage ergänzt werden, die den Einbruch an ein Wachschutzunternehmen meldet und sofort die Polizei auf den Plan ruft. Welche Alarmierungsart und welches Produkt im Einzelfall zu empfehlen sind, hängt in erster Linie von den örtlichen Gegebenheiten ab. „Am besten ist es daher, der Zahnarzt wendet sich an den individuellen Beratungsservice der Kriminalpolizeilichen Beratungsstellen vor Ort“, so Polizeihauptkommissar Herbarth. „Die Fachleute dort stellen eventuelle Schwachstellen fest und geben konkrete Ratschläge zur Verbesserung des Einbruchschutzes. Die Beratungen werden mit Ausnahme von Berlin bundesweit kostenlos angeboten.“

In vielen Fällen reicht aber auch schon der Einsatz von Licht, um potentielle Einbrecher wirksam abzuschrecken. Denn Licht erhöht nicht nur das Entdeckungsrisiko, sondern signalisiert den Tätern gleichzeitig, es könnten sich unter Umständen Personen in der Praxis aufhalten. Durch den Einsatz automatischer Lichtschaltgeräte, Dämmerungsschalter oder Zeitschaltuhren kann dieser Effekt noch verstärkt werden. In dem von



Foto: dia-mediacolors

Die Polizei rät zu einem guten Kontakt zu Praxisnachbarn, dadurch verringere sich die Chance für Diebe, zum Zuge zu kommen.

der Polizeilichen Kriminalprävention der Länder und des Bundes herausgegebenen Infoblatt „Sicherheit in Arzt- und Zahnarztpraxen“ wird außerdem empfohlen, Kontakt zu den Bewohnern benachbarter Wohnungen oder Gewerbeeinheiten zu pflegen. Denn in einer aufmerksamen Nachbarschaft haben Einbrecher und Diebe deutlich geringere Chancen, zum Zuge zu kommen. Neben einer mangelhaften baulichen Sicherung der Praxis oder einer fehlenden Alarmanlage können vor allem Vergesslichkeit oder ein nachlässiger Umgang der Angestellten Sicherheitslücken entstehen lassen. Wichtig ist, dass beim Verlassen der Praxis alle Türen und Fenster verschlossen und sämtliche Rollläden heruntergelassen werden. Außerdem muss daran gedacht werden, die Einbruchmeldeanlagen einzuschalten.

Sicherheit als oberstes Gebot

Die meisten Einbrecher in Zahnarztpraxen haben es wie gesagt auf Bargeld abgesehen. Das Infoblatt der Polizei empfiehlt daher, das über die Praxisgebühr eingenommene Geld

am besten umgehend vor dem Zugriff Unbefugter zu sichern und es grundsätzlich immer nur hinter verschlossenen Türen zu zählen und zu bündeln, um so erst gar keine Begehrlichkeiten zu wecken. Gleichzeitig rät die Polizei, den Bargeldbestand in der Praxis möglichst gering zu halten und das Geld in regelmäßigen Abständen zur Bank zu bringen. Sollte dies nicht immer möglich sein, sollte die Aufbewahrung in einem geprüften Wertschutzschrank erfolgen. Darüber hinaus rät Herbarth zu regelmäßigen Sicherungskopien, die dann zuhause oder in einem sicheren Wertbehältnis aufbewahrt werden sollten. „So können bei einem Einbruch zumindest keine wichtigen Patientendaten verloren gehen.“

So sinnvoll diese unterschiedlichen Maßnahmen im Vorfeld sind, so deutlich gewarnt werden muss andererseits jedoch vor falschem Engagement im Einsatz gegen den Täter: Ertappt jemand einen Einbrecher auf frischer Tat,

dann ist das einzig Richtige, sich in Sicherheit zu bringen. „Der Schutz von Leben und Gesundheit hat in jedem Fall Vorrang vor materiellen Werten“, rät die Polizei in ihrem Infoblatt. „Gehen Sie kein unnötiges Risiko ein. Gegenwehr ist oft zwecklos, reizt den Täter und bringt Sie in Gefahr.“ Stattdessen sollte man sich den Hergang der Tat sowie wesentliche Merkmale des Täters wie Bekleidung, Alter, Größe, Statur, Haarfarbe und Sprache einprägen und schnellstmöglich unter 110 die Polizei informieren.

Individuelle Kennzeichnung

Ist es den Einbrechern trotz aller Sicherheitsmaßnahmen gelungen, in die Praxis einzudringen und Wertgegenstände oder Bargeld zu entwenden, dann hilft der Polizei eine individuelle Kennzeichnung gestohlener Geräte, um so deren Verbleib ermitteln zu können. Eine sichere Identifizierung ist beispielsweise durch die individuelle Gerätenummer möglich, so die Polizei. Fehle diese Nummer, dann empfiehlt sich, stattdessen eine eigene deutlich und dauerhaft sichtbare Kennzeichnung vorzunehmen – etwa

mit unvergesslichen Daten, wie dem eigenen Kfz-Kennzeichen, dem eigenen Geburtsdatum und den Initialen des eigenen Namens. Darüber hinaus empfiehlt die Polizei, eine Wertsachenliste zu führen. Denn so stiegen die Chancen, die gestohlenen Geräte zurückzubekommen und die Tat nachweisen zu können.

Wichtig ist außerdem eine ausreichende Versicherung der Praxis und der dort genutzten Geräte. Die obligatorische Praxisversicherung deckt Schäden durch Brand, Diebstahl, Vandalismus, Leitungswasser, Sturm und Hagel ab. Um eine Unterversicherung zu vermeiden, empfehlen die Versicherer dabei, den Neuwert der Praxis zu versichern. Als Neuwerte gelten die Listenpreise der Hersteller oder die Werte für die Neuanschaffung der Geräte und des Inventars. Doch Vorsicht: Erst der Blick ins Kleingedruckte verrät, welche Schäden tatsächlich versichert sind und welche nicht.



Foto: CC

Regelmäßige Sicherungskopien aller praxisrelevanter Daten sind heutzutage (hoffentlich) selbstverständlich.

Ein wirksamer Ansatz zur Reduzierung von Einbrüchen ist außerdem die Unterbrechung der kriminellen Vertriebswege. Deshalb sollte man generell äußerst misstrauisch bei gebrauchten zahnmedizinischen Geräten sein. „Das gilt insbesondere dann, wenn man sie von Leuten angeboten bekommt, die nicht als gewerbliche Händler gemeldet sind“, so Thomas Herbarth. „Außerdem sollte man darauf achten, dass man die Geräte in einem Originalkarton erhält und die Seriennummern vorhanden sind. Sollte diese nicht mehr vorhanden sein, kann der Zahnarzt davon ausgehen, dass es sich um Diebesgut handelt.“ Und dann heißt es Finger weg und gegebenenfalls die Polizei verständigen!

Robert Uhde
Grenadierweg 39
26129 Oldenburg

Polizeiliche Beratungsstellen:
www.polizei-beratung.de

Investition in Gesundheit: Pharmaaktien

Mit neuen Rezepturen

Kostendruck durch staatliche Gesundheitsreformen und auslaufende Patente setzen der Pharmaindustrie zu. Neue Märkte, geschickte Übernahmen und innovative Forschung sorgen für gute Zukunftschancen. Für Anleger bieten sich interessante Möglichkeiten, an der positiven Entwicklung teilzuhaben.

Von „Big Pharma“ sprechen Analysten und Anleger, wenn von der Macht der weltgrößten pharmazeutischen und biotechnischen Unternehmen die Rede ist. Kaum ein Industriezweig verfügt über größeren Einfluss auf die Politik als die pharmazeutische Industrie. Bundesgesundheitsminister wie Ulla Schmidt oder ihr Nachfolger Philipp Rösler wissen ein Lied davon zu singen. Doch was des einen Leid, ist des anderen Freud. Für Anleger war der Kauf von Pharmaaktien in der Vergangenheit immer eine sichere Angelegenheit. Galten sie doch als krisenfest und konjunkturunabhängig. Denn krank werden die Menschen immer. Doch inzwischen kämpfen die Unternehmen auf verschiedenen Problemfeldern. Weil die Kosten für die Gesundheit inzwi-

gesetzliche Krankenversicherung ein, die ebenfalls für Kostendämpfung sorgen wird. Auf diese Gegebenheiten muss sich auch „Big Pharma“ einstellen. Ulrich Huwald, Pharmaanalyst bei der Hamburger Privatbank M.M. Warburg, sagt: „Die Kostendiskussion macht die Branche anfällig. Sie ist nicht mehr wie früher außen vor.“ Für ihn stellt sich die Frage: „Was wird noch bezahlt?“

Generika drücken Preise

Hierzulande versuchen die gesetzlichen Kassen, möglichst auf preiswerte Generika zu setzen und auf Rabattverträge, die sie mit den Herstellern abschließen. Ein weiteres Problem haben die Pharmazeuten selbst

zu deutlich reduzierten Kosten zu übernehmen. Das sogenannte Patent-Cliff auszugleichen, wird den Pharmaforschern kaum gelingen.

Harald Schwarz, Fondsmanager bei Medical Health Strategy, meint: „Die Patentabläufe haben bereits 2000 begonnen. In diesem Bereich sind seither Jahresumsätze von circa 100 Milliarden Dollar weggefallen, in den nächsten Jahren geht es noch mal um die gleiche Summe.“ Die Forschung ist zu teuer und ineffizient geworden. Früher ging es darum, ein Medikament für eine weit verbreitete Krankheit zu finden, das dann Jahre lang die Kassen füllt. Minimale Produktverbesserungen sorgten für höhere Preise und das Überleben des Kassenfüllers. Einen solchen Blockbuster zu entwickeln, ist

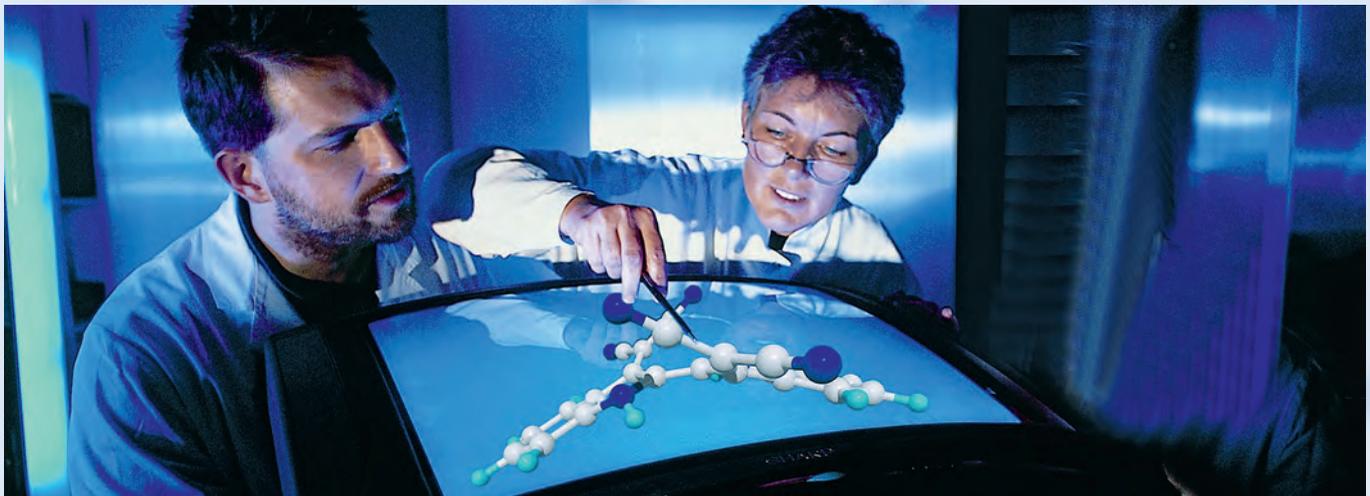


Foto: Altana Pharma AG, Hintergrundfoto: Takeda Pharma

Ungeachtet mancher Mißlichkeiten sprechen Analysten bei den Medikamenten-Produzenten immer noch von „Big Pharma“.

schen für Staat, Versicherungen und Patienten kaum noch bezahlbar sind, hält der Staat zunehmend den Daumen darauf. So geschieht es nicht nur in Deutschland, auch in Spanien, England und anderen europäischen Ländern versuchen die Regierungen, die Kosten zu deckeln. Die USA führen eine

zu verantworten. Viele Patente, darunter wichtige Gewinnbringer wie zum Beispiel der Cholesterinsenker Lipitor von Pfizer oder das Nervenmittel Zyprexa von Eli Lilly, laufen aus. Sobald das Medikament freigegeben ist, stehen die Generika-Hersteller in den Startlöchern, um die Produktion

beinahe unmöglich geworden. Denn die gängigen Wirkstoffe sind erforscht. Zudem haben die Aufsichtsbehörden ihre Kontrollen verschärft, damit Skandale wie um den Bayer-Cholesterinsenker Lipobay oder das Schmerzmittel Vioxx von Merck nicht mehr passieren.

Kein echter Pharma-Coup der Industrie

Einen wirklichen Coup hat die Pharmaindustrie in den letzten Jahren nicht mehr gelandet. Die Strategien in der Pharmaindustrie werden sich grundsätzlich ändern müssen. Doch die Konten der Unternehmen sind gut gefüllt und Ideen für die Lösung der Probleme gibt es auch.

Finanziell gut aufgestellte Firmen versuchen, durch Zukäufe Konkurrenten auszuschalten oder das eigene Angebot zu erweitern. So übernahm der US-Riese Pfizer für 68 Milliarden Dollar den Mitbewerber Wyeth. Und Merck legte sich für 41 Milliarden Dollar Schering-Plough zu. Mit diesen Einkäufen können sie die Kosten in Vertrieb und Forschung senken. Doch Innovationen im Forschungsbereich sind damit nicht garantiert. Ein Weg, die Forschung wieder effizienter und erfolgreicher zu gestalten ist der Kauf kleinerer Spezialisten. Von Interesse sind vor allem solche Firmen, die bereits ein Medikament möglichst in Phase 2 der Tests haben. Damit kauft man sich das Know-how, ohne selbst Aufwand betreiben zu müssen. Auf Biotechnologie setzt zum Beispiel der Schweizer Konzern Roche. Dank der Übernahme von Genentech für 47 Milliarden Euro beläuft sich der Umsatz in diesem Bereich schon auf 60 Prozent. Die Schweizer verfügen damit über das bedeutendste Know-how auf diesem Gebiet und die weltweite Führung in dieser Sparte. Einer der Vorzüge in diesem Bereich sind die um zwei auf zwölf Jahre verlängerten Vermarktungsrechte. Insgesamt beliefen sich die Übernahmen in der Zeit von 2008 bis Ende 2009 auf mehr als 700 mit einer Gesamtsumme von 321 Milliarden Dollar. Als Übernahmekandidaten gelten immer noch die amerikanischen Firmen Eli Lilly und Bristol-Myers Squibb sowie die britischen Gesellschaften Astra Zeneca und Shire.

Forschung zu Krebsmitteln zukunftssträftig

Um die Umsatzeinbußen nach dem Ablauf eines Patents zu begrenzen, nehmen die Großen gern ein paar Dollar oder Euro in die

Hand und kaufen sich einen Generika-Produzenten, wenn dieser Zweig noch auf der Produktpalette fehlt. So stieg Novartis mit dem Kauf der deutschen Hexal zum weltweit führenden Generika-Hersteller auf. Nachdem der israelische Spezialist Teva für 3,6 Milliarden Euro Ratiopharm ergattert hat, wartet jetzt noch Stada auf einen Käufer. In Frage kommen der isländische Generika-Hersteller Actavis oder der amerikanische Pharma-Generalist Pfizer.

Bei den Medikamenten geht der Trend eindeutig in Richtung lebenserhaltender Produkte. Besonders im Bereich der Krebserkrankungen sehen die Forscher große Chancen. Erfolge versprechen besonders die für jeden Patienten individuell angepassten Arzneien. Ein Beispiel dafür ist das jetzt in den USA vorgestellte und von Dendreon entwickelte Präparat gegen Prostatakrebs: Provenge. Dabei handelt es sich um eine individualisierte Therapie, für die dem Patienten Immunzellen entnommen, gegen den Tumor eingestellt und als dreimalige Impfung wieder ins Blut zurückgegeben werden. Die Entwickler erhoffen sich damit, den Tumor zumindest zum Stillstand zu bringen. Dass ein solches Verfahren teuer ist, versteht sich von selbst. Die Frage wird sein, inwieweit die Versicherungen bereit sein werden, die Kosten in Höhe von 93 000 Dollar zu übernehmen. Die amerikanische Krankenversicherung Medicare wird zahlen, denn sie kommt für alle Infusionen auf. Handelte es sich bei dem Medikament um Tabletten, müsste der Patient sich beteiligen. Schon jetzt herrscht ein Ansturm auf Provenge, so dass Dendreon verlautbaren ließ, dass pro Jahr nur 2 000 Patienten behandelt werden können. Dabei sind bislang noch keine wissenschaftlichen Ergebnisse in einer Fachzeitschrift veröffentlicht worden.

Kosten-Nutzen-Diskussion

Doch es wird jetzt schon klar, dass es in der Krebsmedizin zur massenhaften Entwicklung von Spezialpräparaten mit einer oft nur marginalen Verlängerung der Lebenszeit kommen wird. Die Preise für diese Medizin werden explodieren. Nicht nur in Deutschland wird es automatisch zu einer wenig er-

freulichen Kosten-Nutzen-Diskussion kommen, bei der es darum geht, wie viel ein um paar Monate verlängertes Leben wert ist. Thomas Hartauer, Vorstand der Fondsgesellschaft Lacuna, meint: „Ich glaube, dass ein solches auf jeden Patienten individuell abgestimmtes Medikament für die Versiche-

Krankheiten gemeint, die niemals in großen Mengen produziert werden und um die die Forschung sich bislang wenig gekümmert hat. Seit 1983 fördern die USA mit staatlichen Anreizen die Forschung auf diesem Gebiet. Die EU hat 2000 eine entsprechende Regelung erlassen. Seitdem steigen die

China als Boom-Region

Die größten Umsatzzuwächse erhofft sich die Branche aber auf den Emerging Markets. Auch Analyst Schwarz sieht die Chancen dort: „Die Erfahrung zeigt, dass mit einem wachsenden Bruttonutzenprodukt die Ausgaben für die Gesundheit überproportional steigen.“ Schwellenländer wie China und Indien stehen auf den Listen ganz oben. Zumal die Chinesen bereits eine gesetzliche Krankenversicherung eingeführt haben. Ziel ist, in einem Jahr bis zu 80 Prozent der Bevölkerung mit einem Versicherungsschutz zu versehen. Im vergangenen Jahr wurden 1 000 Krankenhäuser gebaut, weitere 1 000 folgen in 2010. Alle werden nach dem neuesten Stand der Technik eingerichtet. „Die Versicherungen dort zahlen alles“, sagt Hartauer. Vor allem für die Generika-Produzenten verspricht diese Entwicklung zunächst große Umsatzzuwächse. Auf diesen Märkten hat sich das französische Unternehmen Sanofi-Aventis schon gut etabliert. Immerhin erwirtschaftet es bereits 25 Prozent seiner Umsätze in den Schwellenländern.

Anleger, die von den vielen positiven Entwicklungen im Health-Care-Bereich profitieren wollen, können sich auf einzelne Aktien konzentrieren. Dabei sollten sie sich allerdings auf Blue-Chips wie Bayer, Roche, Novartis, Sanofi-Aventis, Johnson & Johnson oder ähnliche beschränken. Wer nicht die Risiken einzelner Aktien in Kauf nehmen möchte, investiert in Fonds, die in die großen Unternehmen investieren. Dazu gehören unter anderen der ESOA Stock Pharma oder der KBC Equity Fund Pharma. Zu den Spezialfonds in diesem Bereich gehört der seit 1999 bestehende Lacuna-Biotech. Er investiert in mittelgroße Biotech-Unternehmen. Generell sollten sich auch Zahnärzte, die sich im Health-Care-Bereich gut auskennen, mit ihrer Investition auf eine Beimischung mit Pharmawerten zu ihrem ansonsten breit gestreuten Depot beschränken.

Marlene Endrueit
m.endrueit@netcologne.de



Foto: Boehringer Ingelheim

Forschung kostet die Pharmaindustrie viel Geld, ist aber auch lukrativ: Wer als erster ein wirksames Mittel gegen zum Beispiel Alzheimer findet, kann mit satten Gewinnen rechnen.

rungen interessant ist. Denn es wird nur einmal verabreicht und es benötigt fast keine Nachsorge.“ Den Preis für ein Medikament können Unternehmen so lange bestimmen, so lange es kein preiswerteres Konkurrenzprodukt auf dem Markt gibt. Im Bereich der Krebserkrankungen rechnet auch das Marktforschungsinstitut IMS Health mit steigenden Umsätzen. 2012 sollen es 75 Milliarden Dollar sein. Bis dahin kommen bis zu 30 Präparate auf den Markt, rund 800 befinden sich in der Entwicklung. Dank Genetech hat Roche hierbei die Nase vorn.

Medikamente für seltene Krankheiten

Eine weitere Nische, die in Zukunft stärker besetzt werden dürfte, sind die Orphan Drugs. Damit sind Medikamente für seltene

Zulassungen für Orphan Drugs stetig an. Für die Pharmazeuten lohnt sich der Einsatz, denn die Preise für die Medikamente sind enorm. So kostet zum Beispiel die Behandlung des Gaucher-Syndroms – eine erbliche Störung des Fettstoffwechsels – jährlich knapp 300 000 Dollar. Betroffen ist ein Mensch von 40 000, in Deutschland sind es 2 000. Hartauer glaubt, dass die Kassen diese Präparate weiterhin bezahlen werden: „Die Menschen können häufig wieder ins Arbeitsleben einsteigen. Außerdem fallen die Pflegekosten weg.“

Viel Potenzial steckt allein in der Tatsache, dass die Menschen immer älter werden. So lohnt es sich, Geld in die Erforschung von Alzheimer zu stecken. Wer als erster ein wirksames Mittel dagegen findet, hat einen Schatz gehoben. Auf der Suche sind unter anderen Novartis und Wyeth.

Fehlende PC-Kenntnisse

Kündigung gerechtfertigt

Trotz langer Praxiszugehörigkeit – mangelnde PC-Kenntnisse können zur Kündigung führen. Das Landesarbeitsgericht (LAG) Schleswig-Holstein entschied im Falle eines 55-jährigen Mannes, der 40 Jahre in einer kleinen Kfz-Werkstatt gearbeitet hatte, dass dessen Kündigung rechtens sei.

Der Mann war in einem Kleinbetrieb mit drei Mitarbeitern beschäftigt. Von den drei Mitarbeitern hatte der Betroffene keinerlei Interesse am Computer und an anderen technischen Geräten. Da er diese aber gelegentlich für seine Arbeit brauchte, bat er kurzerhand seine Kollegen um Hilfe. Aus finanziellen Gründen

musste der Arbeitgeber einen seiner drei Angestellten entlassen. Er kündigte dem ältesten Mitarbeiter, jenem ohne Computerkenntnisse, obwohl dieser schon seit 40 Jahren im Betrieb war. Der Arbeitnehmer reichte eine Kündigungsschutzklage ein, da er der Meinung war, dass angesichts seines Alters die Kündi-



Foto: MEV

gung sozial ungerechtfertigt sei. Zudem vertrat er die Auffassung, dass es die Aufgabe des Arbeitgebers sei, die Arbeitnehmer auf die zunehmende Technisierung vorzubereiten und sie entsprechend aus- und fortzubilden. Das entspreche auch dem Grundsatz der Fürsorgepflicht.

Die Richter des LAG Schleswig-Holstein sahen dies jedoch anders. Nach ihrer Ansicht ist es Sache des Arbeitnehmers, sich mit seinen Kenntnissen und Fähigkeiten auf der Höhe der Zeit

zu halten. Jeder Arbeitnehmer muss deshalb von sich aus versuchen, sich weiterzubilden. Selbstverständlich kann gegebenenfalls der Arbeitgeber um Unterstützung gebeten werden. Zudem vertreten sie die Ansicht, dass eine lange Betriebszugehörigkeit, ein hohes Lebensalter

oder sonstige Tatsachen, die eine Person als sozial schwachen Arbeitnehmer ansehen lassen, nicht genügen, eine Kündigung unwirksam werden zu lassen. Wäre das der Fall, wären Arbeitnehmer allein durch Zeitablauf irgendwann unkündbar.

LAG Schleswig Holstein
Urteil vom 09.09.2009
AZ: 3 Sa 153/09

Dr. Sigrid Olbertz
Zahnärztin, MBA
Mittelstr. 11a
45549 Sprockhövel-Haßlinghausen



„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.

Ärztliches Attest

Wahrheitsgehalt zählt

Ein ärztliches Attest muss stimmen. Wird es aus Gefälligkeit oder ohne Beachtung der fachlich erforderlichen Sorgfalt ausgestellt, verstößt der ausstellende Arzt gegen seine Berufspflicht und muss mit einer Strafe rechnen. Das entschied das Verwaltungsgericht (VG) Gießen in einem Urteil.

Angezeigt wurde ein Psychiater von einem Vorsitzenden Richter bei einem hessischen Verwaltungsgericht. Dem Richter wurde bei einem Asylverfahren ein nervenärztliches Attest vorgelegt, das nach Einschätzung des Richters fehlerhaft war. In dem Attest hatte der Psychiater bestätigt, dass der Kläger in jenem Asylverfahren unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leide. Er befinde sich seit

einem bestimmten Datum regelmäßig in psychotherapeutischer Behandlung und es würden 14-tägige Gespräche geführt. Tatsächlich jedoch war der Kläger nur zweimal in der Praxis des Psychiaters gewesen und eine Behandlung hatte bisher noch nicht stattgefunden. Beim zweiten Arztbesuch hatte der Kläger um das für das anstehende Asylverfahren benötigte Attest gebeten und es auch erhalten.

Die Richter stellten in ihrem Urteil fest, dass die Berufspflicht eines Arztes ohne Ansehen der Wünsche eines „Auftraggebers“ gelte, ganz gleich, ob es sich um einen Patienten oder sogar um eine öffentliche Stelle handelt. Die Berufsordnung regelt ganz eindeutig, dass Vorgaben oder tatsächliche oder vermeintliche Erwartungshaltungen eines Dritten – wozu der Patient aber auch ein Auftraggeber zählt – vom Arzt bei der Erstellung eines Gutachtens wie auch bei der Erstellung eines Zeugnisses (Attests) unberücksichtigt zu lassen sind.

Durch eine fehlerhafte Vorgehensweise bei der Ausstellung von Gutachten oder Zeugnissen wird das Vertrauen der Bevölkerung in die Integrität und

Zuverlässigkeit der Angehörigen des ärztlichen Berufsstands nachhaltig erschüttert. Zudem können die Auswirkungen des Gebrauchmachens von solchen Gutachten oder Attesten von erheblicher Natur sein und gar zu Fehlentscheidungen führen. Deshalb bedürfen Verstöße gegen die Berufsordnung einer nachhaltigen Sanktionierung. Die Richter erteilten dem Facharzt einen Verweis und verurteilten ihn zu einer Geldbuße von 2000 Euro.

VG Gießen
Urteil vom 04.03.2010
AZ: 21 K 381/09

Dr. Sigrid Olbertz
Zahnärztin, MBA
Mittelstr. 11a
45549 Sprockhövel-Haßlinghausen

Rückzahlung von Fortbildungskosten

Rückzahlung muss angemessen sein

Immer wieder muss sich das Bundesarbeitsgericht (BAG) mit Rückzahlungsklauseln von Fortbildungskosten im Arbeitsvertrag beschäftigen. Arbeitgeber sollten sich an die Regelungen des Gerichts halten.

Einerseits wünscht ein Arbeitgeber qualifiziertes Personal, andererseits muss sich aber auch der finanzielle Aufwand lohnen. Um diesen zu rechtfertigen, binden viele Arbeitgeber ihre Mitarbeiter durch entsprechende vertragliche Vereinbarungen, sogenannte Rückzahlungsklauseln, an das Unternehmen. Danach muss ein Arbeitnehmer die Aus- und Fortbildungskosten zurückzahlen, wenn er innerhalb eines gewissen Zeitraums das Unternehmen verlässt.

Die Urteile des BAG bestätigen, dass Arbeitgeber von ihren Beschäftigten die Erstattung von Fortbildungskosten verlangen können. Jedoch unterliegen die Regelungen der Inhaltskontrolle, wonach die Rückzahlung unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalls angemessen sein muss.

Die Vereinbarung wird somit unwirksam, wenn die zwischen dem Chef und dem Beschäftigten getroffene Regelung diese Voraussetzung nicht erfüllt.

Unangemessen ist eine Regelung, die den Arbeitnehmer nach dem erfolgreichen Abschluss einer Fortbildung noch mindestens fünf Jahre an ein Unternehmen bindet. Das BAG hielt eine zweijährige Bindungsfrist für angemessen. Die zu lange Bindungsfrist ist nach Ansicht des Gerichts unzulässig, da sie den Arbeitnehmer unangemessen benachteiligen würde. Die Richter erklärten die gesamte Vereinbarung für unwirksam und der Arbeitnehmer musste keinen Cent zurückzahlen.

Jedoch gibt das Gericht keine starren Grenzen bezüglich der Bindungsdauer vor. Die Richter



Foto: Kzenon – Fotolia

gehen davon aus, dass die Bindungsdauer abhängig ist von der Dauer der Ausbildung und der Wertigkeit der erlangten Fähigkeiten. Eine grobe Orientierung für den Regelfall gibt der folgende Zeitrahmen: Dauert die Fortbildung bis zu zwei Monate, ist eine Bindungsdauer bis höchstens ein Jahr empfehlenswert. Dauert die Fortbildung zwischen sechs Monaten und einem Jahr, sollte die Bindungsdauer nicht länger als drei Jahre betragen. Eine Bindungsdauer bis zu fünf Jahren kann vereinbart werden, wenn die Fortbildung mehr als zwei Jahre dauert.

Bei diesen Vorgaben ist zu beachten, dass sich die angegebenen Zeiten nicht auf die komplette

Dauer einer Fortbildungsmaßnahme beziehen. Denn es werden nur die Zeiten berücksichtigt, in denen die Mitarbeiterin auch tatsächlich an der Bildungsmaßnahme teilgenommen hat. Rückzahlungsklauseln dürfen auch nur für solche Fortbildungsmaßnahmen vereinbart werden, mit denen die Praxismitarbeiterin eine höhere berufliche Qualifikation erreicht und die sie auch außerhalb der Praxis des Arbeitgebers verwerten kann. Demnach ist eine Kostenbeteiligung auszuschließen, wenn es sich bei der Fortbildung um Kurzlehrgänge oder um die Auffrischung und/oder Anpassung von Kenntnissen handelt. Zudem ist eine Rückforderung der Fortbildungskosten ebenfalls nicht möglich, wenn das Arbeitsverhältnis durch den Zahnarzt gelöst wird.

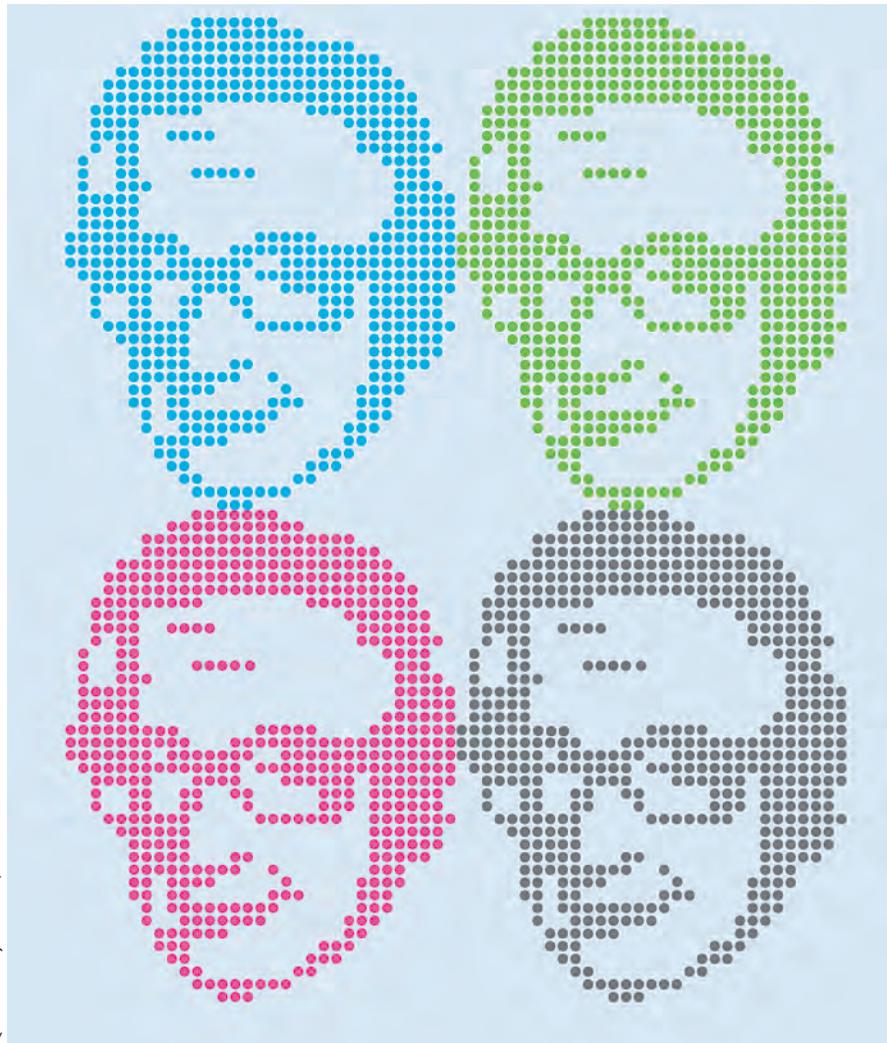
*BAG
Urteil vom 14.01.2009
AZ: 3 AZR 900/07*

*Dr. Sigrid Olbertz
Zahnärztin, MBA
Mittelstr. 11a
45549 Sprockhövel-Haßlinghausen*

100. Geburtstag Konrad Zuse

Herr der Rechenmaschinen

Rechnen fand der Computerpionier Konrad Zuse mühsam und lästig. Deshalb entwickelte er eine Maschine, die die leidige Arbeit für ihn erledigte – und legte damit den Grundstein für den Computer. Am 22. Juni wäre der deutsche Erfinder 100 Jahre alt geworden.



Quelle: Zuse-Jahr 2010 / Konrad Zuse

„Die Rechenmaschine befindet sich heute, meist noch unbeachtet, in einer Phase der Entwicklung, in der sie in Gebiete des Denkens vorstößt, die man bisher bei mechanischen Vorrichtungen nicht für möglich hält. Die ersten Schritte in Richtung auf das künstliche Gehirn sind bereits getan.“ Das schreibt Konrad Zuse 1948 in seiner Abhandlung „Freiheit und Kausalität im Lichte der Rechenmaschine“. Schon darin zeigt sich: Zuse war ein vielseitig interessierter

Denker. Er liebte die Wissenschaft, arbeitete wie ein Besessener an seinen Maschinen und neuen Ideen, war aber zeitlebens auch ein leidenschaftlicher Maler.

Zuse kommt am 22. Juni 1910 in Berlin zur Welt. Sein Vater Emil, preußischer Beamter im Postdienst, und seine Mutter Maria, Hausfrau, erkennen früh das künstlerische Talent ihres Sohnes. Er wird gefördert. Malt, zeichnet und bastelt. 1924 zieht die Familie nach Hoyerswerda im damaligen Schlesien,

wo der Vater die Leitung des Postamts übernimmt. 1928 macht Zuse Abitur. Bei der Wahl des Studienfachs lässt er sich von seinen Interessen leiten, schreibt sich für Maschinenbau an der TH Berlin-Charlottenburg ein – und wird enttäuscht. In dem Fach herrschen strenge Regeln. In der Hoffnung auf mehr Spielraum wechselt Zuse zur Architektur. Aber auch dort stören ihn die vielen Normen. 1931 lässt er sich von der TH beurlauben und geht nach Köln, wo er für die Ford-Autowerke Werbeplakate zeichnet. Er denkt darüber nach, Grafiker zu werden, geht dann aber doch nach Berlin zurück und studiert Bauingenieurswesen. 1934 schließt er sein Studium ab. Gelingweil von den zeitaufwendigen, monotonen Berechnungen, kommt ihm eine Idee: Es sollte eine Maschine geben, die sich für den Ingenieur mit den Zahlenkolonnen herumschlägt. „Die stumpfe Rechnerie hat sein Leben verändert“, so sein Sohn Horst Zuse in einem Interview mit dem „Computer-Club“ 2007. „Weder in seinen Schulheften noch anderswo findet man vorher Hinweise, dass ihn automatische Rechenmaschinen interessiert haben.“ Die Möglichkeiten, die in einer Rechenmaschine stecken, faszinieren Zuse. Zum einen erhofft er sich, dass durch die Zeitersparnis beim Rechnen mehr Kreativität möglich ist, zum anderen denkt er auch ans Geschäft: Eine Maschine, die das leidige Rechnen übernimmt, ließe sich an viele Kollegen verkaufen. 1936 macht der 26-Jährige sich an die Arbeit.

Vom Blech zum Relais

Zunächst muss der junge Erfinder aber Geld verdienen. Er fängt als Statiker bei den Henschel-Flugzeug-Werken in Berlin an. Jede freie Sekunde steckt er in sein Projekt. Nach einem Jahr kündigt er den Job und widmet sich ganz der Entwicklung der Maschine. Er nennt sie V1, Versuchsmodell 1 – in die Geschichte wird sie als Z1 eingehen. Wieder unterstützen ihn seine Eltern, die mittlerweile zurück nach Berlin gezogen sind

zm-Info

Wer hat's erfunden?

Konrad Zuse stellte bereits 1941 einen Patentantrag für seine Rechenmaschinen. Im Jahr 1967 wird der Antrag abgelehnt. Begründung: fehlende Erfindungshöhe. Weil Zuse nie ein Patent erhielt, galt der Amerikaner Howard H. Aiken lange als Erfinder des Computers. Er stellte im Jahr 1944 seinen Relaisrechner „MARK I“ vor.

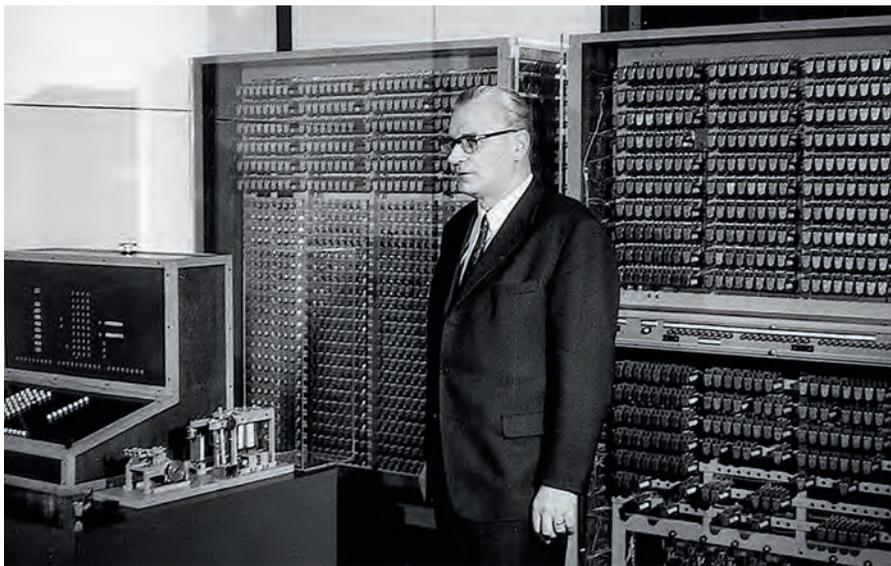
und in Kreuzberg leben. Sie stellen Zuse ihr Wohnzimmer als Werkstatt zur Verfügung. 1938 stellt er die Z1 fertig. Sie besteht aus 30 000 Einzelteilen, kleinen Blechen, die er im Altwarenhandel kiloweise gekauft und in mühsamer Kleinarbeit zusammengefügt hat. Die Maschine erlaubt bereits das Rech-

nen mit Gleitkommazahlen, besitzt Ein-/Ausgabe-, Rechen-, Speicher- und Programmwerk, das die Programme von gelochten Filmstreifen abliest. Schnell muss Zuse feststellen, dass die mechanische Programmsteuerung nicht zuverlässig arbeitet – die Bleche klemmen stellenweise. Ein weiteres Manko des Prototyps: Der riesengroße Aufwand an mechanischen Verknüpfungen für einen Zwischenspeicher. Zuse macht sich auf die Suche nach einer Alternative und experimentiert ab 1938 für das Nachfolgemodell Z2 mit der elektromagnetischen Relais-technik. Relais haben zwei Zustände: „Offen“ gleich „0“ und „Geschlossen“ gleich „1“ – das Prinzip des binären Rechnensystems. Weil er seine Forschung selbst finanziert, setzt Zuse auf Recycling. Er besorgt sich 200 ausgemusterte Telefonrelais als Schaltelemente. Die Zuverlässigkeit der Relais überzeugt ihn – für seine nächste Rechenmaschine verwendet er circa 2500

Stück. Da deren Spulenspannung nicht ganz mit seiner vorgegebenen übereinstimmt, muss er alle Spulen neu mit Draht umwickeln und Kontakte aufschrauben.

1941 steht der erste funktionierende Computer der Welt: die Z3. Sie ist programmierbar, rechnet im binären System und speichert die Ergebnisse. „Die Z3 hatte eine Taktgeschwindigkeit von 5 Hz, heutige Computer arbeiten 600 Millionen Mal schneller“, erklärt Horst Zuse.

Für die Nachwelt sind Zuses Originalmaschinen und die Pläne leider nicht erhalten. Sie werden im Zweiten Weltkrieg bei Bombenangriffen zerstört. Mit der Z4, einer leistungsfähigeren Version der Z3, flüchtet der – frisch verheiratete – Ingenieur 1945 kurz vor Kriegsende aus Berlin. Über Göttingen gelangen er und seine Frau nach Hinterstein im Allgäu, wo die Z4 in einem Schuppen untergebracht wird. Nach dem Krieg hält Zuse seine Familie mit dem Verkauf von



Konrad Zuse vor seinen Rechnern. Der Ingenieur entwickelte nicht nur die erste Rechenmaschine, sondern auch die erste Programmiersprache der Welt.

Bildern, Zeichnungen und Holzschnitten von Alpenlandschaften über Wasser. Gleichzeitig entwickelt er den „Plankalkül“ weiter, die erste universelle Programmiersprache der Welt. 1949 gründet Zuse mit einem Studienfreund die Zuse KG. Erster Kunde wird die Eidgenössische Hochschule (ETH) Zürich, die die Z4 für fünf Jahre mietet. Sie ist damals die einzige programmgesteuerte Rechenmaschine im praktischen Einsatz und weltweit der erste kommerziell ausgelieferte Rechner. Es folgen Auftragsarbeiten für die Firma Leitz und den amerikanischen Konzern Remington Rand. Die Zuse AG wächst

schnell. Ende 1958 beschäftigt sie 180 Mitarbeiter, 1964 sind es 1 200. Als der amerikanische Konkurrent IBM auf den Plan tritt, gerät das Unternehmen unter Druck. IBM führt das Leasing ein: Kunden müssen die bestellten Maschinen nicht sofort bezahlen, sondern können monatliche Raten leisten. Für die Zuse AG ist das nicht möglich. Neue Rechenmaschinen zu entwickeln, kostet Zeit und Geld. In den USA subventioniert die Regierung die Entwicklung neuer Geräte – Zuse muss das Kapital alleine aufbringen. Der Konkurrenzdruck zwingt das Unternehmen in die Knie. 1964 wird es von der Siemens AG übernommen, Zuse zwei Jahre später mit 59 Jahren in den Ruhestand geschickt.

Rückzug in die Kunst

Es folgen schwere Jahre für Zuse. Der Computer entwickelt sich in eine Richtung, die er nicht vorhergesehen hat. Der Mikrochip kommt. Horst Zuse erklärt, warum die Entwicklung seinen Vater überholte: „Worin er genial war, war mit mechanischen Schaltungen umzugehen. Er konnte ausgezeichnet dreidimensional denken. Er hat immer gesagt, alles, was er sehen und anfassen kann, darin ist er gut. Deswegen war der Mikrochip undurchschaubar für ihn, und auch die Elektronenröhren vor ihm, weil er die Elek-

tronen ganz einfach nicht sehen konnte.“ Zuse verlegt sich aufs Schreiben. 1969 veröffentlicht er das Buch „Der Rechnende Raum“. Seine These: Ist die Natur, das Universum, ein riesiger Computer? Er geht der Theorie nach, ob rechnende Automaten sich selbst reproduzieren können. Für dieses Buch bezieht der Erfinder laut Aussage seines Sohns „viel Prügel“. Zuse verlegt sich aufs Malen. Zunächst als Kuno See, sein Pseudonym, später wieder unter seinem richtigen Namen schafft er abstrakte Bilder und Porträts von anderen Computerpionieren – auf der CeBIT 1995 überreicht er Bill Gates ein Porträt. Ab den 80ern erinnert man sich wieder an Zuse. Er erhält zahlreiche Ehrendokortitel und Auszeichnungen, unter anderem das Bundesverdienstkreuz. Kurios: Mit dem PC konnte er sich nicht anfreunden. Horst Zuse: „Mein Vater hat sich strikt geweigert, je eine Taste eines PCs zu berühren.“

Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln
SusanneTheisen@gmx.net

zm-Info

Geburtstagsfeiern

Ab Juni erinnern Veranstaltungen in ganz Deutschland an den Erfinder des Computers.

- Konrad-Zuse-Computermuseum in Hoyerswerda: Sonderausstellung „100 Jahre Konrad Zuse“, 14. bis 26. Juni
- Heinz Nixdorf MuseumsForum in Paderborn: Ausstellung „Zuse Extra: Der Erfinder des Computers“, 16. Juni bis 24. Oktober
- Deutsches Museum in München: Ausstellung „100 Jahre Konrad Zuse. Einblicke in seinen Nachlass“, 18. Juni bis 22. August
- Deutsches Technikmuseum in Berlin: F. C. Delius liest aus Zuses Roman: „Die Frau, für die ich den Computer erfand“, 22. Juni
- Weiterbildungsinstitut Oberhausen: Ausstellung „Die Kunst des Konrad Zuse – Originalbilder von Konrad Zuse“, ab 22. Juni
- Deutsches Technikmuseum in Berlin: Neue Dauerausstellung „Die ersten Computer der Welt – Konrad Zuse, der kreative Visionär“, 2. September 2010



Fotos: Horst Zuse

Der Erfinder im elterlichen Wohnzimmer – seiner provisorischen Werkstatt

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 Brunner (Korrektorat, Veranstaltungen), mb;
E-Mail: m.brunner@zm-online.de

Layout/Bildbearbeitung:

Piotr R. Luba, lu; Caroline Götzger, cg; Kai Mehnert, km

Verantwortlich im Sinne des Presserechtes:

Egbert Maibach-Nagel

Mit anderen als redaktionseigenen Signa oder mit Verfasseramen gezeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Gekennzeichnete Sonderteile liegen außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken, sowie das Recht der Übersetzung sind vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion und des Verlages. Bei Einsendungen wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Für unverlangt eingesendete Manuskripte, Abbildungen und Bücher übernimmt die Redaktion keine Haftung.

Mitgliedern einer Zahnärztekammer empfehlen wir, sich bezüglich einer Änderung der Lieferanschrift direkt an die Bundeszahnärztekammer unter Tel. +49 30 40005122 zu wenden.

Die Zeitschrift erscheint am 1. und 16. des Monats. Mitglieder einer Zahnärztekammer erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Das Zeitungsbezugsgeld ist damit abgegolten. Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 168,00 €, ermäßigter Preis für Studenten jährlich 60,00 €. Einzelheft 7,00 €. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V.

Verlag:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln;
Postfach 40 02 54, 50832 Köln
Tel.: +49 2234 7011-0
Fax: +49 2234 7011-255 oder -515
www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH:

Jürgen Führer, Dieter Weber

Leiter Medizinische und Zahnmedizinische Fachkommunikation:

Norbert Froitzheim
E-Mail: froitzheim@aerzteverlag.de

Vertrieb und Abonnement:

Nicole Ohmann, Tel. +49 2234 7011-218
E-Mail: ohmann@aerzteverlag.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil:

Marga Pinsdorf, Tel. +49 2234 7011-243
E-Mail: pinsdorf@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten:

Nord/Ost: Götz Kneiseler
Uhlandstr 161, 10719 Berlin
Tel.: +49 30 88682873, Fax: +49 30 88682874
E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

Mitte: Dieter Tenter
Schanzenberg 8a, 65388 Schlangenbad
Tel.: +49 6129 1414, Fax: +49 6129 1775
E-Mail: tenter@aerzteverlag.de

Süd: Ratko Gavran
Racine-Weg 4, 76532 Baden-Baden
Tel.: +49 7221 996412, Fax: +49 7221 996414
E-Mail: gavran@aerzteverlag.de

Herstellung:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln
Vitus Graf, Tel. +49 2234 7011-270
E-Mail: graf@aerzteverlag.de
Alexander Krauth, Tel. +49 2234 7011-278
E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Datenübermittlung Anzeigen:

ISDN +49 2831 396-313, +49 2831 396-314

Druckerei:

L.N. Schaffrath, Geldern

Konten:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln, Kto. 010 1107410
(BLZ 370 606 15), Postbank Köln 192 50-506 (BLZ 370 100 50).

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 52, gültig ab 1. 1. 2010.

Auflage Lt. IVW 1. Quartal 2010:

Druckauflage: 83 850 Ex.

Verbreitete Auflage: 82 680 Ex.

100. Jahrgang

ISSN 0341-8995

Zum 100. Todestag

Robert Koch: Begründer der modernen Bakteriologie

Mit fünf Jahren teilte Robert Koch seinen völlig erstaunten Eltern mit, dass er sich mithilfe der Zeitung das Lesen beigebracht habe. Rückblickend zeigt das: Schon als Kind verfügte Koch über die Ausdauer und Zielstrebigkeit, die ihn als Forscher charakterisierten. Vor hundert Jahren, am 27. Mai, starb der Begründer der modernen Bakteriologie.

Als drittes von dreizehn Kindern wurde Robert Koch am 11. Dezember 1843 in Clausthal im Harz geboren, wo sein Vater als Bergbauingenieur arbeitete. Im Jahr 1862 machte er das Abitur und begann ein Studium in Göttingen. Angeblich wollte Koch zunächst Lehrer für die Naturwissenschaften werden, aber die Medizin reizte ihn mehr. Nach seinem Examen meldete er sich 1870 freiwillig als Arzt im Deutsch-Französischen-Krieg und ging anschließend als Kreisphysikus nach Posen. Dort begann für ihn eine intensive Forschungsphase.

Bescheidene Anfänge

Koch war, wie viele Ärzte seiner Zeit, frustriert darüber, dass er gegen Infektionskrankheiten wie Cholera, Milzbrand oder Tuberkulose praktisch machtlos war. Als Student hatte ihn die These seines Anatomieprofessors Jacob Henle überzeugt, dass Infektionskrankheiten von lebenden Organismen verursacht werden. Nachdem er sich als Kreisarzt in Wollstein niedergelassen hatte, machte er sich – wie viele Ärzte – parallel zu seinen ärztlichen Pflichten daran, dieser Theorie auf den Grund zu gehen.

Sein Labor richtete Koch in der Vierzimmerwohnung ein, die er zusammen mit seiner Frau Emmy bewohnte. Die Ausstattung war bescheiden. Von seiner Frau hatte er ein Mikroskop geschenkt bekommen, den Rest finanzierte er selbst. Von der wissenschaftlichen Welt war er weitgehend abgeschnitten: Er hatte weder eine Bibliothek noch andere Forscher zum fachlichen Austausch in seiner Nähe.

Kochs erstes Forschungsprojekt drehte sich um den Milzbranderreger *Bacillus anthracis*,

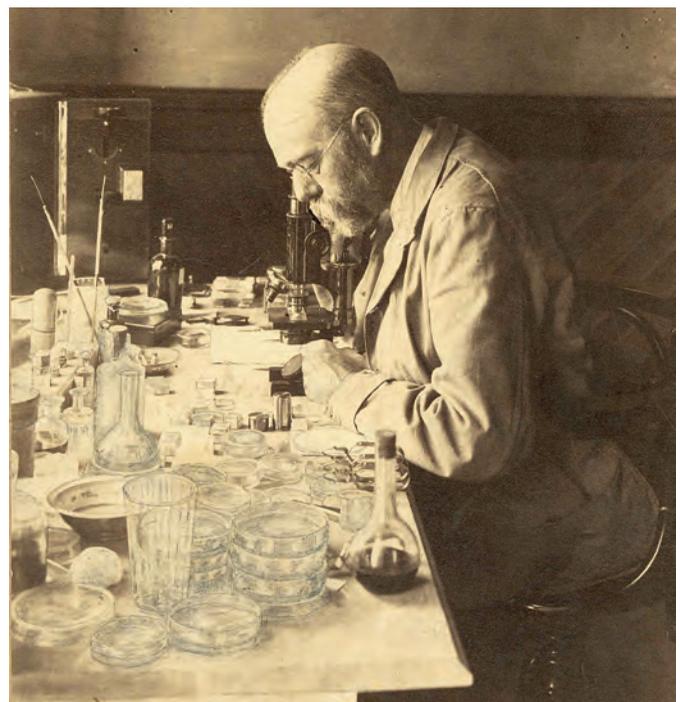
den 1849 der Arzt Aloys Pollender entdeckt hatte. Der junge Kreisarzt wollte den wissenschaftlichen Beweis dafür erbringen, dass allein dieser Erreger für den Ausbruch der Krankheit verantwortlich war. Dazu injizierte er Mäusen das Blut von Nutztieren, die an Milzbrand verendet waren. Ergebnis: Alle Versuchstiere starben – im Gegensatz zu einer Kontrollgruppe von Mäusen, denen Koch das Blut gesunder Tiere verabreicht hatte.

Diese Erkenntnis reichte dem Neu-Bakteriologen jedoch nicht aus. Im nächsten Schritt wollte er herausfinden, ob der *Bacillus* auch zum Tod führt, ohne vorher mit einem Tier in Berührung gekommen zu sein. Um diese Frage zu lösen, entwickelte er ein System der isolierten Züchtung von Bakterien auf Plattenkulturen – seitdem ein Standard in

der bakteriologischen Forschung. Er züchtete den *Bacillus* in Reinkultur, studierte sein Wachstum und dokumentierte es in Zeichnungen und Fotografien – Koch war der erste Forscher, der Mikroskopiefotos von Mikroorganismen anfertigte. Er fand heraus, dass der *Bacillus* bei äußeren Umständen, die sein Wachstum bedrohen – zum Beispiel Sauerstoffmangel –, Sporen entwickelt, die auch unter ungünstigen Bedingungen überleben. Sobald sich die Umstände bessern, bilden sich erneut Bazillen. Koch züchtete mehrere Generationen des *Bacillus* und bewies in Versuchen, dass er Milzbrand auslösen konnte, ohne von einem Tier übertragen worden zu sein.

Koch präsentierte den Fund dem Botanikprofessor Ferdinand Cohn, der an der Universität Breslau lehrte. Der Kollege war so beeindruckt, dass er Kochs Forschungsergebnisse 1876 in einer von ihm herausgegebenen Botanikzeitschrift veröffentlichte. Der Artikel sorgte für viel Aufsehen und machte Koch in Forscherkreisen bekannt. Er

Wie besessen laboriert Robert Koch an der Vermutung, dass Infektionskrankungen durch lebende Organismen ausgelöst werden ...



Quelle: Robert-Koch-Museum

blieb dennoch weitere vier Jahre in Posen und verfeinerte seine Forschungsmethoden. 1880 war dann aber Schluss mit dem ruhigen Leben als Landarzt: Koch wurde im Auftrag der Regierung nach Berlin berufen, wo er am neu gegründeten Kaiserlichen Gesundheitsamt die Leitung der Bakteriologischen Abteilung übernahm.

Der größte Erfolg

Zu seinen ersten Amtshandlungen gehörte es, die Wirkung der Antiseptik auf verschiedene Krankheitskeime zu untersuchen und an die Anforderungen der modernen Bakteriologie anzupassen. Er entwickelte neue Methoden, Bakterien zu färben, zu identifizieren und in Reinkultur zu züchten.

Im Jahr 1882 gelang Koch sein größter wissenschaftlicher Erfolg. Er entdeckte den bakteriellen Erreger der Schwindsucht: den Tuberkelbazillus. Für dessen ausführliche Erforschung blieb ihm zunächst keine Zeit. Er wurde 1883 als Leiter einer Forschungskommission nach Ägypten geschickt, von wo eine Choleraepidemie sich über ganz Europa auszubreiten drohte. Koch stieß noch im selben Jahr auf den Erreger der Krankheit. Dafür hatte er seine Forschungsreise bis nach Indien ausdehnen müssen. Er

und sein Team fanden außerdem heraus, dass Choleraerkrankungen sich über verunreinigtes Wasser verbreiten.

Zurück in Deutschland wurde ihm 1885 im Alter von 41 Jahren der Professorentitel verliehen und die Leitung des neu gegründeten Instituts für Hygiene der Universität Berlin übertragen. 1891 nahm er die Stelle als Direktor des Königlich Preussischen Instituts für Infektionskrankheiten an und leitete es bis 1905 – im Jahr 1912 wurde es ihm zu Ehren in Robert Koch-Institut umbenannt.

Koch kehrte zu seiner Tuberkuloseforschung zurück und stellte 1890 den Impfstoff Tuberkulin vor, den er aus Kulturen des Tuberkelbazillus gewonnen hatte. Euphorie über diese Entdeckung machte sich breit und ihren Erfinder über die Landesgrenzen berühmt. Doch bald stellte sich heraus, dass das Tuberkulin die Schwindsucht nicht heilen konnte. Kochs Nimbus war angekratzt, wurde durch den Misserfolg aber nicht zerstört. Auch nicht, als er 1896 ein neues Tuberkulin vorstellte, dem ebenfalls die Heilkraft fehlte. Großen Nutzen hat das Mittel jedoch bis heute als Tuberkulose-Diagnostikum. Ein Heilmittel zu finden, gelang Koch nicht. Für seine Grundlagenforschung zur Tuberkulose wurde ihm aber 1905 der Nobelpreis für Medizin und Physiologie verliehen.



... und heute wird im Robert Koch-Institut weiter geforscht – nur eben anders.

Ab 1896 bis zu seinem Tod war Koch jährlich für mehrere Monate auf Expedition: 1886/97 erforschte er die Rinderpest in Südafrika, 1897 die Pest in Indien. In den darauffolgenden Jahren beschäftigte er sich mit Malaria, Texasfieber, Pest und der Tsetsekrankheit in Ostafrika, mit Malaria noch einmal in Italien, Jakarta und Neu-Guinea. Zuletzt erforschte er die Schlafkrankheit in Ostafrika. Auf seinen Reisen wurde Koch stets von seiner zweiten Frau Hedwig begleitet, die Ehe mit Emmy war 1893 geschieden worden.

Henle-Koch-Postulate

Robert Kochs Einfluss ist bis heute in der Wissenschaft spürbar. 1890 hielt er auf dem 10. Internationalen Medizinischen Kongress in Berlin seinen Vortrag „Über bakteriologische Forschung“. Darin definierte er, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, um zweifelsfrei zu beweisen, dass eine bestimmte Krankheit durch ein bestimmtes Bakterium ausgelöst wird. Er führte aus:

„Wenn es sich nun aber nachweisen ließe:

- erstens, dass der Parasit in jedem einzelnen Falle der betreffenden Krankheit anzutreffen ist, und zwar unter Verhältnissen, welche den pathologischen Veränderungen

und dem klinischen Verlauf der Krankheit entsprechen;

- zweitens, dass er bei keiner anderen Krankheit als zufälliger und nicht pathogener Schmarotzer vorkommt;

- und drittens, dass er von dem Körper vollkommen isoliert und in Reinkulturen hinreichend oft umgezüchtet, imstande ist, von neuem die Krankheit zu erzeugen, dann könnte er nicht mehr zufälliges Akzidens der Krankheit sein, sondern es ließe sich in jedem Falle kein anderes Verhältnis mehr zwischen Parasit und Krankheit denken, als dass der Parasit Ursache der Krankheit ist.“

In abgewandelter und erweiterter Form sind diese Regeln als Henle-Koch-Postulate in die Forschung eingegangen. Jakob Henle war ein Pathologe, der sich ebenfalls mit der Ursache-Wirkung-Beziehung zwischen Parasit und Wirt beschäftigt hatte. Die Postulate besagen, dass

- erstens, der mutmaßliche Krankheitserreger immer mit der Krankheit assoziiert sein muss und nicht in gesunden Organismen vorhanden sein darf;

- zweitens, der Erreger in Reinkultur gezüchtet werden muss;

- drittens, die Reinkultur des gezüchteten Erregers die Krankheit in einem gesunden Organismus auslösen muss;

- und viertens, der reisolierter Erreger mit dem ursprünglichen identisch sein muss.

Fokus auf Hygiene

Auf dem Gebiet der Sterilisation und Desinfektion erzielte Robert Koch wichtige Erkenntnisse für die medizinische und zahnmedizinische Behandlung. Er fand heraus, dass Wasserdampf effektiver und geräteschonender desinfiziert als trockene Hitze. 1891 erschien dazu in den „Mitteilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte“ seine Abhandlung „Versuche über die Verwertbarkeit heißer Wasserdämpfe zur Desinfektion“. Darin schrieb er: „Die umfassenden Versuche, welche über die praktische Verwertbarkeit heißer Luft zu Desinfektionszwecken angestellt waren, hatten [...] zu wenig befriedigenden Ergebnissen geführt. [...] Zur Beurteilung des Desinfektionswerts der Hitze hatten bakterienhaltige Objekte

zm-Info

Gesammelte Werke im Netz

Bereits 1912, zwei Jahre nach seinem Tod, wurden Robert Kochs wissenschaftliche Schriften und Vorträge in einer Gesamtausgabe veröffentlicht. Die drei Bände umfassten circa 1 000 Seiten. Darin enthalten sind neben Aufsätzen zu infektiösen Wundkrankheiten oder zur Ätiologie von Milzbrand und Tuberkulose auch Kochs Antrittsrede in der Akademie der Wissenschaften am 1. Juli 1809. Auf seinem Publikationsserver stellt das RKI die kompletten Gesammelten Werke des Nobelpreisträgers als PDF zum Lesen oder Downloaden zur Verfügung.

www.edoc.rki.de

gedient, welche entweder die bekannten Dauersporen enthielten oder frei davon waren. Von diesen hatten nur die sporenhaltigen Substanzen den höheren Hitzegraden Widerstand zu leisten vermocht und es war in mehreren Versuchen ein dreistündiger Aufenthalt in einer 140° C heißen Luft erforderlich gewesen, um die Sporen zu vernichten. Nun ist aber bekannt, dass dieselben Sporen in kochendem Wasser, also bei einer erheblich niedrigeren Temperatur, in weit kürzerer Zeit getötet werden können. So hatten beispielsweise einige Versuche, in denen Milzbrandsporen mit heißem Wasser behandelt wurden, ergeben, dass schon ein zwei Minuten langer Aufenthalt in kochendem Wasser genügte, um diese Sporen zu töten, während genau ebenso und mit demselben Sporenmateriale hergerichtete Objekte in der heißen Luft erst bei 140° C und nach drei Stunden getötet wurden.“ Bis heute sind die Experten des RKI Ansprechpartner in Sachen Hygiene. Zum Beispiel in Form der Empfehlung der RKI-Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention „Infektionsprävention in der Zahnmedizin – Anforderungen an die Hygiene“, die zuletzt 2006 herausgegeben wurde.

Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln
SusanneTheisen@gmx.net



Quelle: Robert Koch-Institut

Das Robert-Koch-Museum in der Clara-Zetkin-Str. 96, 10117 Berlin, hat eine umfangreiche Sammlung über den Wissenschaftler.

Identifizierung

Unbekannte weibliche Wasserleiche

Am 11.02.2006 wurde in der Aller, nahe der Ortschaft Eilte, Landkreis Soltau-Fallingb. in Niedersachsen, eine unbekannte weibliche Wasserleiche aufgefunden. Es handelt sich um eine Frau, deren Alter aufgrund der Zahnbefunde auf etwa 40 Jahre und älter geschätzt werden kann. Auffallend sind die vielen Füllungen aus Kunststoff im Seitenzahnbereich. Auch die Teilkrone, die den mesio-buccalen Höcker nicht voll mit erfasst, fällt auf. Zu erwähnen sind auch die keilförmigen Putzdefekte. Der Knochenabbau ist fortgeschritten, es könnte hier eine Parodontalbehandlung durchgeführt worden sein.

Klinischer Befund des asservierten Kiefers und Befunderhebung der post-mortem Röntgenaufnahmen:

Ober- und Unterkiefer sind mehrfach frakturiert.

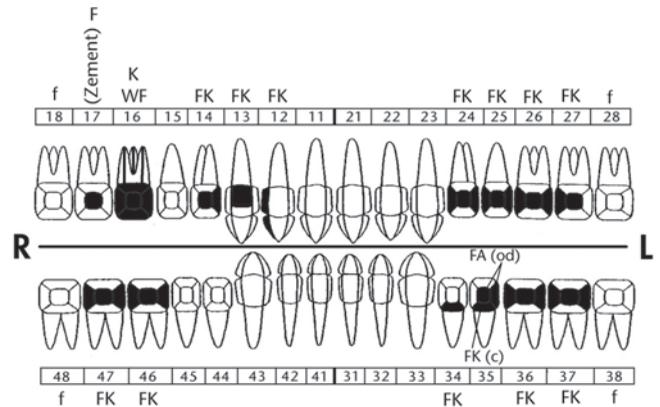
Im Oberkiefer stellen sich die Zähne 17, 16, 14, 13 bis 23, 25, 26 und 27 dar. Die Zähne 15 und 14 auf der rechten Seite sowie 24 und 25 auf der linken Seite sind post-mortem herausgefallen. Sie konnten aber bis auf 15 in ihren (zum Teil zerstörten Alveolen) fixiert werden.

Im Unterkiefer stellen sich die Zähne 37, 36, 35, 34, 32, 31, 41, 42, 46 und 47 dar. Hier fehlt Zahn 33 in der Alveole. Regio 33 sieht man eine Frakturlinie.

Die Zähne 17, 26, 27, 37, 36, 34, 46 und 47 sind mit nicht-metall-dichten Füllungen versorgt. Es handelt sich am Zahn 17 um eine okklusale Zementfüllung. Die anderen Füllungen sind aus Kunststoff. Im Einzelnen sieht man am: 17 o, 14 mo, 13 c, 12 d, 24 mod, 25 mod, 26 mod, 27 mo, 37 mo, 36 mod, 34 c, 46 mod, 47 mod



Zahnschema



f – fehlt, c – cervical, o – okkusal, d – distal,
K – Krone, F – Füllung, WF – Wurzelfüllung, FA – Amalgam-Füllung,
FK – Kunststoff-Füllung,



Der Zahn 16 ist mit einer Teilkrone versorgt, die verblendet ist. Die gefüllten Wurzelkanäle deuten auf eine Wurzelkanalbehandlung. Ober- und Unterkiefer sind horizontal abgebaut mit Bildung von Knochen-taschen im gesamten Zahnbereich.



Hinweise zur Identität der Toten bitte an:

Landeskriminalamt Niedersachsen
SG, 32.1/Gewalt
Frau Cleve / Herr Malt
Schützenstr. 25
30161 Hannover
Tel.: 0511/26262-3261 oder -3262
gewalt@lka.polizei.niedersachsen.de

Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer

In der Sitzung des Vorstands der Bundeszahnärztekammer vom 19. Mai 2010 in Berlin wurde die zuletzt im Februar 2005 aktualisierte Musterberufsordnung für Zahnärzte diskutiert und in nachfolgend dokumentierter Fassung beschlossen.



Gelöbnis

Präambel

I. Abschnitt

Allgemeine Grundsätze

- § 1 Geltungsbereich
- § 2 Allgemeine Berufspflichten
- § 3 Kammer
- § 4 Haftpflicht
- § 5 Fortbildung
- § 6 Qualität
- § 7 Verschwiegenheit
- § 8 Kollegialität

II. Abschnitt

Ausübung des zahnärztlichen Berufs

- § 9 Praxis
- § 10 Vertretung
- § 11 Zahnarztlabor
- § 12 Zahnärztliche Dokumentation
- § 13 Gutachten
- § 14 Notfalldienst
- § 15 Honorar

III. Abschnitt

Zusammenarbeit des Zahnarztes mit Dritten

- § 16 Gemeinsame zahnärztliche Berufsausübung
- § 17 Zahnärzte und andere freie Berufe
- § 18 Angestellte Zahnärzte
- § 19 Praxismitarbeiter

IV. Abschnitt

Berufliche Kommunikation

- § 20 Berufsbezeichnung, Titel und Grade
- § 21 Information
- § 22 Praxisschild

Gelöbnis

Für jeden Zahnarzt* gilt folgendes Gelöbnis:

»Bei meiner Aufnahme in den zahnärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren. Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des zahnärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner zahnärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung. Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine zahnärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden. Ich werde meinen Lehrern und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich feierlich auf meine Ehre.«

Präambel

Die Berufsordnung regelt das Verhalten von Zahnärzten gegenüber Patienten, Kollegen, Mitarbeitern und anderen Partnern im Gesundheitswesen. Mit der Festlegung von Berufsrechten und Berufspflichten dient die Berufsordnung dem Ziel,

- a) die Freiberuflichkeit des Zahnarztes zu gewährleisten;

- b) das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient zu erhalten und zu fördern;
- c) die Qualität der zahnärztlichen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen;
- d) das Ansehen des Zahnarztberufes zu wahren;
- e) berufswürdiges Verhalten zu fördern und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern, um damit dem Gemeinwohl zu dienen.

I. Abschnitt

Allgemeine Grundsätze

§ 1 Geltungsbereich

Diese Berufsordnung gilt für alle Mitglieder der (Landes-)Zahnärztekammer und für alle vorübergehend und gelegentlich im Geltungsbereich dieser Berufsordnung zahnärztlich tätigen Berufsangehörigen und regelt deren Berufsrechte und -pflichten.

§ 2 Allgemeine Berufspflichten

- (1) Der Zahnarzt ist zum Dienst an der Gesundheit der einzelnen Menschen und der Allgemeinheit berufen. Der zahnärztliche Beruf ist seiner Natur nach ein freier Beruf, der aufgrund besonderer beruflicher Qualifikation persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig in Diagnose- und Therapiefreiheit ausgeübt wird.
- (2) Der zahnärztliche Beruf ist mit besonderen Berufspflichten verbunden. Insbesondere ist der Zahnarzt verpflichtet,
 - a) seinen Beruf gewissenhaft und nach den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit auszuüben,

- b) die Regeln der zahnmedizinischen Wissenschaft zu beachten,
- c) dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen,
- d) sein Wissen und Können in den Dienst der Vorsorge, der Erhaltung und der Wiederherstellung der Gesundheit zu stellen.
- (3) Der Zahnarzt hat das Recht seiner Patienten auf freie Arztwahl zu achten.
- (4) Der Patient ist über den Namen des ihn behandelnden Zahnarztes in geeigneter Weise zu informieren.
- (5) Der Zahnarzt kann die zahnärztliche Behandlung ablehnen, wenn
- a) eine Behandlung nicht gewissenhaft und sachgerecht durchgeführt oder
- b) die Behandlung ihm nach pflichtgemäßer Interessenabwägung nicht zugemutet werden kann oder
- c) er der Überzeugung ist, dass das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen ihm und dem Patienten nicht besteht.
- d) Seine Verpflichtung, in Notfällen zu helfen, bleibt davon unberührt.
- (6) Der Zahnarzt ist verpflichtet, die ihm aus seiner zahnärztlichen Behandlungstätigkeit bekannt werdenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimittelkommission der deutschen Zahnärzteschaft mitzuteilen.
- (7) Dem Zahnarzt ist es nicht gestattet, für die Verordnung, die Empfehlung oder den Bezug für Patienten von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln sowie Medizinprodukten eine Vergütung oder sonstige vermögenswerte Vorteile für sich oder Dritte versprechen zu lassen oder anzunehmen.
- (8) Es ist dem Zahnarzt nicht gestattet, für die Zuweisung und Vermittlung von Patienten ein Entgelt zu fordern oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

§ 3 Kammer

- (1) Der Zahnarzt ist verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu unterrichten sowie diese und Auflagen der (Landes-)Zahnärztekammer zu beachten.
- (2) Die Aufnahme und Änderung zahnärzt-

licher Tätigkeit ist der (Landes-)Zahnärztekammer unverzüglich anzuzeigen; die (Landes-)Zahnärztekammer kann hierzu Näheres regeln.

(3) Der Zahnarzt hat auf Anfragen der Kammer, welche diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben an ihn richtet, in angemessener Frist zu antworten.

(4) Ehrenämter der (Landes-)Zahnärztekammer sind gewissenhaft, unparteiisch und uneigennützig auszuüben.

(5) Verstöße gegen Berufspflichten werden nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen geahndet.

§ 4 Haftpflicht

Der Zahnarzt muss gegen Haftpflichtansprüche aus seiner beruflichen Tätigkeit versichert sein. Mit der Meldung bei der Kammer und auf Verlangen der Kammer hat der Zahnarzt seine Berufshaftpflichtversicherung nachzuweisen.

§ 5 Fortbildung

Der Zahnarzt, der seinen Beruf ausübt, ist verpflichtet, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten notwendig ist.

§ 6 Qualität

Im Rahmen seiner Berufsausübung übernimmt der Zahnarzt für die Qualität seiner Leistungen persönlich die Verantwortung. Er hat Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchzuführen.

§ 7 Verschwiegenheit

(1) Der Zahnarzt hat die Pflicht, über alles, was ihm in seiner Eigenschaft als Zahnarzt anvertraut und bekannt geworden ist, gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu wahren.

(2) Der Zahnarzt ist zur Offenbarung befreit, soweit er von dem Betroffenen oder seinem gesetzlichen Vertreter von der Schweigepflicht entbunden wurde oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höheren Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben davon unberührt.

(3) Der Zahnarzt hat alle in der Praxis tätigen Personen über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies zu dokumentieren.

§ 8 Kollegialität

(1) Der Zahnarzt hat gegenüber allen Berufsangehörigen jederzeit kollegiales Verhalten zu zeigen. Herabsetzende Äußerungen über die Person, die Behandlungsweise oder das berufliche Wissen eines Kollegen sind berufsunwürdig.

(2) Es ist insbesondere berufsunwürdig, einen Kollegen aus seiner Behandlungstätigkeit oder als Mitbewerber um eine berufliche Tätigkeit durch unlautere Handlungen zu verdrängen.

(3) Zahnärzte sind grundsätzlich verpflichtet, sich gegenseitig zu vertreten. Der Zahnarzt darf eine Vertretung, eine Notfall- oder Überweisungsbehandlung oder eine Begutachtung über den begrenzten Auftrag und die notwendigen Maßnahmen hinaus nicht ausdehnen.

(4) Der Zahnarzt darf den von einem anderen Zahnarzt oder Arzt erbetenen Beistand ohne zwingenden Grund nicht ablehnen.

II. Abschnitt

Ausübung des zahnärztlichen Berufs

§ 9 Praxis

(1) Die Berufsausübung des selbstständigen Zahnarztes ist an einen Praxissitz gebunden.

(2) Die Ausübung des zahnärztlichen Berufs in weiteren Praxen oder an anderen Orten, als dem Praxissitz, ist zulässig, wenn in jedem Einzelfall die ordnungsgemäße Versorgung der Patienten sichergestellt wird.

(3) Die zahnärztliche Praxis muss die für eine ordnungsgemäße Behandlung und für einen Notfall erforderliche Einrichtung enthalten und sich in einem entsprechenden Zustand befinden.

(4) Übt der Zahnarzt neben seiner Tätigkeit als Zahnarzt eine andere berufliche Tätigkeit aus, so muss die Ausübung sachlich, räumlich und organisatorisch sowie für den Patienten erkennbar von seiner zahnärztlichen Tätigkeit getrennt sein.

(5) Beim klinischen Betrieb einer Praxis ist zu gewährleisten, dass:

a) eine umfassende zahnärztliche und pflegerische Betreuung rund um die Uhr sichergestellt ist;

b) die notwendigen Voraussetzungen für eine Notfallintervention beim entlassenen Patienten erfüllt sind;

c) die baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Voraussetzungen für die stationäre Aufnahme von Patienten gewährleistet sind.

§ 10 Vertretung

(1) Steht der Zahnarzt während seiner angekindigten Behandlungszeiten nicht zur Verfügung, so hat er für eine entsprechende Vertretung zu sorgen. Name, Anschrift und Telefonnummer eines Vertreters außerhalb der Praxis sind in geeigneter Form bekannt zu geben.

(2) Im Falle des Verzichts, der Rücknahme oder des Widerrufs der Approbation oder der Erlaubnis zur Ausübung der Zahnheilkunde nach § 13 Zahnheilkundengesetz ist eine Vertretung nicht zulässig. Zahnärzte, gegen die ein vorläufiges Berufsverbot verhängt worden ist oder deren Befugnis zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes ruht, dürfen nur mit Zustimmung der zuständigen (Landes-)Zahnärztekammer vertreten werden.

(3) Die Praxis eines verstorbenen Zahnarztes kann unter dessen Namen bis zu einem halben Jahr durch einen befugten Zahnarzt fortgeführt werden. Der Zeitraum kann in besonderen Fällen durch die (Landes-)Zahnärztekammer verlängert werden.

§ 11 Zahnarztlabor

Der Zahnarzt ist berechtigt, im Rahmen seiner Praxis ein zahntechnisches Labor zu betreiben oder sich an einem gemeinschaftlichen zahntechnischen Labor mehrerer Zahnarztpraxen zu beteiligen. Das Zahnarztlabor kann auch in angemessener räumlicher Entfernung zu der Praxis liegen.

§ 12 Zahnärztliche Dokumentation

(1) Der Zahnarzt ist verpflichtet, Befunde und Behandlungsmaßnahmen chronologisch und für jeden Patienten getrennt

zu dokumentieren (zahnärztliche Dokumentation) und mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Abweichend davon sind zahnärztliche Modelle, die zur zahnärztlichen Dokumentation notwendig sind, mindestens zwei Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Diese Regelungen gelten, soweit nicht nach gesetzlichen oder anderweitigen Vorschriften längere Aufbewahrungsfristen bestehen.

(2) Zahnärztliche Dokumentationen, auch auf elektronischen Datenträgern, sind Urkunden und entsprechend den gesetzlichen und vertragsrechtlichen vertraglichen Vorschriften aufzubewahren. Beim Umgang mit zahnärztlichen Dokumentationen sind die Bestimmungen über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz zu beachten.

(3) Der Zahnarzt hat einem vor-, mit- oder nachbehandelnden Zahnarzt oder Arzt sowie einem begutachtenden Zahnarzt oder Arzt auf Verlangen seine zahnärztlichen Dokumentationen vorübergehend zu überlassen und ihn über die bisherige Behandlung zu informieren, soweit das Einverständnis des Patienten vorliegt.

(4) Der Zahnarzt hat dem Patienten auf dessen Verlangen in die ihn betreffenden zahnärztlichen Dokumentationen Einsicht zu gewähren. Auf Verlangen sind dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.

(5) Nach Aufgabe oder Übergabe der Praxis hat der Zahnarzt unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen seine zahnärztlichen Dokumentationen aufzubewahren oder dafür Sorge zu tragen, dass sie ordnungsgemäß verwahrt werden. Zahnärzten, denen bei einer Praxisaufgabe oder Praxisübergabe zahnärztliche Dokumentationen in Verwahrung gegeben werden, müssen diese Unterlagen getrennt von den eigenen Unterlagen unter Verschluss halten und dürfen sie nur mit Einverständnis der Patienten einsehen oder weitergeben.

§ 13 Gutachten

(1) Der Zahnarzt hat Gutachten neutral, unabhängig und sorgfältig zu erstellen.

(2) Der Zahnarzt darf einen Patienten, der

ihn zum Zwecke einer Begutachtung aufsucht, vor Ablauf von 24 Monaten nach Abgabe des Gutachtens nicht behandeln. Dies gilt nicht für Notfälle.

§ 14 Notfalldienst

(1) Wer an der zahnärztlichen Versorgung teilnimmt ist grundsätzlich verpflichtet, am Notfalldienst teilzunehmen. Die (Landes-) Zahnärztekammer kann Näheres zur Einrichtung und Durchführung des Notfalldienstes regeln.

(2) Der Zahnarzt darf eine Notfallbehandlung nicht von einer Vorleistung abhängig machen.

§ 15 Honorar

(1) Die Honorarforderung des Zahnarztes muss angemessen sein.

(2) Vor umfangreichen Behandlungen soll der Patient auf die voraussichtliche Höhe der Gesamtkosten hingewiesen werden.

Treten im Laufe der Behandlung Umstände auf, die wesentlich höhere Gebühren auslösen, ist dies dem Patienten unverzüglich mitzuteilen.

III. Abschnitt

Zusammenarbeit mit Dritten

§ 16 Gemeinsame zahnärztliche Berufsausübung

(1) Zahnärzte dürfen ihren Beruf einzeln oder gemeinsam in allen für den Zahnarztberuf zulässigen Gesellschaftsformen ausüben, wenn ihre eigenverantwortliche, fachlich unabhängige sowie freiberufliche Berufsausübung gewährleistet ist.

(2) Die Zugehörigkeit zu mehreren Berufsausübungsgemeinschaften ist nur im Rahmen von § 9 zulässig. Die Berufsausübungsgemeinschaft erfordert einen gemeinsamen

Praxissitz. Eine Berufsausübungsgemeinschaft von Zahnärzten mit mehreren Praxis-sitzen ist zulässig, wenn an dem jeweiligen Praxissitz verantwortlich mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft hauptberuflich tätig ist.

§ 17 Zahnärzte und andere Berufe

(1) Zahnärzte können sich auch mit selbstständig tätigen und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung berechtigten Angehörigen anderer Heilberufe oder staatlicher Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen in den rechtlich zulässigen Gesellschaftsformen zusammenschließen, wenn ihre eigenverantwortliche, fachlich unabhängige sowie freiberufliche Berufsausübung gewährleistet ist. Die Regelung in § 9 Abs. 4 gilt entsprechend.

(2) Einem Zahnarzt ist gestattet, in Partnerschaften gemäß § 1 Abs. 1 und 2 PartGG oder anderen Gesellschaftsformen mit An-

gehörigen anderer Berufe als den in Abs. 1 beschriebenen zusammenzuarbeiten, wenn er in der Partnerschaft oder Gesellschaft nicht die Zahnheilkunde am Menschen ausübt.

§ 17a Zahnheilkundegesellschaften

Juristische Personen des Privatrechts, welche die Ausübung der Zahnheilkunde bezwecken, können, soweit sie der Berufsaufsicht der Kammern unterliegen, nur von Zahnärzten und Angehörigen der in § 17 Abs. 1 genannten Berufe gegründet und betrieben werden. Zahnärztliche Gesellschafter müssen in der Gesellschaft zahnärztlich tätig sein. Gewährleistet sein muss zudem, dass

- a) die Gesellschaft verantwortlich von einem Zahnarzt geführt wird; Geschäftsführer müssen mehrheitlich Zahnärzte sein,
- b) die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und der Stimmrechte Zahnärzten zustehen,
- c) Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind.

§ 18 Angestellte Zahnärzte

- (1) Die Beschäftigung angestellter Zahnärzte zur Ausübung der Zahnheilkunde setzt voraus, dass den angestellten Zahnärzten die Ausübung der Zahnheilkunde nach dem Zahnheilkundegesetz (ZHG) gestattet ist.
- (2) Die Beschäftigung angestellter Zahnärzte zur Ausübung der Zahnheilkunde setzt die Leitung durch einen Zahnarzt voraus.
- (3) Der Zahnarzt hat angestellten Zahnärzten eine angemessene Vergütung zu gewähren.
- (4) Über die Beschäftigung angestellter Zahnärzte darf in der öffentlichen Ankündigung nur mit dem Hinweis auf das Anstellungsverhältnis informiert werden.

§ 19 Praxismitarbeiter

- (1) Bei der Ausbildung von Zahnmedizinischen Fachangestellten sind die für die Berufsausbildung geltenden Vorschriften zu beachten. Der Zahnarzt hat dafür Sorge zu tragen, dass den Auszubildenden insbesondere jene Fertigkeiten und Kenntnisse vermittelt werden, die zum Erreichen des Ausbildungszieles erforderlich sind.

(2) Der Zahnarzt darf Praxismitarbeiter nur für Aufgaben einsetzen, für die sie ausreichend qualifiziert sind. Bei der Delegation von Tätigkeiten ist der Rahmen des § 1 Absatz 5 und 6 Zahnheilkundegesetz zu beachten.

(3) Der Zahnarzt ist dafür verantwortlich, dass die Praxismitarbeiter am Patienten nur unter seiner Aufsicht und Anleitung tätig werden.

IV. Abschnitt

Berufliche Kommunikation

§ 20 Berufsbezeichnung, Titel und Grade

- (1) Der Zahnarzt führt die Berufsbezeichnung „Zahnarzt“.
- (2) Akademische Titel und Grade dürfen nur in der gesetzlich zulässigen Form geführt werden.
- (3) Der Zahnarzt darf nach zahnärztlichem Weiterbildungsrecht erworbene Bezeichnungen (Fachzahnarztbezeichnungen) führen.

§ 21 Information

- (1) Dem Zahnarzt sind sachliche Informationen über seine Berufstätigkeit gestattet. Berufswidrige Werbung ist dem Zahnarzt untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende, herabsetzende oder vergleichende Werbung. Der Zahnarzt darf eine berufswidrige Werbung durch Dritte weder veranlassen noch dulden und hat dem entgegenzuwirken.
- (2) Der Zahnarzt darf auf besondere, personenbezogene Kenntnisse und Fertigkeiten in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hinweisen. Hinweise nach Satz 1 sind unzulässig, soweit sie die Gefahr einer Verwechslung mit Fachgebietenbezeichnungen begründen oder sonst irreführend sind.
- (3) Der Zahnarzt, der eine nicht nur vorübergehende belegzahnärztliche oder konsiliarische Tätigkeit ausübt, darf auf diese Tätigkeit hinweisen.
- (4) Es ist dem Zahnarzt untersagt, seine zahnärztliche Berufsbezeichnung für gewerbliche Zwecke zu verwenden oder ihre

Verwendung für gewerbliche Zwecke zu gestatten.

(5) Eine Einzelpraxis sowie eine Berufsausübungsgemeinschaft darf nicht als Akademie, Institut, Poliklinik, Ärztehaus oder als ein Unternehmen mit Bezug zu einem gewerblichen Betrieb bezeichnet werden.

§ 22 Praxisschild

- (1) Der niedergelassene Zahnarzt hat am Praxissitz die Ausübung des zahnärztlichen Berufes durch ein Praxisschild kenntlich zu machen.
- (2) Der Zahnarzt hat an jedem Praxissort auf seinem Praxisschild seinen Namen und seine Berufsbezeichnung sowie im Falle einer Zahnheilkundegesellschaft die jeweilige Rechtsform anzugeben. Zahnärzte, die ihren Beruf gemeinsam ausüben, haben unter Angabe des Namens aller in der Berufsausübungsgemeinschaft zusammengeschlossenen Zahnärzte, ein gemeinsames Praxisschild zu führen.
- (3) Praxisschilder müssen hinsichtlich Form, Gestaltung und Anbringung den örtlichen Gepflogenheiten entsprechen.
- (4) Die Verlegung der Praxis darf ein Jahr lang durch ein mit Angabe der neuen Anschrift versehenes Schild am früheren Praxissitz angezeigt werden.
- (5) Wer die Praxis eines anderen Zahnarztes übernimmt, darf neben seinem Praxisschild das Praxisschild dieses Zahnarztes mit einem entsprechenden Hinweis nicht länger als ein Jahr weiterführen.

* formelle Bezeichnung gemäß § 1 Abs. 1 Zahnheilkundegesetz; im Interesse einer leichteren Lesbarkeit wird auf die weibliche Form der Berufsbezeichnung verzichtet

*Bundeszahnärztekammer
Chausseest. 13
10115 Berlin*

- 3M Espe AG**
Seite 21
- ALPRO Medical GmbH**
Seite 101
- American Dental Systems GmbH**
Seite 29
- APW Akademie
Praxis & Wissenschaft**
Seite 121
- Bai Edelmetalle AG**
Seite 123
- BEGO Implant Systems
GmbH & Co. KG**
Seite 27
- Biewer medical**
Seite 123
- biodentis GmbH**
Seite 94 und 95
- Brasseler GmbH & Co.KG**
2. Umschlagseite
- Champions-Implants GmbH**
Seite 75
- COLGATE PALMOLIVE GMBH**
Seite 63
- Coltène/Whaledent
GmbH & Co.KG**
Seite 7, 39 und 86
- CompuGroup Medical
Dentalsysteme GmbH**
Seite 85
- Dampsoft
Software-Vertriebs GmbH**
Seite 67
- Dentaid GmbH**
Seite 105
- dental bauer GmbH & Co.KG**
Seite 4 und 5
- Dental Magazin**
Seite 129
- dentaltrade GmbH & Co. KG**
Seite 9
- Deutscher Ärzte-Verlag
GmbH /
Versandbuchhandlung**
Seite 77
- Dexcel Pharma GmbH**
Seite 11
- DGI GmbH**
Seite 91
- DGOI Deutsche Gesellschaft
für Orale Implantologie**
Seite 71
- Doctorseyes GmbH**
Seite 88
- Dr. Liebe Nachf.
GmbH & Co. KG**
Seite 99
- Euronda Deutschland GmbH**
Seite 55
- Evident GmbH**
Seite 61
- Financière de Participation/
Bisco**
Seite 117
- Gaba GmbH**
Seite 23
- Girardelli Dental-
Medizinische Produkte**
Seite 83
- GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG**
Seite 35
- Hu-Friedy**
Seite 107
- ic med EDV-Systemlösungen
für die Medizin GmbH**
Seite 45
- IMEX Dental + Technik
GmbH**
Seite 25
- IMTEC EUROPE GmbH**
4. Umschlagseite
- Instrumentarium
Dental GmbH**
Seite 87
- Ivoclar Vivadent GmbH**
Seite 53
- KaVo Dental GmbH**
Seite 15
- Kettenbach GmbH & Co. KG**
Seite 41
- Keystone Dental GmbH**
Seite 93
- Korte Rechtsanwälte**
Seite 123
- Kuraray Europe GmbH**
Seite 57
- Medentis Medical GmbH**
Seite 69
- Multivox Petersen GmbH**
Seite 89
- Nobel Biocare Holding AG**
3. Umschlagseite
- Permadental Zahnersatz**
Seite 31
- Pharmatechnik
GmbH & Co. KG**
Seite 97
- Procter & Gamble GmbH**
Seite 33
- R-dental
Dentalerzeugnisse GmbH**
Seite 37
- Semperdent
Dentalhandel GmbH**
Seite 51
- Septodont Holding**
Seite 47
- solutio GmbH**
Seite 90
- Spectator/Sirona**
Seite 103
- Steinbeis-Transfer-Institut
Management of Dental and
Oral Medicine**
Seite 13
- Supermax
Deutschland GmbH**
Seite 111
- TGA Technischer Geräte- und
Apparatebau GmbH**
Seite 65
- TRI HAWK SA**
Seite 73
- Trinon Titanium GmbH**
Seite 115
- Ultradent Products, USA**
Seite 19
- Vita Zahnfabrik H.Rauter
GmbH & Co.KG**
Seite 17
- W & H Deutschland GmbH**
Seite 59
- Zahnärzte.com**
Seite 81
- 2-s. Einhefter**
Cumdente Ges.
für Dentalprodukte mbH
zwischen 48 und 49
- Postkarte auf Anzeige**
Pharmatechnik
GmbH & Co. KG
- Vollbeilagen**
Wrigley GmbH
- Teilbeilage PLZ 2-6**
F1 Dentalsysteme
Deutschland GmbH
- Teilbeilage PLZ 0, 1, 7, 8 + 9**
F1 Dentalsysteme
Deutschland GmbH
- Teilbeilage PLZ 6**
Finanzberatung
Michael Rehberger
- Teilbeilage PLZ 7-9**
GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG
- Teilbeilage PLZ 6 + 7**
Röcker GmbH
- Teilbeilage PLZ 4, 5 + 6**
RSD Reise Service
Deutschland GmbH

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 126

American Dental Systems

Nichthaftende Komposit-Instrumente



Die Slix-Edelstahlspitzen verfügen über eine spezielle Beschichtung, die sehr gute nichthaftende Eigenschaften besitzt, um ein Verkleben mit dem Komposit zu vermeiden. Dies ermöglicht zuverlässiges Verarbeiten, einfache Positionierung, schnelle Reinigung und sehr lange Haltbarkeit. Die modernen Slix-Instrumente zeichnen sich aus durch große, leichte, ergonomische und extrem belastbare Griffe. Dazu kommt, dass die handlichen Komposit-Instrumente keine Verfä-

rbung von Restaurationsmaterial verursachen. Sie entwickeln keine Mulden und sind resistent gegen Kratzer, in denen sich Komposit ansammeln könnte. Slix-Instrumente sind in sechs verschiedenen Ausführungen erhältlich. Sie können zusammen mit anderen Edelstahl-Handinstrumenten im Autoklaven aufbereitet werden.

American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Str. 42
85591 Vaterstetten
Tel. 08106 300-300, Fax: -310
www.ADSsystems.de
E-Mail: info@ADSsystems.de

Karl Baisch

Die Marke bleibt erhalten

Im Dezember 2009 musste die Karl Baisch GmbH in Weinstadt Insolvenz anmelden. Im Insolvenzverfahren erhielten Friedrich und Thomas Ziegler, Gesellschafter des Unternehmens Ziegler Design, Offenberg, den Zuschlag. Somit wird die Marke Baisch für den deutschen Markt erhalten bleiben.

Ziegler ist bereits seit einigen Jahrzehnten erfolgreich mit seinen Holzprodukten im Dentalmöbelmarkt tätig. Das Know-how von Ziegler werde die Marke Karl Baisch weiter nach vorne bringen, zeigt sich das Unternehmen optimistisch. Achim Bickelmann, Geschäftsführer der neu-



en Karl Baisch GmbH, verspricht: „An den drei Grundtugenden Qualität, Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit, welche die Firma Baisch lange ausgezeichnet haben, dürfen die Kunden uns nun wieder messen.“

Karl Baisch GmbH
Lagerhausstr. 17a
94447 Plattling
Tel.: 0991 99807-0
Fax: 0991 99807-99
www.baisch.de
E-Mail: info@baisch.de

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Hager & Werken

Flauschfloss von der Rolle



Mit „Mirafloss Implant chx“ wird erstmals Flauschfloss am laufenden Meter im miradent-Prophylaxesortiment von Hager & Werken angeboten. Die Spezialzahnseide zeichnet sich durch zwei starre Enden und einen flauschigen Mittelteil aus. Mittels Abrisskante an der Spenderbox kann das Floss hygienisch in 50 einzelne Fäden portioniert werden. Beim Gebrauch erleichtern die starren Enden eines solchen Fadens zunächst das Einfädeln. Mit dem

flauschigen Mittelteil, das in 0,2-prozentiger Chlorhexididlösung getränkt ist, lassen sich dann

Implantate, Brücken, kieferorthopädische Apparaturen sowie große Zahnzwischenräume gut reinigen. Dabei hemmt die antibakterielle Wirkung von Chlorhexidin das Anhaften von Plaquebakterien und verhindert damit ihre weitere Vermehrung.

Hager & Werken GmbH & Co. KG
Ackerstraße 1
47269 Duisburg, Germany
Tel.: 0203 99269-0
Fax: 0203 299283
www.hagerwerken.de

Heraeus

cara-Anwender zeigen sich zufrieden

Anwender des CAD/CAM-Systems cara von Heraeus schätzen besonders die hohe Passgenauigkeit der Zirkonoxidgerüste aus der cara Zentralfertigung. Das hat eine aktuelle Befragung des Marktforschungsinstituts iConsult unter cara-Nutzern ergeben. Weitere Vorteile sehen Anwender in der aktuellen Software und der guten Betreuung. Zwei Drittel der Befragten bewerteten cara aus kaufmännischer Sicht als sehr wirtschaftlich. Das gilt gerade bei großen Arbeiten: „Je größer die Versorgung, umso günstiger ist cara im Vergleich zu Edelmetall“, erläutert ein Nutzer.

Der Trend zu computergestützt gefertigtem Zahnersatz hält an; außerdem ist Zirkonoxid immer stärker gefragt: Für den Werkstoff sprechen aus Teilnehmer-



sicht die hohe Ästhetik und die Preisstabilität.

Heraeus Kulzer GmbH
Grüner Weg 11
63450 Hanau
Tel.: 0800 43723368
Fax: HERADENT
www.heraeus-dental.com
E-Mail: info.dent@heraeus.com

DÜRR DENTAL

Schnittstelle sorgt für Kompatibilität

Die bildgebenden Systeme von Dürr Dental haben sich als hochwertige Lösungen für den Zahnarzt erwiesen. Sollen jedoch bestehende digitale Systeme mit einem VistaScan Speicherfolien-scanner oder mit einer VistaProof Fluoreszenzkamera ergänzt werden, so stellt sich die Frage: Harmoniert das System auch mit meiner Röntgensoftware oder meinem Abrechnungsprogramm? Dank der Schnittstelle VistaEasy View lässt sich dies für nahezu jede vorhandene Software mit Ja beantworten. Mit VistaEasy View erweitert der Zahnarzt seine bestehende Software mit zahlreichen Funktionen zur Bildbearbeitung und



Diagnose. VistaEasy View macht zum Beispiel der vorhandenen Röntgensoftware die patientierten Dürr Dental Filterfunktionen für Röntgenbilder zugänglich, die zu diagnostisch geschärften Bildern führen.

*DÜRR DENTAL AG
Höpfigheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 07142 705-440, Fax: -441
www.duerr.de
E-Mail: kaiserauer.d@duerr.de*

Horadent

Neues Dentalfluid jetzt erhältlich

EPIEN Medical Inc. (St. Paul Minnesota, USA) und Harvard Dental International GmbH (Berlin) haben eine umfassende Vertriebsvereinbarung für das Medizinprodukt HybenX unterzeichnet. Seit Mai bietet Harvard Dental das neuartige Dentalfluid zur sicheren Zahnstein- und Biofilm-Entfernung auch in Deutschland an. Der Vertrieb für die Zahnarztpraxen und Dentalkliniken läuft dabei über die Firma HORADENT (Aidenbach). Hinter dem Namen HybenX steht ein innovatives Medizinprodukt: Durch seinen Wirkstoffkomplex entfernt das neue Fluid bereits nach weniger als einer Minute zuverlässig supra- und



subgingivale Beläge. Gleichzeitig beugt es wirkungsvoller und nachhaltiger als herkömmliche Medizinprodukte Entzündungen vor. Das neue Produkt hat zudem keine schädigenden Nebenwirkungen auf gesundes Gewebe.

*Horadent GmbH
Gunzing 11
94501 Aidenbach
Tel.: 08543 6246-11, Fax: -12
www.horadent.com
E-Mail: info@horadent.com*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Komet/Gebr. Brasseler

Das Fragment an der Wurzel gepackt

Komet hat ein Endo Rescue Kit (4601) entwickelt: Der erste Schritt ist die korrekte Neupräparation der Zugangskavität unter Verwendung eines herkömmlichen Endoboehrsers mit nicht-schneidender Spitze (H269GK. 315.016). Entscheidend ist,

dass ein gerader Zugang zum Fragment präpariert wird. Nachdem der Wurzelkanal wieder aufgefunden und der Zugang zum

Kopf des Fragments mithilfe von zwei Gates-Bohrern geschaffen wurde, lösen zwei spezielle Instrumente die Situation: Ein Zeigerbohrer (RKP.204.090) legt den koronalen Teil des Fragments frei, ein extrem feiner Trepanbohrer (RKT.204.090) umschließt es, hält es quasi fest und dreht es entgegen dem Uhrzeigersinn aus dem Kanal heraus. Der Einsatz des Endo Rescue Kits kann unter www.kometdental.de als Video angesehen werden.

*Komet/Gebr. Brasseler GmbH & Co KG
Trophagener Weg 25
32657 Lemgo
Tel.: 05261 701-00, Fax: -289
www.kometdental.de
E-Mail: info@brasseler.de*



Carestream Health

Drahtlos Daten übertragen

Die beiden intraoralen Wi-Fi-Bildgebungssysteme Kodak 1500 Kamera und Kodak RVG 6500 Sensor sind die bisher einzigen Komponenten im dentalen Imaging-Markt, die nach den Standards der Wi-Fi Allianz entwickelt wurden. Neben der getesteten Wi-Fi-Qualität bietet der Kodak RVG 6500 mit einer Bildausflösung von 20 Linienpaaren pro Millimeter Zahnmedizinern exzellente Darstellungparameter. Es handelt sich bei dem Sensor um das erste dentale Radiografie-System, das mit den Apple-Plattformen iPhone und iPod Touch kompatibel ist. Die RVG-Mobilanwendung kann aus dem App-Store von Apple heruntergeladen werden: Damit lassen sich die Bilder auf



einfache Weise abrufen, anzeigen, anpassen und natürlich auch direkt auf dem iPod oder iPhone speichern.

*Carestream Health Deutschland GmbH
Hedelfinger Str. 60
70327 Stuttgart
Tel.: 0711 207070, Fax: -333
www.kodakdental.com
E-Mail: europedental@cshdental.com*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

DENTAL-UNION

Vorzüge von Mittelstand und Handel



Die Dental-Union hatte nach Rodgau eingeladen – und es kamen nahezu alle kooperierenden Dentalfirmen, um sich über das Leistungsspektrum der zwölf mittelständischen Gesellschafter ausführlich zu informieren.

Die Referenten dieses Info-Tages hoben Funktion und Stärken mittelständischer Unternehmen speziell in der Dentalbranche heraus. Gerade die für den Mit-

telstand typischen Familienunternehmen seien das „Rückgrat der Volkswirtschaft“. Nachhaltige Unternehmenspolitik, soziale Verantwortung und eine enge Verbindung zu lokalen Strukturen zeichneten die Firmen ebenso aus wie detailliertes Produktwissen, individuelle

Beratung und der personalisierte Service.

Ein gelungener Informationstag, der den Gästen einen tiefen Einblick in den Dentalfachhandel gewährte.

*DENTAL-UNION GmbH
Gutenbergring 7-9
63110 Rodgau
Tel.: 06106 874-0
Fax: 06106 874-222
www.dental-union.de
E-Mail: info@dental-union.de*

Champions Implants

Implantation über den Wolken

Mit einer spektakulären Aktion, bei der er zwei Patienten während eines 45-minütigen Rundflugs in einer Propellermaschine ein einteiliges Implantat inserierte, machte Dr. Armin Nedjat auf die Vorteile der minimal-invasiven Methodik der Implantation („MIMI“) in Mainz aufmerksam.

Diese Aktion war Teil des ersten Kongresses seiner Firma Champions Implants, zu dem rund 150 Teilnehmer gekommen waren. Auf der viertägigen Veranstaltung befassten sich die Referenten mit allen Fragen der Sofortimplantation, mit juristischen Themen wie der Relevanz einer fundierten Patientenaufklärung, mit dem Einsatz der 3D-Diagnostik, den Vorzügen der Anwen-



dung der Lasertechnik sowie der Photodynamischen Therapie. Hervorgehoben wurden die Vorzüge der Champions-Philosophie: nur ein OP-Termin, keine Schnitte, keine Aufklappungen, keine vernähten Wunden.

*Champions Implants GmbH
Bornheimer Landstraße 8
55237 Flonheim
Tel.: 06734 6991
Fax: 06734 1053
www.champions-implants.com
E-Mail: info@champions-implants.com*

DMG

Fortbildung zur „Infiltrationsassistentin“

Mit der Behandlungsmethode der Kariesinfiltration schließt Icon, das Produkt von DMG, seit Kurzem die Lücke zwischen präventiver und invasiver Therapie. Icon ermöglicht es, Karies frühzeitig zu stoppen, ohne den Bohrer zu verwenden. Damit Zahnarztpraxen die Möglichkeiten dieser schonenden Methode nutzen können, hat DMG gemeinsam mit externen Spezialisten eine besondere Seminarreihe für Helferinnen entwickelt.

Die Inhalte der Helferinnen-Fortbildung zur Infiltrationsassistentin (IFA) reichen von spezifischen Aspekten der Diagnostik über das qualifizierte Beratungsgespräch bis hin zur Unterstützung bei der Anwendung von Icon.



Auch dem Thema der richtigen Abrechnung widmet sich der Kursus. Der Intensiv-Workshop hierzu wird geleitet von den Experten der Firma Liquident rund um Michaela Arends.

DMG
Elbgastraße 248
22547 Hamburg
Kostenfreies Service-Telefon:
0800 3644262
www.dmg-dental.com
www.bohren-nein-danke.de
E-Mail: info@dmg-dental.com

medentis

Linie der ICX-templants erweitert

Die medentis medical GmbH erweitert das Portfolio der ICX-templant Volksimplantate um Kurzimplantate, „Shorty-Implantate“, mit 8 mm Länge für die Durchmesser 3,75 mm, 4,1 mm und 4,8 mm für Indikationen mit reduziertem Knochenangebot.

Ganz in diesem Sinne werden die Verschlusskappen für das ICX-templant ab sofort ohne Preiszuschlag auch sterilverpackt verkauft. Gleichzeitig wird der Verkaufspreis der unsterilen Ver-



schlusskappen um zehn Prozent gesenkt. „Bereits im sechsten Jahr sind unsere Preise stabil. Dadurch bieten wir unseren Kunden eine langfristige Planungssicherheit. So werden Abrechnungsfehler durch ständige Preisänderungen der Implantatteile minimiert und gleichzeitig die Attraktivität einer implantologischen Versorgung gesteigert“, kommentiert Alexander Scholz, Geschäftsführer der medentis medical GmbH, die aktuellen Produktentwicklungen.

medentis medical GmbH
Gartenstraße 12
53507 Dernau
Tel.: 02643 902000-0, Fax: -20
www-templant.de
E-Mail: info@medentis.de

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Ritter Concept**Es ist Ritterzeit ...**

„... und die Dinge fangen an, sich zu bewegen. Wir werden uns auf das besinnen: gute, solide deutsche Qualität zu einem fairen Preis anzubieten“, so der Tenor bei Ritter für 2010.



Ritter konzentriert sein Produktportfolio und legt den Fokus auf die Kernprodukte mit eindeutigen Vorteilen von Ritter-Zahnbehandlungseinheiten für den

Zahnarzt: Zuverlässigkeit, auf den Nutzen reduzierte Elektronik, tragende Teile aus Metall verbunden mit einem fairen Preis für die Qualität eines in Deutschland hergestellten Produkts. „Ritter hat jetzt gute Chancen, einen gewaltigen Schritt nach vorn zu machen“, zeigt sich der Inhaber und Geschäftsführer Werner Schmitz überzeugt. Die im April gestartete Frühjahrsaktion wird wegen der großen Nachfrage bis zum 31. Juli 2010 verlängert.

*RitterConcept GmbH
In der Wanne 47
89075 Ulm
Tel.: 0731 175410-55
www.ritterconcept.com
E-Mail:
thomas.sahler@ritterconcept.com*

Sirona**inLab-Experten tauschten sich aus**

Sirona hat zuletzt zahlreiche Neuerungen im Bereich von CAD/CAM-Software und -Hardware vorgestellt: die neue Aufnahmeinheit CEREC AC mit der CEREC Bluecam, den Modellscanner inEos Blue mit einer STL-Schnittstelle für den Datenaustausch mit anderen Systemen, die digitale Abformung mit CEREC Connect sowie die Software inLab 3D for Abutments.

Anwender und Erprober trafen sich kürzlich, um sich auf den neuesten Stand zu bringen: Auf dem Programm standen Themen wie der neue Scanner inEos Blue und die digitale Abformung mit CEREC Connect sowie Schnittstellen zu anderen CAD/CAM-Systemen. Labore, die mit dem



inLab-System von Sirona arbeiten, können inEos Blue-Scandaten exportieren. Zudem stellt das inLab-System von Sirona eine neue Schnittstellenoption zur Verfügung: den Import von 3Shape-Scandaten in die inLab 3D-Software.

*Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 06251 16-0
Fax 06521 16-2591
www.sirona.de
E-Mail: contact@sirona.de*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Permadental**Vor-Ort-Reparatur-Service**

Seit Mai dieses Jahres hat Permadental, der Hersteller von Auslandszahnersatz, sein Angebot erweitert und einen eigenen Vor-Ort-Reparatur-Service eingerichtet. Für den Fall, dass es innerhalb der dreijährigen Gewährleistungsfrist von Produkten des Unternehmens zu einem Garantiefall kommen sollte, könne nun unmittelbar in der Nähe von Emmerich und damit schnell geholfen werden. Das Besondere: Auch für nicht von Permadental hergestellte Zahnersatzarbeiten lässt sich der Reparaturservice zu einem günstigen Preis vom Zahnarzt nutzen. Ebenfalls werde man, wenn gewünscht, auch die komplette Arbeitsvorbereitung sowie Fertigstellung in Kunststoff oder Kronen- und Brückenarbeiten innerhalb von



drei bis vier Werktagen in Deutschland realisieren und an den Zahnarzt liefern.

*Permadental
's-Heerenberger Straße 400
46446 Emmerich
Tel.: 02822 10065
www.permadental.de
info@permadental.de*

TGA**Unterstützung für DFB-U19-Junioren**

Die U19-Junioren-Mannschaft des DFB wurde in ihrer Vorbereitung auf die Europameisterschaft 2010 in Frankreich von TGA unterstützt. Die Mannschaft traf sich Anfang Mai unter Leitung von DFB-Trainer Horst Hrubesch zu einem Vorbereitungslehrgang mit anschließendem Länderspiel in Schwarzenberg/Sachsen. Während dieses Lehrgangs wurden die Spieler zahnmedizinisch von Dr. Steffen G. Tschackert untersucht. Für diese Untersuchung hatte die Firma TGA, führender deutscher Hersteller von Dental Behandlungseinheiten der Premiumklasse, eine TGA-Einheit Konzept 4 Campus mit Dental EZ Stuhl zur Verfügung gestellt.



Das Bild zeigt Trainer Hrubesch und Tschackert an einer TGA-Konzept-4-Einheit.

*TGA GmbH
Heidestraße 2
35625 Hüttenberg
www.tga-gmbh.com
Tel.: 06441 679080
Fax: 06441 6790821
E-Mail: info@tga-gmbh.com*

Coltène/Whaledent

Diatech Polier-Instrumente

Coltène/Whaledent hat das DIA-TECH Polierer Programm auf die neuesten Markttrends umfassend modifiziert. Die neue PLUS-Linie besteht aus Diamantkorn-durchsetzten Polierern, die ideal für das Bearbeiten von Kompositen, Keramiken sowie aller Arten von CAD/CAM-Restaurationen sind. Damit erhält jede anspruchsvolle ästhetische Restauration den entscheidenden Feinschliff.

Das neue SwissFlex System (Foto) besteht aus SwissFlex Discs (Polierscheiben) und SwissFlex Strips (Polierstreifen), mit denen das Bearbeiten von Komposit-Restaurationen besonders leicht

fällt. DIAStrip ist ein diamantierter Metallstreifen mit zwei Arbeitsbereichen in den Körnungen 40µm (rot) beziehungsweise 15µm (weiß), der zum Feinieren und Polieren von Zahnfüllungen oder Kronenrändern im Interdentalraum eingesetzt wird.

Coltène/Whaledent
GmbH + Co. KG
Raiffeisenstraße 30
89129 Langenau/Germany
Tel.: 07345 805-0, Fax: -201
www.coltenewhaledent.de
E-Mail: info@coltenewhaledent.de



Zimmer Dental

Sinuslift-Ballon ist verfügbar



Der Zimmer Sinuslift-Ballon ist ab sofort verfügbar, dem ersten einer Reihe von Produkten für „Sinuslift-Lösungen“ innerhalb einer exklusiven Vertriebsvereinbarung mit Osseous Technologies of America (OTA).

Der minimal-invasive Zimmer Sinuslift-Ballon ermöglicht verbesserte Resultate bei vertikaler Sinuselevation und gibt Zahn-

ärzten zusätzliche Sicherheit bei der Durchführung eines traditionellen Sinusliftverfahrens – durch Schutz der Schneiderschen Membran vor Einreißen, wodurch ein Implantatfall empfindlich beeinträchtigt werden kann. Das Balloninstrument eignet sich außerdem gut zum Ab-

messen des benötigten Knochenersatzmaterials.

Der Zimmer Sinuslift-Ballon ist in drei praktischen Größen zum Einmalgebrauch erhältlich.

Zimmer Dental GmbH
Wentzinger Str. 23
79106 Freiburg
Tel.: 0800 2332230
Fax: 0800 2332232
www.zimmerdental.de
E-Mail: info@zimmer.com

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

VOCO

Perfect Bleach Office

VOCO bietet mit Perfect Bleach Office nun auch eine besonders effektive Variante der bewährten Perfect-Bleach-Produktpalette an. Damit gelingt eine zeitgemäße Zahnaufhellung in der Praxis, die selbst höchsten Ästhetikansprüchen gerecht wird. Das neue Komplettsset ermöglicht das Office-Bleichen bei bis zu fünf Patienten. Ob einzelne oder mehrere verfärbte Zähne, mit Perfect Bleach Office gelingt das Bleichen innerhalb einer Sitzung. Mit dem Bleichgel, das eine echte 27-prozentige Wasserstoffperoxid-Konzentration aufweist, gelingt die ebenso schnelle wie sichere und dauerhafte Aufhellung von Verfärbungen. Perfect Bleach Office sorgt für eine gründliche Oxidation der einge-



lagerten Farbstoffe, ohne dabei Zahnhartsubstanz oder vorhandene Restaurationen anzugreifen. Darüber hinaus lässt sich Perfect Bleach Office mittels spezieller Applikationskanülen auch für das interne Bleichen verwenden.

VOCO GmbH
Anton-Flettner-Straße 1–3
27472 Cuxhaven
Tel.: 04721 719-0
Fax: 04721 719-169
www.voco.de
E-Mail: info@voco.de

Tokuyama

Komposit mit Chamäleoneffekt

Ein Komposit, das sich mit seiner glatten Oberfläche dem Zahn ideal anpasst, hat Tokuyama entwickelt. Kugelrunde Füllstoffe sorgen für gleichmäßige Reflexion. ESTELITE SIGMA QUICK überzeugt mit seinen runden Füllstoffen, die die Basis für den hervorragenden Chamäleoneffekt bilden. ESTELITE ist das einzige Komposit weltweit mit sphärischen und gleichzeitig größenkontrollierten Füllstoffen, die einen idealen und naturtreuen Lichtbrechungsindex erzeugen. Die kugelrunden Füllstoffe brechen das Licht so, wie es in einem natürlichen Zahn geschieht. Dadurch passt sich das Komposit dem Zahn unter den unterschiedlichsten Lichtverhältnissen ideal an. Das Produkt besticht durch seinen innovativen



Polymerisationsprozess: Nur zehn Sekunden Polymerisationslicht genügen zur Aushärtung.

Tokuyama Dental Deutschland GmbH
Siemensstr. 46, 48341 Altenberge
Tel.: 02505 9385-13
Fax: 02505 9385-15
www.tokuyama-dental.de
E-Mail: info@tokuyama-dental.de

ULTRADENT

„Visionen werden Wirklichkeit“



In Anwesenheit des Bürgermeisters, der Presse und der Fachpresse, des Architekten und der Bauleitung und dreier Generationen der Familie Ostner wurde Mitte 2009 der Grundstein für das neue Firmengebäude der Firma Ultradent gelegt.

Unter der Leitung des heutigen Eigentümers, Ludwig Ostner, dem Neffen des Firmengründers Hans Ostner, ist Ultradent zu einem bekannten Anbieter moderner, praxisgerechter Behandlungseinheiten für alle Bereiche

der Zahnheilkunde herangewachsen. Auch die Zukunft von Ultradent liegt in den Händen der Familie. Ludwig Johann Ostner, der Sohn des jetzigen Firmenlenkers, hat bereits heute Verantwortung im Bereich Produkt-Entwicklung übernommen. Das Familienunternehmen entwickelt und produziert im Stil einer Manufaktur mit hoher Fertigungstiefe dental-medizinische Geräte, die sich durch ausgesuchte Werkstoffe und ein besonderes Design auszeichnen.

ULTRADENT
Dental-Medizinische Geräte
GmbH & Co. KG
Eugen-Sänger-Ring 10
85649 München
Tel.: 089 420992-0, Fax: -50
www.ultradent.de
E-Mail: vertrieb@ultradent.de

Aktion zahnfreundlich e.V.

Ein Zahn mit Schirm und Garantie

Zuckerfrei gleich zahnfreundlich – das stimmt nur bedingt. Zum einen dürfen als zuckerfrei deklarierte Produkte noch 0,5 Prozent Zucker enthalten, zum anderen sind es mitunter ganz andere Stoffe (vor allem Säuren), die den Zähnen beim Genuss der Lebensmittel zusetzen. Und außerdem: Wer weiß, dass es auch Zuckerarten gibt, die im Gegensatz zu den üblichen Zuckern zahnfreundlich sind?

Exakt deshalb gibt es das „Zahnmännchen“, ein Qualitätslabel, hinter dem keine coolen Werbesprüche stehen, sondern wissenschaftlich belegte Fakten. Mit diesem Markenzeichen werden ausschließlich Lebensmittel und Getränke ausgezeichnet, die ihre



Zahnfreundlichkeit garantiert in zwei wissenschaftlichen Tests nachgewiesen haben – und zwar in-vivo, in der zahngesunden Mundhöhle von Testpersonen.

Aktion zahnfreundlich e.V.
Danckelmannstr. 9
14059 Berlin
Tel.: 030 30127885
Fax: 030 30127882
www.zahnmaennchen.de
E-Mail: info@zahnmaennchen.de



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 7. 7. 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:

- Aktion Zahnfreundlich**– Zahn mit Schirm und Garantie (S. 126)
- American Dental Systems**– Neue Komposit-Instrumente (S. 120)
- Carestream Health**– Drahtlos Daten übertragen (S. 122)
- Champions Implants**– Implantation über den Wolken (S. 122)
- Coltène/Whaledent** – Diatech Polier-Instrumente (S. 125)
- DENTAL UNION** – Vorzüge von Mittelstand und Handel (S. 122)
- DMG** – Fortbildung zur „Infiltrationsassistentin“ (S. 123)
- DÜRR DENTAL**– Schnittstelle sorgt für Kompatibilität (S. 121)
- Hager & Werken**– Flauschfloss von der Rolle (S. 120)
- Horadent**– Neues Dentalfliuid jetzt erhältlich (S. 121)
- Heracus** – cara-Anwender zeigen sich zufrieden (S. 120)
- Karl Baisch** – Die Marke bleibt erhalten (S. 120)
- Komet/Gebr. Brasseler**– Fragment an der Wurzel gepackt (S. 122)
- medentis** – Linie der ICX-templants erweitert (S. 123)
- Permamental** – Vor-Ort-Reparatur-Service (S. 124)
- Ritter Concept** – Es ist Ritterzeit (S. 124)
- Sirona** – inLab-Experten tauschten sich aus (S. 124)
- TGA** – Unterstützung für DFB-U19-Junioren (S. 124)
- Tokuyama** – Komposit mit Chamäleoneneffekt (S. 125)
- ULTRADENT** – „Visionen werden Wirklichkeit“ (S. 126)
- VOCO** – Perfect Bleach Office (S. 125)
- Zimmer Dental**– Sinuslift-Ballon ist verfügbar (S. 125)

Migrationshintergrund

Förderunterricht soll schulische Leistungen verbessern

Verschiedene Projekte wollen Kindern mit Migrationshintergrund helfen, schulische Hürden zu meistern.

Die schulischen Leistungen von Schülern mit Migrationshintergrund könnten schneller verbessert werden, wenn der Förderunterricht verstärkt von Lehrern mit Zuwanderergeschichte übernommen wird. Zu diesem Ergebnis kam das Projekt „Förderunterricht für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund“ des Bremer Universitätsinstituts „europäisches forum für migrationsstudien“ (efms). Das Projekt wurde von

der Mercator Stiftung gefördert und hatte das Ziel, ein höheres Bildungsniveau bei lernschwachen Migrantenschülern zu erreichen. Junge Lehramtsanwärter sollten hierfür Schüler in Mathematik, Englisch und Deutsch im außerschulischen Unterricht fördern.

Kinder mit ausländischem Kulturhintergrund lernen die deutsche Sprache oft erst in der Schule. Die versäumte Übung der

deutschen Sprache aus dem Kleinkindalter lasse sich nicht so leicht im Schulalltag aufholen, so das efms. Der außerschulische Förderunterricht sei hingegen für viele Kinder die einzige Möglichkeit, um ein besseres Leistungsniveau in der Schule zu erreichen. Die Ergebnisse des Projekts zeigen laut efms, dass Lehrer mit Zuwanderergeschichte bessere Lernerfolge bei ihren Schülern erzielt hätten. Im Evaluationsbericht

der efms wird dieses Phänomen wie folgt erklärt: „Förderlehrer mit Migrationshintergrund sehen sich als Vorbilder. Außerdem könnten sie sich besser in ihre Schüler hineinversetzen, und die Kinder würden ihnen mehr vertrauen, weil sie Ähnliches erlebt hätten.“

Ein weiteres Problem sei, dass teilweise auch leistungsstarke Schüler mit ausländischem Kulturhintergrund schlechtere Bildungschancen als ihre deutschen Schulkameraden haben. Dies gab das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge kürzlich bekannt. Die Eltern seien oft mit guten Leistungen ihrer Kinder überfordert. Sie könnten diese meist nicht beratend unterstützen oder ihnen bei wichtigen Entscheidungsfragen helfen, weil ihnen der Bildungshintergrund fehle. Zudem würden sie sich kaum im deutschen Bildungswesen auskennen.

Hier will das Bundesamt mit dem Modellprojekt im bundesweiten Integrationsprogramm „Young Migrant Talents.“ eingreifen und begabte Schüler und deren Familien mit ausländischem Kulturhintergrund unterstützen. Das Besondere an diesem Projekt sei, dass die sogenannten Bildungslotsen eine eigene Zuwanderergeschichte haben. Sie haben sich mit ihrer Ausbildung und ihrem Wirken vollständig in der Gesellschaft integriert und könnten somit ihren „Schützlingen“ als Vorbilder dienen. Sie sollen den jungen Menschen Wege und Möglichkeiten aus ihrer persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung aufzeigen und auch diese bei ihrem Werdegang beratend unterstützen.

Dia Ftenogianni

Von der WHO präsentiert

Neue internationale Krebs-Datenbank

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in Genf eine neue internetbasierte Krebs-Datenbank präsentiert. Demnach sind Lungen- und Brustkrebs die weltweit häufigsten Tumorarten. Laut WHO wurden im Jahr 2008 weltweit 1,61 Millionen neue Fälle von Lungenkrebs registriert. Es folgen Brustkrebs (1,38 Millionen) und Darmkrebs (1,23 Millionen). Die Krebsfälle sind auf Weltregionen, Länder und Tumorarten heruntergebrochen. Insgesamt gab es 2008 demnach weltweit rund 12,7 Millionen neue Krebsfälle, 7,6 Millionen Menschen starben daran. Der Großteil der Krebsfälle sei in den ärmsten Ländern der Erde zu verzeichnen. Bis 2030 werde die Zahl der Krebsdiagnosen auf 21,4 Millionen ansteigen. Mit der Life-Schaltung der Datenbank wolle die WHO mehr Transparenz schaffen, hieß es aus Genf.



sf/dpa

Versicherungs-Ombudsmann

Beschwerden sind zurückgegangen

Die Zahl der Beschwerden über die deutschen Versicherungen ist 2009 leicht zurückgegangen. Wie der Ombudsmann der deutschen Versicherungen, Günter Hirsch, mitteilte, ging die Zahl mit 18 145 eingegangenen Beschwerden im Vergleich zu 2008 um 3,7 Prozent zurück. Allerdings hatte die Beschwerdezahl im vergangenen Jahr mit 18 837 ein bis dato ungekanntes Maß erreicht. Vor allem über Lebens- und Rentenversicherungen beklagten sich die Versicherten weniger als im Vorjahr. Hirsch sah dies vor allem darin begründet, dass die Kunden besser über die Beteiligung an den Überschüssen und stillen Reserven informiert seien. 2008 hatte es dazu viele Fehlvorstellungen gegeben, auch weil die Produktauskünfte der Versicherungen zum Teil unverständlich waren. Nach wie vor richteten sich trotzdem ein

gutes Drittel der Beschwerden (36,3 Prozent) gegen die Lebens- und Rentenversicherungen. Auch die Dokumentationspflichten der Versicherungen bereiteten immer wieder Schwierigkeiten. 2009 musste der Ombudsmann zudem verstärkt Auslegungsfragen klären, die sich wegen der Reform des Versicherungsvertragsgesetzes stellten. Das seit dem 1. Januar 2008 gültige Gesetz sieht vor, dass die Versicherer zum Beispiel bei grober Fahrlässigkeit des Versicherten die Leistung kürzen können. Der Ombudsmann ist seit 2001 unabhängige Schlichtungsstelle der meisten deutschen Versicherungen. Seine Entscheidungen sind bis zu einem Streitwert von 5 000 Euro für die Institute verbindlich. Die privaten Krankenversicherungen haben einen eigenen Ombudsmann.

sf/dpa

Importiertes Obst und Gemüse

Pestizid-Rückstände gefunden

Bei Kontrollen am Frankfurter Flughafen sind 2009 bei pflanzlichen Lebensmitteln in jeder fünften Probe Rückstände von Pflanzenschutzmitteln gefunden worden. Von 523 gezogenen Proben wurden 102 bemängelt, erklärte Hessens Verbraucherschutzministerin Silke Lautenschläger (CDU). Vor allem bei Bohnen, Gurken, Basilikum, Okra, Chili und Koriander sei der EU-Grenzwert um das bis zu

5 900-Fache überschritten worden. Besonders häufig fielen Obst und Gemüse aus Vietnam, Indien, der Türkei, der Dominikanischen Republik, Jordanien und Thailand negativ auf, so Lautenschläger gegenüber dem Rundfunksender hr-Info. Die Beanstandungsquote betrug bei Ware aus diesen Ländern bis zu 43 Prozent. Die übermäßig mit Pflanzenschutzmitteln belasteten Lebensmittel werden laut Lautenschläger vernichtet. Die Ministerin appellierte an die Importeure, ihren Sorgfaltspflichten mit Eigenkontrollen nachzukommen. Die Behörden gingen gegen Verstöße „ganz hart“ vor, zumal am Frankfurter Flughafen Waren für die gesamte EU umgeladen würden.



Foto: MEV

Statistisches Bundesamt

Jeder Zweite übergewichtig

Deutschland wird dicker: Mehr als jeder zweite Erwachsene ist 2009 übergewichtig gewesen – bei der letzten Erhebung, vier Jahre zuvor, waren es knapp unter 50 Prozent. Singles galten im vergangenen Jahr hingegen seltener als zu dick, wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden am Mittwoch mitteilte. Insgesamt 56 Prozent der ledigen Männer und 69 Prozent der ledigen Frauen hatten dem Bericht

zufolge Normalgewicht. Hingegen waren fast sieben von zehn verheirateten oder verwitweten Männern zu dick. Auch Witwen (58 Prozent) und Ehefrauen (46 Prozent) waren häufiger übergewichtig als ledige Frauen. Bei denen war es jede Vierte. Deutliche Unterschiede gibt es beim Alter: Etwa drei Viertel der 70- bis 74-jährigen Männer und knapp zwei Drittel der Frauen in diesem Alter galten als übergewichtig.



Foto: Vasilis Vassakelis - Fotolia.com

Die Statistiker werteten Daten aus dem Mikrozensus 2009 aus. Übergewicht wurde nach dem BMI bestimmt. Von gesundheitsgefährdendem Übergewicht spricht die Weltgesundheitsorganisation ab einem BMI von 25.

Zahnärztekammer Niedersachsen**Dr. Sereny wiedergewählt**

Als Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) ist Dr. Michael Sereny in seinem Amt bestätigt worden.

Erneut in den Vorstand gewählt wurden auch Dr. Michael Ebeling aus Rastede als Stellvertreter des Präsidenten sowie Zahnärztin Sabine Steding aus Hannover, Dr. Karl-Heinz Düvelsdorf aus

Barnstorf, Dr. Jürgen Reinstrom aus Nordenham und Zahnarzt Jörg Röver aus Braunschweig als Beisitzer.

Neu im Vorstand ist Dr. Julius Beischer aus Bad Fallingbostal, der für den nicht wieder kandidierenden Dr. Karl-Hermann Karstens aus Verden angetreten war. pr/pm

Fünfter Europatag**BZÄK thematisiert Patientenschutz**

Der fünfte Europatag der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) fand im Medizinhistorischen Museum der Charité in Berlin statt. Teilnehmer aus dem Gesundheitssektor diskutierten mit Vertretern aus dem Deutschen Bundestag, dem Europäischen Parlament, nationalen und europäischen Patientenvertretern sowie Vertretern aus der Wissenschaft zum

politik, moderierten die Veranstaltung. Die Diskussionsteilnehmer waren sich darin einig, dass es sinnvoll sei, frühzeitig Kohärenz zwischen der nationalen und der europäischen Ebene herzustellen. So könnten auch nationale Lösungen aktiv in den europäischen Diskussionsprozess eingebracht werden. Gerade die freiberuflich organisierten Zahn-

ärzte seien in besonderem Maße in der Lage, den Erfordernissen des Patientenschutzes, sowie der Durchsetzung von Patientenrechten gerecht zu werden. BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel machte deutlich, dass wohl-

verstandene Berufspolitik immer auch am Gemeinwohl ausgerichtet sein und den Patienten im Auge behalten müsse. „Wir müssen täglich um das Vertrauen der Patienten kämpfen. Wir wollen keine Missbrauchskultur, sondern eine Vertrauenskultur im Sinne des Patienten. Das ist wirklicher Patientenschutz“, so sein Fazit. sf/pm

■ Die zm werden in Kürze ausführlich berichten.



Foto: Lopata-Axentis

Thema „Gesundheitspolitik in Deutschland und Europa – Auf dem Weg zum mündigen Patienten?“ Im Hintergrund der beiden Diskussionsrunden stehen die aktuellen Bestrebungen rund um das Thema Patientenrechte und Patientensicherheit in Brüssel und Berlin. Udo van Kampen, Leiter des ZDF-Studios in Brüssel und Petra Spielberg, Fachjournalistin für Gesundheits- und Sozial-

Zahnärztliche Vergütungsstrukturen**KZBV und vdek fordern Reform**

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) haben sich auf Eckpunkte für eine Reform der zahnärztlichen Vergütungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verständigt. Ziel der gemeinsamen Forderungen an den Gesetzgeber ist eine Fortentwicklung und Flexibilisierung der Vergütungsstrukturen, die regionale Besonderheiten berücksichtigen und gerechtere Wettbewerbsbedingungen für Vertragszahnärzte und Ersatzkassen herstellen.

Für Dr. Wolfgang Eßer, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KZBV, ist eine Reform des zahnärztlichen Vergütungssystems lange überfällig: „Die gesetzlichen Regelungen von gestern passen nicht mehr zur wettbewerblich ausgerichteten Versorgungswelt von heute und gefährden die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung. Wir haben noch immer Budgets auf der Basis historischer Leistungsbedarfe. Zudem hat die Politik den Krankenkassenwechsel erleichtert. Viele Versicherte machen davon Gebrauch. Das verändert den Leistungsbedarf einzelner Kassen. Weil die Vergütungsstrukturen das unberücksichtigt lassen, verliert die vertragszahnärztliche Versorgung jährlich mehr als 100 Millionen Euro. Neben der Zahl der Versicherten muss auch die Versichertenstruktur einer Krankenkasse bei der Festlegung der Honorarvolumina berücksichtigt werden können.“

Nötig seien adäquate Steuerungselemente, die den zahn-

medizinischen Fortschritt nicht behinderten. Dass die Zahnmedizin kein Kostentreiber in der GKV sei, belege die Entwicklung der letzten Jahre.

Auch der Vorstandsvorsitzende des vdek, Thomas Ballast, sieht dringenden Reformbedarf: „Historisch bedingt haben wir bei Primär- und Ersatzkassen unterschiedliche Vergütungen für zahnärztliche Leistungen. Anders als für die vertragsärztliche Vergütung und die Vergütung von Krankenhausleistungen sind diese Unterschiede bisher im zahnärztlichen Honorarbereich nicht per Gesetz behoben worden. Für die Ersatzkassen bedeutet das spürbare Wettbewerbsnachteile



und führt somit für unsere Versicherten zu finanziellen Belastungen. Wir brauchen deshalb eine Angleichung der Honorare. Das kann auf Länderebene passieren, damit regionalen Besonderheiten Rechnung getragen wird.“ Vorgeschlagen werde eine nach der Versichertenzahl der einzelnen Kasse und deren tatsächlichen Leistungsbedarf gewichtete Angleichung.

Damit, so Ballast weiter, stelle man sicher, dass für alle Krankenkassen gleiche Ausgangsbedingungen im Wettbewerb gelten und für die zahnmedizinische Versorgung der Versicherten insgesamt künftig nicht weniger Mittel als bisher zur Verfügung ständen. pr/pm

Koalitionsstreit**Rösler muss Prämienkonzept überarbeiten**

Angesichts des eskalierenden Streits um die Gesundheitsreform „haben wir uns entschieden, das Modell zu ändern“, sagte Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler in Berlin. Seine kleine Kopfpauschale war auf massiven Widerstand bei der CSU gestoßen und ist damit in der Koalition nicht durchsetzbar. Rösler soll nun bis zur parlamentarischen Sommerpause ein überarbeitetes Konzept vorlegen. Grundlage: die „Eckpunkte zur Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, auf die sich die Koalition zuvor verständigt hatte. Darin wurde beschlossen, dass der Arbeitgeberbeitrag festgeschrieben wird – auf eine Anhebung um 0,3 Beitragssatzpunkte, wie sie im BMG-Modell vorgesehen war, wurde also verzichtet. Die Zusatzprämien sollen weiterentwickelt werden. Als Sozialausgleich einigte sich die Koalition auf zusätzliche Steuerzuschüsse in Höhe von zwei Milliarden Euro. Steuererhöhungen seien indes nicht geplant, aber man werde sich alle Bereiche anschauen und prüfen, ob es Einsparmöglichkeiten gibt. Die Prämie werde Rösler zufolge bei 15 bis 20 Euro liegen.

Rösler sagte mit Blick auf die CSU in der ARD: „Ich bin empört darüber, dass hier eine Partei, die Mitglied und Teil der Bundesregierung ist, sich offensichtlich jeglicher vernünftigen Lösung verweigert.“ Die CSU habe Sparanstrengungen gefordert, ohne Alternativvorschläge aufzuzeigen, kritisierte er. Jetzt sei sie gefordert, Sparvorschläge vorzulegen. Seehofer sagte dem „Spiegel“, er habe sich mit FDP-Chef



Foto: FOTEX-Tobias Seeliger

Guido Westerwelle und Kanzlerin Angela Merkel auf gesundheitspolitische Grundsätze geeinigt, die die Einführung einer Prämie nahezu unmöglich machten. Die Vereinbarung bestehe aus drei Sätzen: „Es wird keine Steuermittel für den Solidarausgleich geben. Ein Solidarausgleich aus Beitragsmitteln ist unfinanzierbar. Und bevor wir die Beiträge erhöhen, müssen alle Mittel zur Ausgabenbegrenzung ausgeschöpft sein.“ Dagegen sagte Regierungssprecher Ulrich Wilhelm, die Absprachen bedeuteten, „dass über die Ausgestaltung eines zukünftigen Sozialausgleichs noch keine Entscheidung getroffen ist“. Es sei verabredet, die Beitragsautonomie der Krankenkassen zu stärken. „Ein Instrument ist die Weiterentwicklung der bisherigen einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträge, die dem Gebot der sozialen Gerechtigkeit Rechnung tragen müssen.“

Rösler hatte eine einkommensunabhängige Pauschale von durchschnittlich 30 Euro zusätzlich zum Krankenkassenbeitrag vorgeschlagen. ck/pm/dpa

Kommentar**Strapazierfähiger Bambus**

Karl Lauterbach und Andrea Nahles triumphieren – und legten ihm den Rücktritt nahe. Doch zu früh gefreut: Philipp Rösler streitet weiter für seine kleine Kopfpauschale: „Ein Bambus wiegt sich im Sturm, aber er bricht nicht.“ Zwar haben die Koalitionsbosse Röslers Konzept ausgebremst, doch „auf der ganzen Linie gescheitert“, wie es die Opposition gern hätte, ist der Minister sicherlich nicht. Im

Gegenteil: Er hat sogar noch zusätzliche Milliarden für das Gesundheitssystem losgeeist. Bis zur Sommerpause soll das neue Konzept stehen. Das heißt auch, dass es sich die CSU nicht länger leisten kann, den Minister mit ihrem „no go“ vor die Wand fahren zu lassen. Totgesagte leben länger, heißt es. Auch die Prämie ist noch lange nicht beerdigt.

Claudia Kluckhuhn

Studie**Privatversicherte zahlen deutlich mehr**

Die privaten Krankenversicherer erhöhen ihre Beiträge in diesem Jahr massiv. Nach einer Untersuchung der Analysefirma Morgen & Morgen müssen die Privatpatienten im Durchschnitt über sechs Prozent mehr zahlen als noch 2009. Binnen zehn Jahren seien einige Tarife um mehr als 3 500 Euro angehoben worden. „In diesem Jahr steigen die Prämien überproportional“, sagte der Geschäftsführer von Morgen & Morgen, Martin Zsohar, dem „Handelsblatt“.

Über einen längeren Zeitraum seien die Beiträge für die Ver-

sicherten oft kaum noch zu kalkulieren, berichtet die „Welt“. So seien die Jahresbeiträge für Männer in zehn Jahren im Schnitt um 1 985 Euro gestiegen. In der Spitze hätten die Versicherer in diesem Zeitraum sogar bis zu 3 522 Euro mehr verlangt. Besonders hart trafen die Erhöhungen Senioren.

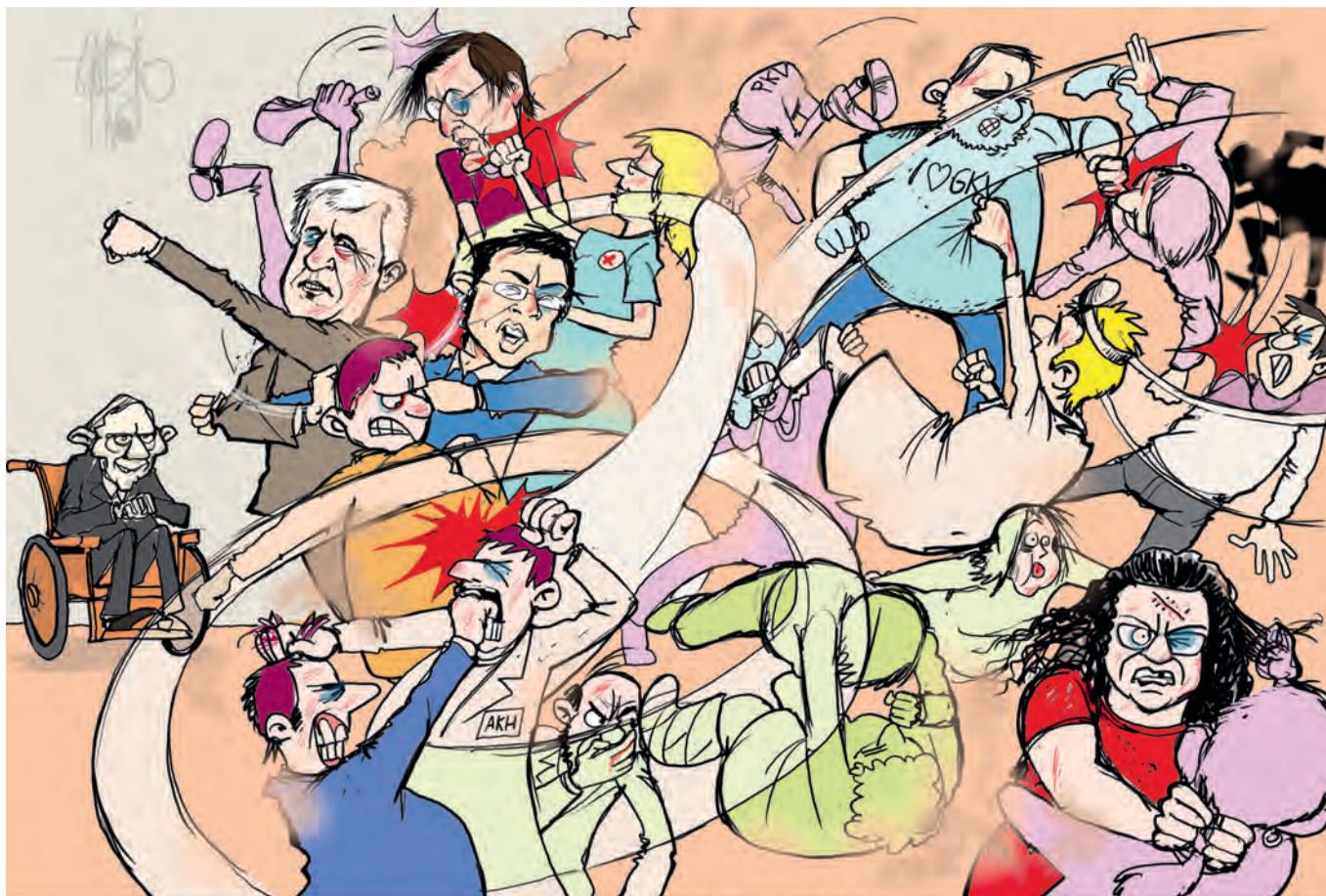
Auch der Bund der Versicherten hatte vor einem halben Jahr berichtet, durchschnittliche Prämiensteigerungen von fünf bis zehn Prozent im Zeitraum von fünf Jahren seien keine Seltenheit. ck

Tabakprodukte**KZBV fordert Warnhinweis**

Die KZBV fordert die Aufnahme eines Warnhinweises auf Zigaretten- und Tabakpackungen, der auf das erhöhte Risiko von Zahnverlusten bei Rauchern aufmerksam macht. „Raucher haben nicht nur mehr Zahnbelag und verfärbte Zähne – sie bekommen

auch häufiger Parodontitis und haben damit ein überdurchschnittlich hohes Risiko, Zähne zu verlieren“, sagte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz zum Welt Nichtrauchertag am 31. Mai. ck/pm

Illu.: Wiedenroth



Sparpolitik 2010

Kolumne

Bayerischer Sommer

Mir schwant, das wird ein bayerischer Sommer dieses Jahr. Nicht nur, weil ich mit Familie drei Wochen im August am Starnberger See verbringe. Fußball-Bundestrainer Jogi Löw hat das kapiert. Er hat einem Münchener die Kapitänbinde der Nationalmannschaft anvertraut und nimmt zur WM ohnehin fast die gesamte Mannschaft des FC Bayern mit nach Südafrika. Wegen der Bayern-Spieler werden wir auch Weltmeister. Irgendeiner von denen wird für uns im Endspiel schon den entscheidenden Ball ins Netz des Gegners semmeln. So in der Art wie Markus Söder. Dessen Gegner fürchten schon lange die verbalen Blutgrätschen aus der Tiefe des süddeutschen Raumes. Mit denen hat er von Anfang an die Tour von Libero Rösler versaut. Etwa immer

■ **Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de**

dann, wenn der FDP-Gesundheitsminister seine Vorstellungen über die Gesundheitsprämie vorstellt. Auch, wenn das mit der Prämie nicht so recht vom Fleck kommt, im September fängt jedenfalls das Münchner Oktoberfest an. Wie man lesen kann, ist das nicht nur das größte Volksfest der Welt, sondern auch riesige Kontaktbörse und Heiratsmarkt. „Hopfen und Malz erleichtern die Balz“, so sagt die Festleitung und deswegen sei die Wies'n auch Stiftungsort so mancher Ehe geworden. Vielleicht sollten sich Rösler und Söder dort mal treffen zur Auffrischung der koalitionären Traumehe. Wenn sie denn bis zum Spätsommer hält.

*Ihr vollkommener
Ernst*

Wiedenborstel kleinste
Gemeinde Deutschlands

Mit gerade einmal fünf Einwohnern ist das schleswig-holsteinische Wiedenborstel die kleinste Gemeinde Deutschlands. In dem „Minidorf“ im Landkreis Steinburg leben vier weibliche und ein männlicher Bewohner, berichtete jüngst das Statistische Bundesamt in Wiesbaden. Rechnerisch kommen auf einen Quadratkilometer in Wiedenborstel 1,1 Einwohner. Die Hauptstadt Berlin ist mit 3 431 675 Bewohnern und einer Fläche von 891,5 Quadratkilometern die einwohnerreichste Gemeinde, rechnen die Statistiker vor. Mit 3 849 Einwohnern je Quadratkilometer belegt sie unter den am dichtesten besiedelten Gemeinden Deutschlands Platz zwei. Nur in München mit 4 275 Einwohnern pro Quadratkilometer wohnen noch mehr Menschen eng beieinander. sg/ÄZ