

Gesundheitsberufe

Helpfen statt heilen

Interview zum
Deutschen Zahnärztetag

Diagnostik beim
CUP-Syndrom



Foto: MEV-zm-DÄV-Andre Meinardus

Heute in Mecklenburg-Vorpommern bei Schwester AGnes, morgen in der Sierra Madre und übermorgen in den Karpaten: Ist das wirklich die Zukunft – mit bachelor-master-geprüften Heilberuflern –, wie ihn sich Europas Politik von heute als Vorsorge für morgen wünscht?

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

auch wenn die Diskussion um das deutsche Gesundheitswesen meist anderes vermuten lässt: Es gibt nach wie vor Aussagen, die wohl niemand anfeindet. Eine davon ist: Die Altersgesellschaft wird uns im Bereich von Medizin und Pflege große Anstrengungen abfordern. Die zweite: Versorgungsqualität und Teilhabe am medizinischen Fortschritt sind unantastbar.

Kosten soll das alles selbstverständlich nichts. Weder zusätzliche Finanzen noch Personal. Was die Entscheider aus dem Hut zaubern, kann unter diesen Umständen nichts anderes sein als Kostendämpfung. Wie solcher Hokuspokus vonstattengehen soll, zeigen die mannigfaltigen Vorschläge, die dazu alle naselang aus Berlin und Brüssel auftauchen. Unter der Ratspräsidentschaft Belgiens soll die Mobilität von Ärzten und Pflegern innerhalb der EU gefördert werden. Ist das die Lösung zur Herausforderung? Haben wir in anderen EU-Ländern den geeigneten Personalüberschuss, der künftig unsere Probleme auffängt? Oder ist das

demoskopische Desaster nicht eher ein gesamteuropäisches? Dann heißt das doch, dass die Ärzteschaft der Zukunft unter Mobilität den Flying-Doctor à la Australien vor Augen hat, der heute in Mecklenburg-Vorpommern, morgen in der Sierra Madre und übermorgen in den Karpaten seinen „Dienst“ tut.

Oder lösen wir das Problem – auch gesamteuropäisch – durch den gezielten Einsatz von medizinischem und pflegerischem Fachpersonal, das akademisch bachelor- und mastergeschult dann ärztliche Tätigkeiten ausübt? Ist dieses Fachpersonal dann „Arzt light“ oder „Pflege schwer“? Geht es darum, dem wirklichen Arzt eine größere Bandbreite im Delegieren von Leistungen zu ermöglichen? Fragen über Fragen, auf die die richtigen Antworten noch nicht gefunden sind, also Vorsicht angebracht bleibt. Denn hier geht es um weit mehr als Blutdruckmessen. Gerade angesichts der neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse um die systemische Bedeutung von Krankheiten – beispielsweise im oralen Bereich – müsste inzwischen deutlich geworden sein, dass es

längst nicht mehr reicht, nur nach dem Prinzip des „Füllens hohler Zähne“ zu planen. Deshalb bitte die Hand dahin, wo sie hingehört: auf's Herz! Und dann mal mutig: Gesundheit kostet, nämlich gutes Geld und gutes Personal. Daran wird akademischer Schnellwaschgang und hektisches Arzt- und Heilberufegeschubse wenig ändern. Wer anderes behauptet ist eins mit Sicherheit: Unehrllich!

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Titelfoto: CC, Foto: Klaus Rose - picture alliance

Zum Titel

Helfen statt heilen – die Rolle der Gesundheitsberufe rückt durch die Versorgungsengpässe verstärkt in den Fokus der Politik. Es gilt, die Grenzen zwischen Delegation und Substitution ärztlichen Handelns sauber zu trennen. Darauf legt vor allem die Zahnärzteschaft großen Wert.

Seiten 32 und 38



Foto: CC

Eine harmonische Atmosphäre in der Familie wirkt sich positiv auf das Zahnpflegeverhalten aus.

Seite 100

Editorial **1**

Leitartikel

Der KZBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz zu den Koalitionseckpunkten **6**

Nachrichten **8**

Gastkommentar

Die Politikkorrespondentin der Welt, Dr. Dorothea Siems, zur Praxisgebühr **16**

Das aktuelle Thema

Eckpunkte zur Gesundheitsreform: Weniger Netto vom Brutto **18**

Politik und Beruf

Deutscher Zahnärztetag: Innovatives Konzept **20**

Dr. Engel, Prof. Hoffmann, Dr. Fedderwitz: Interview Deutscher Zahnärztetag **22**

Betreuung von Behinderten: Neue Plattform für die Forschung **26**

Nebenwirkungsformular **28**

Aus den Ländern

Tagung zur Behindertenbehandlung: Mehr als Barrierefreiheit **30**

Titelstory

Die Rolle der Gesundheitsberufe: Helfen statt heilen **32**

Die Rolle der ZFA: Durchsteigen statt Akademisieren **38**

Zahnmedizin

 Der aktuelle klinische Fall: Lymphknotenhyperplasie der Glandula parotis **40**

Keramikrestorationen: Die Bedeutung optimaler Oberflächen **44**

Medizin

Brain Repair: So wird unser Gehirn mit Läsionen fertig **48**

Neurologie: Demenz – innovative Ansätze sind gefragt **50**

Repetitorium: CUP-Syndrom – Metastasen ohne Primärtumor **54**

Akademisches

Jubiläum in Heidelberg: Zehn Jahre Sektion Parodontologie in Kieferklinik **60**

Foto: apoBank



Mit der Konzentration auf das Kerngeschäft reagiert die Deutsche apoBank auf die Finanzkrise. Die zm sprachen mit Aufsichtsratsmitglied Dr. Wolfgang Eßer und Vorstandssprecher Herbert Pfennig über den aktuellen Stand, Strategien und Perspektiven der Genossenschaftsbank.

Seite 83

Foto: Tony Baggett - Fotolia



Florence Nightingale, Pionierin der modernen Krankenpflege, hat am 13. August ihren 100. Todestag – Anlass für einen Blick auf ihre Verdienste.

Seite 102

Foto: Rob Doorlaad KINA-Okapia



Im Tierreich haben sich in Millionen von Jahren unzählige unterschiedliche Zahnformen herausgebildet. Sie erzählen auch eine Menge über die Evolution des Lebens.

Seite 76

Tagungen

European Academy for Dentomaxillofacial Radiology: Röntgen im Umbruch **61**

Veranstaltungen 62

Zweitstory

Kraftvoll zugebissen:
Vom Hai fisch zum Säbelzahn tiger **76**

Finanzen

Geschäftsjahr 2009 der apoBank:
Großes Vertrauen auf bessere Zeiten **82**

apoBank-Interview: Dr. Wolfgang Eßer
und Herbert Pfennig **83**

Risikolebensversicherung:
Schutzmantel für die Familie **88**

Praxismanagement

Patientenkommunikation:
Zuhören ist der halbe Erfolg **92**

Trends **94**

Recht

Urteile **96**

Elternzeit:
Aktuelle Rechtsprechung beachten **98**

Impressum 99

Prophylaxe

Studie: Zähneputzen will erlebt sein **100**

Historisches

100. Todestag von Florence Nightingale:
Die Lady mit der Lampe **102**

EDV und Technik

Rundfunkgebühren:
Bald wird mehr GEZahlt **108**

Freizeit und Reisen

Sport-Events **109**

Bekanntmachungen 110

Formblatt 111

Neuheiten 112

Letzte Nachrichten 141

Zu guter Letzt 144



Foto: KZBV

Keine Extrawürste

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

ein Freund der Zahnärzte war Horst Seehofer nie. Ob er sich jetzt, wie die Medien vermuten, als Freund der bayerischen Hausärzte erweist, soll der kommende Herbst zeigen. Und ob der wirklich heiß wird, lässt sich angesichts der gegenwärtigen Drohgebährden nur erahnen. Auf jeden Fall gilt: Die von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler der

Öffentlichkeit präsentierten Eckpunkte der Gesundheitsreform haben sich zum Sommerthema erster Ordnung entwickelt. Das als erneutes Kostendämpfungsgesetz daherkommende Vorhaben versteckt allenfalls die kleine Genialität einer noch klitzekleineren Gesundheitsprämie. Der Minister ist stolz darauf. Das kann er wohl auch ein bisschen sein, sollte das Konzept im Herbst so greifen. Zumindest wäre das eine wirkliche Pionierleistung. Vielleicht sind gerade deshalb so viele dagegen.

Allen voran lamentiert der Hausärzterverband gegen die avisierte Begradigung, dass nach den zur Zeit noch laufenden Verträgen nach Paragraph 73 b SGB V mit der ungleichen Behandlung und Bezahlung von Ärzten in unterschiedlichen Vertragswelten Schluss

sein soll. Andersherum: Die von der großen Koalition der letzten Legislatur mit der Absicht eingeführte Möglichkeit, mittels dieser Verträge eine Triple-Win-Situation für Ärzte, Kassen und Patienten zu schaffen, hat eine

von den Krankenkassen konstatierte Teuerung durch in ihren Augen zu hoch honorierte Hausärzte bewirkt. Rumgesprochen hatte sich das auch schon zu Zeiten von Schwarz-Rot. Damals schienen hohe Ziele

noch höhere rote Zahlen zu rechtfertigen. Inzwischen setzt sich die Erkenntnis durch: Ein Paragraph 73 SGB V, egal ob in b- oder in c-Version, ist für die Versorgung kein Gewinn, kommt aber volkswirtschaftlich betrachtet teurer als die kollektive Systemvariante.

Wir Zahnärzte haben das – wie übrigens die nicht dem Hausärzterverband verpflichtete Ärzteschaft – von Anfang an behauptet und dem Paragraphen und daraus resultierenden sektiererischen Selektivverträgen eine klare Absage erteilt. Das hat man gehört, hat die Sachlage aber über so lange Zeit beobachtet, dass selbst wir Kritiker uns eigene Modelle schaffen mussten, um mit diesem Paragraphen, besser gegen ihn, umzugehen. Inzwischen hat sich der obskure Effekt des 73 b wohl auf der Ebene der politischen

Entscheider herumgesprochen. Dass Philipp Rösler diesem Irrtum einen Riegel vorschieben will, ist daher nur konsequent. Gestützt wird er auch durch prominente Stimmen aus der CDU. Und an die prinzipiellen innerwie außerkoalitionären Widerstände aus CSU, SPD, Grünen und Linken scheint sich Rösler inzwischen zu gewöhnen.

Doch egal wie weit Bayerns Ministerpräsident Horst Seehofer und sein immer wieder protestierender Gesundheitsminister Markus Söder ihren Rückhalt für die Hoppenthallers dieser Welt auch immer treiben wollen: Wir Zahnärzte haben unsere Antwort auf das Sparpaket bereits erteilt. Das darf aber nicht alles sein! Bis auf die endlich konkreter gefasste Aussicht auf Honoraranhebung im Osten auf Westniveau vermissen wir die überfälligen Strukturveränderungen, die – sollen sie überhaupt noch realisiert werden können in dieser Legislaturperiode – im Herbst vorgelegt werden müssen. Jetzt also nur Kostendämpfung, jetzt nur runter vom erwarteten 11,5-Milliarden-Defizit der GKV. Da soll ja jeder seinen Sparbeitrag leisten. Auch wir Zahnärzte, die wir ja schon die Sparmeister der letzten Jahre waren.

Was wir in einer wie auch immer temperierten Herbstphase allerdings nicht akzeptieren werden, ist ein noch größerer Einschnitt in unserem Honorargefüge für einen wie auch immer gearteten Klientelprofit des Hausärzterverbands. Der muss sich gefälligst – wie ja auch von Rösler beabsichtigt – einreihen. Denn schön, soviel kann man mit Sicherheit behaupten, findet das Unterfangen dieser erneuten Kostendämpfung im Gesundheitswesen keiner.

Wenn auf diesem Wege eine von der Mehrheit immer angemahnte, weil für die medizinische und zahnmedizinische Versorgung richtige Kurskorrektur mit herauskommt, dann um so besser: Das Gesundheitssystem braucht keine Extrawürste für wenige.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Jürgen Fedderwitz
Vorsitzender der KZBV

Ärztmangel**G-BA prüft Demografiefaktor**

In Regionen mit vielen älteren Menschen sollen sich künftig mehr Ärzte niederlassen können. Mit diesem Beschluss will der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gegen zunehmenden Ärztemangel auf dem Land vorgehen.

Damit orientiert sich die Zahl der Arztsitze in einem Planungsbereich zukünftig nicht mehr nur an der Einwohnerzahl, sondern auch an deren Altersstruktur. So sollen Hausärzte, Augenärzte oder auch Urologen verstärkt in diesen Gegenden arbeiten können. „Wir sind uns darüber



Foto: Fotolia

im Klaren, dass mit diesem Teilbeschluss nicht die Probleme der ärztlichen Unterversorgung im ländlichen Bereich gelöst werden“, sagte der GBA-Vorsitzende Rainer Hess. Viele Jungmediziner wollten heute schlicht nicht in eine Landpraxis.

Die Koalition will den Ärztemangel in bestimmten Regionen deshalb zu einem Kernanliegen ihrer Gesundheitspolitik nach der Sommerpause machen. Die gesamte Ärzteplanung soll auf den Prüfstand. Junge Mediziner sollen verstärkt aufs Land gelockt werden. Konflikte sind dabei aber vorprogrammiert. In den Städten gibt es aus Sicht der Kassen teilweise weit mehr Ärzte als gebraucht – die Versicherungen wollen aus Kostengründen nicht hinnehmen, dass Lücken auf dem Land ohne Einschnitte in überversorgten Gebieten geschlossen werden. ck/dpa

Sparmaßnahmen**Apotheker bleiben verschont**

2009 hätten die Apotheker mit Umsetzung der Rabattverträge für die GKV rund 850 Millionen Euro gespart – das meldet die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA). Nach einem aktuellen Medienbericht sollen die Apothekervertreter aber führende Politiker unter Druck gesetzt haben – deshalb seien sie von sparpolitischen Eingriffen verschont geblieben. Zusätzlich hätten die Apotheken den Krankenkassen noch 1,1 Milliarden Euro Apothekenrabatt gewährt. Der Überschuss der Einnahmen über die Ausgaben habe sich außerdem im Vergleich zu

den vorläufigen Ergebnissen von 1,1 Milliarden Euro auf 1,4 Milliarden Euro erhöht.

Insgesamt ein Drittel aller Arzneimittelrabatte hätten die Apotheker durch Umsetzung der Rabattverträge eingespart, schreibt die ABDA und beruft sich auf aktuelle Zahlen des Bundesgesundheitsministeriums. Der „Spiegel“ hatte indessen berichtet, dass Lobbyisten der Apotheker führende Gesundheitspolitiker, die sich für eine Liberalisierung des Marktes und eine Lockerung des Mehrbesitzverbots ausgesprochen hätten, extrem unter Druck gesetzt und bedroht hätten. ck/pm

Nach BGH-Urteil über Gentests an Embryonen**Koalition uneins**

Nach dem Urteil des Bundesgerichtshofs zu Gentests an Embryonen mehren sich in der Union die Stimmen für ein baldiges Verbot solcher Untersuchungen. Die FDP lehnt einen solchen Schritt allerdings ab. Der bayerische Gesundheitsminister Markus Söder (CSU) sagte dem „Spiegel“: „Wir brauchen rasch eine Gesetzesänderung, um klarzustellen, dass die Präimplantationsdiagnostik (PID) nicht zur Selektion führt.“ Auch die Staatsministerin im Kanzleramt, Maria Böhmer (CDU), fordert ein PID-Verbot. Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (FDP) sagte in der Zeitung „Sonntag aktuell“ hingegen, klar sei nach dem Urteil, dass PID nicht gegen das Embryonenschutzgesetz verstoße. „Ein explizites Verbot der PID lehne ich ab.“ Bundesfamilienministerin Kristina Schröder (CDU) forderte

eine öffentliche Debatte: „Für mich wäre es ein Widerspruch, einem Paar die Präimplantationsdiagnostik zu verbieten, Spätabtreibungen aber bis zum neunten Monat unter bestimmten Umständen zuzulassen“, sagte sie der „Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung“. Der Bundesgerichtshof hatte entschieden, dass die genetische Untersuchung PID und die Aussonderung geschädigter Embryonen im Rahmen der künstlichen Befruchtung nicht gegen geltendes Recht verstoßen. mp/dpa



Foto: MEV

Philipp Rösler**Homöopathie als Wahltarif**

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) will nicht zwingend an der Übernahme von homöopathischen Behandlungen durch Krankenkassen festhalten: Er hält stattdessen Wahltarife für eine gute Lösung, Homöopathie den Versicherten weiter anzubieten. „Grundsätzlich spricht nichts gegen Wahltarife, auch nicht bei der Homöopathie“, sagte Rösler der „Passauer Neuen Presse“. „Wenn eine Krankenkasse diesen Weg geht, kann und sollte ihr das nicht verwehrt werden.“ Rösler ergänzte:

„Entscheidend ist, dass die Allgemeinheit nicht belastet wird.“ Wahltarife brächten mehr Wettbewerb. Allerdings werde man die Wahltarife insgesamt überprüfen. SPD-Experte Karl Lauterbach hatte ein Verbot der Bezahlung dieser alternativen Behandlungsmethode durch die Kassen gefordert.

Die SPD-Bundestagsfraktion will an Homöopathie als Wahlleistung der Gesetzlichen Krankenkassen festhalten und stellt sich damit gegen ihren eigenen Gesundheitsexperten. pr/ck/dpa

Krankenkassen**300 Millionen Euro mehr Gewinn**

Die gesetzlichen Krankenkassen haben einem Zeitungsbericht zufolge 2009 mehr Gewinne verbucht als erwartet: Nach neuen Berechnungen des Bundesgesundheitsministeriums hätten sie ein Plus von mehr als 1,4 Milliarden Euro erwirtschaftet. Das seien 300 Millionen Euro mehr, als das Ministerium bislang in seinem vorläufigen Jahresabschluss veröffentlicht hatte, berichtet die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ (FAZ). Die neuen Zahlen ergeben sich laut FAZ aus den endgültigen Rechnungs-

ergebnissen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Demnach nahmen die Kassen im vergangenen Jahr einschließlich des Bundeszuschusses 172,2 Milliarden Euro ein und gaben 170,8 Milliarden Euro aus. Daraus errechnete sich ein Überschuss von 1,4 Milliarden Euro, der damit den aus dem Vorjahr übertreffe. Der höhere Gewinn ermögliche es den Kassen, ihre Rücklagen auszubauen. Den größten Überschuss hätten die Ortskrankenkassen mit 916 Millionen Euro eingefahren. ck/dpa

Unabhängige Patientenberatung**Dauerhafte Finanzierung durch die GKV**

Die Bundesregierung sieht im Gesetzentwurf zur Neuordnung des Arzneimittelmarkts vor, Einrichtungen zur unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung durch den GKV-Spitzenverband dauerhaft zu finanzieren. Ab Januar 2011 werde es eine unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung in Deutschland als Regelversorgung geben, sagte der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller. „Häufig kennen Patienten ihre Rechte nicht und noch häufiger können sie sie nicht durch-

setzen oder müssen als Bittsteller zustehende Leistungen einfordern“, begründete er den Schritt. „Mit der unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung geben wir den Versicherten ein geeignetes Instrument an die Seite.“ Bei der nun vorliegenden Regelung sei auf die erforderliche Unabhängigkeit sowie auf Neutralität, Kompetenz und Evidenz der Beratung geachtet worden. Eine Berichtspflicht an Zöller soll als patientenorientierte Rückmeldefunktion das Gesundheitssystem verbessern. ck/pm

Ärztlicher Bereitschaftsdienst**Einheitliche Telefonnummer kommt**

Unter der einheitlichen Rufnummer 116 117 können Patienten ab 2011 kostenlos den Ärztlichen Bereitschaftsdienst erreichen. Die KVen und die KBV haben von der Bundesnetzagentur den



Foto: MEV

entsprechenden Zuschlag erhalten. Die Nummer ist kostenlos, unabhängig, ob man aus dem Fest- oder dem Mobilfunknetz anruft. Der Ärztliche Bereitschaftsdienst wird von allen KVen betrieben und soll sicherstellen, dass Patienten im Krankheitsfall auch außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten einen niedergelassenen Arzt erreichen können. Die KBV weist darauf hin, dass der Bereitschaftsdienst nicht zu verwechseln ist mit dem Notdienst, der in lebensbedrohlichen Fällen Hilfe leistet. ck/pm

Schleswig-Holstein**Ärztstudium in Lübeck bleibt**

Die vom Aus bedrohte Mediziner- ausbildung an der Universität Lübeck bleibt dank der Hilfe des Bundes erhalten. Dieser werde sich künftig mit zusätzlichen 25 Millionen Euro pro Jahr an der Finanzierung der Forschungs-



Foto: CC

landschaft in Schleswig-Holstein beteiligen, teilte die Landesregierung mit.

Die CDU/FDP-Koalition in Kiel wollte im Zuge ihres Sparprogramms die Mediziner- ausbildung in Lübeck auslaufen lassen, um bis zu 26 Millionen Euro pro Jahr einzusparen. Dagegen hatte

es massive Proteste gegeben, da dadurch ein Abstieg der Lübecker Universität in die Bedeutungslosigkeit befürchtet wurde. Ministerpräsident Peter Harry Carstensen (CDU) betonte nach der Einigung mit Bundesbildungsministerin Annette Schavan, dass auch die Zahl der Medizin-Studienplätze nicht sinken solle. mp/dpa

Belgischer Ratsvorsitz**Mehr Mobilität für Ärzte in der EU**

Auf Spanien folgt Belgien: Mit der Übernahme des EU-Ratsvorsitzes will Belgien für mehr Mobilität von Ärzten und Patienten sorgen sowie einen europaweiten Pandemieplan aufstellen. Nach dem Grundsatzbeschluss zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sollen die neuen Patientenrechte nun mit Leben erfüllt werden. Ein beson-



Foto: CC

ders Augenmerk soll dabei auch auf die Beschäftigten im Gesundheitswesen gelegt werden, um die Mobilität von Ärzten und Pflegepersonal in der EU zu unterstützen.

Die Prioritäten der Belgier sind klar gesteckt: Kürzlich trafen sich die Gesundheits- und Verbraucherschutzminister, um über die Intensivierung der Zusammenarbeit auf EU-Ebene zur Bekämpfung und Behandlung von Krebserkrankungen wie chronischen Krankheiten zu sprechen. Ein weiterer Schwerpunkt war die Diskussion um einen Aktionsplan, wie sich Europa künftig besser gegen weltumspannende Pandemien rüsten kann.

mp/pm

IGES-Studie zu Selektivverträgen**Abschluss kann Patienten belasten**

Wenn Krankenkassen Selektivverträge mit Kliniken oder Arzneimittelherstellern abschließen, kann das für niedrigere Kosten und mehr Qualität sorgen – oder Kranke faktisch von Leistungen ausschließen, besagt eine neue, von der Hans-Böckler-Stiftung geförderte Studie. Das Berliner IGES-Institut untersuchte das Instrument „Selektivvertrag“. Und beleuchtete erstmals systematisch, wie groß das Risiko des Missbrauchs ist. Ergebnis der Studie: Die Versicherten werden bei der Arzt- und Klinikwahl eingeschränkt. Im Idealfall hätten sie aber auch Vorteile: Ärztliche Eingriffe wären wirkungsvoller und weniger belastend, die Beiträge würden weniger stark steigen.

Was medizinisch notwendig ist, das können Laien aber kaum und selbst viele Fachleute nur schwer erkennen. Unter dem Vorwand, das Verhältnis von Preis und Leistung zu verbessern, ließe sich daher auch ein simpler Sparkurs verfolgen. Ein Selektivvertrag könnte so „zu einem Geschäft zulasten Dritter, nämlich der Patienten werden“, schreiben die IGES-Forscher um Dr. Martin Albrecht. Die Forscher halten es für wahrscheinlich, dass die Möglichkeiten für die Kassen künftig ausgeweitet werden. Zwar halten sie Selektivverträge grundsätzlich für geeignet, das Gesundheitswesen effizienter zu steuern. Allerdings nur, wenn Regulierungen Grenzen setzen.

ck/pm

GKV-Beitragserhöhungen**Klusen fordert Arbeitgeberbeteiligung**

Der Chef der Techniker Krankenkasse (TK), Norbert Klusen, fordert auch künftig eine Beteiligung der Arbeitgeber an den Kostensteigerungen bei den gesetzlichen Krankenkassen – und zwar abhängig von der Entwicklung der Wirtschaft. „Wenn die Konjunktur gut läuft, wäre auch eine Erhöhung des Arbeitgeberanteils zur gesetzlichen Krankenversicherung angemessen“, sagte er in der „Frankfurter Rundschau“. Die Betriebe schätzten

zu wenig, welchen Nutzen das Gesundheitssystem auch für sie habe. Klusen erwartet, dass die Zusatzbeiträge bis 2014 die Höhe von durchschnittlich 16 Euro übersteigen werden. Damit würden auch mehr Menschen als prognostiziert Hilfe über den Sozialausgleich benötigen. „Eine Milliarde Euro aus Steuergeldern wird da vermutlich nicht reichen, das kostet mehr Geld“, prognostizierte er. ck/dpa

Gesundheitswesen**Neuer Sachverständigenrat ernannt**

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) hat den neuen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ernannt. Er ist bis zum 14. Juli 2014 im Amt. Vorsitzender ist Prof. Dr. Eberhard Wille, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, Universität Mannheim, stellvertretender Vorsitzender Prof. Dr. Matthias

Schrappe vom Institut für Patientensicherheit, Rheinische Friedrich-Wilhelm-Universität Bonn. Beide sind für die nächsten zwei Jahre gewählt. Die restlichen Mitglieder sind Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Prof. Dr. Marion Haubitz, Prof. Dr. Doris Schaeffer und Prof. Dr. Gregor Thüsing. ck/pm

Einstweilige Verfügung**PKV muss Werbung stoppen**

Die Wettbewerbszentrale hat gegen den PKV-Verband eine einstweilige Verfügung durch das Landesgericht Köln bewirkt. Gegenstand: zwei Motive der PKV-Werbekampagne. Die Anzeigen enthielten diffamierende Äußerungen über die gesetzlichen Krankenkassen. Mit den Slogans „Lieber versichert als verwaltet“ und „Ein schuldenfreies Gesundheitswesen? Haben wir.“ stellt sich die PKV – in Abgrenzung zur GKV – als „Gesunde Versicherung“ dar. Der PKV-Verband darf die beiden Anzeigenmotive

vorerst nicht mehr veröffentlichen. „Wir begrüßen diesen Schritt ausdrücklich“, erklärte der Vorsitzende des Verbands der Ersatzkassen (vdek), Thomas Ballast. „Seit Wochen versucht der PKV-Verband mit teuren Werbeanzeigen sein Image aufzupolieren. Dabei scheut er auch keinen unfairen Vergleich zwischen der GKV und der PKV, und diffamiert die GKV in unzulässiger Weise.“ Insofern sei es gut und richtig, dass hier die Wettbewerbszentrale reagiert habe. ck/pm

Umfrage**Viele Ärzte offen für Sterbehilfe**

80 Prozent aller Ärzte sind gegen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, so das Fazit einer von der Bundesärztekammer (BÄK) in Auftrag gegebenen Befragung. Mehr als jeder dritte Arzt kann sich aber dennoch vorstellen, einem Patienten beim Suizid zu helfen. Nach der Befragung des Allensbach-Instituts ist die große Mehrheit der Ärzte (79 Prozent) davon überzeugt, dass ein Ausbau der Palliativmedizin die Wünsche nach Sterbehilfe verringern würde. Fast ebenso viele (73 Prozent) beklagen aber, die Kapazitäten für die palliativmedizinische Versorgung seien ungenügend. Dies sei einer der Gründe, warum jeder dritte Arzt im Laufe seines Berufslebens um

Hilfe beim Suizid gebeten werde, sagte Ärztepräsident Jörg-Dietrich Hoppe. Hinzu komme ein schleichender Paradigmenwechsel in der Gesellschaft. Sterben und Tod würden zunehmend tabuisiert. Nach der Studie sind 74 Prozent der Mediziner der Auffassung, dass lebensverlängernde Maßnahmen eingestellt werden sollten, wenn der Patient dies zuvor in einer Patientenverfügung ausdrücklich erklärt hat. Für 37 Prozent kommt ein begleiteter Suizid unter bestimmten Bedingungen in Frage. Aktive Sterbehilfe können sich 25 Prozent zumindest vorstellen. Als wichtigste Bedingungen für eine Suizidbeihilfe wurden eine medizinisch eindeutige – also hoffnungslose – Prognose, die gute Kenntnis des Patienten sowie ein hoher Leidensdruck genannt. „Die Studie zeigt aber auch: Empathie mit Patienten bedeutet nicht Akzeptanz für eine Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids sowie der aktiven Sterbehilfe“, stellte Hoppe klar. ck/pm



Foto: laekrip - Peter Pulkowski

Diabetes und Bluthochdruck**Mailen mit dem Arzt hilft**

Patienten mit Diabetes oder Bluthochdruck, die sich mit ihren Ärzten per sicherer E-Mail austauschen, haben bessere Blutdruckwerte, ein niedrigeres LDL-Cholesterin und niedrigere

HbA1c-Werte verglichen mit solchen, die nicht an dem Programm teilnehmen. Die Unterschiede zwischen Nutzern und Nichtnutzern waren signifikant. Dies berichtet Yi Yvonne Zhou von der Versicherung Kaiser Permanente in Portland im US-Staat Oregon in der Juli-Ausgabe der Zeitschrift „Health Affairs“. Die Wissenschaftlerin analysierte für ihre Studie die Daten von 455 133 erwachsenen Patienten. ck/ÄZ



Foto: MEV

Studie zur Sterbebetreuung**Großbritannien auf Platz eins**

Sterbende werden in Großbritannien so gut betreut wie in keinem anderen Land der Welt. Zu diesem Schluss kommt eine Studie, die erstmals in Anlehnung an Tabellen zur Lebensqualität die „Sterbequalität“ untersucht hat. Deutschland kommt auf Platz acht von 40 Ländern. Der Weltverband für Palliativpflege (WPCA) schätzt, dass pro Jahr weltweit 100 Millionen Kranke und ihre Angehörigen besonders betreut, begleitet und geschult werden müssten. Tatsächlich hätten nur acht Millionen Menschen Zugang zu Einrichtungen wie Hospizen und umfassender häuslicher Sterbegleitung.

In Großbritannien begann die moderne Hospizbewegung zur Pflege Sterbender in den 60er-Jahren. Das Land erhielt Topnoten unter anderem, weil das Thema Sterben in der Gesellschaft kein Tabu mehr ist, Pflegekräfte eigens ausgebildet werden und schmerzlindernde Mittel wie Opiate problemlos zu bekommen sind. Die Analysten untersuchten auch, welche staatlichen Hilfen es für Hospize zur Pflege Sterbender gibt und ob die Regierung Standards für die Versorgung in den letzten Lebensmonaten entwickelt hat. Sie berücksichtigten auch die Höhe der Gesundheitsausgaben und die Lebenserwartung. ck/dpa

SPD zu Betrug im Gesundheitswesen**Falschabrechner stärker sanktionieren**

Die SPD-Bundestagsfraktion will nach der Sommerpause Vorschläge gegen den Abrechnungsbetrag im Gesundheitswesen vorlegen. Die Opposition ist unzufrieden mit der Zurückhaltung von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP). „Die Vorschläge Röslers zielen immer nur darauf ab, mehr Geld in die Kassen zu spülen“, kritisiert SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach im „Spiegel“. „Mit der Frage, auf welchem Weg Unsummen durch Betrug einfach versickern, beschäftigt er sich nicht.“

Unter anderem prüft eine Arbeitsgruppe von SPD-Abgeordneten, wie man Ärzte und Kliniken, die falsch abrechnen, wirksamer als bisher sanktionieren könne. Nach Einschätzung

von Experten könnten jährlich bis zu zweistellige Milliardenbeträge eingespart werden, wenn alle Behandlungskosten korrekt abgerechnet würden. Die gesetzlichen Krankenversicherungen haben sich eigenen Angaben nach im vergangenen Jahr allein 1,5 Milliarden Euro von den Krankenhäusern zurückgeholt, weil für Behandlungen falsche Rechnungen gestellt worden waren. ck/dpa



Foto: Yantra - Fotolia

1. Halbjahr 2010

Krankenstand steigt

Der Krankenstand bei den Arbeitnehmern ist im ersten Halbjahr dieses Jahres auf den höchsten Stand seit fünf Jahren gestiegen – prozentual um 10,5 Prozent.

Insgesamt waren 3,58 Prozent der Beschäftigten krankgeschrieben, im Vergleichszeitraum des Vorjahres waren es 3,24 Prozent, bestätigte ein Sprecher des Bundesgesundheitsministeriums einen Bericht der Zeitung „Die Welt“.



Foto: DAK-Wiggen

Die Fehlzeiten summierten sich auf vier Arbeitstage. Die Statistik des Ministeriums erfasst die Fehlquoten aller gesetzlich versicherten Arbeitnehmer. Frauen fehlten danach im ersten Halbjahr deutlich häufiger als Männer: Sie waren 3,77 Prozent der Sollarbeitszeit abwesend, ihre männlichen Kollegen 3,41 Prozent.

Laut Bericht machen Arbeitsmarktexperten neben saisonalen Einflüssen vor allem die leicht

verbesserte konjunkturelle Situation der vergangenen Monate für die Entwicklung verantwortlich.

Dagegen gehen die Krankenstände in Krisenzeiten im Allgemeinen zurück, weil die Arbeitnehmer fürchten, durch Krankschreibungen den Job zu gefährden. ck/dpa

Weimarer Forum des ZoRA-Netzwerks

Frauen fördern und fordern

Zum zweiten Mal findet das Weimarer Forum, eine Kommunikationsplattform für Zahnärztinnen, statt, und zwar vom 17. bis zum 19. September.

Das bundesweite Kompetenz-Netzwerk ZoRA, eine Initiative des Freien Verbands Deutscher Zahnärzte, will damit praktikable und realitätsbezogene Lösungsansätze für frauenspezifische Anforderungen an den zahnärztlichen Beruf aufzeigen.

Auf der Tagesordnung stehen Themen wie Finanzierungs- und Steuertipps, praktische Übungen für die Implantologie oder für die

Parodontalbehandlung und Anregungen für frauenspezifische Arbeitszeitmodelle. Zur Eröffnung werden die Thüringer Finanzministerin Marion Walsmann, der Präsident der Landes-zahnärztekammer Thüringen, Dr. Andreas Wagner, die Vorsitzende des Frauenausschusses der BZÄK, Dr. Brita Petersen, und der FVDZ-Vorsitzende Dr. Karl-Heinz Sundmacher erwartet. Die ZoRA-Night, ein abendliches Familienprogramm, rundet das Forum ab. pr/m

■ Mehr dazu unter www.zora-netzwerk.de

LAG Berlin

„Kroko“ wird 20 Jahre alt

„Kroko“, das Mundgesundheits-Krokodil, feierte Anfang Juli seinen 20. Geburtstag. Am 11. Juli 1990 wurde die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) e.V. von den Landesverbänden der Krankenkassen, der Zahnärztekammer Berlin sowie dem Land Berlin gegründet. Pro Jahr erreicht das LAG-Team heute berlinweit über 100 000 Kindergarten-



Foto: LAG Berlin

kinder, über 160 000 Grundschul- und rund 13 000 Sonderschüler und Kinder mit Behinderungen und rund 45 000 Kinder und Jugendliche in weiterfüh-

renden Schulen. Von diesen werden pro Schuljahr circa 205 000 mundgesundheitslich untersucht und 175 000 erhalten spezielle Fluoridanwendungen zum Schutz ihrer Zähne. mp/pm

Ausschreibung läuft

Hufeland-Preis 2011

Das Kuratorium der Stiftung „Hufeland-Preis“ ruft alle Kollegen aus der Zahnärzteschaft auf, sich um den „Hufeland-Preis 2011“ zu bewerben. Einsendeschluss ist der 31. März 2011. Zu den Anforderungen: Die eingereichte Arbeit beschäftigt sich mit einem Thema rund um die Gesundheitsvorsorge und ist von maximal zwei Co-Autoren verfasst, die ein wissenschaftliches Studium abgeschlossen haben. Zur Teilnahme berechtigt sind Zahnärzte und Ärzte, die im Besitz einer deutschen Approbation sind. Der im Jahr 1959 erstmals

ausgeschriebene Preis ist mit 20 000 Euro dotiert. Er kann auch zwei als gleichwertig anerkannten Arbeiten je zur Hälfte zugesprochen werden. Die Arbeit geht in zweifacher Ausfertigung postalisch an die Notarin Ingrid Doyé, Kattenburg 2, 50667 Köln. Die Unterlagen zur Ausschreibung sind erhältlich bei Patrick Weidinger, Geschäftsführer der Stiftung, telefonisch unter 0221/14830785 oder per Mail an: patrick.weidinger@aerzteversicherung.de. sf/pm

■ www.hufeland-preis.de



STIFTUNG HUFELAND-PREIS
DER DEUTSCHEN ÄRZTEVERSICHERUNG

ZUR FÖRDERUNG DER PRÄVENTIVMEDIZIN

2 000 Spenden vermittelt

Knochenmarkspenderdatei

Die Deutsche Knochenmarkspenderdatei (DKMS) hatte im ersten Halbjahr 2010 zwar weniger neue Spender als im Vorjahreszeitraum. Sie konnte jedoch mehr Patienten helfen. In den sechs Monaten hat sie nach eigenen Angaben mehr als 2 000 Stammzell- und Knochenmarkspenden vor allem für Leukämie-Patienten vermittelt. Das seien gut 20 Prozent mehr als vor einem Jahr, teilte die Gesellschaft jetzt in Tübingen mit. Entscheidend für den Anstieg sei unter anderem, dass man mithilfe großer Computer-Datenbanken deutlich schneller einen genetisch fast identischen Spender für einen Patienten fin-



Foto: DKMS

den könne. Allerdings gab es auch deutlich weniger Neuaufnahmen in die Spenderdatei, sagte eine Sprecherin auf Nachfrage: Knapp 133 000 Menschen ließen sich bei den Typisierungsaktionen von Januar bis Juni 2010 als potenzielle Knochenmarkspender registrieren, ein Minus von 25 Prozent. sp/dpa

Sportunfall

Schlag aufs Herz kann tödlich sein

Eine sogenannte „Commotio cordis“, zu Deutsch „Herzerschütterung“, galt früher als seltenes Ereignis. Heute weiß man, dass sie besonders bei jungen und jungen Männern zum plötzlichen Herztod führen kann. Schon ein harmlos erscheinender, stumpfer Schlag auf die Brust mit der Faust, dem Ellenbogen oder dem Kopf oder das Aufprallen eines Balles oder eines Hockey-



Foto: picture alliance

Pucks kann in einer bestimmten Phase der Herztätigkeit bei jungen Sportlern zu einem Kammerflimmern, einer lebensbedrohlichen Störung des Herzrhythmus, führen. Wissenschaftler der Universität Boston haben 224 derar-

tige Fälle dokumentiert: Ein Viertel der Opfer war jünger als zehn Jahre, nur neun Prozent 25 Jahre oder älter. Jeder zweite Fall betraf junge Wettkampfsportler. thy

Quelle: NEJM 362 (2010) 917-927

Neue Methode bei Brustkrebs

Einmalbestrahlung

Eine einmalige Bestrahlung während einer Brustkrebsoperation ist einer Studie zufolge einer mehrwöchigen Strahlentherapie gleichzusetzen. Der deutsche Teil der TARGIT-A-Studie wurde jetzt in Hamburg vorgestellt. Die Untersuchung bezog international 2232 Patientinnen über 45 Jahre mit kleinen Tumoren ein. Das Auftreten von Nebenwirkungen und Lokalrezidiven liege bei beiden Verfahren auf einem vergleichbaren Niveau, so die

Wissenschaftler. Die Strahlendosis bei der etwa 30-minütigen Einmalbestrahlung sei zehnmal so hoch wie eine Einzeldosis bei einer mehrwöchigen Behandlung. In Deutschland waren sechs Zentren an der TARGIT-A-Studie beteiligt. Nach Angaben der Koordinatoren wird diese Methode mit einer verkürzten anschließenden Strahlentherapie inzwischen an 28 von etwa 230 zertifizierten Brustzentren in Deutschland angewendet. sp/dpa

Studienabsolventen gesucht

50 Jahre Zahnklinik Homburg/Saar

Die Zahnklinik Homburg/Saar ist 50 Jahre alt. Hierzu sucht die Fakultät noch ehemalige Studenten, die zu einer Feierstunde und einem wissenschaftlichen Symposium herzlich eingeladen sind.

Am Freitag, dem 10. September, um 19.00 Uhr wird das Jubiläum mit einem Festakt begangen, zu dem neben den ehemaligen Lehrstuhlinhabern zahlreiche Gäste aus Politik und Gesellschaft erwartet werden.

Am Samstag werden hochkarätige Referenten die vergangenen und die nächsten fünfzig Jahre

der einzelnen Fächer beleuchten. Das volle Programm sowie das Anmeldeformular sind auf folgender Webseite zu finden: www.uniklinikum-saarland.de/einrichtungen/kliniken-und-institute/zmk/prothetik/. Wer noch alte Bilder oder sonstige Dinge rund um die Zahnklinik hat, möge diese bitte senden an:

M. Moritz, Sekretariat Prof. Dr. P. Pospiech, Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, Kirrberger Straße, 66424 Homburg/Saar sp/pm



Foto: Universitätsklinikum des Saarlandes

Mittel gegen Arzt-Hopping

Die Praxisgebühr ist wieder ins Gerede gekommen. Zwar haben sich die Deutschen längst an den Zehn-Euro-Obulus gewöhnt. Doch die bei der Einführung von der Politik versprochene Steuerungswirkung ist ausgeblieben. Auch CDU, CSU und FDP sehen das so. Um so erstaunlicher ist es, dass sich die Koalition nicht zu einer Änderung der Zuzahlungsregelung durchringen kann. Dabei könnte die Gebühr viel mehr sein, als nur eine weitere Geldquelle für die Krankenkassen.

Der Aufschrei war laut, als die damalige rot-grüne Regierung 2004 die neue Zuzahlung einführte. Was in anderen Ländern seit Jahrzehnten schon Usus ist, bedeutete für Deutschland einen Kulturschock. Die einmal pro Quartal fällige Eintrittsgebühr beim Arzt galt Sozialverbänden und Gewerkschaften als Ausdruck sozialer Kälte. Mittlerweile aber ist die Praxisgebühr in der Bevölkerung weitgehend akzeptiert. Wer allerdings gehofft hatte, die Praxisgebühr würde die Deutschen dazu bewegen, seltener zum Arzt zu gehen, hat sich getäuscht. Zwar registrierten die Krankenkassen nach der Einführung einen Rückgang der Arztbesuche um zehn Prozent. Doch dieser Effekt war nur von kurzer Dauer. Inzwischen suchen die Versicherten sogar häufiger eine Praxis auf als vor der Einführung der Gebühr. Mit durchschnittlich 18 Arztbesuchen im Jahr liegen die Deutschen europaweit an der Spitze. Dabei ist nicht bekannt, dass die Menschen hierzulande kränker sind als in anderen Ländern oder infolge der häufigen Arztkontakte besser versorgt. Die Deutschen neigen vielmehr dazu, mit jedem Zipperlein zum Hausarzt oder gleich zum Spezialisten zu gehen. Die Zahlung scheint bei einigen



Foto: bonn.sequenz - vario images

Versicherten regelrecht einen Drang auszulösen, möglichst viele ärztliche Leistungen nachzufragen, damit es sich auch lohnt. Eine Kontrolle, ob der gewünschte Facharztbesuch überhaupt sinnvoll ist, findet nicht statt. Zumal es durchaus vorkommt, dass etwa ein Augenarzt die Praxisgebühr erhält und dann zum Orthopäden, Gynäkologen oder Hautarzt überweist.

Es gibt noch einen weiteren Grund, warum die Zehn-Euro-Abgabe keine Einsparung



Foto: privat

Die Praxisgebühr hat keine Steuerungswirkung. Eine Neuregelung ist überfällig, meint Dr. Dorothea Siems, Politikkorrespondentin der Welt, Berlin.

bringt: Über die Jahre hat sich der Kreis der Versicherten, die diese Gebühr berappen, stetig verkleinert. Mittlerweile zahlt nur noch jeder vierte Versicherte die Praxisgebühr. Das Gros der Kassenpatienten ist aus verschiedenen Gründen – sei es das niedrige Einkommen oder die Teilnahme an einem Hausarzt- oder Chronikerprogramm – befreit. Und so spült die Praxisgebühr denn auch lediglich 1,5 Milliarden Euro in die Kassen von AOK und Co.

Es gibt viele Vorschläge, wie sich das Instrument der Praxisgebühr verbessern ließe. Fünf Euro bei jedem Arztbesuch, fordern die einen. Andere plädieren für eine prozentuale Beteiligung an den Arztkosten. In der Tat wäre es sinnvoll, die Eigenbeteiligung auszuweiten, um eine Steuerungswirkung zu erzielen. Damit Versicherte nicht länger zu Lasten der Solidargemeinschaft bei jeder Bagatellerkrankung einen Mediziner konsultieren, sollte das mit zehn Euro viel zu günstige

„All-inclusive-Angebot“ durch eine genauere Gebührenregelung ersetzt werden. Sämtliche Vorsorgeuntersuchungen und sinnvolle Impftermine sollten weiterhin gebührenfrei sein. Auch in der Zahnmedizin sind Änderungen nicht notwendig, da es kein Zahnarzt-Hopping und auch keine übermäßig häufigen Zahnarztbesuche gibt. Ansonsten aber wäre eine prozentuale Eigenbeteiligung mit Höchstgrenze wie bei Arzneimitteln zielführender als die heutige Regelung. Dies dürfte so manchen Patienten motivieren, öfter mal dem Hausarzt oder altbewährten Hausmitteln zu vertrauen, statt von einem Spezialisten zum nächsten zu rennen. Chronisch Kranke würden mit dieser Regelung übrigens nicht schlechter fahren: Sie kommen im Schnitt nur zweimal pro Quartal in eine Praxis. Weniger Arztkontakte hätten den Vorteil, dass dann für den Patienten mehr Zeit bliebe und weniger Arzneimittel verschrieben würden.

Es gibt viele Vorschläge, wie sich das Instrument der Praxisgebühr verbessern ließe. Fünf Euro bei jedem Arztbesuch, fordern die einen. Andere plädieren für eine prozentuale Beteiligung an den Arztkosten. In der Tat wäre es sinnvoll, die Eigenbeteiligung auszuweiten, um eine Steuerungswirkung zu erzielen. Damit Versicherte nicht länger zu Lasten der Solidargemeinschaft bei jeder Bagatellerkrankung einen Mediziner konsultieren, sollte das mit zehn Euro viel zu günstige „All-inclusive-Angebot“ durch eine genauere Gebührenregelung ersetzt werden. Sämtliche Vorsorgeuntersuchungen und sinnvolle Impftermine sollten weiterhin gebührenfrei sein. Auch in der Zahnmedizin sind Änderungen nicht notwendig, da es kein Zahnarzt-Hopping und auch keine übermäßig häufigen Zahnarztbesuche gibt. Ansonsten aber wäre eine prozentuale Eigenbeteiligung mit Höchstgrenze wie bei Arzneimitteln zielführender als die heutige Regelung. Dies dürfte so manchen Patienten motivieren, öfter mal dem Hausarzt oder altbewährten Hausmitteln zu vertrauen, statt von einem Spezialisten zum nächsten zu rennen. Chronisch Kranke würden mit dieser Regelung übrigens nicht schlechter fahren: Sie kommen im Schnitt nur zweimal pro Quartal in eine Praxis. Weniger Arztkontakte hätten den Vorteil, dass dann für den Patienten mehr Zeit bliebe und weniger Arzneimittel verschrieben würden.

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

Eckpunkte zur Gesundheitsreform

Weniger Netto vom Brutto

Mit Beitragserhöhungen und Kostendämpfungen reagiert die Bundesregierung auf das Milliardendefizit der Krankenkassen. Ob Patienten, Ärzte, Industrie oder Unternehmer – alle zahlen drauf. Die Eckpunkte zur Gesundheitsreform sind deshalb Lichtjahre vom großen Wurf entfernt. Aber es gibt eine neue Sprachregelung: Der „Zusatzbeitrag“ heißt jetzt „kleine Kopfpauschale“.



Geniestreich oder billiger Trick? Rösler verkauft den Zusatzbeitrag als „kleine Kopfpauschale“.

„Für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem“ – mit diesen Worten ist das vierseitige Eckpunktepapier zur Gesundheitsreform überschrieben. In Wirklichkeit rollt auf die gesetzlich Krankenversicherten und ihre Arbeitgeber eine Milliardenkostenlawine zu.

Um das für 2011 erwartete Elf-Milliarden-Loch in der GKV zu stopfen, wird als Erstes der Beitragssatz erhöht, und zwar von 14,9 auf 15,5 Prozent. Der Arbeitnehmeranteil soll von 7,9 Prozent auf 8,2 Prozent steigen, der der Arbeitgeber von sieben bei 7,3 Prozent einfrieren. Der bisherige Passus, wonach die Sätze nur dann angehoben werden dürfen, wenn der Gesundheitsfonds die Kassenausgaben zu weniger als 95 Prozent trägt, wird ersatzlos gestrichen. Zusatzbeiträge? Dürfen die Kassen künftig selber festsetzen – ungedeckt.

Zwei Milliarden Euro werden dem System zudem durch eine einmalige Steuerspritze

zugeführt. Drei bis vier Milliarden Euro sollen über Sparmaßnahmen zusammenkommen. Insbesondere bei Krankenhäusern, Ärzten und Arzneimitteln wird gekürzt. Die Pharmabranche trägt allein zwei Milliarden Euro. Bei den Zahnärzten sollen die Kostensteigerungen auf die Hälfte des Zuwachses der Grundlohnrate beschränkt werden. Die Ärzte bekommen zwar keine Nullrunde verordnet, ihr Honorar steigt aber weniger, das heißt nur um 1,2 Milliarden Euro.

Insbesondere die Hausarztverträge stehen auf der Kippe. „Das Vergütungsniveau der hausarztzentrierten Versorgung wird begrenzt“, heißt es in den Eckpunkten vage. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) will das Honorar für die Hausarztverträge nach § 73 b „auf dem Niveau der Regelversorgung festschreiben“. Bestehende Verträge wie mit der AOK Bayern oder Baden-Württemberg sind davon zwar nicht berührt, doch kann der Hausärzterverband bei neuen Verträgen nicht mehr die Kondi-

tionen bestimmen. Bei den Kassen werden die Verwaltungskosten auf dem Niveau von 2009 für zwei Jahre festgeschrieben.

Fehlen die Kliniken: 30 Prozent Abschläge sollen sie für Leistungen hinnehmen, die über das vertraglich vereinbarte Budget hinaus erbracht worden sind – macht 350 Millionen Euro. Außerdem sollen die Kostensteigerungen nur halb so hoch ausfallen dürfen, wie die Grundlohnrate wächst. Das würde die Kliniken weitere 150 Millionen Euro kosten.

Risiko statt Ausgleich

„Es ist uns gelungen, das Defizit der Krankenkassen im Jahr 2011 auszugleichen und einen Einstieg in ein dauerhaft tragfähiges Finanzsystem zu schaffen“, urteilt Rösler. „Wir können alle zufrieden sein. Es ist genau das, was wir uns im Koalitionsvertrag vorgenommen hatten.“

Opposition und Gewerkschaften sind anderer Meinung. Sie warfen Union und FDP Wortbruch vor. Denn statt die Finanzierung des Systems zu sichern, habe die Koalition neue Risiken für den Haushalt geschaffen: Schon in den nächsten Jahren drohten Milliardenausfälle.

Stichwort Zusatzbeitrag: Er ist die neue „kleine Kopfpauschale“, der Einstieg in die Gesundheitsprämie und damit in ein System lohnunabhängiger Arbeitnehmerbeiträge. Wie hoch er ausfällt, darf jede Kasse selbst entscheiden, anders als bisher muss er in Euro und Cent ausgewiesen werden. Übersteigt er zwei Prozent des Monatsbruttos, greift der Sozialausgleich: Der Arbeitgeber zieht dann nicht die volle Summe ab, sondern einen ermäßigten, individuell berechneten Satz. Glaubt man Rösler, ist der durchschnittliche Zusatzbeitrag bis 2014 nicht höher als 16 Euro monatlich, für den Sozialausgleich ist weniger als eine Milliarde Euro pro Jahr angesetzt. Doch durch die Zusatzbeiträge allein fehlten ab 2014 rund 2,1 Milliarden Euro Steuergeld. Auch durch das Beitragsplus von 14,9 auf 15,5 Prozent

Foto: Nona L. Vendel

im nächsten Jahr fielen die fiskalischen Einnahmen um 600 Millionen Euro, teilte der Sprecher des Bundesfinanzministeriums, Michael Offer, in Berlin mit. Er bestätigte damit einen Bericht des „Handelsblattes“, der die Folgen des Bürgerentlastungsgesetzes schildert: Weil die Versicherten seit Anfang des Jahres ihre Beiträge von der Steuer absetzen dürfen, führten steigende Zusatzbeiträge und ihre Absetzbarkeit künftig zu einem immer größeren Steuermanko. Dem Blatt zufolge rechnen Experten mit einem Anstieg der Kosten um eine Milliarde Euro pro Jahr.

„Die Zusatzbeträge sind die Kopfpauschale, und zwar ohne Sozialausgleich, denn der ist das Papier nicht wert, auf dem er geschrieben steht“, so die SPD-Gesundheitsexpertin Marlies Volkmer. Die SPD lässt jetzt die Zustimmungspflicht der Gesundheitsreform im Bundestag gerichtlich prüfen. „Ob es nun Zusatzbeiträge heißt oder Kopfpauschale, ist völlig egal“, kritisierte auch die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen, Biggi Bender: „Dieser Ausstieg aus dem Solidarsystem ist der falsche Weg.“ Selbst Teile der CDU und der CSU sehen inzwischen Änderungsbedarf beim eingefrorenen Arbeitgeberbeitrag und den nichtgedeckelten Zusatzbeiträgen.

Eine Packung Röslerol

Derweil kündigte das BMG weitere Reformen an: Die Kostenerstattung soll ausgeweitet, die Selbstverwaltungsorgane sollen reformiert und die Honorare im ambulanten Bereich angepasst werden. GKV-Versicherte dürfen in Zukunft wieder sofort zur PKV wechseln, sobald ihr Einkommen eine bestimmte Jahresentgeltgrenze überschreitet. Und das Ministerium kündigte an, dass „über die Vergütung ärztlicher Leistungen, die ohne jegliche Mengenbegrenzung zum festen Preis vergütet werden (extrabudgetär), noch einmal verhandelt werden“ soll. Der Deutsche Hausärzteverband startete indes eine bundesweite Plakataktion gegen die Sparpläne. Eine Mogelpackung mit dem Schriftzug Röslerol, darin drei bittere Pillen mit dem Slogan: „Der Bundesgesundheitsminister schadet Ihrer Gesundheit.“ ck

Frankfurt/M. 2010

Deutscher Zahnärztag in Frankfurt/M.

Innovatives Konzept

Der Deutsche Zahnärztag findet zum achten Mal statt, diesmal vom 10. bis zum 13. November 2010 in Frankfurt/M. mit einem ganz neuen organisatorischen Konzept und innovativen Elementen. Das Großereignis wird gemeinsam getragen von BZÄK, KZBV und DGZMK. Standespolitik und Wissenschaft tagen in der Frankfurter Messe unter einem Dach.

Das jährliche Großereignis des gesamten zahnärztlichen Berufsstandes hat sich etab-

liert und dokumentiert nach innen und nach außen die Bedeutung der Zahn-,

Mund- und Kieferheilkunde im Gesundheitswesen und ihr Verständnis als medizinische Querschnittsdisziplin. Die Veranstaltung fußt auf den drei Säulen Standespolitik, Wissenschaft und Praxis. Durchführende Organisationen sind die BZÄK, die DGZMK und die

KZBV. Organisator des wissenschaftlichen Kongresses ist der Quintessenz-Verlag. Als Gastgeber fungieren die Kammern Hessen und Rheinland-Pfalz. Im Fokus stehen folgende Veranstaltungen (komplette Übersicht: siehe Programmraiser):

- die Bundesversammlung der BZÄK,
- die Vertreterversammlung der KZBV und
- der wissenschaftliche Kongress der DGZMK.

Gemeinsam werden folgende Veranstaltungen durchgeführt:

- der Festakt zur Eröffnung
- eine standespolitische Pressekonferenz, getragen von BZÄK, DGZMK und KZBV, (Hinzu kommt eine wissenschaftliche Pressekonferenz.) und

**Standespolitik – Praxis – Wissenschaft
Congress Center Messe Frankfurt am Main
10.-13. November 2010**



Foto: Quintessenz-Verlags-GmbH



Tagungsort ist das Kongresszentrum Frankfurt.

Foto: Frankfurt_Messe GmbH



Foto: Congress Centrum Mainz GmbH



Der Gesellschaftsabend findet im Mainzer Schloss statt.

■ der Gesellschaftsabend im Mainzer Schloss.

Am wissenschaftlichen Kongress im Rahmen des Deutschen Zahnärztetages sind insgesamt 28 Fachgesellschaften und Arbeitskreise beteiligt. 206 Referenten bieten in 52 Themenblöcken 110 Stunden Programm in 38 Vortragsräumen. 11 Premiumpartner aus der Wirtschaft treten als Sponsoren auf.

Digitale Kongressplanung

Neu ist auch die erstmals eingeführte digitale Kongressplanung für den Teilnehmer: Sie kann individuell sowohl online über www.dtz.de erfolgen, steht aber auch als iPhone-Applikation und fürs iPad zur Verfügung. zm

■ Das Programm zum deutschen Zahnärztetag wird laufend aktualisiert und findet sich unter www.dtz.de. Weitere Informationen auch unter www.zm-online.de und auf der BZÄK-Homepage unter www.bzaek.de.

Programmablauf	Mi. 10. Nov.	Do. 11. Nov.	Fr. 12. Nov.	Sa. 13. Nov.
KZBV Vertreterversammlung	●	●		
BZÄK Bundesversammlung			●	●
DGZMK Mitgliederversammlung			●	
VHZMK Mitgliederversammlung	●			
Pressekonferenz Berufspolitik (BZÄK, KZBV, DGZMK) 12.30 Uhr			●	
Pressekonferenz Wissenschaft 14.30 Uhr			●	
Festakt Deutscher Zahnärztetag		●		
Gemeinsamer Gesellschaftsabend			●	
Assistentenabend			●	
Kongressprogramm Praxis			●	●
Kongressprogramm Forschung			●	●
Kongressprogramm Lehre			●	
Freie Kurzvorträge			●	●
Workshops Industrie			●	●
ZFA Programm			●	●
Studententag				●
Dentsply Förderpreis				●
Posterausstellung			●	●
Premium Partner Ausstellung			●	●
KFD Sonderausstellung			●	●
Info Dental Mitte			●	●

Übersicht über die Vielzahl von Veranstaltungen



Foto: Quintessenz Verlags-GmbH

Digitale Medien erleichtern die Kongressplanung.

zm-Interview mit Dr. Peter Engel, Prof. Dr. Thomas Hoffmann und Dr. Jürgen Fedderwitz

Zukunftssicher aufgestellt

Vom 10. bis zum 13. November 2010 findet in Frankfurt/M. der Deutsche Zahnärztetag statt. Anlass für die drei Spitzenvertreter von BZÄK, DGZMK und KZBV – Dr. Peter Engel, Prof. Dr. Thomas Hoffmann und Dr. Jürgen Fedderwitz – zu einer berufspolitischen Standortbestimmung. Im Rahmen der anstehenden Gesundheitsreform bringen sie konkrete Strategien, Konzepte und künftige Handlungsfelder für den Berufsstand auf den Punkt.

zm: Herr Dr. Engel, der Deutsche Zahnärztetag hat sich als öffentlichkeitswirksames Forum für die Botschaften aus Standespolitik und Wissenschaft bewährt. Dieses Jahr präsentiert er sich in mit einem innovativen Konzept – wie schätzen Sie dessen Bedeutung in Bezug auf die Herausforderungen in der Gesundheitspolitik ein?

Dr. Engel: Der Deutsche Zahnärztetag unterstreicht nach innen wie nach außen die Bedeutung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im Gesamtgefüge des Gesundheitswesens. Das neue Konzept – Prof. Hoffmann wird ja gleich auf mehr Details eingehen – stellt noch deutlicher als in der Vergangenheit die Verzahnung von Standespolitik, Wissenschaft und Praxis dar. Die drei durchführenden Organisatoren, BZÄK, DGZMK und KZBV, erhalten eine Darstellungsplattform mit einer doch sehr merkwürdigen Außenwirkung. Das gilt nicht nur für die gemeinsame Eröffnungsveranstaltung und die Pressekonferenz, sondern auch – und vor allem – für die politischen Debatten auf der BZÄK-Bundesversammlung und der KZBV-Vertreterversammlung.

Im Fokus steht natürlich die gegenwärtige Gesundheitspolitik. Was die Eckpunkte der Bundesregierung zur Gesundheitsreform betrifft, werden wir uns in den kommenden Wochen und Monaten sehr intensiv mit den Absichten der Politik beschäftigen und uns dazu positionieren. Das Ergebnis ist aus Sicht der Zahnärzte enttäuschend. Letztlich

ergibt sich hier der Eindruck einer Minimalreform auf der Basis von Ist-Zuständen. Vom großen Wurf ist das weit entfernt, die ursprünglich besten Absichten sind am innerkoalitionären Widerstand gescheitert. Wer das Gesundheitswesen reformieren will, darf nicht nur nach den Ausgaben schießen, sondern muss auch die Einnahmenseite in Betracht ziehen. Fest steht, dass wir, was die künftige Finanzierung angeht, ein Riesensproblem bekommen werden. Wenn wir das deutsche Gesundheitswesen auf dem jetzigen, qualitativ hohen Niveau halten wollen, wird das auch mehr kosten. Deswegen gilt es, offen und ausgewogen in die Debatte zu gehen und den Menschen zu erklären, wofür es geht.

zm: Herr Prof. Hoffmann, wie sehen Sie das neue Konzept zum Deutschen Zahnärztetag, im Hinblick auf das Zusammenwirken von Standespolitik und Wissenschaft?

Prof. Hoffmann: Das neue Konzept lässt mich nicht nur ruhiger und ohne finanziellen Druck für die DGZMK den Deutschen Zahnärztetag erwarten, sondern es eröffnet unter Beibehaltung des traditionellen Leitmotivs: „Standespolitik – Praxis – Wissenschaft“ und der komplett erneuerten Organisationsform eine Vielzahl neuer Möglichkeiten. Zum einen werden durch die Fülle der medialen Ankündigungsvarianten – von Print über iPhone bis iPad – für jeden Geschmack und jede Interessengruppe

Zugriffe auf das Programm des wissenschaftlichen Kongresses bis hin zu dessen individueller Selbstgestaltung auf einer Ebene realisiert, die bisher einmalig ist. Dies trifft ganz konkret auch auf das Zusammenwirken von Standespolitik und Wissenschaft in drei unterschiedlichen Ebenen zu: einmal in der gemeinsamen Vorbereitung, der Generierung gemeinsamer Ideen und deren Umsetzung durch unseren Kongressorganisator, den Quintessenz-Verlag. Die zweite Ebene ist die Kongressdurchführung, die durch den gewählten Standort, die gemeinsame Auftaktveranstaltung, Pressekonferenzen, einen gegenseitigen Besuch der angebotenen Veranstaltungen und nicht zuletzt – als Neuerung – einen gemeinsamen Programmpunkt am Samstag ganz konkret den engeren Schulterschluss von Standespolitik und Wissenschaft demonstriert. Als dritte Ebene schließlich gilt es jene zu erwähnen, die uns – ebenfalls aufbauend auf der neuen Konzeption – einen gemeinsamen Kontakt mit unseren Premiumpartnern und gemeinsame Projekte aus dem Zahnärztetag heraus, beziehungsweise danach, in Angriff nehmen lassen.

zm: Herr Dr. Fedderwitz, der Deutsche Zahnärztetag ist ja auch eine zentrale Plattform für die KZBV-Vertreterversammlung. Wie schätzen Sie aus vertragszahnärztlicher Sicht die Eckpunkte zur Gesundheitsreform ein?



BZÄK-Präsident
Dr. Peter Engel analysiert Megatrends im Gesundheitswesen für die kommenden Jahre.



„ Wer das Gesundheitswesen reformieren will, darf nicht nur nach den Ausgaben schielen, sondern muss auch die Einnahmenseite in Betracht ziehen.

Dr. Peter Engel, BZÄK-Präsident

Dr. Fedderwitz: Wir hatten erwartet, dass es endlich Eckpunkte für strukturelle Reformen gibt, die in unserem zahnärztlichen Bereich überfällig und im Koalitionsvertrag auch aufgeführt sind. Der Minister will ja ausdrücklich nicht als reiner Kostendämpfer in die Geschichte eingehen. Nun steht ein Defizit in der GKV von erwarteten 11 bis 15 Milliarden Euro an, was auch die Folgejahre prägen wird. Das muss man sicher auch politisch angehen, und nur dazu findet man etwas in den Eckpunkten. Darüber hinaus darf man aber die notwendigen Strukturveränderungen, die sich auch wirkungsvoll auf die Finanzierbarkeit der GKV beziehen müssen, nicht wieder auf die lange Bank schieben. Das sieht übrigens nicht nur die KZBV so. Eine undifferenzierte Sparpolitik löst die bei uns ja auch von der Politik festgestellten Probleme nicht. Nur eine Entbudgetierung sichert die von unseren Patienten zu Recht erwartete wohnortnahe, flächendeckende Versorgung auf qualitativ hohem Niveau. Dazu gehört dann ganz besonders die Abschaffung der Grundlohnsummenanbindung, die ja wesentlich dafür verantwortlich ist, dass die Budgets stetig ausgehöhlt und vertragszahnärztliche Praxen in ihrer Entwicklung gebremst werden. Im stationären Bereich und auch bei den niedergelassenen Ärzten sind grundlegende Schritte bereits erfolgt. Das ist auch bei uns überfällig.

Positive Ausnahme in den Eckpunkten ist aus unserer Sicht die vom CDU-Gesundheits-

experten Rolf Koschorrek angekündigte Angleichung der Zahnarzt-Honorare im Osten an das West-Niveau – ein Schritt, den wir immer wieder gefordert hatten und der längst überfällig war. Jetzt geht es darum, die richtige Weichenstellung für die vertragszahnärztliche Versorgung vorzunehmen. Wir brauchen wettbewerbsfähige Vergütungsstrukturen in einem wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitswesen.

zm: Herr Dr. Engel, wo sehen Sie aus Sicht der BZÄK die wesentlichen gesundheitspolitischen Entwicklungen, also die Megatrends der kommenden Jahre? Und was ist zu tun?

Dr. Engel: Fangen wir einmal mit der letzten Frage an: Für uns als Berufsstand ist es ein Muss, über unseren eigenen Tellerrand hinauszublicken und uns über die Tagespolitik hinaus Gedanken zu machen. Dazu gehört es, die politischen Realitäten der Gegenwart zu analysieren, Stellung zu beziehen und daraus Handlungsmaximen für die Zukunft abzuleiten. Wir müssen uns als Player und Gestalter einbringen, um im Berliner Politikfeld unsere Akzeptanz zu halten und auszubauen.

Die Bundeszahnärztekammer ist da ganz am Puls der Zeit. Dazu ein Beispiel: Auf der letzten Klausurtagung des Vorstands in Rottach-Egern haben wir intensiv an Konzepten und Strategien gearbeitet, die wir nun Schritt für Schritt abarbeiten werden. Für uns kristallisieren sich mehrere Schwer-

punkte heraus: Da ist zum einen die Frage nach der weiteren und nachhaltigen Finanzierung der GKV. Wir werden uns langfristig die Frage stellen müssen, welchen Beitrag der zahnärztliche Bereich dazu leisten kann. Ein weiterer Punkt ist die Vernetzung von Strukturen, sowohl im Versorgungsbereich – ich nenne hier Arztnetze und Versorgungszentren – als auch im IT-Bereich – Stichwort Telematik. Hier ergeben sich neue Herausforderungen für die Zahnärzteschaft, die von uns konstruktiv, aber auch kritisch begleitet werden müssen. Und schließlich geht es um das weite Gebiet der Qualitätssicherung und Qualitätsorientierung. Hier beschäftigen wir uns nicht nur mit der Stellung des Patienten, sondern auch mit Aspekten qualitätsorientierter Vergütung oder mit Qualitätsindikatoren.

zm: Und wie geht angesichts der Reform-Eckpunkte die Politik der Vertragszahnärzte weiter?

Dr. Fedderwitz: Nun, wir haben mit unserem Reformkonzept „Perspektive Mundgesundheit“ eine nachhaltige, zukunftssichere Gesundheitspolitik im zahnärztlichen Bereich vorgestellt, die auch die demografische Entwicklung, den wissenschaftlichen Fortschritt und die Finanzierbarkeit im Blick hat. Mit dem Koalitionsvertrag gibt es große Schnittmengen.

Wir haben bisher gute Gespräche mit den verantwortlichen Gesundheitspolitikern der



DGZMK-Präsident Dr. Thomas Hoffmann setzt sich ein für eine vertiefende Integration der Zahnmedizin in die Medizin.



„Das Problem des niedergelassenen Zahnarztes ist nicht der Mangel an Informationen, sondern das Zurechtfinden in einem Überangebot an Informationen.“

Prof. Dr. Thomas Hoffmann,
DGZMK-Präsident

Koalition und mit dem BMG geführt – und mit der BMG-Arbeitsebene sehr ernsthaft und informativ über Paragraphen und Zahlen. Das politische Zeitfenster ist nicht sehr groß. Sobald wieder die ersten Landtagswahlen anstehen, erlahmt bekanntlich der Handlungsdrang der Politik. Also bleibt nicht viel Zeit für Reformen.

Wir hoffen und erwarten, dass bald nach dem Sommer ein Eckpunktepapier vorgelegt wird, das strukturell auch den zahnärztlichen Bereich umfasst. Darin sollte sich neben den eben schon aufgeführten „big points“ auch etwas zur Stärkung der regionalen Kompetenz und Verantwortung finden. Und: Ich erwarte auch letztlich und endlich den Durchbruch für die Kosten-erstattung.

zm: Nun zu wissenschaftlichen Aspekten: Herr Prof. Hoffmann, Erkrankungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich werden zunehmend in interdisziplinären Zusammenhängen begriffen. Was bedeutet das für die Medizin und für die Zahnmedizin?

Prof. Hoffmann: Wie bereits 2005 in Berlin lautet das Thema des Wissenschaftlichen Kongresses „ZahnMedizin interdisziplinär“. In den seither vergangenen fünf Jahren hat die DGZMK mit der Gründung des AK Translationale Regenerative Medizin, dem Engagement im Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF), das zur

Gründung der Fachgruppe Zahnmedizin führte, der Gründung des interdisziplinären (und internationalen) Arbeitskreises Halitosis, der Gestaltung eines Programmanteils des Kongresses „Ernährung 2010 – Mitten in der Medizin“ und der Übernahme einer gemeinsamen Tagung mit dem DNVF, dem Forschungsverbund Public Health Sachsen und Sachsen Anhalt 2012 in Dresden, kontinuierlich den Weg einer vertiefenden Integration der Zahnmedizin in die Medizin und des Verständnisses der Zahnmedizin als interdisziplinäres Fach beschritten. Für unsere Mitglieder äußert sich diese interdisziplinäre Ausrichtung und ihre Integration in die Medizin nicht zuletzt in den Aktivitäten in der Mundschleimhaut- und Röntgenberatung, das heißt, nicht anhand von Absichtsbekundungen sondern anhand konkreten Engagements.

Das Problem des niedergelassenen Zahnarztes ist nicht der Mangel an Informationen, sondern das Zurechtfinden in einem Überangebot an Informationen. Diesbezüglich wird sich die DGZMK stärker profilieren, sowohl für den niedergelassenen Zahnarzt als auch für den Patienten. Dieser Weg wird kontinuierlich weiter beschritten, hierzu benötigen wir die Kooperation mit den Fachgesellschaften der Zahnmedizin und der Medizin, aber auch der BZÄK, um politisch Gehör zu finden. Auch diese Aktivitäten sind ein Schritt in die „Zukunft Zahnmedizin“

zm: Herr Dr. Fedderwitz, und was sind die konkreten Schwerpunkte der standespolitischen Arbeit der KZBV in den kommenden Wochen und Monaten?

Dr. Fedderwitz: Es ist nicht zu erwarten, dass die Politik dafür sorgt, dass der § 73 des SGB V – Stichwort Selektivverträge – für uns Zahnärzte nicht gilt. Deshalb werden wir weiterhin politisch alles tun, um dieser Giftspritze keine Zukunft zu ermöglichen. Durch Selektivverträge wird nicht mehr Wettbewerb, sondern mehr Wettbewerbsverzerrung erreicht. Übrigens nicht nur im Bereich der GKV, sondern auch in der PKV. Aber da ist der Berufsstand und da sind KZBV und BZÄK wachsam. Die PKV versucht gerade, bei KBV und KZBV, die ja laut Gesetzgeber leider den Basistarif zu regeln haben, hier Pflöcke für die Zukunft einzuschlagen.

Ein weiterer großer Bereich ist das Konzept zur vertragszahnärztlichen Betreuung Pflegebedürftiger und von Menschen mit Behinderungen. Hier gibt es eine Versorgungslücke. Es gilt, hier unsere gesellschaftliche Verantwortung wahrzunehmen. Wir haben den Gesetzgeber aufgefordert, den ordnungspolitischen Rahmen für eine Anspruchsberechtigung dieser Patienten im SGB V zu schaffen.

Last, but not least ist die Qualitätssicherung ein heißes Eisen für den Berufsstand. Die letzte KZBV-Vertreterversammlung hat die Skepsis deutlich gemacht, mancher Unmut



Der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz kämpft für die Abschaffung der Budgetierung bei den Vertragszahnärzten.

KZBV

„Eine undifferenzierte Sparpolitik hat gravierende Auswirkungen auf die flächendeckende und wohnortnahe Versorgung der Patienten.“

Dr. Jürgen Fedderwitz,
KZBV-Vorsitzender

wird auch in den Ländern formuliert. Das Thema wird uns in den nächsten Jahren mehr denn je beschäftigen, und zwar zunehmend aus der Sicht der Patienten. Stichworte sind hier Patientenrechte und Patientensouveränität. Hier gilt es, die nicht nur schon seit Jahren praktizierten QS-Anstrengungen des Berufsstands herauszustellen, die Experten jetzt schon als beispielhaft loben. Es gilt aber auch, unsere Verantwortung und unsere Ausgestaltungs-kompetenz weiterzuentwickeln. Wir müssen die Kollegen vorm bürokratischen Irrsinn und Regelungswahn bewahren.

zm: Die DGZMK hat einen neuen Arbeitskreis Ethik gegründet. Welcher Input und welche Perspektiven ergeben sich daraus für die Wissenschaft – und für die Praxis?

Prof. Hoffmann: Wie notwendig die Gründung des AK Ethik in der DGZMK war, zeigen solche Aktivitäten wie eine Implantatinsertion im Flugzeug, das ewige Abstem-peln unserer Patienten in der zahnärztlichen Regenbogenpresse zu Kunden und damit auch eine mitunter zu gering ausgeprägte ethische Sensibilität einiger Journale. Anliegen ist es, mithilfe dieses AK die Zahnheil-kunde so zu spiegeln, wie sie von den meis-ten Zahnärzten praktiziert wird. Darüber hinaus gilt es, Defizite zu erkennen und zielgerichtet zu beseitigen. Weiterhin bedürfen – gerade in Zeiten knapper Ressourcen auf

der einen Seite und hohem Innovations-druck auf der anderen – sowohl klinische Tätigkeiten als auch die zahnmedizinische Forschung einer ethischen Begleitung. Es gilt, Lehranteile einzuräumen, Forschungsprojekte zu ethischen Fragestellungen auf den Weg zu bringen, und die Beantwortung der Kernfragen der Versorgungsforschung, des Public Understanding of Science (PUS) sowie der Praxis-basierten Lehre und For-schung ist ohne ethisch basiertes Funda-ment undenkbar. Wenn Sie sich die Zusam-mensetzung unseres neuen AK ansehen, bietet er in der gesunden Mischung aus – und hier nehme ich Bezug zu unserem Leit-motiv – Standespolitikern, Wissenschaftlern und Praktikern – eine ideale Basis für den globalen Schritt den wir vorhaben, die Zukunft Zahnmedizin zu gestalten.

zm: Ein konkretes Problem im Rahmen der anstehenden GOZ-Novelle ist die geplante Öffnungsklausel. Herr Dr. Engel, wie ist der Stand der Dinge und welche Gefahren sehen Sie hier für den Berufsstand?

Dr. Engel: Die Arbeiten zur GOZ-Novellie-rung laufen. Wir werden die weiteren Ent-wicklungen mit wacher, konstruktiver Kritik begleiten und uns für Verbesserungen ein-setzen. Allerdings werden wir nicht mit uns reden lassen, wenn es um den von der PKV vertretenen Plan zur Einführung der Öff-nungsklausel geht. Lässt man die Verein-

barung zwischen Privatversicherung und Zahnarzt zu, so würde man das Gesund-heitswesen der Gefahr eines ruinösen Preis-wettbewerbs der Kollegenschaft unter-einander aussetzen. Die Öffnungsklausel ist ein reines Kostendämpfungselement. Sie hätte negative Auswirkungen auf die Be-handlungsqualität. Sie ist mehrfach in recht-licher, vor allem wettbewerbsrechtlicher Hinsicht bedenklich, denn sie schränkt das Patientenrecht auf freie Arztwahl ein, weil Patienten auf vertraglich gebundene Zahn-ärzte ihrer Krankenversicherung festgelegt werden. Das würde letztlich die GOZ als Vergütungsgrundlage aushöhlen und über-flüssig machen. Wir lassen das alles gerade durch ein Rechtsgutachten klären.

Das Ganze lässt sich noch weiter spinnen: Die PKV könnte aufgrund ihrer einseitigen Markt-macht durch direkte Verträge mit den Zahnärzten unangemessene Forderungen durchdrücken. Es geht um ungezügelter Preisbeeinflussung zu Dumpingpreisen. Ich denke da an bundesweite Vertragsnetze, die Preiskartellen gleich kämen. Das heißt dann, es kommt zu Positivisten für Werkstoffe und Eingriffe in die medizinische Weisungs-freiheit. Von einer höheren Behandlungs-qualität kann da wohl kaum die Rede sein. Vielmehr kommt es zu Konzentrationspro-cessen, die mittelfristig die flächendeckende zahnärztliche Versorgung gefährden. Da heißt es für uns, entschieden gegenzu-steuern.

Betreuung von Menschen mit Behinderungen

Neue Plattform für die Forschung

Experten aus Landespolitik, Zahnärzteschaft und Wissenschaft kamen zu einem Arbeitstreffen am 2. Juli in Erfurt zusammen, um eine Forschungsplattform zur zahnärztlichen Betreuung von Menschen mit Behinderungen anzustoßen. Weil die Datenlage in diesem Versorgungsbereich immer noch dürftig ist, gilt es nun, konkrete Forschungsrichtungen und -inhalte zu definieren und Desiderate für künftige Forschungsfelder zu formulieren.

Im Fokus des Treffens standen Aspekte der Versorgungsforschung. Die BZÄK, die Landes-zahnärztekammer Thüringen, die DGZMK, die Universitäten Witten/Herdecke, Hannover und Jena sowie die Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen (BDO) haben eine Initiative gegründet, um Ständespolitiker, engagierte Zahnärzte, Hochschullehrer und Wissenschaftler zu einer Forschungsplattform zusammenzuführen. Ziel ist es, ein Konzept zur Erhebung repräsentativer und vorzeigbarer Daten zur Behandlung von Menschen mit Behinderungen zu erarbeiten.

Ein erstes Treffen der neuen Plattform fand auf Einladung der Kammer Thüringen im Vorfeld des Akademietags am 3.7. in Erfurt statt (siehe Bericht Seite 30). Der gastgebende thüringische Kammerpräsident Dr. Andreas Wagner verwies auch auf das Programm des Akademietags, der sich mit dem Schwerpunkt der Alten- und Behindertenzahnheilkunde beschäftigte: „Wir sind als Kammer und als Berufsstand gefordert, den Kollegen entsprechende Fortbildungen anzubieten. Aufgrund der demografischen Entwicklung müssen wir uns diesen Herausforderungen stellen und die Kollegenschaft mitnehmen.“

Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der BZÄK, berichtete, dass derzeit Gespräche mit Vertretern der Politik und des Bundesgesundheitsministeriums geführt würden, um das Konzept „Mundgesundheit trotz Handicap und hohem Alter“ vorzustellen. In diesem Rahmen werde immer wieder auch die



BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich und der thüringische Kammerpräsident Dr. Andreas Wagner leiteten das Arbeitstreffen.

Frage nach belegbaren Daten und Fakten gestellt. Oesterreich: „Wir brauchen wissenschaftlich abgesicherte Konzepte und eine Datenbasis, die wir in die Öffentlichkeit kommunizieren können.“

Auf der Schattenseite

„Menschen mit Behinderungen stehen auf der Schattenseite des Lebens“, führte Dr. Volker Holthaus, erster Vorsitzender der AG für zahnärztliche Behindertenbehandlung im Berufsverband Deutscher Oralchirurgen (BDO) aus. Auch im Hinblick auf den in 2014 stattfindenden Weltkongress der International Association of Disability and Oral

Health IADH (siehe Kasten) müssten Forschungsaktivitäten forciert werden. Es gelte, international vergleichbare Daten zusammenzutragen, die auch in der gesundheitspolitischen Argumentation Bestand hätten.

Der Status Quo zur Behindertenbehandlung an den deutschen Universitäten sei unbefriedigend, wie Dr. Reinhard Schilke von der Medizinischen Hochschule Hannover berichtete. Eine Umfrage bei Universitätskliniken belege bundesweite Defizite und eine Unterversorgung der Patienten. Prof. Dr. Andreas Schulte, Universität Heidelberg, wies auf Forschungslücken im Bereich dieser Patientenklintel hin – erforder-

lich seien Daten etwa zur Kariesprävalenz, zum Zahnersatz und zu Parodontalerkrankungen, zum Behandlungsbedarf oder zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen. Außerdem sei es schwierig, Interessenten für die Forschungsarbeit zu gewinnen.

Dr. Imke Kaschke, Manager Healthy Athletes, Special Olympics, umriss ein Konzept zur Datenerhebung. Dazu gehöre die Erueierung von Patientendaten zur Mundgesundheit aus Praxis und Universität, die Darstellung der gegenwärtigen Versorgungssituation, rechtliche und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und Lebensqualitätsforschung.

Drei Arbeitsgruppen erörterten Handlungsfelder und arbeiteten Vorschläge für weitere Maßnahmen zur Datenerhebung heraus:

- eine umfangreiche Abfrage in den Kammern zur Organisation und zum Stand der Betreuung,
- Vorschläge zur Datenerfassung in Praxen und Einrichtungen,
- eine anonyme Erfassung epidemiologischer Daten über Befunde bei der zahnärztlichen Betreuung.

Das Treffen ergab viel Input für die weitere Arbeit in den Universitäten, Hochschulen und in den berufspolitischen Gremien. pr



IADH-Weltkongress

Der 22. Kongress der International Association of Disability and Oral Health IADH findet vom 2. bis 4. 10.2014 in Berlin statt. Schirmherrin ist die BZÄK. Mit dem Kongress rücken die zahnärztlichen Belange von Menschen mit Behinderungen deutschlandweit und international in den Blickpunkt der Öffentlichkeit.

Fortbildungstagung zur Behindertenbehandlung

Mehr als Barrierefreiheit

Ihre Mundgesundheit ist häufig schlechter, ihre Behandlung aufwendiger und sie erfordert neben Fachwissen auch viel Einfühlungsvermögen sowie eine hohe soziale Kompetenz von den Zahnärzten: Menschen mit Behinderungen standen am 3. Juli im Mittelpunkt des diesjährigen Akademietages der Landes Zahnärztekammer Thüringen in Erfurt. Die 170 Teilnehmer beschäftigten sich nicht nur mit den Besonderheiten von Parodontaltherapie, Kieferorthopädie oder Prophylaxe bei behinderten Patienten. Sie erfuhren auch, wie die Arbeit der Zahnärzte von Behindertenvertretern eingeschätzt wird.



Ein volles Haus verbuchte die Kammer beim Akademietag in Erfurt.



Prof. Dr. Andreas Schulte, Finanzministerin Marion Walsmann (CDU), Uwe Kintscher und Dr. Andreas Wagner.

In Thüringen leben rund 182 000 anerkannt Schwerbehinderte, das ist fast jeder zehnte Einwohner des Bundeslandes. Fast 50 000 sind querschnittsgelähmt, zerebral gehandicapt oder geistig-seelisch behindert. Wegen ihrer körperlichen oder kognitiven Einschränkungen sind sie oftmals nicht fähig, selbstständig Mundhygiene zu betreiben oder eine Zahnarztpraxis aufzusuchen.

Zudem sorgen die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, etwa eine den Behandlungsmehraufwand nicht berücksichtigende Vergütung, dafür, dass Behinderte oftmals durch das Netz der vertragszahnärztlichen Versorgung fallen, wie es Thüringens Kammerpräsident Dr. Andreas Wagner formulierte. „Dies zu verbessern, ist gesellschaftliche Aufgabe für uns als Berufsstand und wir müssen und wollen sie wahrnehmen“, sagte er. Er warb für das Ziel, zahnmedizinisch-präventive Leistungen für Menschen mit Behinderungen in das Sozialgesetzbuch aufzunehmen, wie es das Reformkonzept von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung für eine bessere zahnärztliche Versorgung Behinderter vorsieht. Zudem sieht die Landes Zahn-

ärztekammer Thüringen ihren Part in der verstärkten Fortbildung der Zahnmediziner und in der engeren Zusammenarbeit mit Behindertenverbänden und der Landespolitik.

Standortbestimmung

Wie nötig eine kontinuierliche Fortbildung der Zahnärzte auf diesem Gebiet ist, verdeutlichte Prof. Andreas Schulte von der Poliklinik für Zahnerhaltung der Universität Heidelberg. „Der Zahnarzt und das Team können oft nicht kompetent mit dieser Patientengruppe umgehen“, stellte er fest. Nach seiner Einschätzung hängt das auch mit Ausbildungsdefiziten im Zahnmedizin-Studium zusammen. Die zahnmedizinische

Behandlung Behinderter komme bei der Ausbildung der Studierenden zu kurz. Schulte nahm in Erfurt eine Standortbestimmung zur zahnmedizinischen Betreuung von Menschen mit Handicap vor. Nach Erhebungen der Uni Heidelberg haben erwachsene Behinderte sechsmal so viele kariöse Zähne wie Nichtbehinderte. Und fehlen 35 bis 44 Jahre alten Nichtbehinderten statistisch 2,4 Zähne, sind es bei gleichaltrigen Menschen mit Behinderung 5,5 Zähne.

Möglichkeit zur Teilhabe

Dass die Behandlung Behinderter in Zahnarztpraxen oftmals an ganz simplen Dingen scheitert, verdeutlichte Uwe Kintscher, Vorsitzender des Behindertenbeirates in der thüringischen Landeshauptstadt Erfurt. „In vielen Praxen gibt es keinen behindertengerechten Zugang“, monierte er. Dabei sei der Zahnarztbesuch für Behinderte „eine Möglichkeit zur Teilhabe“. Aufsuchende Betreuung von Zahnärzten sieht er vor diesem Hintergrund zurückhaltend. Man müsse Behinderten nicht alles abnehmen, meinte er. „Die Fahrt zur Zahnarztpraxis gehört doch auch zum Leben.“ Wichtig sei, dass die Praxen ihre Abläufe stärker auf Behinderte einstellen. So sollten geistig behinderte Patienten zu Beginn der Sprechstunde behandelt werden, um Wartezeiten zu vermeiden. Zur Orientierung in den Praxisräumen könnten Praxen stärker mit Visualisierungen arbeiten, etwa mit bildlichen Symbolen.

Die Fortbildungstagung der Landes Zahnärztekammer Thüringen wurde umgehend von der Landtagsfraktion der Linken aufgegriffen, die eine grundsätzliche Verbesserung der ärztlichen Betreuung Behinderter verlangte. Dazu gehöre vor allem, einen barrierefreien Zugang zu Arztpraxen für Behinderte, aber auch für alte Menschen zu gewährleisten, sagte die Landtagsabgeordnete Karola Stange.

Katrin Zeiß, Freie Journalistin
katrin.zeiss@gmx.de

Helfen statt heilen

Gabriele Prchala

Engpässe in der Versorgung und der Ärztemangel rücken die Rolle der Gesundheitsberufe verstärkt in den Fokus politischer Betrachtungen. Hier mehren sich – aufgrund von geänderten Berufsgesetzen – Tendenzen einer Akademisierung, eine Entwicklung, die nicht ganz unumstritten ist. In der Zahnärzteschaft wird sie zumindest für den eigenen Versorgungsbereich strikt abgelehnt. Im Kern geht es darum, die Grenzen zwischen Delegation und Substitution sauber zu trennen, denn: die Verantwortung für Diagnose und Therapie trägt immer noch der Arzt.

„**U**nzufriedene Ärzte, Ärztemangel, steigender Behandlungsbedarf trotz rückläufiger Bevölkerungszahlen, noch unzufriedenere Ärzte, noch mehr Ärztemangel: Ein Teufelskreis zeichnet sich ab in der ambulanten ärztlichen Versorgung – und nicht nur da –, wenn es uns nicht mit vereinten Kräften gelingt, ihn zu durchbrechen.“ Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), umschrieb auf der Vertreterversammlung am Vortag des Deutschen Ärztetages im Mai in Dresden mit drastischen Worten den wachsenden Druck in der ärztlichen Versorgung. Ein ganzes Maßnahmenbündel sei notwendig, mahnte Müller, um den Arztberuf wieder attraktiver zu machen.

Mit dem Ärztemangel rückt die Rolle Gesundheitsberufe verstärkt in den Mittelpunkt politischer Betrachtungen. So sah



Mit wachsenden Engpässen in der ärztlichen Versorgung rückt die Bedeutung der Gesundheitsberufe in den Fokus politischer Betrachtungen.

beispielsweise der Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD von 2005 vor, zu prüfen, inwieweit nicht-ärztliche Heilberufe stärker in Versorgungskonzepten mit einbezogen werden können. Die schwarz-gelbe Regierung hat im Koalitionsvertrag von 2009 die Erweiterung der Delegationsmöglichkeiten ärztlicher und anderer Tätigkeiten zur Entlastung von Ärzten vorgesehen.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen monierte in seinem Gutachten 2007 eine nicht immer effektive Arztzentriertheit bei der

Versorgung und Ausbildungsmängel. Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe sollten stärker einbezogen, Prävention solle auf nichtärztliche Berufe übertragen werden und die Pflege solle größere Handlungsautonomie erhalten. Hinzu kommen solle die Profilierung der Ausbildung aller Gesundheitsberufe als kommende Aufgabe der medizinischen Fakultäten.

Neuen Drive in diese Diskussion brachte das 2008 verabschiedete Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. Seit dieser Zeit ist die Substitution ärztlicher Leistungen möglich, das

heißt, Pflegepersonal kann im Rahmen von Modellprojekten nicht mehr ausschließlich unter ärztlicher Aufsicht eingesetzt werden, sondern darf in bestimmten Fällen eigenständig an Stelle des Arztes handeln (§ 63 Absatz 3 c SGB V). In Bezug auf die nicht-ärztliche Leistungserbringung geht die Regelung damit weit über das hinaus, was bisher möglich war. Gerade im Pflegebereich wächst aufgrund der demografischen Entwicklung der Versorgungsdruck und Handlungsbedarf.

Grünbuch Gesundheitsberufe

Auch auf europäischer Ebene sind die Gesundheitsberufe im Fokus. 2008 erschien das Grünbuch der EU-Kommission über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa. Damit will die Kommission angesichts einer alternden Gesellschaft die Diskussion über die Herausforderungen für Arbeitskräfte des Gesundheitswesens anstoßen. Ziel ist es, wegen des wachsenden Personalbedarfs alle zur Verfügung stehenden Ressourcen grenzüberschreitend zu nutzen. Der Diskussionsprozess soll 2010 intensiviert und die Problematik soll unter belgischer Ratspräsidentschaft im zweiten Halbjahr 2010 vom

Rat der Gesundheitsminister aufgegriffen werden.

Akademisierung wächst

Akademisierung bei nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen ist ein wachsendes Thema. Zu unterscheiden ist zwischen der Akademisierung an Fachhochschulen und Hochschulen sowie dualen Ausbildungswegen, wobei letztere einen Durchstieg bei bestimmten Hochschulstudiengängen zulassen. Mitte 2009 hatte der Bundestag mit einer Novellierung der Berufsgesetze für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe und für das Hebammenwesen eine weitere Öffnung zu akademischen Ausbildungsgängen geschaffen. Für Pflegestudiengänge gibt es dies schon seit 2003. Bereits in den 70er Jahren wurden in Deutschland die ersten Pflegestudiengänge in Pflegemanagement und Pflegepädagogik eingeführt, inzwischen existieren mehr als 50 breit gefächerte Angebote mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Seit Ende der 90er Jahre haben sich zunehmend auch Studiengänge für therapeutische Gesundheitsfachberufe entwickelt. Abgeschlossen wird mit einem Bachelor-Examen, es gibt auch weiterführende Studienangebote mit Masterabschluss.

Auch die Gesundheitsberufe selbst sind daran interessiert, ergänzend zur Fachschul-ausbildung eine akademische Ausbildung anzustreben. Die Gründe dafür sind vielfältig. Sie reichen von wachsenden Anforderungen aufgrund sich wandelnder Krankheitsspektren bis hin zu höheren Anforderungen in Punkto Qualität und Evidenzbasierung. Hinzu kommt, dass in vielen Ländern Europas und darüber hinaus eine akademische Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen gängig ist und man in Deutschland befürchtet, auf dem internationalen Arbeitsmarkt nicht konkurrenzfähig zu sein. Beispiele aus Großbritannien, den Niederlanden, Kanada oder den USA machen hier Schule.

Gesundheitscampus NRW

Ein ambitioniertes Projekt in dieser Richtung ist die neu gegründete Fachhochschule für Gesundheitsberufe in Bochum auf dem Gesundheitscampus NRW. Dort startet – sozusagen als gesundheitswissenschaftliches Neuland – zum Wintersemester 2010/11 das Studienangebot der bundesweit ersten „Hochschule für Gesundheit (HSG)“ in den Fächern Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege und Physiotherapie. Vor

Foto: Doc Stock - Valentin Venturi - Das Fotoarchiv



Wachsende Anforderungen im Berufsalltag ...

Foto: Picture Alliance - ZB



... lassen den Wunsch nach einem Studium steigen.



Foto: Doc Stock - creasource

Vor allem im Pflegebereich steigen Versorgungsdruck und Handlungsbedarf.

kurzem sind die Modellstudiengänge, bei denen Absolventen einen akademischen Abschluss erhalten und auch eine Berufsbildung abschließen, vom Land genehmigt worden. Bis 2013 soll auch ein eigener Neubau stehen. Vorgesehen ist ein Bachelor-Studium, zu einem späteren Zeitpunkt sind Master-Studiengänge geplant.

Prof. Dr. Anne Friedrichs, Präsidentin der HSG, beschrieb auf dem Gesundheitskongress des Westens am 10. und 11. März 2010 in Essen ausführlich das Konzept der neuen Hochschule. Die Umsetzung werde mit hohem Engagement und viel positivem Feedback vorangetrieben. Sie verwies auch auf noch offene Fragen bei der strukturellen Ausgestaltung. Dazu gehören – neben bürokratischen und rechtlichen Problemstellungen

gen – die Klärung, welche konkrete künftige Arbeitsmarktsituation die akademisch ausgebildeten Absolventen vorfinden (unter anderem seien die Tarifstrukturen unklar), welche Kompetenzen zukünftig im Gesundheitsbereich benötigt würden, wie sich die Berufsgesetze mit den Anforderungen an eine wissenschaftliche Ausbildung vereinbaren ließen oder woher der wissenschaftliche Nachwuchs an der Hochschule kommen solle.

Doctor Light

Kritische Aufmerksamkeit in der Fachöffentlichkeit erhielt der „Arztassistent – Physician Assistant (B.Sc.)“ der Dualen Hochschule Baden Württemberg DHBW Karlsruhe. Der Studiengang startet ab Oktober 2010 und entspricht dem Studiengang zum Physician Assistant, wie er bereits unter anderem in den USA, Großbritannien und den Niederlanden angeboten wird. Ärzte sollen durch die Entlastung von Routinetätigkeiten mehr Freiräume in der ärztlichen Arbeitszeit erhalten. Gleichzeitig soll die Effizienz des Personaleinsatzes im OP und der Ambulanz gesteigert werden.

Auf scharfe Kritik der Ärzteschaft („Schmalspur-Ärzte“ und „Discount-Studium“) stieß der für 2011/12 geplante europäische Modellstudiengang Medizin-Bachelor und Master in Oldenburg im Verbund mit der holländischen Universität Groningen. Das Angebot soll dem Bologna-Prozess entsprechen. Gegründet werden soll die European Medical School Oldenburg-Groningen. Der Wissenschaftsrat hat seine zunächst für Mai anberaumte Empfehlung dazu auf den Sommer vertagt.

Die Einführung einer Bachelor-Master-Struktur in der Medizin lehnen die Ärzte entschieden ab und sprechen sich für den Abschluss mit einem Staatsexamen aus. Dies bekräftigte erneut der 113. Deutsche Ärztetag in Dresden. Außerdem begrüßte er die Positionierung von Bundesgesundheitsminister Philip Rösler, der dort ebenfalls deutlich gegen die Umsetzung des Bologna-Prozesses in der Medizin ausgesprochen hatte. Der wissenschaftliche Anspruch an das Medizinstudium und die gestiegenen Anforderungen an ein komplexes Krankheitsverständnis



Foto: Hans Blosssey

Gesundheitscampus NRW in Bochum – hier soll bis 2013 der Neubau für die Hochschule für Gesundheit stehen.



Foto: Hellwood media & education

Der Deutsche Ärztetag in Dresden fordert klare Beschlüsse von der Politik.

und multimodale Therapiekonzepte seien mit einer eventuellen Umstellung auf eine Bachelor-Master-Struktur nicht vereinbar.

Prozesse fest im Blick

Was die Akademisierung der Gesundheitsberufe angeht, so hat die Ärzteschaft diese laufenden Entwicklungen fest im Blick: „Ich begleite diesen Prozess mit Interesse“, unterstreicht die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Dr. Cornelia Goesmann, gegenüber den zm. „Sicher ist es sinnvoll, dass einige Gesundheitsberufe einen Teil ihrer Mitglieder zu einer Hochschullaufbahn qualifizieren, um auch hier Forschung und Lehre zu ermöglichen und zu forcieren. Das Gros der Angehörigen dieser Berufsbilder wird aber für die Tätigkeit am Patienten kein universitäres Studium benötigen.“ Ob eine Zusammenführung der Ausbildung aller Gesundheitsberufe an zum Beispiel Fachhochschulen weg von den bisher sehr unterschiedlichen Ausbildungsgängen (duales System der MFA/Krankenpflegeschulen an Krankenhäusern und weitere) sinnvoll wäre, müsse – auch im Hinblick auf andere Modelle im Ausland – politisch diskutiert werden.

Delegationsprinzip

Entschieden wehren sich die Ärzte gegen die Aufweichung des Delegationsprinzips.

Die Gretchenfrage ist die saubere Trennung zwischen Delegation und Substitution. Die Ärzte wollen die zunehmende Vermischung rechtlicher Zuständigkeiten bei der Ausübung der Heilkunde verhindern und die Schnittstellen zwischen den Aufgaben des Arztes und der Gesundheitsberufe klar definieren. Der 113. Deutsche Ärztetag 2010 in Dresden machte das noch einmal ganz deutlich und forderte von der Politik klare Zuständigkeiten der Gesundheitsberufe. Dennoch kann die Delegation durchaus weit gefasst sein, wie Goesmann erläutert: „Im Rahmen ihrer Gesamtverantwortung für den diagnostischen und therapeutischen Prozess der Patientenbetreuung können Ärzte Einzeltätigkeiten an andere Berufsgruppen delegieren, wenn sie sich von deren fachlichen Können überzeugt haben. Die Fachberufe tragen dann die Durchführungsverantwortung für die delegierten Aufgaben. Eine umfangreiche Delegation an entsprechend qualifizierte Vertreter anderer Berufe (Pflege, MFA) kann zu einer starken Entlastung von Ärztinnen und Ärzten im Arbeitsalltag und zu einer gelungenen Kooperation aller Gesundheitsberufe in der Patientenberatung beitragen.“ Wichtig ist den Ärzten auch, dass die Kompetenzen und Zuständigkeiten der verschiedenen Gesundheitsberufe synergetisch abgestimmt und interprofessionell zusammengeführt werden. Nicht zuletzt dazu

dient die seit 20 Jahren regelmäßig von der Bundesärztekammer einberufene Fachberufekonferenz, an der rund 30 Berufsvertretungen teilnehmen, als ein wichtiges Instrument. In den letzten Jahren haben sich Unterarbeitsgruppen insbesondere mit Fragen der respektvollen Kooperation in der Patientenbetreuung, der Delegation von ärztlichen Aufgaben und der möglichen Übernahme (Substitution) von heilkundlichen Tätigkeiten durch andere Gesundheitsberufe befasst. Arbeitsergebnisse sollen demnächst veröffentlicht werden.

Rolle der Pflege

Der Präsident des Deutschen Pfliegerates, Andreas Westerfellhaus, sieht die Frage von Delegation oder Substitution eher ideologisch besetzt. Ihm gehe es darum, die Versorgungsleistungen der Zukunft neu zu definieren und dabei den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Was derzeit fehle, seien klare Rechtssicherheiten und transparente Strukturen, erklärte er im Gespräch mit den zm. Hier sei der G-BA aufgefordert, aktiv zu werden. Wer Eigenverantwortung übernehme, müsse dazu auch qualifiziert sein, dazu diene das Angebot der akademischen Grundqualifizierung. Der Deutsche Pfliegerat strebe als Ziel rund 20 Prozent akademisch qualifizierten Fachkräften an, parallel dazu seien weitere Formen der Qualifizie-



Foto: Age Fotostock - Look Foto



Foto: MEV

Stadt-Land Gegensätze: In Ballungszentren wie Berlin stellt sich die Versorgungsfrage anders als im ländlichen Raum. Hier müssen flexiblere Konzepte her.



Mehr Freiräume für Ärzte durch Entlastung von Routinetätigkeiten? Im OP dürfen die Grenzziehungen schwierig sein.

Foto: goodshoot

nung auf allen Stufen notwendig. Dazu gehöre es auch, im niedriger qualifizierten Bereich die Tätigkeitsfelder klar zu beschreiben. „Vorsicht vor zu vielen Schnittstellen“, warnte Westerfellhaus. „Es geht darum, Kompetenzen festzumachen.“ Die Rolle der Ärzte sei fest definiert, während das Tätigkeitsspektrum der Pflege noch nicht genau umrissen sei. Hier erhoffe man sich Klarheit durch das geplante neue Berufsgesetz.

Versorgungsaspekte

Aus Versorgungsaspekten sei es notwendig, dass ein Teil der ärztlichen Leistungen vor allem in unterversorgten Regionen delegiert werden müsse, hieß es auf Anfrage der zmb bei der KBV-Pressestelle. Allerdings müsse der Arzt immer die Weisungsbefugnis behalten, allein schon aus Gründen der Qualitätssicherung und Behandlungssteuerung. Erforderlich sei zudem eine klare Grenzziehung darüber, wer für was haftet. Darüber hinaus habe man in den Regionen Abrechnungsvereinbarungen für die delegierbaren Leistungen getroffen.

Der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler sprach sich auf der Vertreterversammlung in Dresden dafür aus, dass delegationsfähige Leistungen künftig deutlich stärker an nicht-ärztliche Gesundheitsfachberufe delegiert werden müssten. Dazu führe die KBV derzeit Gespräche mit der Bundesärztekammer und den Pflegeverbänden. Ziel sei es, einen Katalog delegationsfähiger Leistungen zu erstellen, zu erproben und zu evaluieren. Sein Vize Carl-Heinz Müller verwies auf die besondere Rolle der Pflegeberufe. Die KBV und die Pflegeverbände hätten Gespräche aufgenommen, um Eckpunkte für die Stärkung der Kooperation zwischen Pflege und vertragsärztlicher Versorgung zu entwickeln. Sie sollen in Kürze der Öffentlichkeit vorgestellt werden. Müller verwies auch auf die Unterarbeitsgruppe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu diesem Thema, auf eine Anfrage von Bündnis 90/Die Grünen im Bundestag zum Stand der Umsetzung der Modellvorhaben gemäß § 63 Abs. 3 b und c SGB V und auf den Einsatz von Praxismitarbeiterinnen für Hausbesuche bei Patienten.

Konzepte zur Arzterlastung

Um Lücken vor allem in der ambulanten hausärztlichen Versorgung zu füllen, existieren die unterschiedlichsten Modelle zur Entlastung des Arztes. Dazu gehören:

■ **AGnES** = Arzterlastende, Gemeindefähige E-healthgestützte Systemische Intervention: AGnES-Fachkräfte sollen – per Delegation – Hausärzte unterstützen. Das Angebot richtet sich an Pflegekräfte, aber auch MFA. In Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt fanden Modellprojekte statt, das Konzept kann seit 2009 bundesweit umgesetzt werden. Zu den Leistungen gehören die Betreuung von Patienten, die Überwachung von Therapien, zum Teil unter Einsatz telemedizinischer Ausrüstung.

■ **VERAH** = Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis:

Ein Fortbildungskonzept des Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband für Medizinische Fachangestellte und Praxismitarbeiter. Die berufsbegleitende Ausbildung qualifiziert für eigenständige Aufgaben, die den Hausarzt unterstützen sollen.

■ **MOPRA** = Mobile Praxisassistentin:

Das Projekt MOPRA wurde in Sachsen-Anhalt zu Beginn des Jahres 2008 gestartet. Es richtet sich primär an Arzthelferinnen/MFA, aber auch an Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, die auf Hausbesuche vorbereitet werden sollen. Ihre Tätigkeiten umfassen Behandlung, Koordination, Diagnostik, Zuwendung, Prophylaxe und Beratung.

■ **MoNi** = Modell Niedersachsen:

Das auf drei Jahre angelegte Modell (von VERAH in Niedersachsen) soll in den Regionen Vechta und Schneverdingen MFA so weit ausbilden, dass sie bei Hausbesuchen delegierbare Tätigkeiten selbstständig ausführen können. MoNi wird – im Gegensatz zur AGnES – in enger Abstimmung mit dem Praxischef aktiv. Zu den Tätigkeiten gehören zum Beispiel Fäden ziehen, Blutdruck- und Blutzucker messen, Medikamente nach Verordnung verabreichen oder Gesundheitsberatungen anbieten.

■ **Nicht-ärztliche Praxisassistentin:**

Im Januar 2010 hat die Bundesärztekammer ein neues Curriculum „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“ vorgelegt. Hausbesuche sollen in unterversorgten Regionen unter Verantwortung des Arztes an speziell fortgebildete MFA delegiert werden.

Verteilungsprobleme

Aus Sicht der Krankenkassen existiert in Deutschland kein Ärztemangel, sehr wohl aber ein ärztliches Verteilungsproblem. Während in Ballungszentren eine Arztpraxis neben der anderen liege, gebe es in einigen ländlichen und wirtschaftlich schwachen Regionen teilweise zu wenig niedergelassene Ärzte, so der GKV-Spitzenverband. Um Versorgungsprobleme zu vermeiden, wäre es aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen konsequent, die stationäre und ambulante Bedarfsplanung zu verzahnen und bestimmte Aufgaben an medizinisch geschultes nicht-ärztliches Personal wie zum Beispiel an Gemeindeschwestern zu delegieren, erklärt die stellvertretende Pressesprecherin Ann Marini gegenüber den zm. Insgesamt könnten die Ärzte in unterversorgten Regionen durch den Einsatz von Gemeindeschwestern und Arztstationen entlastet und gleichzeitig die medizinische Basisversorgung der Versicherten verbessert werden. „Die demografische Entwicklung verlangt von Krankenkassen und Ärzten heute neue, flexible Versorgungskonzepte jenseits des auf der Einzelpraxis beruhenden Kassenarztsystems“, so Ann Marini.

Zahnärzte üben kritische Distanz

Anders als bei der ärztlichen Versorgung gibt es bei den Zahnärzten keine Versorgungsengpässe. Mit kritischer Distanz und nach Berufsgruppen differenziert beobachtet die Zahnärzteschaft deshalb die Entwicklungen bei den Gesundheitsberufen. Eine Akademisierung lehnen die Zahnärzte zumindest für ihren Bereich strikt ab und verweisen auf die bewährten Aufstiegsfortbildungen für ZFA (Der Bachelor und Master im Zahnmedizinstudium wird ebenfalls strikt abgelehnt).

Der Berufsstand betrachtet das Thema aus einer übergeordneten Sichtweise. Mit Blick auf Entwicklungen in Europa warnte Dr. Peter Engel, Präsident der BZÄK, auf der letzten BZÄK-Vorstandssitzung im Juni erneut eindringlich vor einer „Pseudoakademisierung“, bei der die Grenzen von ärztlichem und nicht-ärztlichem Tun zunehmend verwischen. „Der Bachelor und Master hat bei den Heil- und Hilfsberufen nichts zu suchen, ich warne eindringlich vor einem Missbrauch der Begrifflichkeiten“, erklärte er. Pläne zur Schaffung eines BA-Studienganges für Dentalhygienien an der Steinbeis-Hochschule Berlin und der Semmelweis-Universität in Budapest seien diesbezüglich sehr kritisch zu sehen. Die Vergleichbarkeit von Strukturen bei Studiengängen in Europa, wie sie der Bologna-Prozess zum Ziel habe, greife hier nicht. Engel verwies auf ein Gespräch in Brüssel mit Jürgen Tiedje, Referatsleiter der Generaldirektion Markt der Europäischen Kommission, der diese Auffassung teile.

Die Zahnärzteschaft wehrt sich gegen eine Verselbstständigung und selbstständige Leistungserbringung der Gesundheitsberufe. Engel: „Die Delegierbarkeit muss blei-



Foto: BZÄK - Prietschmann

BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel: „Die Grenzen zwischen Delegation und Substitution müssen sauber definiert werden.“

ben. Wichtig ist es, hierbei die Schnittstellenproblematik im Auge zu behalten und die Grenzen zwischen ärztlichem Handeln und Delegation sauber zu definieren.“ ■

■ **Mehr zu den Positionen der Zahnärzteschaft im nachfolgenden Beitrag Seite 38.**



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

zm-Info

Steigender Bedarf an Fachkräften

Neben dem Ärztemangel wird auch der Arbeits- und Fachkräftemangel immer dringlicher. Bereits in naher Zukunft werde sich die Ausbildungsplatzsituation zuspitzen, hieß es auf dem Ärztetag in Dresden. Die Gründe seien vielschichtig, angefangen vom Geburtenrückgang und veränderten Bildungsvoraussetzungen der Bewerber, der Alterung der Erwerbsbevölkerung bis hin zur Veränderung der Patientenstruktur und Versorgungsbedarfe. Der Deutsche Ärztetag forderte deshalb alle Ärztekammern und alle niedergelassenen Ärzte auf, verstärkt entsprechende Gegenmaßnahmen einzuleiten.

Die Ärzte rechnen im Prognosezeitraum 2004 bis 2030 mit einem Rückgang der 17- bis 25-jährigen (also der Gruppe, die die Ausbil-

dungsplatznachfrage im Wesentlichen bestimmt) von 7,7 Millionen auf 6,2 Millionen und damit um 19,7 Prozent. Die Gegenüberstellung von Angebot und Nachfrage zeige einen zusätzlichen Bedarf an Fachkräften im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen von 2004 bis zum Jahr 2030 von rund 700 000 Arbeitskräften. In den Bereichen „Medizin, Medizinische Dienste beziehungsweise Sonstige, Gesundheitswesen“ wird von 2004 bis zum Jahr 2030 ein Defizit an Arbeitskräften bis zu 22 Prozent angenommen. Aus dem Ranking „Top Ten“ der Bundesagentur für Arbeit (August 2009) ergebe sich für das Gesundheits- und Sozialwesen eine Nachfrageresteigerung zwischen 18 und 41 Prozent.

Quelle: BÄK ■

Durchsteigen statt Akademisieren

Während die Ärzte mit einem drastischen Medizinerangel zu kämpfen haben, stellt sich die Situation bei der Zahnärzteschaft ganz anders dar: Es gibt in Deutschland flächendeckend genügend Zahnärzte. Deshalb betrachtet der Berufsstand die Rolle des Assistenzpersonals differenziert. Eine eigenständige Berufsausübung und Akademisierung der Primärausbildung wird im zahnärztlichen Bereich strikt abgelehnt. Wohl aber gilt es, die Aufstiegsfortbildungen und Durchstiegsmöglichkeiten der ZFA zu verbessern. Feste Basis dabei ist das Prinzip der Delegation statt der Substitution von Tätigkeiten.



Der Einsatz der Zahnmedizinischen Fachangestellten ist durch den BZÄK-Delegationsrahmen klar definiert.

und Therapie beim approbierten Zahnarzt festgelegt.

„Die Zeiten also, in denen beispielsweise die Eingliederung einer Prothese oder die Entfernung von Zahnstein als rein mechanisch zu verstehende Handlungen angesehen wurden, sind längst vorbei,“ erklärt Dr. Michael Sereny, Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen und im BZÄK-Vorstand zuständiges Mitglied für die Belange zahnärztlichen Assistenzpersonals. „Die Verzahnung von Zahnmedizin und Medizin wird immer evidenter.“ Auch der Vergleich mit ärztlichem Hilfspersonal greife nicht, erläutert Sereny weiter: „In der Zahnmedizin gibt es fast keine Diagnostik, die sich in messbaren Parametern wie etwa Blutdruck oder Blutzuckerwert darstellen lässt. Selbst ein einfacher Parodontalindex wie der Papillenblutungsindex kann nur durch invasives Handeln und damit nur in der Verantwortung des Zahnarztes erstellt werden.“

Umso mehr wehrt sich der Berufsstand jetzt gegen Tendenzen, die den Rechtsrahmen des Zahnheilkundegesetzes und die klaren Regeln des Berufsbildungsgesetzes für zahnärztliches Assistenzpersonal wieder aufweichen wollen – sei es etwa über das Grünbuch „Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa“ oder über Bestrebungen mancher

zm-Info

Qualifikationsrahmen

Die EU will die berufliche Bildung europaweit transparent und vergleichbar machen. Dazu sollen in einem Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) einheitliche Beschreibungen und Klassifizierungen von Kompetenzen bei Berufsbildern erfolgen. Die Umsetzung soll mit Hilfe nationaler Regelungen erfolgen. Auch der Zahnarzt und sein Praxisteam sind betroffen. Derzeit wird dazu ein Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR) erstellt. Ab 201 sollen alle nationalen Qualifikationsbescheinigungen (Zeugnisse) einen Verweis auf die EQR-Stufen erhalten (die zm berichteten in Heft 22/2009, Seite 20 bis 21). ■

An der Position der Delegierten auf der BZÄK-Bundesversammlung vom letzten November in München gibt es nichts zu rütteln: „Ärzte- und Zahnärztemangel kann nicht dadurch behoben werden, dass medizinischen Hilfsberufen ärztliche oder zahnärztliche Aufgaben im Rahmen eigenständiger Berufsbilder übertragen werden. Mit seiner universitären und klinischen Ausbildung ist der Arzt und Zahnarzt ganzheitlicher Ansprechpartner des Patienten, der nicht nur Teilaspekten Beachtung schenkt. Eine Aufweichung des einheitlichen ärztlichen und zahnärztlichen Berufsbildes durch para- oder subakademische medizinische Hilfsbe-

rufe wäre ein entscheidender Rückschritt für die Qualität der medizinischen Versorgung.“

Dualismus noch präsent

Die Zahnärzte wissen, wovon sie sprechen. Denn ihnen ist der Dualismus zwischen akademisch gebildeten Kollegen und den Dentisten immer noch lebhaft in Erinnerung. Nach der Zusammenführung der beiden Berufsstände im Zahnheilkundegesetz von 1952 wurde das Delegationsprinzip zahnärztlicher Tätigkeiten rechtssicher definiert und die Verantwortung für die Behandlung



Dr. Michael Sereny: „Die Verzahnung von Medizin und Zahnmedizin wird immer evident.“

Hochschulen im In- und Ausland, mittels verkürzten Studiengängen wie dem Bachelor eigenständige Berufsbilder für zahnärztliche Hilfsberufe zu schaffen. Schützenhilfe dazu gibt es auch von Seiten des Council of European Dentists, der auf seiner Vollversammlung im November 2009 in Brüssel der akademischen Aufwertung der Arbeit von nicht-zahnärztlichem Personal eine klare Absage erteilt hatte.

Hinzu kommt, dass an den jetzigen zahnmedizinischen Fakultäten in Deutschland keine weiteren Kapazitäten für etwaige Studienplätze für zahnärztliches Hilfspersonal zur Verfügung stehen dürften – sogar für die Zahnmedizinstudenten ist die Situation bereits ziemlich eng. Bei den potenziellen Bachelor-Anbietern im Assistenzbereich werden deshalb vom Berufsstand auch ökonomische Interessen vermutet, denn eine solche Ausbildung dürfte teurer sein als die berufsbegleitende Aufstiegsfortbildung. Weiterhin sieht die Zahnärzteschaft durch Akademisierungstendenzen und die damit verbundene Verwischung von Berufsgrenzen den Novellierungsprozess der Approbationsordnung für Zahnärzte (AOZ) in Gefahr.

Delegationsrahmen

Im September 2009 verabschiedete die BZÄK den Delegationsrahmen für ZFA, in dem der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung durch den Zahnarzt und die Möglichkeiten der Delegation von Tätigkeiten festgeschrieben wurde. „Die Vorgaben unterstützen letztlich auch den Verbraucherschutz und die Patientensicher-



Dr. Dietmar Oesterreich: „Wir müssen die Vorteile des dualen Systems noch mehr nutzen.“

heit“, betont Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer. Die in der Hand der Zahnärztekammern liegende Aus- und Fortbildungsstruktur der ZFA habe sich gut bewährt, erklärt er weiter. Sie erfolge praxisnah und in eigener Regie des Berufsstandes. Außerdem sei sie staatlich anerkannt und durch das Berufsbildungsgesetz geregelt, haftungs-, berufs-, arbeits- und versicherungsrechtliche Fragen seien berücksichtigt.

Gut aufgehoben

Auch der Verband medizinischer Fachberufe e.V. spricht sich für die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten aus. Die Verantwortung müsse beim Arzt/Zahnarzt bleiben, durch die Delegation sei es aber möglich, ihn von bestimmten Tätigkeiten zu entlasten. Diagnose und Therapiefestlegung beispielsweise gehörten natürlich nicht dazu.

„Die Berufe Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte sind im dualen Berufsbildungssystem sehr gut aufgehoben. Hier ist die ideale Ergänzung von lernfeldbezogener Theorie und handlungsorientierter praktischer Ausbildung“, unterstreicht Gabriele Leybold, erste stellvertretende Präsidentin des Verbandes. Allerdings werde eine Akademisierung nicht vollständig verneint: „Wir benötigen die wissenschaftliche Forschung zu unseren Berufen, um ihre Rolle im Gesundheitswesen evidenzbasiert auszubauen. An einigen Universitäten gibt es dazu bereits Projekte, bei denen auch gelernte Medizinische Fachangestellte mitarbeiten.“ Leybold hält es für notwendig, nach entspre-

chenden Aufstiegsfortbildungen von mindestens 400 Stunden auch akademische Karrieren zu ermöglichen. Daneben gebe es im Fachhochschulbereich Angebote, um auf Managementebene größerer medizinischer Einheiten Aufgaben übernehmen zu können.

Neue Herausforderungen

Eine Entlastung der Zahnärzte wird mit Blick auf die demografische Entwicklung dennoch zum Thema. Mit Problemen wie der wachsenden Alterspyramide, immobilen und multimorbiden Patienten, Menschen mit Behinderungen oder der Verzahnung von Medizin und Zahnmedizin kommen auf den Berufsstand neue Herausforderungen zu. Das betrifft auch das Assistenzpersonal. „Hier werden wir dafür Sorge tragen, dass Fortbildungsmaßnahmen beziehungsweise Aufstiegsfortbildungen für die ZFA die Voraussetzung bieten, damit Aufgaben delegiert werden können“, erklärt Dietmar Oesterreich. „Wir müssen die Vorteile des dualen Systems noch mehr nutzen, um die Durchstiegsmöglichkeiten zu verbessern, die Qualifizierung des Berufsbildes ZFA zu erhöhen und das Feld in allen Kammern so besetzen, wie es das Berufsbildungsgesetz vorsieht.“ pr

■ **Der Delegationsrahmen der BZÄK für ZFA ist unter www.bzaek.de abrufbar.**



Nachwuchs sichern

Der Trend, dass neben der allgemeinen Wirtschaftskrise bei den Freien Berufen die demografische Entwicklung der Schulabgängerzahlen ursächlich für die seit Jahren rückläufige Entwicklung bei Ausbildungsverträgen ist, zeigt sich auch beim zahnärztlichen Praxispersonal. Der Berufsstand bedauert, dass viele der angebotenen Ausbildungsstellen unbesetzt bleiben müssen, da es an Bewerbern im Allgemeinen und an qualifizierten Bewerbern im Besonderen fehlt. Dennoch setzen die Zahnärzte weiter auf Ausbildung und mahnen schnelles Handeln an, um einem Fachkräftemangel vorzubeugen (die zm berichteten in Heft 2/2010, Seite 18 bis 20). ■

Differentialdiagnose der präaurikulären Schwellung

Lymphknotenhyperplasie im Bereich der Glandula parotis

Ashkan Rashad, Peter Maurer

Der aktuelle klinische Fall

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



Abbildung 1: klinischer Befund: präaurikuläre Schwellung im Bereich der linken Glandula parotis



Abbildung 2: sonografischer Befund: glatt begrenzte, echoarme Raumforderung in der Glandula parotis

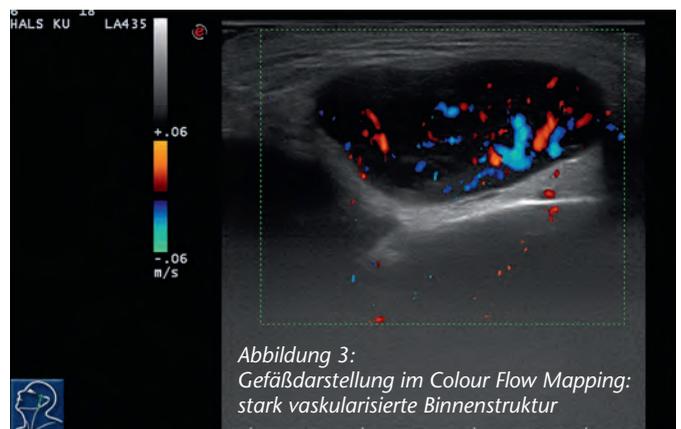


Abbildung 3: Gefäßdarstellung im Colour Flow Mapping: stark vaskularisierte Binnenstruktur

Kinder und jugendliche Patienten erfordern immer die besondere Aufmerksamkeit des Zahnarztes. Vor allem Abweichungen von der Norm sollten Anlass zu einer sorgfältigen diagnostischen Abklärung geben. Hier soll exemplarisch der Fall eines 16-jährigen Patienten präsentiert werden, der von seinem Hauszahnarzt wegen einer seit zwei Monaten persistierenden Schwellung präaurikulär links im Bereich der Glandula parotis in unserer Klinik vorgestellt wurde. Der ansonsten gesunde Patient berichtete über eine geringfügige Größenzunahme der Schwellung in den letzten zwei Wochen trotz alio loco eingeleiteter antibiotischer Therapie. Anamnestisch fanden sich keine Hinweise auf eine sogenannte B-Symptomatik: Nachtschweiß, Gewichtsverlust oder Fieber. Risikokontakte (Zeckenbiss, Tuberkulose, HIV, Tropenkrankheiten) ließen sich nicht eruieren. Bei der klinischen Untersuchung imponierte eine diskret erhabene, glatt begrenzte, verschiebliche, palpatorisch pralle, nicht druckdolente subkutane Schwellung

von etwa 1,5 x 1 cm Größe präaurikulär links (Abbildung 1). Neurologische Ausfälle – Paresen der Gesichtsmuskulatur (N. facialis) oder Sensibilitätsstörungen im Bereich des N. trigeminus – lagen nicht vor. Weitere Lymphknotenschwellungen konnten bei der ausführlichen körperlichen Untersuchung ebenso wenig festgestellt werden wie eine Hepato- und/oder Splenomegalie. Der Allgemeinzustand des normalgewichtigen Patienten war nicht beeinträchtigt, die im Ohr gemessene Körpertemperatur lag im Normbereich. Die intraorale Untersuchung lieferte keine Hinweise auf eine dentogene Ursache der Schwellung. Aus den Speicheldrüsen-Ostien ließ sich klares Sekret exprimieren.

Sonografisch imponierte eine circa 1,5 cm durchmessende, echoarme, glatt begrenzte, innerhalb der linken Glandula parotis gelegene Raumforderung mit einer stark vaskularisierten Binnenstruktur (Abbildungen 2 und 3). Ansonsten zeigte die Drüse ein homogenes Parenchym ohne Stauungszeichen; Steine oder sonstige pathologische Strukturen ließen sich sonografisch nicht nachweisen. Die Labordiagnostik umfasste

unter anderem Differentialblutbild, CRP, Leberwerte sowie EBV-, CMV- und HIV-Serologie. Sämtliche Befunde waren unauffällig. Unter Würdigung aller erhobenen Befunde ergab sich der Verdacht auf einen benignen Speicheldrüsentumor im Bereich der Glandula parotis, so dass zur histologischen Diagnosesicherung und gleichzeitigen Therapie die Indikation zur chirurgischen Entfernung des Befunds gestellt wurde.

Die Exstirpation der Raumforderung erfolgte in Intubationsnarkose über einen präaurikulären Zugang. Entsprechend des klinischen und des sonografischen Befunds stellte sich auch intraoperativ ein gut begrenzter solider Tumor ohne Malignitätskriterien dar (Abbildung 4). Histologisch zeigte sich dann jedoch eher überraschend lediglich das typische Bild eines hyperplastischen Lymphknotens mit erhaltener Binnenstruktur (Abbildungen 5a und 5b).

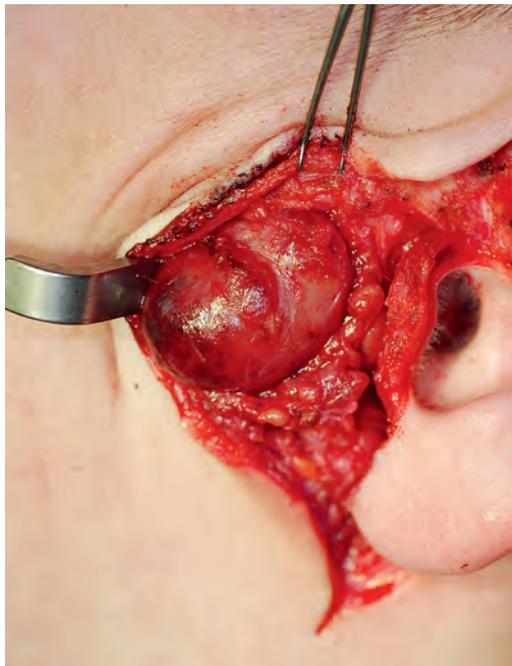


Abbildung 4: intraoperativer Befund: glatt begrenzter, homogener Tumor

Diskussion

Der vorliegende Fall verdeutlicht einmal mehr die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten, denen der Behandler sich bei Schwellungen im Bereich der Glandula parotis gegenüber sieht. Es gilt hierbei, Veränderungen innerhalb der Ohrspeicheldrüse von Alterationen in den Nachbargeweben, wie im vorliegenden Fall zutreffend, abzugrenzen. Grundsätzlich müssen infektiöse (Tuberkulose, Mononukleose, Zytomegalie, Borreliose) von nicht infektiösen, entzündlichen Lymphknotenerkrankungen (Sarkoidose) und Raumforderungen (benigne beziehungsweise maligne Tumoren einschließlich Metastasen) differenziert werden [Teymoortash et al., 2002]. Insbesondere bei multiplen

Läsionen muss die Manifestation einer generalisierten Lymphknotenerkrankung in die Differentialdiagnostik einbezogen werden, wobei neben der Sonografie die Magnetresonanztomographie (MRT) einen wichtigen Beitrag leisten kann. Jedoch sollte auch eine isolierte Schwellung, wenn sie wie im

der fehlenden Hepatosplenomegalie, des isolierten Befunds sowie der paraklinischen Befunde (fehlende Leukozytose, keine CRP-Erhöhung, negative Serologien) unwahrscheinlich. Zur Diagnosesicherung ist in jedem Fall die histologische Untersuchung erforderlich. Ob dazu nur die abzuklärende

Fazit für die Praxis

- Eine Schwellung im Bereich der Glandula parotis ist insbesondere bei Persistenz unbedingt abklärungsbedürftig.
- Hinter einer schmerzlosen, prall elastisch bis derben Schwellung im Bereich der Parotis können sich sowohl harmlose entzündliche Prozesse als auch Neoplasien verbergen.
- Die endgültige Diagnosesicherung erfordert immer die operative Entfernung und eine histologische Untersuchung.

da erst die histologische Diagnose einen malignen Tumor oder eine behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankung sicher ausschließen kann.

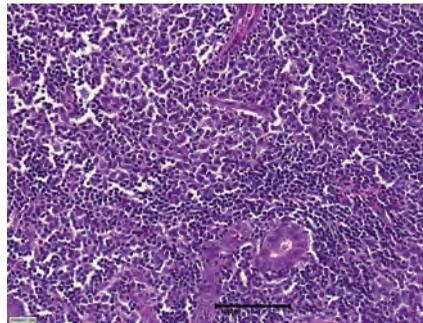
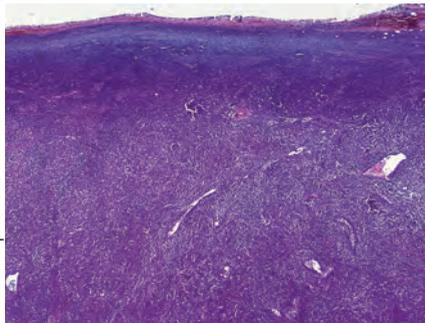
Für die zahnärztliche Praxis soll der Fall daran erinnern, dass auch die Umgebungsstrukturen des stomatognathen Systems, insbesondere die Speicheldrüsen und die Lymphknoten, relevante pathologische Strukturen enthalten können. Gerade diese anatomischen Strukturen liegen im Blickfeld des Zahnarztes, der deshalb pathologische Veränderungen oft als Erster erkennen und der weiteren Diagnostik zuführen kann. Dies betont noch einmal die wichtige Rolle, die der Hauszahnarzt ähnlich dem Hausarzt in der ganzheitlichen Betreuung seiner Patienten spielt.

Dr. Askhan Rashad
PD Dr. Dr. Peter Maurer
Klinik für Mund-, Kiefer- und
Plastische Gesichtschirurgie
der Ruhr-Universität Bochum
Knappschaftskrankenhaus
Bochum-Langendreer
In der Schornau 23–25
D-44892 Bochum
peter.maurer@rub.de

Literatur

Bradley P, McClelland L, Mehta D.
Paediatric salivary gland epithelial neoplasms.
ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.
2007;69(3):137-45.

Teymoortash A, Dünne AA, Werner JA.
Parotid lymph node metastasis in squamous cell carcinoma of the skin.
Eur J Dermatol. 2002 Jul-Aug;12(4):376-80.



Abbildungen 5a und 5b: histologischer Befund (HE-Färbung, Vergrößerung 40 x und 100 x): hyperplastischer Lymphknoten ohne die typischen Foli­kelstrukturen mit Zellvermehrung in der B-Lymphozytenzone (Institut für Pathologie der Ruhr-Universität Bochum)

vorliegenden Fall trotz Antibiose über mehrere Wochen persistiert, an eine Neoplasie denken lassen und die entsprechenden diagnostischen Schritte nach sich ziehen. Speicheldrüsentumoren kommen im Kindesalter selten vor: Lediglich fünf Prozent aller Speicheldrüsentumoren treten im Kindesalter auf, diese aber wie im präsentierten Fall vornehmlich im Bereich der Glandula parotis (bis zu 90 Prozent) [Bradley et al., 2007]. Klinisch und sonografisch sprachen glatte Begrenzung, Verschiebbarkeit sowie das Fehlen neurologischer Ausfälle gegen eine Infiltration der Nachbargewebe und somit für eine benigne Raumforderung (Adenom). Eine infektiöse Lymphknotenerkrankung wie zum Beispiel Mononukleose, Zytomegalie, Borreliose oder HIV-Infektion oder eine systemische entzündliche Erkrankung wie Sarkoidose waren im vorliegenden Fall aufgrund des gutes Allgemeinzustands,

Raumforderung oder die gesamte Glandula parotis exstirpiert wird, hängt von den klinischen und paraklinischen Befunden ab. Im vorliegenden Fall konnte der Eingriff aufgrund der fehlenden Anzeichen für Malignität auf eine Entfernung des betroffenen Gewebes beschränkt werden. Entgegen der Verdachtsdiagnose wurde histologisch eine Lymphknotenhyperplasie diagnostiziert, deren Ursache ungeklärt bleibt. Das operative Vorgehen ist dennoch unverzichtbar,



Abbildung 6: postoperativer klinischer Befund drei Wochen nach dem Eingriff



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

Keramikrestorationen

Die Bedeutung optimaler Oberflächen

Jan Hajt6

Dentalkeramiken sind wegen ihrer guten mechanischen, 6sthetischen und biokompatiblen Eigenschaften weit verbreitet. W6hrend keramische Restaurationen in der Vergangenheit fast ausschlie6lich 6ber manuelle Verfahren, wie zum Beispiel Schichten oder Pressen, hergestellt wurden, so nimmt die rationelle schleifende maschinelle Bearbeitung von Keramikbl6cken auch von vollanatomischen Restaurationen inzwischen stetig zu. Kontinuierliche technische Verbesserungen erm6glichen dabei inzwischen eine sehr schonende und pr6zise Materialbearbeitung und immer bessere Oberfl6chen (Abbildung 1).



Abbildung 1: Krone aus IPS e.max CAD in aktueller Schleifstrategie von absolute Ceramics: Es resultieren eine seidenmattete Oberfl6che und ein detailliertes Fissurenrelief.

Da es sich beim Schleifergebnis derzeit immer um eine mittels rotierender Diamantwerkzeuge erzeugte Oberfl6che handelt, ist unabh6ngig von ihrer G6te eine weitere Gl6ttung vor der Eingliederung im Mund notwendig.

Es gibt hierf6r mehrere Gr6nde:

1. Eine glatte Oberfl6che ist g6nstig f6r eine geringe Plaqueanlagerung [1,2]. Untersuchungen zeigten, dass eine erh6hte Oberfl6chenrauigkeit mit einem Ra-Wert von mehr als 0,2 μm einen deutlichen Anstieg der Bakterienbesiedelung im Vergleich zu glatten Arealen mit einem Ra-Wert von 0,12 μm zur Folge hatte [1]. Der Mittenrauwert Ra beschreibt die Rauigkeit einer Oberfl6che. Zur Ermittlung dieses Messwerts wird die Oberfl6che auf einer definierten Messstrecke abgetastet, s6mtliche H6hen- und Tiefenunterschiede werden aufgezeichnet. Die Spanne der Rauigkeitswerte reicht

von 0,1 μm mit nicht mehr sichtbaren Bearbeitungsspuren bis hin zu 25 μm bei sehr rauen Fl6chen mit sp6rbaren Riefen. Die Rauigkeit aller harten Oberfl6chen im Mund sollte h6chstens einen von Ra 0,2 μm betragen [3].

2. Eine homogene und glatte Oberfl6che steigert die Festigkeit und Langlebigkeit von Keramik. Keramik ist ein spr6des Material und auf Zugspannungen schwach belastbar. Die typische Entstehung von Keramikfrakturen beginnt mit kleinen Materialdefekten, an denen sich durch eine einwirkende Zugspannung ein initialer Riss bildet. Dieser dehnt sich bei erneut einwirkenden Spannungen intermittierend aus (subkritische Rissausweitung), bis eine kritische Rissgr66e erreicht ist und es zur fatalen Fraktur kommt (Abbildung 2). Dieser Mechanismus wird im Mund durch Wassereinlagerung beschleunigt.

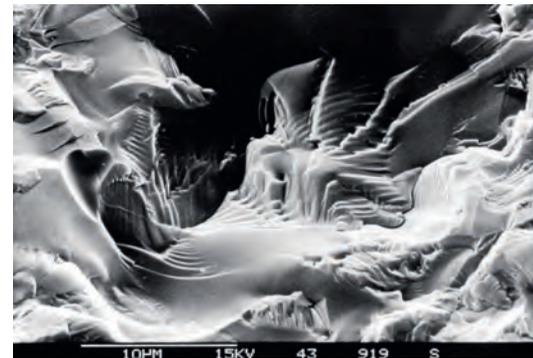


Abbildung 2: charakteristisches Frakturbild von Keramik: Die treppenf6rmigen Stufen entsprechen der schrittweisen Rissausbreitung. (Mit freundlicher Genehmigung von Prof. L. Pr6bster)

Die Festigkeit von Dentalkeramik wird durch eine hohe Oberfl6cheng6te signifikant erh6ht [5-8] (Abbildung 3). Aus diesem Grund ist es von allergr66ter Bedeutung nach allen Einschleifma6nahmen im Mund eine sorgf6ltige Politur vorzunehmen.

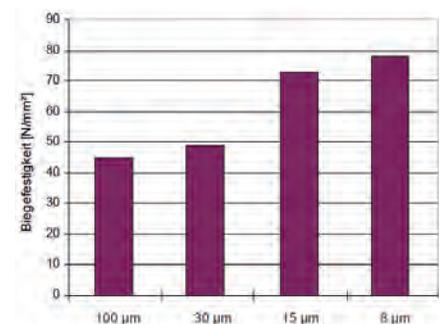


Abbildung 3: Einfluss der Oberfl6chenrauigkeit auf die Biegefestigkeit von ProCAD (entspricht IPS Empress CAD): Der Mikrometer-Wert gibt die K6rnung des Finierdiamanten an. (Mit freundlicher Genehmigung der Ivoclar Vivadent AG [4])

Au6erhalb des Mundes kann Keramik durch Politur oder einen Glasurbrand gegl6ttet werden. Nach der Befestigung im Mund ist nur noch eine Politur m6glich. Auf alle Verfahren soll im Folgenden eingegangen werden:

Glaser

Ein Glasurbrand stellt die beste Methode zur Oberfl6chenverg6tung dar. Eine d6nn flie6ende Glasurschicht kann in m6gliche Oberfl6chendefekte oder Mikrorisse eindrin-

gen und bildet eine feste Schicht. Sie verstärkt die Restauration und verringert die Einwirkung von Umgebungsfaktoren und gewährleistet die notwendige Ebenheit [7, 8]. Durch einen Glasurbrand lassen sich Ra-Werte um $0,01 \mu\text{m}$ mit sehr geringen Schwankungen erzielen [9]. Darüber hinaus ist die Qualität der Oberfläche unabhängig von der Oberflächenform konstant. Dies ist gerade bei anatomischen Kauflächen in den Fissurenreliefs von Bedeutung. Auf Abbildung 4 ist ein glasierter, vollanatomischer, CAD/CAM-geschliffener Keramikzahn nach der Besputterung mit Gold dargestellt. Die christbaumkugelartige Erscheinung verdeutlicht den perfekten Hochglanz. Die rechte Seite zeigt die dazugehörige REM-Aufnahme.



Abbildung 4: CAD/CAM-geschliffener Keramikzahn nach Glasur im Labor: Der Zahn wurde für die REM-Aufnahme mit Gold besputtert. Rechts das dazugehörige REM-Bild.

Politur planer Flächen

Zur Beurteilung der Effektivität verschiedener Polierinstrumente erlaubt die Politur planer Keramikflächen das theoretische Potenzial der verschiedenen Instrumente unter idealen Bedingungen zu beurteilen. Hierzu wurde eine Untersuchung durchgeführt, bei der die Bestimmung des Mittenrauheitswertes R_a (DIN EN ISO 4287) zu Vergleichszwecken mit zwei verschiedenen Messverfahren vorgenommen wurde.

a) Tastschnittverfahren (mechanisch):

Eine Tastspitze verfährt auf der Probenoberfläche entlang einer Linie mit konstanter Geschwindigkeit. Aus den vertikalen Ausschlägen der Tastspitze ergibt sich das Messprofil, aus welchem Rauheitskennwerte wie R_a ermittelt werden können.

b) Weißlichtinterferometrie (WLI, optisch):

Auf raue Oberflächen einfallendes Licht zeigt nach der Reflexion Interferenzphänomene, anhand derer Informationen über

das Oberflächenprofil sowie Rauheitskennwerte gewonnen werden können.

Im Tastschnittverfahren wurde je eine Einzelmessung in unterschiedlichen Richtungen durchgeführt. Die höchsten R_a -Werte sind in 90° zur Bearbeitungsrichtung zu erwarten. In der Auswertung wurden sowohl die Mittelwerte der Einzelmessungen als auch die jeweiligen Höchstwerte aufgeführt. Trotz quantitativer Unterschiede zwischen den Ergebnissen der beiden Messmethoden zeigt sich bei beiden Verfahren qualitativ die gleiche Tendenz der Ergebnisse, sowohl bei den Mittel- als auch bei den Maximalwerten. Damit genügt zum Vergleich der Bearbeitungsergebnisse die Betrachtung eines Datensatzes, hier die jeweiligen Höchstwerte

Beispielhaft sind einige Methoden abgebildet. Die grüne Linie markiert den kritischen Wert von $R_a 0,2 \text{ mm}$.

Folgendes geht hervor:

1. Mit Diamantinstrumenten, selbst Feinstkorndiamanten kann keine ausreichend glatte Oberfläche erzielt werden.

2. Das Endergebnis wird immer auch stark von einer ausreichenden und abgestimmten Vorpolitur beeinflusst. So führt das Auslassen der schwarzen Sof-lex Scheibe zu einem ungenügenden Polierergebnis (Probe 18 / Probe 7). Ebenso resultiert die zusätzliche Anwendung eines feineren Diamantinstrumentes bei gleicher nachfolgender Bearbeitung immer in einer geringeren Rautiefe (Probe 20 / Probe 19).

3. Mittels Sof-lex Scheiben ist eine mehr als ausreichende Oberflächengüte zu erreichen, selbst unter Auslassung der feinsten Scheibe (Probe 7). Bei den dargestellten Werten handelt es sich um Höchstwerte. Diese Werte stehen jedoch in Übereinstimmung mit Angaben aus der Literatur, wo folgende Mittelwerte für die Keramikbearbeitung mit Sof-lex Scheiben zu finden sind [10]:

Finishing (Sof-lex extra fein) $0,03$ (entspricht Probe 13)

Finishing (Sof-lex fein) $0,04$ (entspricht Probe 7)

Finishing (Sof-lex medium) $0,05$ (entspricht Probe 12)

Finishing (Sof-lex grob) $0,15$ (entspricht Probe 15)

der Tastschnittmessungen (Abbildung 5).

In Abbildung 5 sind die Höchstwerte bei der Bearbeitung von Keramikscheiben mit verschiedenen Einzelinstrumenten oder Kombinationen von Werkzeugen aufgeführt.

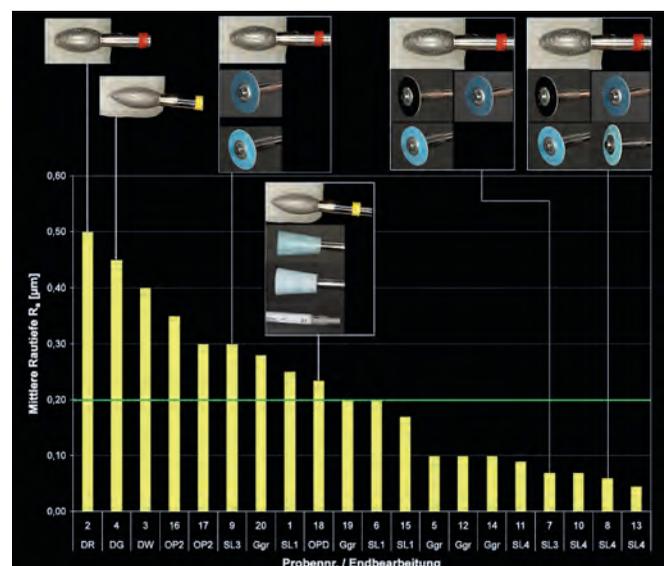


Abbildung 5: R_a -Höchstwerte aus je drei Messungen ($0^\circ/45^\circ/90^\circ$) im Tastschnittverfahren für verschiedene Bearbeitungsverfahren planer Keramikscheiben aus IPS Empress CAD HT: Es sind exemplarisch einige Kombinationen von Polierwerkzeugen aus einer Untersuchung von 20 verschiedenen Zusammenstellungen dargestellt.

Probennummer	Polierinstrument(e)
2	Diamant fein, Rotring, eiförmig
4	Diamant extrafein, Gelbring, eiförmig
3	Diamant extrafein, Weißring (schweizer Farbsystem), eiförmig
16	Diamant fein, Rotring / Optrafine F Gummikelch / Optrafine P Gummikelch
17	Diamant Weißring / Optrafine F Gummikelch / Optrafine P Gummikelch
9	Diamant fein, Rotring / Sof-lex Scheibe 3/8", medium / Sof-lex Scheibe 3/8", fein
20	Diamant extrafein, Gelbring / Gummipolierer Kelch, grau (Komet REF 9681 204 065)
1	Sof-lex Scheibe 3/8", grob (schwarz)
18	Diamant extrafein, Gelbring, Optrafine F Gummikelch / Optrafine P Gummikelch, Diamantpaste
19	Diamant extrafein, Weißring / Gummipolierer Kelch, grau (Komet REF 9681 204 065)
6	Diamant fein, Rotring / Sof-lex Scheibe 3/8", grob (schwarz)
15	Diamant extrafein, Weißring / Sof-lex Scheibe 3/8", grob (schwarz)
5	Gummipolierer Kelch, grau (Komet REF 9681 204 065)
12	Diamant extrafein, Weißring / Sof-lex Scheibe 3/8", grob (schwarz) / Sof-lex Scheibe 3/8", medium / Gummipolierer Kelch, grau (Komet REF 9681 204 065)
14	Diamant extrafein, Weißring / Sof-lex Scheibe 3/8", grob (schwarz) / Gummipolierer Kelch, grau (Komet REF 9681 204 065)
11	Diamant extrafein, Weißring / Sof-lex Scheibe 3/8", grob (schwarz) / Sof-lex Scheibe 3/8", medium / Sof-lex Scheibe 3/8", fein / Sof-lex Scheibe 3/8", extrafein
7	Diamant fein, Rotring / Sof-lex Scheibe 3/8", grob (schwarz) / Sof-lex Scheibe 3/8", medium / Sof-lex Scheibe 3/8", fein
10	Diamant fein, Rotring / Sof-lex Scheibe 3/8", medium / Sof-lex Scheibe 3/8", fein / Sof-lex Scheibe 3/8", extrafein
8	Diamant fein, Rotring / Sof-lex Scheibe 3/8", grob (schwarz) / Sof-lex Scheibe 3/8", medium / Sof-lex Scheibe 3/8", fein / Sof-lex Scheibe 3/8", extrafein
13	Diamant extrafein, Weißring / Gummipolierer Kelch, grau (Komet REF 9681 204 065) / Sof-lex Scheibe 3/8", medium / Sof-lex Scheibe 3/8", fein / Sof-lex Scheibe 3/8", extrafein

Mit Gummipolierern und Diamantpaste konnten im vorliegenden Fall keine vergleichbar guten Oberflächen erzielt werden (Probe 18).

Für das Optrafine System (Probe 18) wird vom Hersteller als Polierleistung angegeben, dass bei einer etwa 20 mm² große Fläche mit den beiden Gummipolierern nach je 10 Sekunden Anwendung ein Ra-Wert von knapp unter 0,4 µm erreicht wird. Nach weiteren 30 Sekunden Bearbeitung mit einem Nylonbürstchen und Diamantpaste ist auf derselben Fläche ein Ra-Wert von knapp unter 0,2 µm nachweisbar [11]. Der im eigenen Versuch gefundene Wert

von knapp über 0,2 µm ist darauf zurückzuführen, dass eine größere Fläche über kürzere Zeit (etwa 20 Sekunden) mit Diamantpaste bearbeitet wurde.



Abbildung 6:
Keramikzahn
„as machined“

Politur von Kauflächen

Im Gegensatz zu planen Flächen ist die Politur von Kauflächen mit der zusätzlichen Schwierigkeit verbunden, auch Vertiefungen erreichen zu müssen. Um einen Eindruck von der Effektivität verschiedener Polierinstrumente zu gewinnen, wurden 20 vollanatomische Keramikzähne in einer groben Schleifstrategie hergestellt und auf verschiedene Weise der Versuch unternommen, eine möglichst vollständige Politur zu erzielen. Dabei wurden Gummipolierer unterschiedlicher Formen (Kelch, Konus, Linse) und Körnung mit und ohne anschließende Feinpolitur mit Diamantpaste sowie alternativ auch Sof-lex Scheiben verwendet. Die bearbeiteten Proben wurden mit Gold beschichtet, dann REM Aufnahmen erstellt. Die Vergoldung lässt den Glanzgrad optisch sehr gut beurteilen. Als Referenz kann die glasierte Kaufläche aus Abbildung 4 dienen.

Um es vorwegzunehmen: Keines der angewendeten Instrumente und keine der angewendeten Methoden konnte ein wirklich optimales Ergebnis vorweisen. Selbst die Politur im Labor durch einen Zahntechniker zeigte ungenügend polierte Bereiche. In den Abbildungen 6 bis 10 sind exemplarisch einige Ergebnisse und zum Vergleich die unbearbeitete Situation dargestellt.

Enge Vertiefungen, wie sie Fissuren naturgemäß darstellen, lassen sich auf diese Weise offenbar nicht hinreichend polieren.

Folgende klinische Konsequenzen ergeben sich aus dieser Darstellung:

1. Bei notwendigen Einschleifmaßnahmen im Mund sind Vertiefungen auf den Kauflächen nach Möglichkeit zu vermeiden.
2. Einschleifen sollte möglichst kleinflächig und punktuell zielgerichtet erfolgen, da die



Abbildung 7: Politur mit grauem Kelch (Komet REF 9681 204 065) und kleinen Brownie- und Greenie-Kegeln



Abbildung 8: Politur mit Optrapol-Linsen und Optrafine-Diamantpaste (Ivoclar Vivadent)

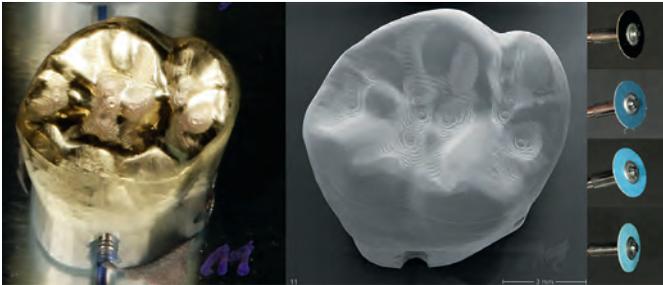


Abbildung 9: Politur mit Sof-lex Scheiben (3M Espe)

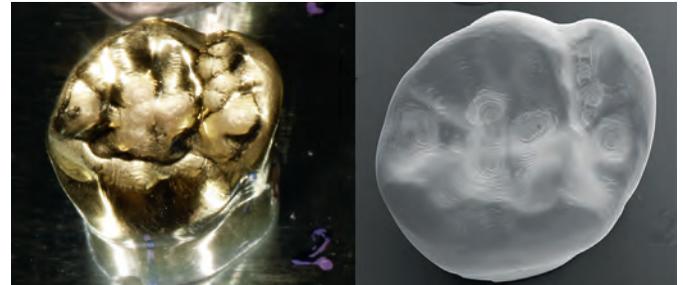


Abbildung 10: Politur mit verschiedenen Gummipolierern im Dentallabor

Politur großer Kauflächenareale nicht zuletzt wegen des notwendigen Instrumentenwechsels zeitintensiv ist.

3. Die visuelle Kontrolle an der transluzenten zahnfarbenen Keramik ist nicht gut möglich. Der im Labor polierte Keramikzahn (Abbildung 10) sah zum Beispiel ohne Vergoldung hinreichend poliert aus. Daher sollte das Bearbeitungsergebnis im Mund unter Vergrößerung genau geprüft werden. Eine mögliche Forderung nach einer Opakisierung mittels Scan Spray ist wahrscheinlich praxisfremd.

4. Vor jedem Polierschritt sollte der vorhergehende Schritt sehr gründlich durchgeführt werden, da dies das Endergebnis in starkem Maße beeinflusst.

5. CAD/CAM-geschliffene Keramikrestaurationen sollten idealerweise immer glasiert werden. Dies geschieht geschätzt derzeit bei Chairside System nur in rund 25 Prozent aller Fälle [12]. Obwohl nicht bekannt ist, in welchem Maße sich die unpolierten Bereiche negativ auf die Festigkeit oder Lebensdauer auswirken, so ist davon auszugehen, dass eine Glasur die Qualität der Restauration steigert, und daher unbedingt empfehlenswert.

Eine Glasur kann auch in der Zahnarztpraxis ohne großen Aufwand durchgeführt werden. Die Fertigstellung von Chairside (CE-REC, D4D) oder zentral (absolute Ceramics) geschliffenen, vollkeramischen Restaurationen im Praxislabor mittels Glasur oder Bemalung stellt eine gute Möglichkeit dar, die Qualität der Restaurationen zu steigern.

Sie ermöglicht zugleich eine Wertschöpfung in der Praxis, da die Investition in einen kleinen Keramikofen überschaubar ist. Spätestens bei der Verwendung von Lithiumdisilikat (IPS e.max CAD), das im blauen Zustand geschliffen und danach auskristallisiert wird, ist eine Glasur obligat.

Dr. Jan Hajtó
Praxis für ästhetische Zahnheilkunde
Weinstr. 4
80333 München
dr.jan.hajto@t-online.de

zm Leser service

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

Bis Ende des letzten Jahrhunderts ging man davon aus, dass Schädigungen im Gehirn irreparabel sind. Inzwischen ist klar, dass dies ein Irrtum war. Denn das Gehirn besitzt bis ins hohe Alter eine große Plastizität und kann durch neue Verknüpfungen und Verschaltungen Funktionsverluste nach Läsionen weitgehend kompensieren.

Das menschliche Gehirn galt lange als relativ unflexibles Organ, wenn es darum geht, nach Abschluss der individuellen Entwicklung auf sich verändernde Situationen mit strukturellen Anpassungen zu reagieren. In den vergangenen Jahren und Jahrzehnten aber mehrten sich die Hinweise darauf, dass das Zentralnervensystem sowohl im Rückenmark als auch in den Hirnkernen und sogar in der Hirnrinde beachtliche Fähigkeiten besitzt, nach Verletzungen Reparaturmechanismen in Gang zu setzen und die resultierenden Defizite zu kompensieren. So ist das Gehirn nach einem Schädel-Hirn-Trauma oder einem Schlaganfall durchaus wieder in der Lage, zumindest teilweise die verloren gegangenen Funktionen zu ersetzen.

Reparatur analog der frühkindlichen Entwicklung

Dies geschieht nach ähnlichem Muster wie auch in der frühkindlichen Entwicklung, berichtete Professor Dr. Ulf T. Eysel aus Bochum beim 9. Lundbeck Dialog ZNS in Bergisch-Gladbach. Die Hirnentwicklung vollzieht sich nach seiner Darstellung nach der Geburt bis zur Adoleszenz nach einem bestimmten Rhythmus mit Phasen unterschiedlich hoher Plastizität für die einzelnen Funktionen. So kommt es nach Eysel zuerst zur Entwicklung der Sehschärfe und des binokularen Sehens, gefolgt von der Entwicklung der Sprache und später dann der vollen kognitiven Funktionen.

Doch auch nach diesen Zeiten hoher Plastizität bleiben dem Gehirn im Falle von Schädigungen Reparaturmöglichkeiten, berichtete der Neurophysiologe. Dabei werden aber keine Strukturen neu gebildet, sondern es werden vorhandene Strukturen anders

Brain Repair

So wird unser Gehirn mit Läsionen fertig

Foto: CC

Das Dendriten- und Axionen-Geflecht zwischen einzelnen Neuronen: Dieses Schaltsystem kann vom Körper selbstständig repariert werden.

genutzt. „Inaktive Zellen werden reaktiviert und können neue Funktionen übernehmen“, erläuterte Eysel.

Bis ins hohe Alter neue neuronale Verschaltungen

Im Rahmen solcher Reparaturprozesse können nach seinen Worten die vorhandenen Zellen durchaus auch neu vernetzt werden, eine Fähigkeit, die das Gehirn offenbar von Geburt an besitzt und bis ins Greisenalter hinein nicht verliert. Vor allem in Tierexperimenten wurde laut Eysel dabei belegt, dass die wiederholte Nutzung bestimmter Hirnstrukturen deren Verschaltung in den komplexen neuronalen Netzwerken und

damit auch die Leistungen von Hirnrindenzellen dieser Region verbessern kann.

Die Fähigkeit, die Verschaltungen zu modulieren, ist zwar in jungen Jahren größer als im Alter, sie bleibt im Prinzip aber lebenslang erhalten. „Im Alter scheint die Plastizität herunterreguliert zu sein“, so der Neurologe. Das beinhaltet aber auch, dass sie wieder stimuliert werden kann, wenn infolge einer Hirnschädigung hierfür Bedarf besteht. Die sich dann anbahnenden Reparaturprozesse können laut Eysel aber bestenfalls die ursprüngliche Funktion wiederherstellen, Verbesserungen darüber hinaus sind offenkundig nicht möglich. Außerdem erfolgt die Reorganisation im Rahmen des „Brain Repair“ räumlich begrenzt im Ge-

hirn, was wahrscheinlich verhindert, dass es zu einer unkontrollierten Neuverdrahtung oder zu ausuferndem Wachstum kommt.

Reha-Maßnahmen gezielter einsetzen

Die neuen Erkenntnisse lassen sich nach Eysel wahrscheinlich in verschiedenen Bereichen therapeutisch nutzen. So besteht – das zeigen Untersuchungen mit modernsten Verfahren wie etwa dem Multi-Photonen-Imaging – eine gewisse Hyperaktivität in den Hirnregionen, in denen Strukturen neu organisiert werden. Besonders erfolgreich könnten damit – so die Theorie – Reha-Maßnahmen gestaltet werden, wenn sie genau

wird, die Beweglichkeit im gelähmten Arm zu verbessern. Zu bedenken ist auch, dass sich die neu organisierten Strukturen nicht sofort stabilisieren, sondern dass es eine gewisse Zeit dauert, bis sich die quasi neuen Funktionsbereiche festigen.

Kritisch steht der Neurophysiologe Versuchen gegenüber, Schädigungen des Gehirns mittels einer Stammzelltherapie anzugehen. Zu wenig ist nach seiner Ansicht bekannt darüber, wie sich die eingebrachten Stammzellen im neuronalen Verband verhalten werden. „Es ist nicht klar, ob dabei Wildwuchs entsteht, der mehr schadet als nutzt“, so Eysel. „Und es ist auch nicht klar, ob die jungen Nervenzellen imstande sein werden, ihre Umgebung in den selektiven

Wunderwerk
menschliches
Gehirn

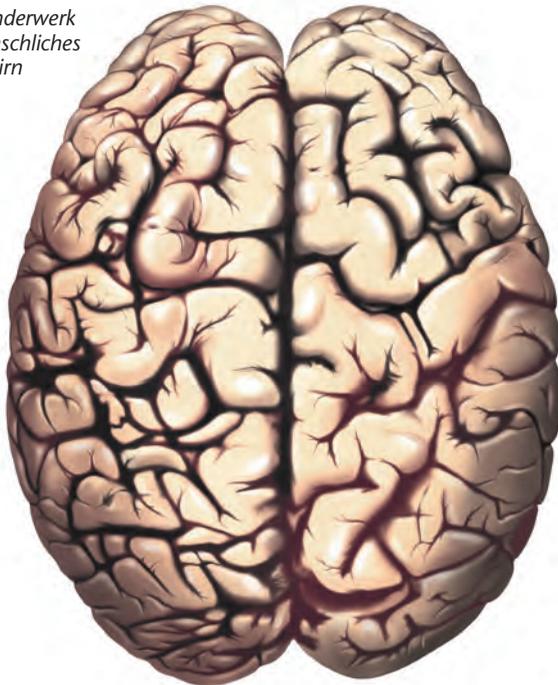


Foto: CC

diese Regionen ansprechen. Dabei aber müssen laut Eysel die Erkenntnisse zur Funktion des Gehirns berücksichtigt werden. Zum Beispiel ist bekannt, dass das Bewegen einer Extremität die Aktivität zur Steuerung von Bewegungsprozessen in der gegenseitigen Extremität hemmt. Die logische Konsequenz müsste laut Eysel darin bestehen, bei krankengymnastischen Übungen zur Rehabilitation nach Schlaganfall den gesunden Arm zu fixieren, während versucht

Zustand der frühen Entwicklung zurückzusetzen und nur funktionell sinnvolle Verdrahtungen zu stabilisieren, sinnlose dagegen rigoros abzubauen“.

Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln

Neurologie

Demenz – innovative Ansätze sind gefragt

Die Demenz ist ein noch relativ „junges medizinisches Thema“: Erst vor rund 100 Jahren wurde sie als Krankheit anerkannt. Vor dieser Zeit galten demenzielle Erkrankungen als Ausdruck eines fortgeschrittenen Alters. In schweren Fällen führten sie nicht selten zur Einweisung der Betroffenen in eine „Irrenanstalt“. Trotz aller Bemühungen um den Fortschritt ist die Behandlung der Demenz allerdings bis in die heutige Zeit eine der großen medizinischen Herausforderungen geblieben.



Foto: Doc Stock - TV yesterday

Der demente Patient lebt in seiner eigenen Welt, oft ohne Bindung zur Realität.

Erwähnt wurden demenzielle Syndrome bereits in den medizinischen Schriften des römischen Reiches, wobei der „Verfall des Geistes“ damals allgemein dem Alter zugeschrieben wurde. Erst vor gut 100 Jahren beschrieb der Psychiater Alois Alzheimer spezifische Gehirnveränderungen bei der Patientin Auguste D., die nach einer mehrjährigen Demenz verstorben war. Bei der Untersuchung des Gehirns der Frau entdeckte Alzheimer Plaques und Fibrillen, was dazu führte, dass die Erkrankung nach ihm benannt wurde. „Mit der Entdeckung Alzheimers erfolgte erstmals die medizinische Charakterisierung einer Demenz“, be-

richtete Prof. Dr. Wolfgang Maier aus Bonn dort bei der Veranstaltung „Wunderkammer Wissenschaft“, zu der das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) eingeladen hatte.

Klassifizierung der Demenzen

In den folgenden Jahrzehnten bemühten sich die Forscher laut Maier vor allem darum, die verschiedenen Demenzerkrankungen genauer zu beschreiben und neuropathologische Charakteristika der verschiedenen Krankheitsformen dingfest zu machen.

Differenziert wurden beispielsweise die Frontalhirndemenzen, die Lewy-Körper-Demenzen, Demenzen bei einer Parkinson-Erkrankung sowie vaskuläre Demenzen. Fast alle Krankheitsformen treten laut Maier erst in höherem Lebensalter auf, wenngleich es in einzelnen Familien gehäuft auch zu demenziellen Erkrankungen in jüngeren Jahren kommt.

Typisch für die Demenzen ist ein progredienter Verlauf: „Das Fortschreiten der Erkrankung lässt sich leider auch in den Zeiten der modernen Medizin langfristig noch nicht aufhalten“, betonte der Mediziner in Bonn. Eine wesentliche Ursache hierfür liegt nach seinen Worten darin, dass nach der Beschreibung durch Alzheimer für viele Jahrzehnte die genaue Charakterisierung der Demenzformen Dreh- und Angelpunkt der Forschung war. Dies lag begründet in der Tatsache, dass sich die Forschungsaktivitäten im Wesentlichen auf die Untersuchung der Gehirne verstorbener Patienten fokussieren mussten. Damit stand zwangsläufig praktisch das Demenz-Endstadium im Fokus der Wissenschaft.

Neurotransmitterdefizite ausgleichen

Das hat sich durch die Möglichkeiten der modernen Bildgebung geändert. Dieser ist zu verdanken, dass nunmehr zunehmend auch frühere Demenzstadien untersucht werden können. Es zeigte sich, dass vor allem ein Defizit von Acetylcholin mit der Demenz assoziiert ist, eine Erkenntnis, die bereits zur Entwicklung wirksamer Anti-

Mit Musik- und Bewegungstherapie ist häufig an den dementen Patienten „heranzukommen“.

Foto: Rainer Unkel / vario images



dementiva geführt hat. Mit den Wirkstoffen Donepezil, Rivastigmin und auch Galantamin stehen drei Acetylcholinesterasehemmer für die Demenzbehandlung zur Verfügung. Sie hemmen das Acetylcholinabbauende Enzym und verbessern so die Verfügbarkeit des Neurotransmitters.

In den 80er-Jahren des 20. Jahrhunderts wurde laut Maier außerdem dokumentiert, dass der Botenstoff Glutamat eine wichtige Rolle bei der Signalübertragung im Gehirn spielt, was ebenfalls zur Entwicklung entsprechender Therapieregime führte. So gibt es mit Memantine einen Wirkstoff, der die Verfügbarkeit des Botenstoffs Glutamat verbessert.

Zwar sind beide Therapieregime klinisch wirksam, heilen können sie nach Maier die Demenz jedoch nicht. Die klinische Wirksamkeit ist vielmehr limitiert, die Krankheitsprogression lässt sich durch die Medikamente verzögern und es kann auch zu Aufhellungen der kognitiven Fähigkeiten kommen. Die Effekte sind jedoch nur vorübergehend – ein eher enttäuschendes Resultat einer rund hundertjährigen Forschungsaktivität.

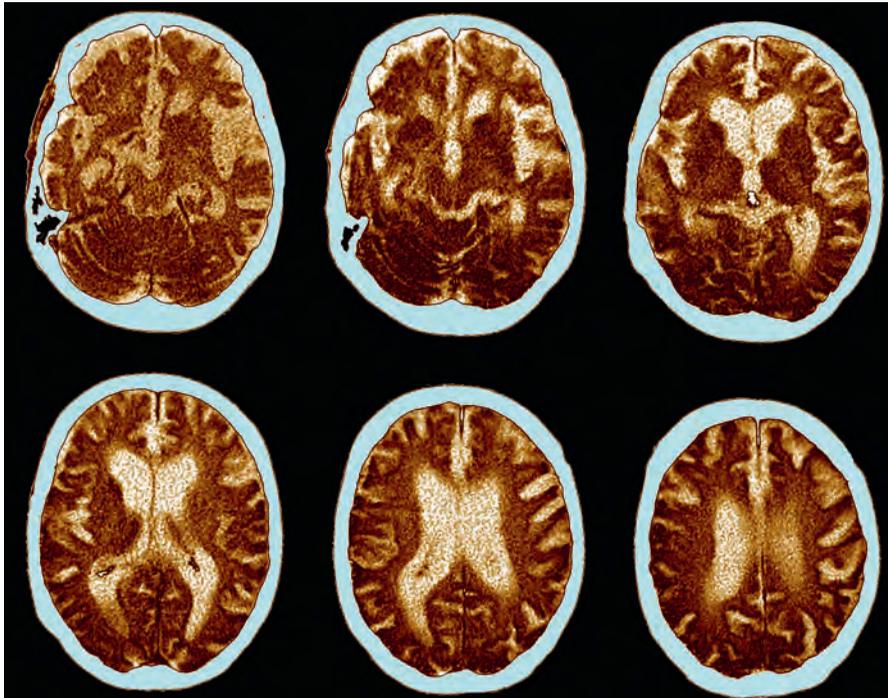
Hoffnung auf innovative Therapieansätze

Doch es gibt nach Ansicht von Prof. Maier durchaus Hoffnungen, auch bei der Behandlung der Demenzen in absehbarer Zu-

kunft einen Durchbruch erzielen zu können. Der Mediziner gründet diese Einstellung darauf, dass sich in den 80er-Jahren eine „schlagkräftige Grundlagenforschung zur Alzheimer-Krankheit“ formiert hat. So konnte nachgewiesen werden, dass sich die Erkrankung durch Mutationen in spezifischen Genen manifestiert und zwar vor allem in den Genen, die für das Amyloid-Vorläuferprotein kodieren.

Solche Mutationen können die in einzelnen Familien zu beobachtende, frühzeitige – also vor dem 50. Lebensjahr auftretende – Alzheimer-Krankheit, als monokausal verursacht erklären. Die beschriebenen Mutationen zeichnen aber nicht für die im höheren Lebensalter auftretende Alzheimer-Krankheit verantwortlich. Sie sind laut Maier dennoch hilfreich bei der Entwicklung von Hypothesen zur Krankheitsentstehung. So wird derzeit davon ausgegangen, dass die Erkrankung analog der genetisch determinierten Krankheitsform auf eine verstärkte Bildung oder einen verminderten Abbau des Proteins Amyloid zurückgeht und die sich dadurch bildenden Amyloid-Plaques.

Auf dem Boden der jüngsten Forschungen ist es nach Maier außerdem möglich geworden, transgene Tiermodelle zu entwickeln, mit deren Hilfe sich die Krankheitsentstehung besser als bisher untersuchen lässt. „Wer die Ursachen und das Krankheitsgeschehen versteht, kann auch Strategien erarbeiten, um den Prozess zu stoppen“, so Maier.



Strukturelle Veränderungen im dementen Gehirn sind deutlich zu erkennen.

Thema: Impfung gegen die Alzheimer-Krankheit

Große Hoffnungen wurden und werden nach seiner Darstellung in die Immuntherapie gesetzt, die vor allem unter dem Schlagwort „Impfung gegen Alzheimer“ bekannt wurde. Dem Ansatz liegt die Erkenntnis zugrunde, dass sich Antikörper gegen das – aus dem Amyloid-Vorläuferprotein gewonnene – toxische Eiweißfragment A β , das maßgeblich für die Erkrankung verantwortlich gemacht wird, bilden lassen. Die Antikörper können durch aktive oder auch durch passive Impfung induziert werden, was im Tierversuch einen Abbau der Amyloid-Plaques zur Folge hatte.

Auch beim Menschen konnte nach Maier gezeigt werden, dass Patienten, die tatsächlich entsprechende Antikörper bilden, mit einem Rückgang der Plaques reagieren. „Die klinischen Erfolge aber blieben weit hinter den Erwartungen zurück“, so Maier. Sie wurden zudem mit schweren Nebenwirkungen erkaufte, so dass die Behand-

lungsversuche zunächst eingestellt wurden. Allerdings wurde die Strategie trotz vieler Rückschläge in den vergangenen Jahren weiterverfolgt. Ob dies jedoch zu einem Durchbruch bei der Behandlung der



Eine „Impfung“ gegen Alzheimer, die eigentlich eine Immuntherapie darstellt, lässt Hoffnungen zu.

Demenz führen wird, ist fraglich. Erfolgreich wird die Demenzforschung nach Maier nur sein, wenn es gelingt, die Kräfte zu bündeln, den Wissenstransfer noch zu beschleunigen und insgesamt die translationale Forschung zu forcieren.

Die Patientenzahl steigt weiter an

Dass dies dringend geboten ist, belegen eindrucksvoll die geschätzten und auf die kommenden Jahre hochgerechneten Krankheitszahlen. So schätzt die Organisation „Alzheimer Disease International“ die Zahl der Demenzkranken auf derzeit mehr als 35 Millionen Menschen weltweit. Das entspricht einem Inzidenzzuwachs von zehn Prozent seit dem Jahr 2005, wobei die wichtigste Ursache hierfür die steigende Lebenserwartung der Menschen ist. Die Organisation geht davon aus, dass sich die Zahl der Erkrankten in den kommenden 20 Jahren verdoppeln wird, also weltweit betrachtet im Jahr 2030 bei rund 66 Millionen liegen wird.

Es handelt sich hierbei nach Prof. Maier sogar noch um eine deutlich zu gering geschätzte Zahl, da lediglich die Daten zur Alzheimer-Demenz hochgerechnet wurden. Die Zahl der tatsächlichen Demenzpatienten dürfte noch weit höher ausfallen. Denn die Alzheimer-Demenz macht insgesamt nur zwei Drittel aller Demenzfälle aus.

Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln

Foto: Doc Stock - sciencephoto

Foto: Doc Stock - BSIP

Repetitorium

CUP-Syndrom – Metastasen ohne Primärtumor

Keineswegs selten, aber wenig bekannt ist das CUP-Syndrom, also der „Cancer of Unknown Primary origin“. Trotz umfassender Diagnostik sind bei der Erkrankung praktisch nur Metastasen zu finden, der Primärtumor bleibt unbekannt. Die Prognose der betroffenen Patienten ist meist schlecht.

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

Krebserkrankungen nehmen an Häufigkeit stetig zu. In bis zu fünf Prozent der Fälle bleibt jedoch unklar, von welchem Organ und welchem Gewebe der Tumor ausgeht, wo also konkret der Primärtumor angesiedelt ist. Die Erkrankung wird zumeist bei der Abklärung von Beschwerden diagnostiziert, wenn zum Beispiel im Rahmen einer bildgebenden Diagnostik Metastasen im Körper gefunden werden.

Von einem „Krebs mit unbekanntem Primärtumor“ kann streng genommen nur gesprochen werden, wenn auch bei einer Obduktion des Patienten kein Primärtumor zu finden ist. Allerdings wird die Definition im Allgemeinen weiter gefasst und auch dann von einem CUP-Syndrom ausgegan-

gen, wenn der Ursprungsort der Erkrankung zu Lebzeiten des Patienten trotz umfassender Diagnostik nicht dingfest zu machen ist. Dabei kann zunächst alles auf ein CUP-Syndrom hindeuten, im weiteren Verlauf dann aber doch der Primärtumor gefunden werden. Ein solcher Fall wird als „initiale CUP-Situation“ bezeichnet.

Männer sind häufiger betroffen als Frauen

Nicht selten handelt es sich bei der Diagnose CUP-Syndrom somit um einen Zufallsbefund. Männer erkranken etwas häufiger als Frauen, wobei Inzidenz und Prävalenz dieser Erkrankung generell noch unter-

*Primärtumor-
suche per
Ultraschall*



Foto: MEV

Foto: DocStock

schätzt werden. Die Inzidenz wird offiziell mit 6-6,7/100 000 für Männer und mit 4-5,3/100 000 für Frauen angegeben. Der Erkrankungsgipfel bei der Diagnosestellung liegt im sechsten Lebensjahrzehnt.

Mit einer Prävalenz von drei bis fünf Prozent gehört das CUP-Syndrom dabei zu den zehn häufigsten Krebserkrankungen.

Primärtumor möglicherweise aufgelöst

Es kann verschiedene Möglichkeiten geben, warum der Primärtumor beim CUP-Syndrom nicht auffindbar ist. So geht eine Theorie davon aus, dass der Körper in solchen Fällen möglicherweise in der Lage war, über das Immunsystem den Primärtumor zu attackieren und zu eliminieren, dass aber die Metastasen aggressiver wachsen und daher vom Immunsystem nicht erfolgreich zu bekämpfen waren. Eine andere Theorie besagt, dass der Primärtumor wahrscheinlich relativ klein und mit den üblichen Untersuchungsverfahren nicht zu entdecken ist und somit übersehen wird, dass aber die Metastasen des jeweiligen Tumors deutlich maligner und aggressiver gewachsen und damit größer als der Primärtumor sind.

Diskutiert wird damit, dass sich die Metastasen biologisch eventuell anders verhalten als der ursprüngliche Tumor. Es wird vermutet, dass sie Wachstumsvorteile besitzen, was erklären kann, warum die Metastasen die eigentliche Erkrankung bedingen, der Primärtumor aber vom Abwehrsystem offenbar erfolgreich aufgelöst oder zumindest klein gehalten wurde.

Hohe Belastung

Für die betroffenen Patienten stellt die Erkrankung eine erhebliche Belastung dar. So kommt es nicht selten vor, dass die Betroffenen sich zuvor völlig gesund fühlten und ihnen nach einer Routineuntersuchung mitgeteilt werden muss, dass sie krebskrank sind, während ihnen zugleich nicht gesagt werden kann, an welcher Krebsart sie leiden. Es schließen sich umfassende und zum Teil invasive Untersuchungen an, was ebenfalls oft als sehr belastend erlebt wird, zumal in

acht von zehn Fällen trotz aller Bemühungen unklar bleibt, von welchem Organ oder Gewebe die Erkrankung ausgegangen ist.

Belastend ist dabei nicht nur die Unsicherheit, sondern auch das Wissen, dass die Therapie sich üblicherweise nach der Art des jeweiligen Tumors richtet. Ein solches Vorgehen ist zwangsläufig beim CUP-Syndrom nicht zu realisieren, was bei vielen Betroffenen das Gefühl hinterlässt, keine optimale Therapie erhalten zu können.

Umfassende Diagnostik

Üblicherweise wird mittels einer umfassenden Diagnostik versucht, den Primärtumor dingfest zu machen. Dabei sollte eine Art

Stufenplan eingehalten werden, um dem Patienten unnötige Untersuchungen zu ersparen.

Neben Anamnese und gründlicher klinischer Untersuchung erfolgt eine Basislabordiagnostik und es kommen verschiedene bildgebende Verfahren zum Einsatz, beginnend mit lichtmikroskopischen Untersuchungen, um gutartige Veränderungen auszuschließen. In einem zweiten Schritt geht es darum, möglichst rasch Tumore wie etwa ein malignes Lymphom aufzuspüren, bei denen ein potenziell kurativer Ansatz noch denkbar ist. Ziel der weiteren Diagnostik sollte sein, lokal begrenzte Tumore zu identifizieren, da auch in solchen Fällen per Operation und gegebenenfalls kombiniert mit einer Radio-



... und mittels Computertomographie.



Suche am Mikroskop ...

chemotherapie möglicherweise noch ein kurativer Ansatz zu verfolgen ist.

Es kommen üblicherweise verschiedene bildgebende Verfahren zum Einsatz. Dazu gehören in aller Regel der Ultraschall und die Computertomographie oder die Magnetresonanztomographie. Weitere radiologische und auch endoskopische Untersuchungsverfahren sind eventuell angezeigt. Üblicherweise werden per CT Kopf, Hals und Thorax untersucht sowie das Abdomen und das Becken. Bei Frauen wird ferner nach einem gynäkologischen Tumor gefahndet, bei Männern nach einem Pros-

Repetitorium



Aus Sicht der Zahnmedizin

CUP-Syndrom – Metastasen ohne Primärtumor

Im Kopf- und Halsbereich können sowohl Weichteil- als auch Knochenmetastasen als Erstmanifestation im Rahmen des CUP-Syndroms (Cancer of unknown primary) auftreten. Im Rahmen der zahnärztlichen Diagnostik geht es somit sowohl darum, die knöchernen Strukturen des Ober- und des Unterkiefers im Röntgenbild auf Osteolysen hin zu beurteilen, als auch darum, Raumforderungen in knöchern begrenzten Hohlräumen (Kieferhöhle) zu erkennen. Darüber hinaus ist aber auch die Untersuchung der Weichgewebe im Gesichts- und Halsbereich von großer Bedeutung.

Bei knöchernen Metastasen im Kieferbereich, die in bezahnten (wie schüsselförmige Defekte) und unbezahnten Kieferabschnitten (wie kreisrunde Osteolysen) vorkommen können, sollte primär an Tumore mit knöcherner Metastasierung gedacht werden, wie zum Beispiel Mamma, Prostata, Schilddrüse, Lunge und Niere. Die Probenentnahme aus diesen pathologischen Gewebeeränderungen ist daher der erste Schritt einer weiterführenden Diagnostik und sollte immer im Vordergrund stehen. Letztendlich können sich erst aus der sorgfältigen Aufarbeitung des entnommenen Gewebes Hinweise auf

einen möglichen Primärtumor ergeben. Neben der histologischen Beurteilung kommen hier auch immunhistochemische, molekulargenetische und genomische Analysen zum Einsatz. Bei einer Metastasierung in die Halsweichteile kommen weitere Primärtumore vor allem des Magen-Darmbeziehungsweise des Urogenitaltrakts, aber selbstverständlich auch primär nicht erkannte lokale Karzinome der Mundhöhle sowie dem Naso- und Hypopharynx und der Tonsille in Frage. Auch im Rahmen der selbstverständlich umfangreichen klinischen Diagnostik zur Suche des Primärtumors konnten durch spezielle neuere Untersuchungstechniken wie zum Beispiel die FDG-PET (Fluoresoxyglucose-Positronenemissionstomographie) alleine beziehungsweise in Kombination mit einem CT die Detektionsrate auf rund 40 Prozent gesteigert werden.

*PD Dr. Dr. Monika Daubländer
Universitätsmedizin KÖR der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie
Augustusplatz 2, 55131 Mainz*

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

Suche nach weiteren Metastasen

Allerdings ist die Identifizierung des Primärtumors nicht das einzige Ziel der Diagnostik. Vielmehr geht es hierbei vor allem darum festzustellen, wo Metastasen vorliegen. Abgeklärt werden soll, ob diese möglicherweise operativ zu entfernen sind oder welche anderen Therapieoptionen angebracht sind.

Doch führen selbst modernste Verfahren nur bei zehn bis 20 Prozent der betroffenen Patienten im weiteren Verlauf zu einer klaren Organkrebs-Diagnose. Bei den übrigen Patienten bleibt die konkrete Tumorentstehung auch im weiteren Verlauf unklar. In bis zu zwei Drittel der Fälle kann der Primärtumor nach dem Tod des Patienten durch eine Obduktion gesichert werden. Dabei zeigt sich in der Mehrzahl der Fälle, dass die Metastasen von einem Lungen- oder einem Pankreaskarzinom ausgegangen sind, seltener sind Leber und Gallenwege der Ursprungsort oder das Kolon, das Rektum oder die Nieren. Nicht selten entpuppt sich das initiale CUP-Syndrom im Verlauf der Diagnostik zudem als Kopf-Hals-Tumor, denn rund drei bis fünf Prozent dieser Tumore

tatakarzinom. Bleibt die Situation unklar, so kommt vor allem beim Verdacht auf einen Tumor im Kopf-Hals-Bereich gegebenenfalls auch eine Positronenemissionstomographie (PET) in Betracht.

Hinweisend auf den Entstehungsort der Erkrankung können zudem die Tumormarker sein. So kann zum Beispiel der Marker AFP auf ein hepatozelluläres Karzinom oder – ebenso wie eine hohe Konzentration von beta-hCG – auf einen Keimzelltumor hinweisen, während ein erhöhter PSA-Wert primär an ein Prostatakarzinom denken lässt. Eine wichtige Rolle kommt bei der Diagnostik der Gewebebiopsie mit nachfolgender

histochemischer oder immunhistochemischer Testung zu.

Zunehmend an Bedeutung haben in den vergangenen Jahren außerdem molekulargenetische Verfahren zur Charakterisierung der Tumore gewonnen. Künftig können ferner auch Versuche der genomischen Analyse durch Chip-Test einen Stellenwert bei der Diagnostik erlangen. Sie könnten dazu beitragen, die Metastasen eher einem Primärtumor zuzuordnen zu können, als es mit der Histochemie und/oder der Immunhistochemie möglich ist.



Foto: DocStock

werden über Metastasen entdeckt, wobei der Primärtumor zunächst unbekannt ist.

Heterogenes Krankheitsbild

Ganz allgemein zeigen die histologischen Befunde bei 50 bis 70 Prozent der Patienten ein Adenokarzinom an und bei 20 bis 30 Prozent ein undifferenziertes Karzinom. Dagegen sind Plattenepithelkarzinome mit

5 bis 8 Prozent seltener. Es werden dabei verschiedene Entitäten differenziert und zwar unter anderem ein CUP-Syndrom, bei dem vor allem Metastasen in der Leber im Vordergrund stehen, aber auch in anderen Organen vorhanden sind, dann Erkrankungen mit Beteiligung der Lunge und der Pleura und auch Erkrankungen mit Beteiligung des Peritoneums sowie ein CUP-Syndrom mit Hirnmetastasen oder mit Knochenmetastasen.

mit einer Fünf-Jahres-Überlebensrate von 35 bis 50 Prozent bei den zervikalen CUP-Syndromen.

Behandlung nach dem Go-, Slow-Go-, No-Go-Prinzip

Es ist deshalb zum einen wichtig, eine intensive Diagnostik zu betreiben, um den Primärtumor ausfindig zu machen und eine adäquate Behandlung durchführen zu



Diese Leukämiepatientin erhält gerade eine Chemotherapie.

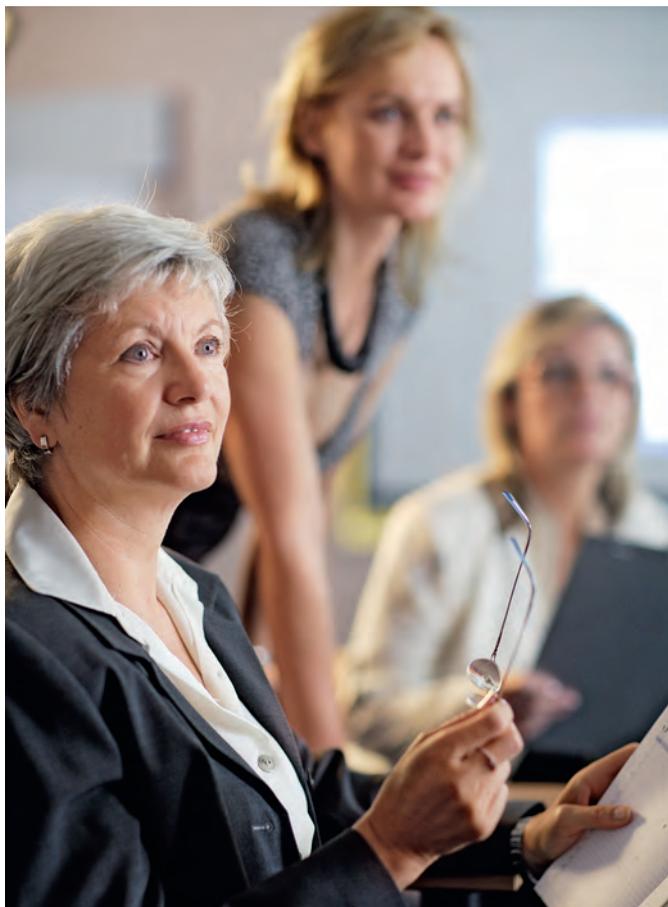
Foto: Jörg Meyer - Das Fotoarchiv - DocStock

Allgemein ungünstige Prognose

Die Prognose von Patienten mit CUP-Syndrom ist allgemein ungünstig, was sich schon daraus ergibt, dass die Krebserkrankung erst im metastasierten, also im fortgeschrittenen Stadium entdeckt wird. Die mittlere Überlebenszeit bei dem heterogenen Krankheitsbild liegt Literaturberichten zufolge bei nur drei bis elf Monaten, die Ein-Jahres-Überlebensrate bei 20 bis 40 Prozent. Zwar gibt es Langzeitüberlebende, die Rate des Fünf-Jahres-Überlebens liegt aber nur bei 3 bis 15 Prozent. Die Prognose der Patienten wird insgesamt besser, wenn es gelingt, nach dem initialen CUP-Syndrom doch den Ursprung der Erkrankung dingfest zu machen. Etwas besser als allgemein bei CUP-Tumoren ist die Prognose

können. Zum anderen gilt es, nicht allzu viel Zeit mit einer aufwendigen Diagnostik zu verlieren, sondern rasch eine effektive Antitumorthérapie einzuleiten. Diese aber wird dadurch erschwert, dass es sich um ein heterogenes Krankheitsbild handelt, wobei unklar bleibt, ob die CUP-Tumore eine vergleichbare Biologie aufweisen, ob es sich beispielsweise einheitlich um langsam wachsende Primärtumore handelt, die trotz ihres langsamen Wachstums aber die Fähigkeit besitzen, frühzeitig Tochtergeschwülste abzusetzen.

Erschwerend kommt weiter hinzu, dass es sich bei den Patienten meist um ältere Menschen handelt. So sind ein Drittel der Betroffenen über 70 Jahre alt, und es liegen nicht selten ein eingeschränkter Allgemeinzustand und oftmals auch eine erhebliche Komorbidität vor. Solche Parameter sind prognostisch relevant und zudem für die



„Mittelalter“ bis Senioren – diese Patientinnen sind besonders gefährdet, am CUP-Syndrom zu erkranken und zu versterben.

Foto: MEV

geplante Behandlung bedeutsam. Bei der Behandlung wird differenziert, ob es sich um einen weitgehend gesunden, fitten Patienten handelt oder um einen Patienten mit eingeschränktem Gesundheitszustand oder gar um einen gebrechlichen Patienten. Kurz charakterisiert werden die drei Grundsituationen im Hinblick auf die Tumorthherapie und deren Intensität mit den Begriffen „Go“ bei den fitten Patienten, die eine möglichst effektive Therapie erhalten sollen, mit „Slow Go“ bei eingeschränktem Gesundheitsstatus, wobei bei diesen Patienten Nutzen und Risiken der Therapie sehr vorsichtig abzuwägen sind, und mit „No Go“ bei der gebrechlichen Gruppe, bei denen der palliativmedizinische Ansatz im Vordergrund steht.

Kriterien der Behandlung

Die Behandlung kann sich im besten Fall an prädiktiven Markern orientieren, sofern solche bei der Diagnostik dokumentiert

wurden. So kann zum Beispiel der Hormonrezeptorstatus wegweisend für die Behandlung sein, etwa wenn ein hormonabhängiger Tumor vorliegt. Liegt ein HER2-positiver Tumor vor, so wird eine Behandlung mit einem Antikörper gegen das HER2-Antigen eingeleitet werden. Auch wenn sich spezielle Wachstumsfaktor-Rezeptoren wie etwa der EGFR (Endothelium Growth Faktor Rezeptor) auf den Tumorzellen nachweisen lassen, ist eine gezielte Antikörpertherapie einzuleiten.

Werden solche prädiktiven Marker nicht gefunden, so gibt es keinen prinzipiellen Goldstandard oder gar eine verbindliche Leitlinie der Behandlung. Am besten belegt sind die Effekte einer Chemotherapie mit einer Kombination von Platin und einem Taxan. Die Kombination mit zwei Wirkstoffen dieser Gruppe wird im Allgemeinen gegenüber der Dreifach-Kombination bevorzugt, weil sie besser verträglich ist und weil Belege für eine überlegene Wirksamkeit für die Gabe von drei Zytostatika fehlen. Eine Dosis-

eskalation erfolgt üblicherweise nicht, weil Vorteile für eine solche Strategie nicht nachgewiesen werden konnten, ebenso wenig wie für eine Hochdosisbehandlung, dosisdichte Chemotherapieprotokolle und eine Stammzelltransplantation.

„Targeted Therapy“ auch beim CUP-Syndrom

Erweitert haben sich in jüngster Zeit die Behandlungsmöglichkeiten andererseits durch die Option der „Targeted Therapy“ also der zielgerichteten Antitumorthherapie. So wurde kürzlich im Rahmen einer klinischen Studie dokumentiert, dass sich das mediane Überleben von Patienten mit fortgeschrittenem CUP-Syndrom durch die kombinierte Behandlung mit dem Angiogenesehemmer Bevacizumab und dem Tyrosinkinasehemmer Erlotinib verlängert und die Ansprechrate auf eine platinbasierte Behandlung durch die beiden Therapeutika gesteigert wird.

In aktuellen Studien wird nun geprüft, ob sich die Überlebenszeit der Patienten zum Beispiel durch weitere Wirkstoffe der „Targeted Therapy“ wie etwa EGFR-Antikörper steigern lässt. Dieser Ansatz erscheint sinnvoll, da entsprechend der vorliegenden Befunde rund zwei Drittel der CUP-Tumore eine hohe EGFR-Expression aufweisen. In einer deutschen Studie wird deshalb zur Zeit überprüft, ob sich die Behandlungsergebnisse durch den EGFR-Antikörper Cetuximab, der placebokontrolliert zusätzlich zu Carboplatin und Paclitaxel verabreicht wird, verbessern lassen.

Es wird ferner untersucht, ob durch ein individualisiertes Vorgehen basierend auf Genexpressionstests möglicherweise künftig eine Verbesserung der doch ansonsten ernüchternden Behandlungsergebnisse bei Patienten mit CUP-Syndrom möglich ist.

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

Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln

Jubiläum an der Mund-, Zahn- und Kieferklinik

Zehn Jahre Sektion Parodontologie in Heidelberg

Am 7. Mai 2010 fand am Universitätsklinikum Heidelberg unter Leitung von Prof. Dr. Dr. Ti-Sun Kim eine Jubiläumstagung zum zehnjährigen Bestehen der Sektion Parodontologie der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Klinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten statt.



Foto: J.Clausen, LZK-BW

Die Referenten der Tagung (von links): Prof. Dr. P. Eickholz, Prof. Dr. C. Dörfer, Prof. Dr. P. Rammelsberg, Prof. Dr. U. Schlagenhauf, Prof. Dr. Dr. H. J. Staehle, Dr. J. Krieger, Dr. F. Klein, Prof. Dr. Dr. T.-S. Kim, PD Dr. B. Dannewitz

Der Ausbau der Parodontologie erfolgte in Heidelberg im Lauf der 1990er-Jahre zunächst durch Prof. Dr. Christof Dörfer, jetzt Kiel, und später durch Prof. Dr. Peter Eickholz, jetzt Frankfurt am Main, der im Jahr 2000 der erste Sektionsleiter wurde. Seit 2005 steht der Sektion Prof. Dr. Dr. Ti-Sun Kim vor.

Gute Nachwuchsförderung, steigendes Renommee

Der Ärztliche Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde, Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle, würdigte die Sektion Parodontologie als ein Erfolgsmodell und Vorbild mit beachtlichen Leistungen in Lehre, Forschung und Patientenversorgung. Inzwi-

schen hat die Heidelberger Parodontologie bereits drei Habilitationen zu verzeichnen, ein weiteres Habilitationsverfahren steht kurz vor dem Abschluss. Die Zahl der jährlich aus der Sektion Parodontologie kommenden wissenschaftlichen Publikationen in renommierten internationalen Fachzeitschriften steigt kontinuierlich an. Hinsichtlich der klinischen Nachwuchsförderung kann die Sektion Parodontologie darauf verweisen, dass bis zum Jahr 2010 elf wissenschaftliche Mitarbeiter den Status „Spezialist der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie“ erhalten haben und fünf weitere sich in der Vorbereitungsphase befinden.

Prof. Eickholz, Frankfurt, referierte zum Thema „Parodontitisprävalenz und Paro-

odontologie in Deutschland. Ein hausgemachtes Problem?“. Er wies darauf hin, dass trotz der hohen Prävalenz der Parodontitis innerhalb der Bevölkerung die parodontale Behandlung bislang immer noch einen zu geringen Stellenwert in der Zahnarztpraxis einnimmt. Zahlreiche Lösungsvorschläge zur Verbesserung dieser Situation rundeten seinen Beitrag ab.

Prof. Dörfer, Kiel, thematisierte in seinem Vortrag die „Auswirkungen der Parodontitis auf die Allgemeingesundheit – Kausalität und Koinzidenz?“. Er konstatierte unter Verweis auf aktuelle Publikationen, dass die vorhandene Evidenz über echte kausale Beziehungen zwischen Parodontitis und Allgemeinerkrankungen, vor allem hinsichtlich Schwangerschaften und koronarer Herzkrankheiten, immer noch nicht ausreichend und eindeutig ist. Er warnte vor übereilten Schlussfolgerungen.

PARO und chronische Nierenerkrankung

Priv.-Doz. Dr. Bettina Dannewitz, Heidelberg, zeigte in ihrem Referat das Auftreten von Parodontitis bei chronischer Nierenerkrankung auf. Es wurden medizinische Hintergründe, Risiken und Besonderheiten der Parodontitistherapie bei dieser Patientengruppe vorgestellt. Im Hinblick auf eine Korrelation zwischen chronischen Nierenerkrankungen und Diabetes sowie zwischen Parodontitis und Diabetes stellen nierenerkrankte Patienten eine besondere Herausforderung im klinischen Alltag dar. Dr. F. Klein aus Frankfurt beschrieb verschiedene Therapiemöglichkeiten von Zähnen nach vorausgegangener resektiver Therapie und stellte die Daten aus der Literatur seinen persönlichen Erfahrungen aus der Praxis gegenüber.

European Academy for Dentomaxillofacial Radiology“ (EADMFR)

Dentales Röntgen in Deutschland im Umbruch

Im Anschluss folgte die Präsentation „Implantatversorgung bei Patienten nach systematischer Parodontitistherapie“ durch Dr. Jörg Krieger, Heidelberg. Auf der Grundlage von klinischen Fällen verwies er auf das breite Behandlungsspektrum. Er erörterte tragende Elemente der Entscheidungsfindung hinsichtlich der Therapie der Wahl und ging auf die große Bandbreite interdisziplinärer Parodontaltherapien ein.

Die parodontale Zukunft

Den Tagungsabschluss lieferte ein Einblick in die „Zukunftsperspektiven der Parodontaltherapie“, vorgetragen von Prof. Kim. Ausgehend von den Möglichkeiten der Erzielung parodontaler Regeneration anhand von Schmelzmatrixprotein und konventioneller GTR (guided tissue regeneration) beleuchtete sie die künftigen Optionen und Grenzen komplexer parodontaler Erkrankungen.

Anlässlich der Jubiläumstagung wurde einmal mehr deutlich, welche zentrale Rolle die Parodontologie in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde einnimmt und welche wichtigen Impulse sie sowohl innerhalb als außerhalb der Zahnmedizin für die Mund- und Allgemeingesundheit liefern kann. Im Vergleich zu internationalen Einrichtungen kann sich die Parodontologie in Deutschland langfristig aber nur behaupten, wenn sie an Universitätskliniken konsequent weiter ausgebaut wird.

*Zahnärztin Nihad El Sayed
Sektion Parodontologie der Poliklinik für
Zahnerhaltungskunde der Klinik für Mund-,
Zahn- und Kieferkrankheiten
des Universitätsklinikums Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 400
69120 Heidelberg
nihad.elsayed@med.uni-heidelberg.de*

Die 12. Jahrestagung der „European Academy for Dentomaxillofacial Radiology“ (EADMFR) fand in diesem Jahr Anfang Juni in Istanbul statt.

Dabei haben sich einige für Deutschland nicht unwesentliche Änderungen in der Besetzung des Vorstandes ergeben. Durch die Wahl von PD Dr. Ralf Schulze, Mainz, zum derzeitigen Vizepräsidenten sowie von PD Dr. Dirk Schulze, Freiburg, zum General Secretary konnten zusätzlich zwei weitere deutsche Mitglieder in das Central Council des EADMFR aufrücken. Weiterhin sind dort der seit mehreren Jahren bereits in anderer Funktion tätige Dr. Edgar Hirsch, Leipzig, sowie Dr. Dan Brüllmann, Mainz, vertreten. Außerdem wird ein weiteres deutsches Mitglied, Herr Dr. Dennis Rottke, Freiburg, aktiv im Finanz- und Webseiten-Komitee der EADMFR mitwirken. Diese strategisch wichtigen Entscheidungen trotz absoluter Unterrepräsentation Deutschlands innerhalb der EADMFR (14 Mitglieder versus beispielsweise 37 aus Griechenland beziehungsweise 33 aus Großbritannien) stärken die deutsche Position in diesem Gremium erheblich. Dies ist gerade zum derzeitigen Zeitpunkt einer sowohl in der Anwenderzahl, als auch in der Anzahl der Aufnahmen boomenden Entwicklung auf dem DVT-Sektor von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Hervorzuheben ist hier vor allem die enge Zusammenarbeit der EADMFR mit der Europäischen Atomaufsichtsbehörde EURATOM. Letztere hat bereits mit ihren Grundnormen und Vorgaben auch die deutsche, im Jahre 2003 novellierte Röntgenverordnung maßgeblich inhaltlich beeinflusst. Wie ernst die EURATOM die sinnvolle Anwendung der DVT nimmt, ist nicht zuletzt an dem bereits seit 2008 mit rund zwei Millionen Euro geförderten europäischen Leitlinienprojekt SEDENTEXCT (www.sedentexct.eu) erkennbar. Vor diesem Hintergrund sollte vornehmlich allen (auch zukünftigen) Anwendern dieser Technik nahegelegt werden, Mitglied in der EADMFR zu werden (Jahres-

beitrag derzeit 30 Euro/Jahr; www.eadmfr.org). Dadurch können die eigenen, deutschen Interessen im europäischen Kontext besser vertreten werden, denn das Gewicht Deutschlands würde in dieser derzeit im zahnärztlichen Röntgen so wesentlichen Umbruchsphase durch mehr Mitglieder erhöht. Nur durch aktive Mitgestaltung der sich in Europa immer weiter vereinheitlichenden Regelungen kann verhindert werden, dass auch hier in Deutschland geltende Richtlinien ohne wesentliche deutsche Beteiligung, und damit ohne Berücksichtigung spezifisch deutscher Interessen, beschlossen werden.

Ausblick

Eine weitere Werbung für das für alle Zahnärzte auch hierzulande zunehmend an Bedeutung gewinnende Fachgebiet der Dentomaxillofazialen Radiologie wird die im Jahr 2012 von der Arbeitsgemeinschaft für Röntgenologie (ARö) unter Leitung von Dr. Edgar Hirsch ausgerichtete 13. EADMFR-Tagung im Juni 2012 in Leipzig sein. Zu dieser mit international hochrangigen Referenten besetzten Tagung sind alle Interessenten herzlich eingeladen.

*OA Priv.-Doz. Dr. med. dent. Ralf Schulze
Vizepräsident der EADMFR
Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie
Universitätsmedizin der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Augustusplatz 2, 55131 Mainz
rschulze@mail.uni-mainz.de*





Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 65	Kinderzahnheilkunde	ZÄK Niedersachsen	S. 63
	KZV Baden-Württemberg	S. 66		KZV Baden-Württemberg	S. 66
	LZK Rheinland-Pfalz	S. 66		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 67
Alterszahnheilkunde	LZK Berlin / Brandenburg	S. 63		LZK Sachsen	S. 68
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 67	Notfallbehandlung	ZÄK Niedersachsen	S. 63
Anästhesie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 67		LZK Sachsen	S. 68
	LZK Sachsen	S. 68		ZÄK Schleswig-Holstein	S. 68
Angstpatienten	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 67	Parodontologie	LZK Berlin / Brandenburg	S. 63
Ästhetik	ZÄK Niedersachsen	S. 64		KZV Baden-Württemberg	S. 66
	KZV Baden-Württemberg	S. 66		LZK Sachsen	S. 68
Chirurgie	LZK Berlin / Brandenburg	S. 63	Pharmakologie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 67
	ZÄK Niedersachsen	S. 64	Praxismanagement	ZÄK Niedersachsen	S. 64
	ZÄK Hamburg	S. 64		ZÄK Hamburg	S. 64
	KZV Baden-Württemberg	S. 66		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 65
Endodontie	KZV Baden-Württemberg	S. 66		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 67
Funktion	LZK Berlin / Brandenburg	S. 63		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 68
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 65	Prophylaxe	LZK Sachsen	S. 68
Halitosis	ZÄK Niedersachsen	S. 64		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 65
Homöopathie	LZK Berlin / Brandenburg	S. 63		KZV Baden-Württemberg	S. 66
Hypnose	KZV Baden-Württemberg	S. 66		ZBV Unterfranken	S. 66
Implantologie	LZK Berlin / Brandenburg	S. 63		LZK Rheinland-Pfalz	S. 66
	ZÄK Hamburg	S. 64	Prothetik	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 65
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 65		KZV Baden-Württemberg	S. 66
Kieferorthopädie	ZÄK Hamburg	S. 64		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 67
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 65		LZK Sachsen	S. 68
	LZK Sachsen	S. 68	Qualitätsmanagement	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 68
				ZÄK Westfalen-Lippe	S. 67
				ZÄK Schleswig-Holstein	S. 68
				APW	S. 72
			Recht	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 65
			Restaurative ZHK	ZÄK Niedersachsen	S. 64
				ZÄK Hamburg	S. 64
				ZÄK Nordrhein	S. 64
				ZÄK Westfalen-Lippe	S. 67
				ZÄK Schleswig-Holstein	S. 69
				RWTH Aachen	S. 72
			Röntgen	ZÄK Nordrhein	S. 64
			ZFA	ZÄK Niedersachsen	S. 64
				ZÄK Nordrhein	S. 64
				KZV Baden-Württemberg	S. 66
				LZK Rheinland-Pfalz	S. 66

Fortbildung der Zahnärztekammern **Seite 63**

Kongresse **Seite 69**

Universitäten **Seite 72**

Wissenschaftliche Gesellschaften **Seite 72**

Freie Anbieter **Seite 72**

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



Deutscher Zahnärztekongress 2010

10. bis 13. November 2010
Congress Center Messe
Frankfurt/Main

Standespolitik-Praxis-Wissenschaft

Standespolitisches Programm:

■ Mittwoch, 10.11.2010
KZBV-Vertreterversammlung

■ Donnerstag, 11.11.2010
KZBV-Vertreterversammlung –
Fortsetzung

20.00 Uhr:
BZÄK/KZBV/DGZMK:
Feierliche Eröffnung Deutscher
Zahnärztekongress 2010

■ Freitag, 12.11.2010
09.00 Uhr:
Bundesversammlung der BZÄK

12.00 Uhr:
Gemeinsame Pressekonferenz

14.00 Uhr:
Bundesversammlung der BZÄK –
Fortsetzung

■ Samstag, 13.11.2010
09.00 – 14.00 Uhr:
Bundesversammlung der BZÄK –
Fortsetzung

■ Das wissenschaftliche Kongress-
programm findet am 12. und 13.
November im CCM Frankfurt/Main
statt.

■ Bitte beachten Sie auch den
Beitrag und das Interview zum
Zahnärztekongress auf den Seiten 20-25
in dieser zm.

■ weitere Informationen unter:
www.dtzt.de

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

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

Moderator: Dr. Uwe Harth –
Bad Salzfluren
Erster Termin:
10.09.2010: 14.00 – 19.00 Uhr,
11.09.2010: 09.00 – 18.00 Uhr,
(6 Kurstage)
Gebühr: 1 495 EUR
Kurs-Nr.: 1001.6

Thema: Strukturierte Fortbildung:
Implantologie [86 Fp]
Moderator: Prof. Dr. Dr. Volker
Strunz – Berlin
Erster Termin:
10.09.2010: 14.00 – 19.00 Uhr,
11.09.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
(11 Kurstage)
Gebühr: 3 125 EUR
Kurs-Nr.: 2014.7

Thema: Strukturierte Fortbildung:
Alterszahnheilkunde [61 Fp]
Moderator: Prof. Dr. Peter Cichon
– Witten

Erster Termin:
10.09.2010: 14.00 – 19.00 Uhr,
11.09.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
(8 Kurstage)
Gebühr: 2 215 EUR
Kurs-Nr.: 6049.0

Thema: Homöopathie II [6+8 Fp]

Referent: Dr. Heinz-Werner
Feldhaus – Hoerstel

Termin:
17.09.2010: 14.00 – 19.00 Uhr,
18.09.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 295 EUR
Kurs-Nr.: 2314.3

Thema: Update Zahnheilkunde
2010 [8 Fp]

Referent: Dr. Andréa Mombelli –
Genf, Dr. Andreas Bindl – Zürich,
Prof. Dr. Ralph Luthardt – Ulm
Termin:
18.09.2010: 09.00 – 15.30 Uhr
Gebühr: 75 EUR
Kurs-Nr.: 4503.0

Thema: Aktuelle Aspekte zur Sinus-
bodenelevation – Intensivkurs mit
Live-OP [6+8+1 Fp]

Referent: Prof. Dr. Michael Herzog
– Berlin
Termin:
17.09.2010: 14.00 – 19.00 Uhr,
18.09.2010: 09.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 415 EUR
Kurs-Nr.: 0615.2

Thema: Operationskurs der
ambulanten Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie –
Oralchirurgie, Implantologie,
Parodontologie [5+1 Fp]

Referent: Prof. Dr. Dr. Volker
Strunz – Berlin,
Dr. Dr. Anette Strunz – Berlin
Termin: 24.09.2010:
14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 6013.13

Thema: Plastisch rekonstruktive
Parodontalchirurgie – Kurs mit
praktischen Übungen an Tier-
präparaten [6+8+1 Fp]

Referent: Prof. Dr. Michael Herzog
– Berlin
Termin: 24./25.09.2010
Fr.: 14.00 – 19.00 Uhr,
Sa.: 09.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 395 EUR
Kurs-Nr.: 0411.2

Auskunft und Anmeldung:

Philipp-Pfaff-Institut Berlin
Aßmannshäuserstraße 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 pädä-
gogische 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 Buch-
führung 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

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

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

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

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

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

Kurs-Nr.: Z 1053 (4 Punkte)

Sonderseminar für das Zahnärztliche Fachpersonal

Thema: Seminar für Wieder- und Neueinsteigerinnen und für ZFA, die ihr Basiswissen auffrischen möchten, um konkurrenzfähig zu bleiben

Referentin: Solveyg Hesse – Otter

Termin: 05./06.11., 10.11. und 24./25.11.2010:
jeweils 08.30 – 17.30 Uhr

Die Veranstaltung kann nur komplett gebucht werden.

Gebühr: 850 EUR, für Frühbucher bis zum 10.09.2010: 770 Euro

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 Hamburg



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Update Implantologie

Referent: Dr. med. dent. Erhard Reichelt, Oldenburg / Stephanie Schampel, ZÄK Hamburg / Dr. med. dent. Norbert Haßfurtner, Wettbergen

Termin: 04.09.2010:
09.00 – 19.00 Uhr

Gebühr: 240 EUR

Punkte: 8

Kurs-Nr.: 9108 impl

Thema: Wissenschaftlicher Abend

Was gibt es Neues im Dschungel der Adhäsivsysteme? Übersicht – Neuentwicklungen – Wertung – Handhabung

Referent: OA Dr. Uwe Blunck, Berlin

Termin: 06.09.2010: 20.00 Uhr s.t.

Gebühr: keine Gebühr

Punkte: 2

Kurs-Nr.: 40 kons

Thema: Operationskurs Zahnärztliche Chirurgie

Referent: Prof. Dr. Thomas Kreusch und Mitarbeiter, Hamburg

Termin: 08.09.2010:
08.00 – 16.00 Uhr

Gebühr: 150 EUR

Punkte: 8

Kurs-Nr.: 31043 A chir

Thema: Alles über vollkeramische Restaurationen im Power Pack – der State-of-the-art für die Praxis

Referent: Prof. Dr. Lothar Pröbster, Wiesbaden

Termin: 10./11.09.2010:
Fr.: 14.00 – 19.00 Uhr

Sa.: 09.00 – 16.00 Uhr

Gebühr: 420 EUR

Punkte: 15

Kurs-Nr.: 40162 kons

Thema: Die Vorschubdoppelplatte – ein effektives Gerät zur Behandlung der Klasse-II

Referent: PD Dr. Christian Sander, Ulm

Termin: 17.09.2010:
19.30 – 21.30 Uhr

Gebühr: 60 EUR

Punkte: 2

Kurs-Nr.: 1014 kfo

Thema: Mini-Implantate zur Verankerung in der Kieferorthopädie

Kurs I für Einsteiger: Indikationen, Konzepte, Risiken

Referent: OA PD Dr. Benedict

Wilmes, Düsseldorf

Termin: 18.09.2010:
09.00 – 17.00 Uhr

Gebühr: 260 EUR

Punkte: 9

Kurs-Nr.: 40199 kfo

Thema: Praktische Demonstration einer Sinusbodenelevation, Kieferaugmentation oder Distraction

Referent: Dr. Dr. Dieter H. Edinger, Hamburg

Termin: 22.09.2010:
13.30 – 18.00 Uhr

Gebühr: 110 EUR

Punkte: 9

Kurs-Nr.: 31042 impl

Thema: Wie die Rezeptionskraft den Praxiserfolg steuert

Referent: Dipl. oec. Hans-Dieter Klein, Stuttgart

Termin: 22.09.2010:
14.30 – 19.30 Uhr

Gebühr: 140 EUR

Punkte: 8

Kurs-Nr.: 21043 praxisf

Thema: Selbstzahlerleistungen – Wie sage ich es meinem Patienten? Fit fürs Patientengespräch

Referent: Dipl. oec. Hans-Dieter Klein, Stuttgart

Termin: 29.09.2010:
14.00 – 20.00 Uhr

Gebühr: 150 EUR

Punkte: 8

Kurs-Nr.: 20038 praxisf

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 Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Fortbildung für ZFA

Kurs-Nr.: 10974

Thema: Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß § 18a, Abs. 3, Satz 2 in Verbindung mit Abs. 1, Satz 3 der RöV

Referent: Prof. Dr. Peter Pfeiffer, Köln

Termin:

20.08.2010: 14.00 – 18.00 Uhr,

Teilnehmergebühr: 40 EUR

Kurs-Nr.: 10252

Thema: Herstellung von Behandlungsrestaurationen. Herstellung von Provisarien

Referent: Dr. Alfred-Friedrich Königs, Düsseldorf

Termin:

25.08.2010: 14.00 – 19.00 Uhr,

Teilnehmergebühr: 100 EUR

Kurs-Nr.: 10254

Thema: Röntgenkurs für ZMF zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RöV § 24 Abs. 2, Nr. 3 und 4 vom 30. April 2003

Referent:

Dr. Regina Becker, Düsseldorf
Prof. Dr. Jürgen Becker, Düsseldorf
Dr. Andreas Künzel, Hilden

Termin: 27./28.08.2010:
jeweils 08.30 – 17.45 Uhr,
29.08.2010: 08.30 – 11.45 Uhr
Teilnehmergebühr: 240 EUR

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

ZÄK Sachsen-Anhalt



Fortbildungsinstitut
„Erwin Reichenbach“

Thema: Totalprothesen von A-Z
Referent: ZA Ernst Otto Mahnke,
Hannover

Termin:

03.09.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
04.09.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK,
Große Diesdorfer Str. 162,
Magdeburg
Gebühr: 350 EUR
Kurs-Nr.: Z/2010-002

Thema: Implantologischer Kom-
paktkurs
Referent: ZA Thorsten Töpel, Halle
(Saale)
Termin:
04.09.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK,
Große Diesdorfer Str. 162,
Magdeburg
Gebühr: 220 EUR
Kurs-Nr.: Z/2010-003

Thema: Mit Köpfchen durch die
Ausbildung

Referenten: Susanne Rettberg,
Göttingen / Katja Knieriem-Lotze,
Hann-Münden

Termin:

04.09.2010: 09.00 – 16.30 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK,
Große Diesdorfer Str. 162,
Magdeburg
Gebühr: 100 EUR
Kurs-Nr.: H-34-2010

Thema: Der Zahnarzt und das
Strafrecht

Referentin: Rechtsanwältin Dr. jur.
habil. Marianne Langner, Magde-
burg

Termin:

08.09.2010: 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK,
Große Diesdorfer Str. 162,
Magdeburg
Gebühr: 110 EUR
Kurs-Nr.: Z/2010-004

Thema: Die organisierte Rezeption
– So sparen Sie Zeit und Geld!
Neues, Erprobtes, Fundiertes vom
Profi für Profis

Referentin: Brigitte Kühn, Tutzingen

Termin:

08.09.2010: 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Halle (Saale), im Ankerhof
Hotel GmbH, Ankerstraße 2 a
Gebühr: 155 EUR
Kurs-Nr.: H-35-2010

Thema: Prophylaxe praktisch

Referentin: Genoveva Schmid, Ber-
lin

Termin:

08.09.2010: 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK,
Große Diesdorfer Str. 162,
Magdeburg
Gebühr: 145 EUR
Kurs-Nr.: H-36-2010

Thema: Karies- und Parodontal-
prophylaxe während der kieferor-
thopädischen Behandlung

Referentin: Katrin Beberhold, Lau-
cha/Plößnitz

Termin:

10.09.2010: 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK,
Große Diesdorfer Str. 162,
Magdeburg
Gebühr: 100 EUR
Kurs-Nr.: H-37-2010

Thema: Professionelle Zahnreini-
gung

Referentin: Genoveva Schmid,
Berlin

Termin:

24.09.2010: 15.00 – 19.00 Uhr
25.09.2010: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Halle (Saale), in der Universi-
tätszahnklinik, Harz 42 a
Gebühr: 240 EUR
Kurs-Nr.: H-38-2010

Thema: Funktionsanalyse und
-therapie für die tägliche Praxis.
Ein dreiteiliger praktischer Arbeits-
kurs zum Erlernen eines praxisori-
entierten Behandlungskonzeptes.
Kurs 1 – Grundlagen der Funkti-
onslehre und instrumentelle Funkti-
onsanalyse

Referent: Dr. med. Uwe Harth, Bad
Salzuflen

Termin:

24.09.2010: 15.00 – 19.00 Uhr
25.09.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK,
Große Diesdorfer Str. 162,
Magdeburg

Gebühr: 870 EUR Kurspaket
Kurs-Nr.: Z/2010-005

Weitere Termine: Kurs 2 am
15./16.10.2010, Kurs 3 am
10./11.12.2010

Thema: Festzuschüsse – Das Semi-
nar für Fortgeschrittene

Referentin: Sandra Abraham, Mau-
titz

Termin:

29.09.2010: 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK,
Große Diesdorfer Str. 162,
Magdeburg
Gebühr: 105 EUR
Kurs-Nr.: H-39-2010

Anmeldungen bitte schriftlich über
ZÄK Sachsen-Anhalt
Postfach 3951
39014 Magdeburg
Frau Einecke: 0391/73939-14,
Frau Bierwirth: 0391/73939-15,
Fax: 0391/73939-20
e-mail: bierwirth@zahnaerztekam-
mer-sah.de oder
einecke@zahnaerztekammer-sah.de

KZV Baden-Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsforum Freiburg

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

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

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,
8 Fortbildungspunkte

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

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,
18 Fortbildungspunkte

Thema: Prophylaxe-Gespräche: GELD für GESUNDHEIT
Referentin: Annette Schmidt – München
Termin: 09.10.2010
Gebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 10/417

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

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,
18 Fortbildungspunkte

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

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

Thema: Die Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen – Teil II
Referent: Kurt Schüssler – Mannheim
Termin: 20.10.2010
Gebühr: 49 EUR
Kurs-Nr.: 10/520,
5 Fortbildungspunkte

Thema: Komplikationsmanagement in der oralen Chirurgie und Implantologie
Referent: Prof. Dr. Dr. Rainer Schmelzeisen – Freiburg
Termin: 22.10.2010
Gebühr: 125 EUR
Kurs-Nr.: 10/132,
3 Fortbildungspunkte

Thema: Grundlagen der erfolgreichen Rezeptionstätigkeit – Kompaktkurs für Anfänger
Referentin: Brigitte Kühn – Tutzing
Termin: 22.10.2010
Gebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 10/418

Thema: Patienten sind unsere Zukunft
Referent: Brigitte Kühn, Tutzing
Termin: 23.10.2010
Gebühr: 225 EUR Einzelpreis
Kurs-Nr.: 10/419

Thema: Spannende und entspannende Zahnbehandlung mit Kinderhypnose und Akupressur
Referent: Dr. Gisela Zehner, Herne
Termin: 23.10.2010
Gebühr: 325 EUR Einzelpreis; 75 EUR je weiteres Mitglied der Praxis
Kurs-Nr.: 10/320
9 Fortbildungspunkte

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

ZBV Unterfranken



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Update Individualprophylaxe 2010
Referent: Dr. Herbert Michel, Dr. Marco Kellner, Karin Schwengsbier, DH
Termin: 21.09.2010:
20.00 – 22.00 Uhr
Ort: Salon Echter, Maritim Hotel, Würzburg
Kursgebühr: 40 EUR

Auskunft und Anmeldung:
ZBV Unterfranken
Dominikanerplatz 3d
97070 Würzburg
Tel.: 0931/32114-0
Fax: 0931/32114-14
www.zbv-uf.de

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Prophylaxe kompakt – Intensivkurs für Praxiseinsteiger/innen inkl. Lernerfolgskontrolle und Zertifikat
Referenten: diverse
Termin: 23.08. – 28.08.2010 sowie 29.09.2010:
jeweils 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Kurs-Nr.: 108218
Kursgebühr: 795 EUR

Thema: Abrechnungs-Grundkurs für Anfänger und Wiedereinsteiger
Referentin: Brigitte Conrad
Termin: 25.08.2010:
14.00 – 18.00 Uhr
Ort: LZK
Kurs-Nr.: 108231
Kursgebühr: 160 EUR

Thema: Fortbildung zum/zur Zahnmedizinischen Verwaltungsassistent/in (ZMV)
Referent/innen: diverse
Termin: Okt. 2010 – Feb. 2011
Ort: LZK
Kurs-Nr.: 108212
Kursgebühr: 2 650 EUR

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

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

Thema: Vertiefender QM-Workshop für den Zahnarzt und sein Team. Delegation und Aufgabenübernahme

Referent: Dozententeam der ZÄKWL

Termin: 22.10.2010:
09.00 – 16.30 Uhr

Gebühr: 199 EUR (ZA), 139 EUR (ZFA)

Fortbildungspunkte: 8

Ort: Akademie für Fortbildung, Münster

Kurs-Nr.: 10 762 202

Thema: Sedierung mit Lachgas in der Zahnarztpraxis

Referent: Dr. Frank G. Mathers, Köln

Termin: 22./23.10.2010:
Fr.: 14.00 – 18.00 Uhr
Sa.: 09.00 – 15.00 Uhr

Gebühr: 980 EUR

Fortbildungspunkte: 13

Ort: Akademie für Fortbildung, Münster

Kurs-Nr.: 10 740 113

Thema: Arbeitskreis Alterszahnmedizin. Mundgesundheit im Alter

Referent: Gastdozentin: Anne von Laufenberg-Beermann, Bonn
Moderatorin: Dr. Renate Mehring, Ahaus

Termin: 27.10.2010:
15.30 – 18.00 Uhr

Gebühr: 29 EUR

Fortbildungspunkte: 3

Ort: Akademie für Fortbildung, Münster

Kurs-Nr.: ARB 10 710 750

Thema: Alternativ- und komplementärmedizinische Verfahren in der Zahnmedizin

Referent: Prof. Dr. Dr. Hans-Jörg Staehle, Heidelberg

Termin: 27.10.2010:
14.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: 229 EUR

Fortbildungspunkte: 6

Ort: Akademie für Fortbildung, Münster

Kurs-Nr.: 10 740 001

Thema: Patientenansprache in erfolgreichen Hochleistungspraxen

Referent: Dipl.-Hdl. Joachim Brandes, München

Termin: 27.10.2010:
14.00 – 19.00 Uhr

Gebühr: 229 EUR (ZA), 115 EUR (ZFA)

Fortbildungspunkte: 6

Ort: Akademie für Fortbildung, Münster

Kurs-Nr.: 10 740 090

Thema: Zahnbehandlungsangst. Therapiemöglichkeiten und Tipps zum Umgang mit ängstlichen Patienten

Referent: Dipl.-Psychologe André Wannemüller, Hattingen

Termin: 27.10.2010:
15.00 – 18.30 Uhr

Gebühr: 65 EUR

Fortbildungspunkte: 5

Ort: „Zu den Fischteichen“
Dubelohstr. 92, 33104 Paderborn
Tel: 0251/507627

Kurs-Nr.: DEZ 10 750 034

Thema: Aktuelle Aspekte in der Teilprothetik: Konzepte, Materialien, Innovationen

Referent: Dr. Natalie Weber, Münster / Marc Spägle, Münster

Termin: 27.10.2010:
15.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: 65 EUR

Fortbildungspunkte: 4

Ort: Kulturhaus Lüdenscheid
Freiherr-vom-Stein-Str. 9, 58511 Lüdenscheid, Tel: 0251/507627

Kurs-Nr.: DEZ 10 750 036

Thema: Der Zahnarzt im Wettbewerb

Referent: Ass. jur. Till Arens, ZÄKWL

Termin: 27.10.2010:
15.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: 65 EUR

Fortbildungspunkte: 4

Ort: Kongresszentrum Westfalenhallen, Rheinlanddamm 200, 44139 Dortmund
Tel: 0251/507627

Kurs-Nr.: DEZ 10 750 038

Thema: Kinderzahnheilkunde in der Praxis

Referent: PD Dr. Christoph Splieth, Greifswald

Termin: 29.10.2010:
13.00 – 19.00 Uhr

Gebühr: 289 EUR

Fortbildungspunkte: 7

Ort: Akademie für Fortbildung, Münster

Kurs-Nr.: 10 740 064

Thema: Wegbereiter für die restaurative Therapie – praktischer Arbeitskurs

Referent: Dr. Tim Alexander Joda, Hamburg

Termin: 29./30.10.2010
Fr.: 15.00 – 19.00 h

Sa.: 09.00 – 15.00 Uhr

Gebühr: 439 EUR

Fortbildungspunkte: 11

Ort: Akademie für Fortbildung, Münster

Kurs-Nr.: 10 740 083

Thema: Wechselwirkungen von Arzneistoffen in der zahnärztlichen Praxis

Referent: Prof. Dr. Eugen Verspohl, Münster

Termin: 29.10.2010:
14.30 – 18.00 Uhr

Gebühr: 149 EUR

Fortbildungspunkte: 4

Ort: Akademie für Fortbildung, Münster

Kurs-Nr.: 10 740 144

Thema: Termine im Griff. Systematisches Terminmanagement als Basis eines modernen Praxis-konzeptes

Referent: Dr. Wolfgang Stoltenberg, Münster

Termin: 30.10.2010:

09.00 – 17.00 Uhr

Gebühr: 329 EUR (ZA), 165 EUR (ZFA), 459 EUR (TEAM)

Fortbildungspunkte: 8

Ort: Akademie für Fortbildung, Münster

Kurs-Nr.: 10 740 035

Thema: Dentalfotografie

Referent: Erhard J. Scherpf, Kassel

Termin: 30.10.2010:

09.00 – 17.00 Uhr

Gebühr: 299 EUR (ZA), 149 EUR (ZFA)

Fortbildungspunkte: 8

Ort: Akademie für Fortbildung, Münster

Kurs-Nr.: 10 740 078

Auskunft:

Akademie für Fortbildung der ZÄKWL

Auf der Horst 31, 48147 Münster (Herr Bertram)

Tel.: 0251/507-600

Fax: 0251/507-609

dirc.bertram@zahnaerzte-wl.de

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./21.08.2010:

jeweils 09.00 – 16.00 Uhr

Ort: Zahnärztheaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 575 EUR

Kurs Nr.: D 76/10 (18 Punkte)

Thema: Klinische Konzepte in der regenerativen und plastisch ästhetischen Parodontaltherapie

Referent: Prof. Dr. Dr. Anton Sculean, M.S., Bern (CH)

Termin: 03./04.09.2010:

14.00 – 18.00 Uhr und

09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Zahnärztheaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 450 EUR

Kurs Nr.: D 79/10 (15 Punkte)

Thema: Persönlichkeit und natürliche Autorität als Erfolgsfaktor für Ihre Praxis

Referentin: Petra Erdmann, Dresden-Langebrück

Termin: 10.09.2010:

09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Zahnärztheaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 195 EUR

Kurs Nr.: D 84/10 (8 Punkte)

Thema: Totale von A-Z – Alles über Totalprothesen. Ein Erfolgskonzept

Referenten: Manfred Läkamp, Ostbevern / Dr. Michael Maak, Lemförde

Termin: 10./11.09.2010:

jeweils 09.00 – 18.00 Uhr

Ort: Zahnärztheaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte, Zahntechniker

Gebühr: 425 EUR

Kurs Nr.: D 85/10 (16 Punkte)

Thema: Zahnärztliche Anästhesie

Referentin: PD Dr. Dr. Monika Daubländer, Mainz

Termin: 11.09.2008:

09.00 – 16.00 Uhr

Ort: Zahnärztheaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 195 EUR

Kurs Nr.: D 87/10 (8 Punkte)

Thema: Der Drogenabhängige als Problem- und Risikopatient in der zahnärztlichen Praxis

Referent: Prof. Dr. Dr. Lutz Päßler, Wachau-Feldschlößchen

Termin: 15.09.2010:

14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Zahnärztheaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte, Praxismitarbeiterinnen

Gebühr: 90 EUR

Kurs Nr.: D 88/10 (5 Punkte)

Thema: Das „Kleine Praxislabor“ – Ein einfacher Weg zur Ertragssteigerung

Referent: Dr. Dr. Bert L. Karl, Neustadt a.d. Aisch

Termin: 17.09.2010:

14.00 – 20.00 Uhr

Ort: Zahnärztheaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 175 EUR

Kurs Nr.: D 89/10 (8 Punkte)

Thema: Gaumenimplantat und Minischraube zur skelettalen Verankerung in der Kieferorthopädie – Lückenschluss, Molarendistalisierung und Einordnung retinierter Eckzähne (mit Live-OP)

Referent: Prof. Dr. Winfried Harzer, Dresden

Termin: 17./18.09.2010:

14.00 – 18.00 Uhr und

09.00 – 14.00 Uhr

Ort: Zahnärztheaus Dresden

Teilnehmer: Kieferorthopäden, Zahnärzte

Gebühr: 275 EUR

Kurs Nr.: D 92/10 (12 Punkte)

Thema: Notfall beim Zahnarzt – Grundkurs. Simulatortraining zu typischen Notfallsituationen

Referenten: Dr. Michael Müller, Dresden / Sören Weber, Dresden

Termin: 18.09.2010:

09.00 – 16.00 Uhr

Ort: Zahnärztheaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte, Praxismitarbeiterinnen

Gebühr: 195 EUR

Kurs Nr.: D 94/10 (11 Punkte)

Thema: Kostenreduktion in der Zahnarztpraxis

Referent: Dr. Dr. Bert L. Karl, Neustadt a.d. Aisch

Termin: 18.09.2010:

09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Zahnärztheaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 215 EUR

Kurs Nr.: D 95/10 (8 Punkte)

Thema: Eine Schienen-Rallye für Praktiker – oder der lange Weg des Patienten zu sich selbst!

Referent: Dr. Ralph-Steffen

Zöbisch, Elsterberg

Termin: 22.09.2008:

14.00 – 20.00 Uhr

Ort: Zahnärztheaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 165 EUR

Kurs Nr.: D 96/10 (8 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 Schleswig-Holstein



Fortbildungsveranstaltungen am Heinrich-Hammer-Institut

Kurs-Nr.: 10-02-022

Thema: Notfall- und Erste Hilfe-Kurse

Referent: Prof. Dr. Dr. Thomas Kreuzsch, Hamburg

Dr. Dr. Volker Gassling, Westensee
Jörg Naguschewski, Bad Segeberg

Termin:

25.08.2010: 14.30 – 19.00 Uhr

Ort: Heinrich-Hammer-Institut

Kursgebühr: ab 135 EUR für ZA,

105 EUR für Mitarbeiterinnen

Sonstiges: 6 Fortbildungspunkte

Kurs-Nr.: 10-02-012

Thema: CEREC

Referent: Prof. Dr. Christian Han-nig, Dresden

PD Dr. Karl Thomas Wrbas,

Freiburg im Breisgau

Termin: 27./28.08.2010:

14.00 Uhr – 19.00 Uhr und

09.00 Uhr – 17.00 Uhr

Ort: ZMK Klinik / ZMK Phantomsaal, Arnold-Heller-Str. 3, Haus 26,

24105 Kiel

Kursgebühr: 495 EUR für ZA

Sonstiges: 16 Fortbildungspunkte

Kurs-Nr.: 10-02-057

Thema: Qualitätsmanagement, BuS-Dienst. Möglichkeit und Grenzen der Bleichtherapien

Referent: Dr. Moshgan Bizhang, Düsseldorf

Termin: 28.08.2010:

09.00 – 14.00 Uhr

Ort: Heinrich-Hammer-Institut

Kursgebühr: ab 130 EUR für ZA,
105 EUR für Mitarbeiterinnen
Sonstiges: 6 Fortbildungspunkte

Kurs-Nr.: 10-02-020
Thema: Implantatgetragene Front-
zahnrestauration
Referent: Dr. Sönke Harder, Kiel
Termin: 01.09.2010:
15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Kursgebühr: ab 75 EUR für ZA
Sonstiges: 3 Fortbildungspunkte

Auskunft:
Heinrich-Hammer-Institut
ZÄK Schleswig-Holstein
Westring 496, 24106 Kiel
Tel.: 0431/260926-80, Fax: -15
e-mail: hhi@zaek-sh.de
www.zaek-sh.de

Kongresse

■ 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.: 00358/3/23304-30
Fax: 00358/3/23304-44
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 Problem-
management“, „Innovationen in
der Implantat-Therapie“, „Wachs-
tumsfaktoren für die vorhersag-
bare Knochenregeneration“, „Vor-
hersagbare 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 Str. 8, 76703 Kraichtal
Tel.: 07251/618996-0, Fax: -26
e-mail: mail@dgoi.info
www.dgoi.info
www.dgoi-congress2010.info

Internationales CEREC-Symposium 25th Anniversary Celebration

Thema: Geburtstagsfeier oder
Zukunftsinvestition?
Standortbestimmung der CAD/
CAM-gestützten Restauration in
der Zahnmedizin
Termin: 26.08. – 28.08.2010
Ort: Las Vegas / USA
Sonstiges: 15 Fortbildungspunkte;
Deutschsprachige Teilnehmer
werden in ihrer Landessprache be-
treut, Abstracts der Referate und
Workshops in deutsch aufgelegt.
Auskunft: Deutsche Gesellschaft
für Computergestützte Zahnheil-
kunde e.V. (DGCZ), Herr Kern
Fritz-Philippi-Str. 7
65195 Wiesbaden
Tel.: 0611/401278
Fax: 0611/405150
kern.ag-keramik@t-online.de
www.cerec25.com

■ 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: 0385/59108-20
www.zaekmv.de, -> Zahnärztetag

IDEM India 2010**International Dental & Exhibition Meeting India**

Veranstalter: DGZI – Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Implantologie e.V.
Termin: 09.09. – 11.09.2010
Ort: Bombay Exhibition Centre, Mumbai
Auskunft: Daniela Basten
Tel.: 0221/821-3267
Fax: 0221/821-3671
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
Auskunft: MedCongress GmbH
Postfach 700149
70571 Stuttgart
Tel.: 0711/720712-0
Fax: 0711/720712-29
e-mail: mw@medcongress.de
www.mediccongress.de

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

Termin: 10. – 12.09.2010
Thema: „Akute schnelle Intervention in Klinik und Praxis“
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
Weitere Informationen unter:
www.hypnose-kongress-berlin.de

45. Bodenseetagung und 39. Helferinnentagung

Veranstalter: Bezirkszahnärztekammer Tübingen
Thema: Ästhetische Zahnheilkunde
Termin: 17./18.09.2010
Ort: Lindau (Bodensee)
Auskunft: BZK Tübingen
Bismarckstr. 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

2. Weimarer Forum für Zahnärztinnen

Veranstalter: FVDZ/ZoRA
Termin: 17.09. – 19.09.2010
Ort: ccnw – Congress Centrum Neue Weimarahalle, UNESCO-Platz 1, 99423 Weimar
Sonstiges: fachliche und betriebswirtschaftliche Workshops, praxisnahe Vorträge und ein attraktives Rahmenprogramm; Motto: „Kompetenz durch Verbundenheit“
Auskunft: FVDZ, Birgit Kunze
Mallwitzstr. 16
53177 Bonn
Tel.: 0228/8557-36
Fax: 0228/8557-59
e-mail: bk@fvdz.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: 0391/73939-20
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: 20.09. – 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.: 0228/7383- 66
Fax: 0228/7383-05
info@aktionsbueundnis-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.: 0043/1/4051383-19
Fax: 0043/1/4051383-23
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.: 0211/16970-77
Fax: 0211/16970-66
www.dgzi.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

dental informa 2010

Veranstalter: Zahnärztekammer Niedersachsen
Termin: 09.10.2010: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Halle 2 auf dem Messegelände Hannover
Auskunft: Fachausstellungen Heckmann 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

14th Dental World

Termin: 14.10. – 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 Unter- nehmerstag

Thema: Zähne erhalten – Möglichkeiten und Grenzen
Termin: 21.10. – 23.10.2010
Ort: München,
The Westin Grand, Arabellapark
Auskunft: Bayerische
Landes Zahnärztekammer
Fallstr. 34
81369 München
Tel.: 089/72480-428, Fax: -444
www.blzk2010.de
Anmeldung: Oemus Media AG
Tel.: 0341/48474-308, Fax: -290
blzk2010@oemus-media.de

Kongress „Lokale und systemische Risiken in der Implantologie“

Veranstalter: Prophylaxe Zentrum
Zürich (PZZ) und Zahnmedi-
zisches Zentrum Zürich Nord
(ZZZN)
Termin: 23.10.2010
Ort: Universität Zürich Irchel
Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Ulrich P. Saxer
Referenten: Prof. Dr. U. P. Saxer –
Zürich, Prof. M. Quirynen – Leu-
ven (B), Prof. J. Meyle – Gießen,
Prof. Dr. N. Zitzmann – Basel,
Prof. U. Frank – Freiburg/Brsg.,
Prof. R. Persson – Bern/Seattle,
Dr. U. Brodbeck – Zürich, Dr. E.
Gröchenig – Aarau, Dr. R. Sande-
rink – Zürich, Genf, Würzburg
Kursgebühr: ZA: sFr. 380
(ab 31.07.2010: sFr. 450),
DH: sFr. 240 (ab 31.07.: sFr. 300)
Auskunft:
Tel.: +41 55 4153058

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 DGEndo

Termin: 04.11. – 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 Zusammenarbeit mit dem ZAFI (zahnärztliches Fortbildungsinstitut)

Thema: „Prophylaxe Teamtage“ /
„Herbsttagung Rust – Lust auf
Rust“ / Schwerpunktthema u.a.:
Endodontie

Termin: 05.11. – 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
Helferstorferstr. 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. Figgner
Polikli. für Zahnärztliche Prothetik
Waldeyerstr. 30, 48149 Münster
Referenten: Prof. Dr. N. Krämer
– Gießen, Prof. Dr. Dr. H. J.
Staehe – 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.: 0251/8347-084
Fax: 0251/8347-182
e-mail: weersi@uni-muenster.de

Deutscher Zahnärztetag 2010

Thema:
ZAHNMEDIZIN INTERDISZIPLINÄR
– Synergie, Synthese, Synopsis
Termin: 10.11. – 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 österrei- chischen Gesellschaft 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 Prothetik 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

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Biomaterialien
Thema: Gewebeersatz/Gewebe-regeneration – Von der Grenzfläche zum Biointerface
Termin: 18.11. – 20.11.2010
Ort: Heilbad Heiligenstadt
Auskunft: Conventus
Congressmanagement & Marketing GmbH
Markt 8
07743 Jena
Tel.: 03641/3533-2703
Fax: 03641/3533-21
www.conventus.de/dgbm2010

20. Brandenburgischer Zahnärztetag
Thema: Update Zahn-Mund-Kieferheilkunde
Veranstalter: LZÄK Brandenburg, KZV Brandenburg, Quintessenz Verlag
Wiss. Leitung: Prof. Dr. Georg Meyer, Greifswald
Termin: 19./20.11.2010
Ort: Messe Cottbus
Sonstiges: extra Fachprogramm für ZMF
Auskunft: LZÄK Brandenburg
Frau Margit Harms
Parzellenstr. 94, 03046 Cottbus
Tel. 0355/38148-25
e-Mail: mharms@lzkb.de
www.lzkb.de

24. Kongress des DGI e.V.
Thema: Misserfolge – erkennen und beherrschen
Termin: 25.11. – 27.11.2010
Ort: Hamburg
Auskunft: Youvivo GmbH
Karlstr. 60
80333 München
Tel.: 089/550520-90
Fax: 089/550520-92
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
Frau Stephanie Schwarze
welcome@friebe-organisation.de

10. Keramik-Symposium
der AG Keramik in Kooperation mit dem Jahreskongress der DGI
Thema: „10 Jahre visionär“ – Vollkeramik in Klinik und Praxis
Termin: 27.11.2010:
09.00 – 15.30 Uhr
Ort: Hamburg, Congress Center (CCH), Am Dammtor / Marseiller Str.
Referenten: Prof. Arnetz – Graz, Prof. Lauer – Frankfurt/Main, Prof. Scherer – Genf, PD Dr. Holst – Erlangen, Prof. Wöstmann – Gießen, Dr. Hugo – Schweinfurt, u.a.
Gebühr: 150 EUR, Mitglieder AG Keramik 90 EUR, Studenten 49 EUR
Auskunft: AG Keramik
Postfach 100117
76266 Ettlingen
Tel.: 0721/945-2929
Fax: 0721/945-2930
www.ag-keramik.eu

■ Dezember

The 1st Global Congress of Chinese Dentists
Termin: 02.12. – 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

■ Februar

DGP-Frühjahrstagung
Thema: Das Göteborger Konzept: 25 Jahre Implantieren im parodontal kompromittierten Gebiss. Wo stehen wir heute?
Termin: Februar 2011
Ort: Frankfurt
Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DGP)
Neufferstr. 1
93055 Regensburg
Tel.: 0941/942799-0
www.dgparo.de

Universitäten

RWTH Aachen

CEREC-Seminar

Thema: Intensives HandsOn-Training im gesamten CEREC-Chairside-Indikationsbereich, problemorientiert
Organisation: Lehrauftrag Zahnmedizinische Curriculaentwicklung und -forschung
Termin: 17./18.09.2010:
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. 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

Wissenschaftliche Gesellschaften

Akademie Praxis und Wissenschaft

Fortbildungskurse

Thema: Curriculum Qualitätsmanagement
Termin: 08./09.10.2010
Ort: Bonn
Sonstiges: Serienstart
Kursgebühr: 6 000 EUR pro Praxisteam für 5 Kurs-Wochenenden

Auskunft:
APW
Sonja Beate Lucas
Liesegangstr. 17a
40211 Düsseldorf
Tel.: 0211/669673-42
Fax: 0211/669673-31
http://www.dgzmk.de

Freie Anbieter

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

Die Redaktion

Thema: Ausbildung zur/m Dentalfachberater/in
Veranstalter: Die Praxisprofis Pfeiffer + Platen
Termin: 21.08.2010:
 09.00 – 13.00 Uhr
Ort: Bodenstedtstr. 7, 31224 Peine
Sonstiges: Modul 1 für Chef/in und drei Mitarbeiter
Kursgebühr: 900 EUR + MwSt.
Auskunft:
 Die Praxisprofis Pfeiffer + Platen
 Frau Hense, Frau Stober
 Bodenstedtstr. 7, 31224 Peine
 Tel.: 05171/5078952
 Fax: 05171/16820

Thema: Wirtschaftlichkeit in der ZAP und Sommerfest / Fa. Mectron
Veranstalter: Nobel Biocare Deutschland GmbH
Termin: 28.08.2010:
 09.00 – 13.00 Uhr
Ort: Nordgermersleben
Auskunft: Nobel Biocare Deutschland GmbH, Gönül Öntas
 Stolberger Str. 200, 50933 Köln
 Tel.: 0221/500 85 151
 Fax: 0221/500 85 329
 gonul.ontas@nobelbiocare.com

Thema: Der sichere Einstieg in die Implantologie – Eine Teamschulung mit Live-OP
Veranstalter: Nobel Biocare Deutschland GmbH
Termin: 01.09.2010:
 12.00 – 19.00 Uhr
Ort: Hohen-Neuendorf
Sonstiges: Dr. Uwe Jaenisch
Kursgebühr: 350 EUR (ZA+ZT: 450 EUR)
Auskunft: Nobel Biocare Deutschland GmbH, Gönül Öntas
 Stolberger Str. 200, 50933 Köln
 Tel.: 0221/500 85 151
 Fax: 0221/500 85 329
 gonul.ontas@nobelbiocare.com

Thema: Ausbildung zur/m Dentalfachberater/in
Veranstalter: Die Praxisprofis Pfeiffer + Platen
Termin: 04.09.2010:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Bodenstedtstr. 7, 31224 Peine
Sonstiges: Modul 4 für Mitarbeiter
Kursgebühr: 420 EUR + MwSt.
Auskunft:
 Die Praxisprofis Pfeiffer + Platen
 Frau Hense, Frau Stober
 Bodenstedtstr. 7
 31224 Peine
 Tel.: 05171/5078952
 Fax: 05171/16820

Thema: Expertenseminar „Vollkeramik und Befestigung – Update 2010“
Veranstalter: Ivoclar Vivadent GmbH
Termin: 08.09.2010:
 14.45 – 20.15 Uhr
Ort: „Hotel Freigeist“, Am Gesundbrunnen 2, 37154 Northeim
Kursgebühr: 198 EUR zzgl. MwSt. (Frühbucher-Preis bis zum 11.08.: 149 EUR zzgl. MwSt.)
Auskunft: Ivoclar Vivadent GmbH
 Jutta Nagler

Anzeige

Dr. Adolf-Schneider-Str. 2,
 73479 Ellwangen
 Tel.: 07961/889-205
 Fax: 07961/6326
 www.ivoclarvivadent.de

Thema: Power your life! Körperlich und mental topfit mit dem Erfolgsprogramm von Dr. Spitzbart
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe
Termin: 10.09.2010:
 07.30 – 17.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie, Herne
Referent: Dr. med. Michael Spitzbart
Kursgebühr: 490 EUR inkl. Tagungspauschale, zzgl. MwSt.
Auskunft: Haranni Akademie, Frau Renate Dömpke
 Schulstraße 30, 44623 Herne
 Tel.: 02323/9468-300, Fax: -333

Thema: Allgemeine chirurgische Grundlagen (1. Teil des Curriculums Chirurgie – Kurs für das Behandlungsteam)
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe
Termin: 10./11.09.2010:
 10.00 – 18.00 Uhr
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie, Herne
Referent: Dr. Ingo Amelung, Carolin Bauer u.a.
Kursgebühr: 1 200 EUR / Team, 390 EUR für jede weitere Mitarbeiterin aus derselben Praxis, inkl. Tagungspauschale, zzgl. MwSt.
Auskunft: Haranni Akademie, Frau Renate Dömpke
 Schulstraße 30, 44623 Herne
 Tel.: 02323/9468-300, Fax: -333

Thema: Augmentationskurs mit Live-OP, Hands-On (Laterale Augmentation/Splitting & Nobel-Replace™ oder NobelActive™)
Veranstalter: Nobel Biocare Deutschland GmbH
Termin: 11.09.2010:
 09.30 – 16.00 Uhr
Ort: Neunburg vorm Wald
Referent: Dr. Christoph von Wenz zu Niederlahnstein
Kursgebühr: 99 EUR
Auskunft: Nobel Biocare Deutschland GmbH, Gönül Öntas
 Stolberger Str. 200, 50933 Köln
 Tel.: 0221/500 85 151
 Fax: 0221/500 85 329
 gonul.ontas@nobelbiocare.com

Thema: Minimalinvasive Mini-druckknopfimplantate für den zahnlosen Kiefer
Veranstalter: Dr. med. Dr. med. dent. Heinrich Bültmann-Hagedorn
Termin: 11.09.2010:
 09.00 – 14.00 Uhr
Ort: Bremen
Fortbildungspunkte: 7
Kursgebühr: 195 Euro
Auskunft:
 Praxis Dr. Dr. Heinrich Bültmann-Hagedorn und Dr. Thieme
 Faulenstraße 54, 28195 Bremen
 Tel.: 0421/382212
 Fax: 0421/39099532
 E-Mail: Praxis@MKG-HB.de

Thema: Behandlungsplan, Trepnation des Zahnes, optische Hilfsmittel, Kofferdam, Instrumente, Notfallendodontologie (1. Kurs des Curriculums Endodontologie)
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe
Termin: 11.09.2010:
 09.00 – 18.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne
Referent: Prof. Dr. Rudolf Beer
Kursgebühr: 450 EUR, inkl. Tagungspauschale, zzgl. MwSt.
Auskunft: Haranni Akademie, Frau Renate Dömpke
 Schulstraße 30, 44623 Herne
 Tel.: 02323/9468300
 Fax: 02323/9468333

Thema: Patientenberatung nach Maß – So steigern Sie nachhaltig Ihren Privatleistungsanteil
Veranstalter: Dexcel Pharma GmbH
Termin und Ort:
 15.09.2010: Frankfurt
 30.09.2010: Erfurt
 jeweils ab 17.00 Uhr
Referent: Frank Frenzel
Sonstiges: 4 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 179 EUR, der zweite Teilnehmer einer Praxis 99 EUR, jeder weitere Teilnehmer einer Praxis 69 EUR
Auskunft:
 Dexcel Pharma GmbH
 Röntgenstraße 1, 63755 Alzenau
 Tel: 0800/2843742 (Freecall)
 e-mail: service@periochip.de
 www.periochip.de

Thema: FA/OKK I: Grundlagen der Okklusion für Zahnärzte
Veranstalter: Westerburger Kontakte
Termin: 17./18.09.2010
Ort: 56457 Westerburg
Referenten: ZTM Paul Gerd Lenze, Dr. Diether Reusch
Kursgebühr: 900 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte
 Schloss Westerburg,
 56457 Westerburg
 Tel.: 02663/91190-30
 Fax: 02663/91190-34
 www.westerburgerkontakte.de

Thema: Internationale Konferenz „global, gerecht, gesund“. Zu den Perspektiven von „Globaler Gesundheit“ – eine Debatte um Alternativen
Veranstalter: medico international und Gesundheit Berlin-Brandenburg
Termin: 17./18.09.2010
Ort: Berlin, Rathaus Schöneberg
Auskunft:
 www.global-gerecht.gesund.org

Thema: Marketing und Controlling

Veranstalter: Die Praxisprofis Pfeiffer + Platen

Termin: 18.09.2010:
09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Bodenstedtstr. 7,
31224 Peine

Kursgebühr: 550 EUR + MwSt.

Auskunft:
Die Praxisprofis Pfeiffer + Platen
Frau Hense, Frau Stober
Bodenstedtstr. 7
31224 Peine
Tel.: 05171/5078952
Fax: 05171/16820

Thema: A07 – Prophylaxe-Fahrplan für KFO-Patienten

Veranstalter: praxisDienste Fortbildungs GmbH

Termin/Ort:

18.09.2010 Bremen

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: Ästhetische Frontzahnfüllungen in der Kompositstechnik nach Lorenzo Vanini

Veranstalter: IFG - Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH

Termin: 18.09.2010

Ort: Köln

Referent: Dr. Jörg Weiler

Kursgebühr: 348 EUR inkl. Seminarverpflegung + Verbrauchsmaterialien

Auskunft: IFG, Wohldstr. 22,
23669 Timmendorfer Strand

Tel.: 04503/779933

Fax: 04503/779944

e-Mail: info@ifg-hl.de

www.ifg-hl.de

Thema: Doppelkronen-Workshop

Veranstalter: BEGO

Termin: 20./21.09.2010

Ort: Bremen

Kursgebühr: 390 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: Haftungsprophylaxe – Aktuelle Rechtsprechung und Auswirkungen

Veranstalter: DENS Akademie

Termin: 21.09.2010:

16.00 – 18.00 Uhr

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

Sonstiges: Anmeldung erbeten;
2 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 35 EUR

Auskunft:

DENS GmbH, DENS Akademie
Berliner Str. 13

14513 Teltow

Tel.: 03328/334540

Fax: 03328/334547

www.dens-berlin.com

Thema: Abrechnung? Oh du Schreck!

Veranstalter: VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG

Termin: 22.09.2010

Ort: Leistungszentrum Langen

Sonstiges: Gastreferentin: Gabi Schäfer

Gebühr: 390 EUR

Auskunft: VITA Zahnfabrik H.

Rauter GmbH & Co. KG

z. Hd. Ute Schmidt

Spitalgasse 3

79713 Bad Säckingen

Tel.: 07761/562-235

Fax: 07761/562-233

Thema: Der Praxisknigge

Veranstalter: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis

Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Dr. med. Dr. med. dent. Ulrich Stroink, Dr. med. Dr. med. dent.

Bernd Biermann, Dr. med. Dr. med. dent. Wolfgang Schmitt,

Dr. med. Dr. med. dent. Thomas Clasen, Prof. Dr. Dr. Claus Udo

Fritzemeier

Termin: 22.09.2010:

15.00 – 18.00 Uhr

Ort: Düsseldorf

Sonstiges: Ref.: Sybille David

Kursgebühr: 150 EUR zzgl. MwSt.,

aus Überweiserpraxen 120 EUR

Auskunft: Kieferchirurgische

Gemeinschaftspraxis

Fachärzte für Mund-, Kiefer- und

Gesichtschirurgie

Stresemannstr. 7-9

40210 Düsseldorf

Tel.: 0211/875508-0

Fax: 0211/875508-99

www.kieferchirurgie.org

Thema: RAYID-Familiensystematik (Geburtsreihenfolge) Kurs 5

Veranstalter: Aufwind

Consulting GmbH

Termin: 23. – 25.09.2010

Ort: Schlehdorf in Obb

Sonstiges: Ref.: Dr. Martina Obermeyer; 17 Punkte

Kursgebühr: 650 EUR steuerfrei

Auskunft: Dr. Martina Obermeyer Aufwind Consulting

Kocheler Str. 1

82444 Schlehdorf am Kochelsee

Tel.: 08851/6156-91

Fax: 08851/6156-90

e-mail: info@aufwind.org

Thema: QS 2: Wie Sie die Praxis wirtschaftlich erfolgreich führen

Veranstalter: Dr. Walter Schneider Team GmbH

Termin: 24.09.2010

Ort: Frankfurt

Sonstiges: Ref.: Bianca Böhmer

Kursgebühr: 460 EUR pro Person,

690 EUR zwei Personen

Auskunft: Tanja Spatschek

Dr. Walter Schneider Team GmbH

Max-Eyth-Str. 42

71088 Holzgerlingen

Tel.: 07031/461869

Fax: 07031/461877

Thema: Einführung in die minimal-invasive Implantologie

Veranstalter: IFG - Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH

Termin: 24.09.2010

Ort: Düsseldorf

Referent: Prof. Invitado Dr. (H)

Peter Borsay

Kursgebühr: 198 EUR inkl. Seminarverpflegung

Auskunft: IFG, Wohldstr. 22,

23669 Timmendorfer Strand

Tel.: 04503/779933

Fax: 04503/779944

e-Mail: info@ifg-hl.de

www.ifg-hl.de

Thema: Top-Seminar:

Kommunikationstraining für das Praxisteam – Fit in schriftlicher Kommunikation

Veranstalter: Dr. Walter Schneider

Team GmbH

Termin: 24.09.2010

Ort: Holzgerlingen

Sonstiges: Ref.: Dr. Hans-Dieter

Grospietsch

Kursgebühr: 590 EUR pro Person,

1 080 EUR zwei Personen

Auskunft: Tanja Spatschek

Dr. Walter Schneider Team GmbH

Max-Eyth-Str. 42

71088 Holzgerlingen

Tel.: 07031/4618-69

Fax: 07031/4618-77

Thema: The Interdisciplinary Team: Creating Esthetic Success in the Ortho-Restorative Patient

Veranstalter: IOS-Hannover Dr. Jan V. Raiman

Termin: 24.09.2010:

09.00 – 16.30 Uhr

Ort: Hannover, Altes Rathaus, Karmarschstr. 42

Referent: Dr. Vincent O. Kokich Jr.

Fortbildungspunkte: 6

Kursgebühr: ZA: 330 EUR,

Postgraduierte: 270 EUR,

Gruppe: 250 EUR

Auskunft: www.orthodontics-ios.eu

Thema: Intensivworkshop

Knochenaugmentationstechniken und Weichgewebsmanagement

Veranstalter: Aesculap Akademie GmbH

Termin: 24./25.09.2010

Ort: Tuttlingen

Sonstiges: Ref.: Dr. Dr. Andreas

Stricker – Konstanz

Auskunft: Aesculap Akademie

GmbH, Marie Abdo

Am Aesculap Platz

78532 Tuttlingen

Tel.: 07461/95-1015

Fax: 07461/95-2050

e-mail: marie.abdo@aesculap-

akademie.de

www.aesculap-akademie.de

Thema: Bisshebung des Erosions- und Abrasionsgebisses mit direkter Adhäsivtechnik

Veranstalter: IFG - Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH

Termin: 24./25.09.2010

Ort: Hamburg

Referent:

Prof. Dr. Thomas Attin, Zürich /

Dr. Uwe Blunck, Berlin

Kursgebühr: 690 EUR inkl. Seminarverpflegung + ausführlichen Seminarunterlagen

Auskunft: IFG, Wohldstr. 22,

23669 Timmendorfer Strand

Tel.: 04503/779933

Fax: 04503/779944

e-Mail: info@ifg-hl.de

www.ifg-hl.de

Thema: Einführung in die Kieferorthopädie mit Richtlinien und Frühbehandlung (1. Kurs des Curriculums KFO)

Veranstalter: Haranni Akademie

Fortbildungszentrum für Heilberufe

Termin: 24./25.09.2010:

jeweils 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Referent: Prof. Dr. Rolf Hinz

Kursgebühr: 700 EUR, inkl.

Tagungspauschale, zzgl. MwSt.

Auskunft: Haranni Academie,
Frau Renate Dömpke
Schulstraße 30, 44623 Herne
Tel.: 02323/9468300
Fax: 02323/9468333

Thema: 4. Symposium des
Zentrums für Interdisziplinäre
Schmerztherapie
„Interdisziplinäre diagnostische
und therapeutische Ansätze bei
Gesichtsschmerzen“

Veranstalter: Zentralklinik Bad
Berka GmbH

Termin: 25.09.2010:

09.30 – 12.45 Uhr

Ort: Zentralklinik Bad Berka,
Kulturhaus- und Kongresshaus
„Station 33“

Sonstiges: 4 Fortbildungspunkte
Auskunft:

Zentralklinik Bad Berka GmbH
Robert-Koch-Allee 9
99437 Bad Berka
Tel.: 036458/52-801, Fax: -537
www.zentralklinik.de

Thema: Workshops zu intraoralen
Protrusionsschienen (IPS) bei
Schlafapnoe und Schnarchen

Veranstalter: Idsteiner Zentrum
für Zahnärztliche Somnologie

Termine: 25.09.2010:

09.00 – 18.00 Uhr

sowie exklusiv für geschlossene
Gruppen (nach Absprache)

Ort: Dentallabor „Oral design“
AL DENTE, Höhenweg 10,
65510 Idstein

Sonstiges: 11 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 400 EUR, inkl. Skripte,
Catering und logist. Basismaterial

Auskunft: IZS – Idsteiner Zentrum
für Zahnärztliche Somnologie
Bahnhofstr.

65510 Idstein

Tel.: 06126/989667

Fax: 06126/953857

e-mail: info@zahnarztliche-schlaf-
medizin.de

www.zahnarztliche-schlafmedi-
zin.de

Thema: Physiognomie

Veranstalter: Aufwind

Consulting GmbH

Termin: 25.09.2010

Ort: Schlehdorf in Obb

Sonstiges: Ref.: Dr. Martina Ober-
meyer; 17 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 280 EUR steuerfrei

Auskunft: Dr. Martina Obermeyer

Aufwind Consulting

Kocheler Str. 1

82444 Schlehdorf am Kochelsee

Tel.: 08851/6156-91

Fax: 08851/6156-90

e-mail: info@aufwind.org

Thema: Verwendung von kurzen
Implantaten

Veranstalter: Kieferchirurgische
Gemeinschaftspraxis

Fachärzte für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie

Dr. med. Dr. med. dent. Ulrich

Stroink, Dr. med. Dr. med. dent.

Bernd Biermann, Dr. med. Dr.

med. dent. Wolfgang Schmitt,

Dr. med. Dr. med. dent. Thomas

Clasen, Prof. Dr. Dr. Claus Udo

Fritzemeier

Termin: 25.09.2010:

10.00 – 14.00 Uhr

Ort: Düsseldorf

Sonstiges: Ref.: OA Dr. Helmut

Steveling – Universität Heidelberg

Kursgebühr: 100 EUR zzgl. MwSt.,

aus Überweiserpraxen 80 EUR

Auskunft: Kieferchirurgische

Gemeinschaftspraxis

Fachärzte für Mund-, Kiefer- und

Gesichtschirurgie

Stresemannstr. 7-9

40210 Düsseldorf

Tel.: 0211/875508-0

Fax: 0211/875508-99

www.kieferchirurgie.org

Thema: Ausbildung zur/m Dental-

fachberater/in

Veranstalter: Die Praxisprofis

Pfeiffer + Platen

Termin: 25.09.2010:

09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Bodenstedtstr. 7,

31224 Peine

Sonstiges: Modul 2 für Mitarbeiter

Kursgebühr: 420 EUR + MwSt.

Auskunft:

Die Praxisprofis Pfeiffer + Platen

Frau Hense, Frau Stober

Bodenstedtstr. 7

31224 Peine

Tel.: 05171/5078952

Fax: 05171/16820

Thema: Berechnung implantolo-

gischer Leistungen – Seminar für

Einsteiger

Veranstalter: Christine Baumeister

Termin: 25.09.2010:

09.00 – 16.30 Uhr

Ort: Haltern am See

Kursgebühr: 247 EUR

Auskunft: Christine Baumeister,

Cäcilia Fromme

Heitken 20

45721 Haltern am See

Tel.: 02364/68541

Fax: 02364/606830

www.ch-baumeister.de

Thema: Okklusionskonzepte – der
rationelle Weg zur funktionellen
Kaufläche

Veranstalter: BEGO

Termin: 27./28.09.2010

Ort: Bremen

Kursgebühr: 390 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: Gruppenprophylaxe oder
wie man neue Patienten gewinnt

Veranstalter: DENS Akademie

Termin: 28.09.2010:

16.00 – 18.00 Uhr

Ort: DENS GmbH, DENS Akademie

Georg-Wilhelm-Str. 7,

10711 Berlin (Wilmersdorf)

Sonstiges: Anmeldung erbeten;

2 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 35 EUR

Auskunft:

DENS GmbH, DENS Akademie

Berliner Str. 13

14513 Teltow

Tel.: 03328/334540

Fax: 03328/334547

www.dens-berlin.com

Thema: Patienten sind unsere Zu-
kunft

Veranstalter: FZM e.V. Nürnberg

Termin: 28.09.2010:

13.00 – 19.00 Uhr

Ort: Zahnärztekammer Nürnberg

Kursgebühr: 50 EUR für Mitglieder

FZM und AZ; 100 EUR für Nicht-

mitglieder

Auskunft:

Praxis Dr. Willi Scheinkönig

Neuselsbrunn 6, 90471 Nürnberg

Tel.: 0911/8147666

Fax: 0911/ 2852369

Thema: Die kleine Laborpraxis:

VITA Sirona inLab / CEREC 3D

Veranstalter: VITA Zahnfabrik H.

Rauter GmbH & Co. KG

Termin: 28./29.09.2010

Ort: Leistungszentrum Pinneberg

Sonstiges: Gastreferent/in:

Marianne Höfermann

Kursgebühr: 480 EUR

Auskunft: D.S. & C. Dental Service

and Consulting

Marianne Höfermann

Jägerbauerstr. 15

82061 Neuried

Tel.: 089/751261

Fax: 089/7595782

Thema: CAD/CAM-Führerschein

Veranstalter: BEGO

Termin: 29.09.2010

Ort: Bremen

Kursgebühr: 140 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: Patienten überzeugen,
gewinnen und Umsätze steigern
(Auftaktveranstaltung)

Veranstalter: DENS Akademie

Termin: 29.09.2010:

16.00 – 20.30 Uhr

Ort: DENS GmbH, DENS Akademie

Georg-Wilhelm-Str. 7,

10711 Berlin (Wilmersdorf)

Sonstiges: Anmeldung erbeten;

5 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 70 EUR

Auskunft:

DENS GmbH, DENS Akademie

Berliner Str. 13

14513 Teltow

Tel.: 03328/334540

Fax: 03328/334547

www.dens-berlin.com

Verlust von Kammerausweisen

ZÄK Niedersachsen

Die Ausweise

Nr. 5888 von Doreen Janke

Nr. 2828 von Dr. Jörg Kaczmarek

wurden verloren, gestohlen
beziehungsweise nicht zurück-
gegeben und werden für ungültig
erklärt.

Kontakt:

ZÄK Niedersachsen

Frau Agnes Schuh

Postfach 810661

30506 Hannover

Tel.: 0511/83391-142

Fax: 0511/83391-116

Kraftvoll zugebissen – vom Haifisch zum Säbelzahn tiger

Foto: CC

Robert Uhde

Vom Furcht einflößenden Gebiss des Haifisches über die nadelspitzen Zähne der Fledermaus bis hin zu den mächtigen Stoßzähnen der Elefanten – im Tierreich haben sich in Millionen von Jahren unzählige unterschiedliche Zahnformen herausgebildet. Die meisten davon dienen als Werkzeug zur Nahrungsaufnahme, einige von ihnen fungieren jedoch auch als Waffe oder als Mittel, um zu imponieren. Und – ganz nebenbei – erzählen sie eine Menge über die Evolution des Lebens.

„Und der Haifisch, der hat Zähne – und die trägt er im Gesicht – und Macheath, der hat ein Messer – doch das Messer sieht man nicht“, textete Bertolt Brecht 1928 in seiner Dreigroschenoper. Seine weltberühmte Moritat belegt bildhaft die Hinterhältigkeit des Gangsters Macheath, genannt Mackie Messer, der sein Messer anders als der Hai versteckt am Körper trägt. Im Vergleich zum Ganoven Mackie Messer erscheint der Hai somit als „ehrlicher Räuber“. Und in der Tat: Sichtbar sind seine Furcht erregenden Waffen auf den ersten Blick. Weniger offensichtlich ist allerdings, wie viele davon sich in seinem Kiefer verbergen. Und was sie uns über seinen Träger und die Entstehungsgeschichte der Zähne ganz allgemein verraten können.

Vom Panzerfisch zum Weißen Hai

Anhand von Fossilfunden weiß man, dass die ersten „Zähne“ in der Entwicklung der Wirbeltiere vor rund 450 Millionen Jahren

bei Panzerfischen (Placodermi) entstanden sind, den vermutlichen Vorfahren der Haie. Statt um wirkliche Zähne handelt es sich bei dem Gebiss der Panzerfische jedoch um ein bis zwei Paar großer Knochenplatten im Oberkiefer sowie ein Paar im Unterkiefer, mit denen sie mühelos in der Lage waren, ihre Beute zu zerteilen. Besonders gefürchtet war dabei die Art *Dunkleosteus terrelli*, ein gewaltiger Urfisch mit einer Länge von zehn Metern und einem geschätzten Gewicht von bis zu vier Tonnen. Forscher um Philip Anderson von der Northpark University Chicago haben vor einigen Jahren berechnet, dass der Panzerfisch eine Beißkraft von rund 5000 Newton gehabt haben muss. Und damit doppelt so viel wie der Weiße Hai. Dieser bis zu acht Meter lange Weiße Hai ist ganz unabhängig von dem gleichnamigen Film die größte, nicht Plankton fressende Haiart und damit gleichzeitig der größte heute lebende Raubfisch überhaupt (lat. *Carcharodon carcharias*). Ungewöhnlicherweise war das Gebiss des Urfisches *Dunkleosteus* aber nicht nur kräf-

tig, sondern gleichzeitig auch blitzschnell, so die Forscher. Der Fisch konnte sein riesiges Maul innerhalb einer fünfzigstel Sekunde aufreißen und mit dem starken Sog, der dabei entstand, auch schnelle Beute zwischen seine Kiefer ziehen.

Zum Ende des Devon-Zeitalters, also vor etwa 360 Millionen Jahren, verschwanden die allermeisten Panzerfische wieder von der Erdoberfläche. Etwa seit dem Mittel-Devon gab es dann eine große Zahn-Vielfalt bei frühen Urhaien, deren Zahnaufbau dem heutiger Haie vergleichbar war. Die Hai-Zähne sind sehr wahrscheinlich aus harten Hautschuppen entstanden, wobei die Schuppen auf den Kieferrändern bei frühen Knorpelfischen nach und nach zu Zähnen umgewandelt wurden. Ursprünglich besteht ein solcher Zahn aus einem Dentin-Kegel mit einer nach unten offenen Pulpa-Höhle und ist außen von einer harten, schmelzartigen Substanz (Enameloid) umgeben und mit Bindegewebe am Kiefer befestigt. „Noch heute besitzen die Haie und Rochen diese harten Placoidschuppen, die einen beim Berühren

ihrer Haut an Sandpapier denken lässt“, erklärt die Paläontologin Elke Gröning vom Institut für Geologie und Paläontologie in Clausthal-Zellerfeld.

Lebenslang wachsende Zähne

Knorpelfische, also Haie und Rochen, besitzen eine weitere beneidenswerte Eigenschaft: Ihre Zähne wachsen ein Leben lang am Innenrand des Kiefers in einer Zahnbildungsgrube nach (polyphodontes Gebiss). „Im Ergebnis entsteht so das typische mehrreihige Revolvergebiss mit bis zu 500 Zähnen in bis zu 15 Reihen mit unterschiedlichen Entwicklungsstadien“, so Elke Gröning. Jeder einzelne Zahn ist dabei in ein faserartiges Ligament eingebettet, das wie eine Art biologisches Förderband funktioniert und für jeden ausgebrochenen Zahn fortwährend Ersatzzähne jüngerer Alters nachrücken lässt. Verlorene Zähne können dabei innerhalb weniger Stunden ersetzt werden, so dass den Haien jederzeit ein vollständiges Gebiss zur Verfügung steht. Im Laufe eines ganzen Lebens kann ein Hai auf diese Weise mehrere zehntausend Zähne produzieren. Wie schnell die Zähne dabei jeweils nachrücken, hängt von unterschiedlichsten Faktoren wie dem Alter, der Nahrung, der Wassertemperatur oder der Art des Tieres ab.

Anders als die meisten Säugetiere, bei denen die oberen und unteren Zahnreihen passgenau durch Schließen der Kiefer ineinander greifen, können Haie ihre Zähne allerdings lediglich als Waffe zum Reißen der Beute und nicht zum Kauen einsetzen. Dabei kommt ihnen zugute, dass ihre Kiefer nicht fest, sondern flexibel mittels einer hyostylen Kiefaufhängung mit dem Hirnschädel verbunden sind. So ist es dem Hai möglich, seinen Oberkiefer unabhängig vom Rest des Kopfes zu bewegen.

Leider muss sich die Knorpelfisch-Forschung meist mit den Zähnen der Haie begnügen, da das sonstige Skelett überwiegend aus Knorpel besteht. „Dieses kann zwar oft verkalken, verknöchert aber nicht, so dass man bei den Fossilfunden meist nur noch auf die Placoid-Zähne trifft“, erklärt Elke Gröning. Auch in Deutschland sind zahlreiche Fund-

orte von prähistorischen Haiskeletten oder -zähnen bekannt – unter anderem in Lebach (Saarland), in Niederkirchen (Rheinland-Pfalz) oder in Holzmaden (Baden-Württemberg). Die Funde vermitteln aber nicht nur zahlreiche Informationen über die Lebensweise des jeweiligen Trägers und interessante Details über die Evolution der Zähne allgemein, sondern können auch wichtige Hinweise über die Ausbreitung der Meere in früheren Zeiten geben.

Vom Knochenfisch zum Säugetier

Der größte Hai, der in Deutschland lebte, gehörte wohl zur Gattung *Procarcharodon*, die vor etwa 35 bis 30 Millionen im Gebiet des Mainzer Beckens lebte, wie der Wissenschaftsautor Ernst Probst in seinem Buch „Rekorde der Urzeit“ berichtet: „Er war ver-

Parallel zu den Ur-Haien entwickelten sich im Verlauf der Wirbeltier-Evolution im Erdaltertum auch Knochenfische, Amphibien und erste Reptilien. Dinosaurier und Säugetiere entstanden anschließend wohl zur gleichen Zeit in der Ober-Trias. Statt echter, im Kiefer verwurzelter Zähne mit Schmelz, Dentin, Pulpa und Zement haben etliche Knochenfische und viele Amphibien ähnlich wie Knorpelfische einfache Zähne, die regelmäßig erneuert werden. Besonders berücksichtigt sind dabei die zur Familie der Salmier gehörenden Piranhas, deren Gefährlichkeit allerdings zu einem guten Teil auf Legendenbildung beruht. Immerhin haben die Fische kräftige Kiefer mit messerscharfen Zähnen, mit denen sie in der Lage sind, auch größere Fleischstücke aus ihrer Beute herauszureißen.

Oft haben die oben genannten basalen Wirbeltier-Gruppen (Knochenfische, Amphi-



Das Gebiss der Panzerfische bestand aus großen Knochenplatten im Ober- und Unterkiefer, mit denen sie ihre Nahrung zerteilen konnten.

mutlich bis zu zehn Meter lang und trug bis zu acht Zentimeter lange dolchartige Zähne. Insgesamt besaß er mehr als 160 Zähne. Der weitläufig mit dem Weißen Hai verwandte Raubfisch war damals das größte Lebewesen in der etwa 300 Kilometer langen und maximal 40 Kilometer breiten Meeresstraße, die das Nordmeer in Norddeutschland mit dem Meer im heutigen Alpenvorraum verband.“

bien und erste Reptilien) ein „homodontes Gebiss“ ausgebildet, bei dem alle Zähne die gleiche, spitze und kegelförmige Gestalt haben und somit prinzipiell auch die gleiche Funktion übernehmen. „Bei einigen Gruppen können diese Zähne auch auf anderen Knochen des Munddachs wachsen“, so Elke Gröning. „Neben ihren wurzellosen Zähnen haben vielen Arten auch Hornzähne als Eigenbildungen, wie sie zum Beispiel im

Schlund und in der Speiseröhre von Leder Schildkröten zu finden sind. Ansonsten haben Schildkröten aber bereits sehr früh (mindestens ab der Trias) ihre normale Be-zahnung komplett reduziert.“

Ähnliche Zähne wie viele kleine Raubsaurier hatten auch die meisten „Urvögel“ (Archaeopteryx) des Erdmittelalters. „Mit dem Ende der Kreide verschwanden diese Zähne jedoch, so dass die modernen zahnlosen Vögel stattdessen die unterschiedlichsten Schnabelwerkzeuge entwickelt haben, die zum Reißen, Zerhacken, Stochern, Löffeln, Sägen oder Filtrieren dienen“, so Gröning. Im Ober- und Unterkiefer von ungeborenen Hühnern entdeckte der amerikanische Wissenschaftler Matthew Harris von der Universität von Wisconsin in Madison allerdings zahnartige spitze Auswüchse, die dem Gebiss von Alligator-Embryonen im gleichen Entwicklungsstadium ähneln. Die Fähigkeit, Zähne auszubilden, scheint also bis heute im Erbgut vorhanden zu sein.

Zähne durch Wurzeln fest verankert

Evolutionsgeschichtlich älter als die Klasse der Vögel ist die Klasse der Säugetiere. Anders als bei den meisten übrigen Wirbeltieren sind ihre Zähne in aller Regel durch eine oder mehrere Wurzeln fest im Kiefer verankert. Die Spezialisierung der Zähne in einwurzelige Schneidezähne zum Beißen und Nagen, Eckzähne sowie zwei- bis vierwurzelige Vor- und Hauptbackenzähne zum Schneiden, Kauen und Zermahlen hat das Säugetier-Gebiss im Laufe der Evolution zu hoch spezialisierten Werkzeugen werden lassen (Heterodontie). „Hinzu kommt, dass die oberen und unteren Zahnreihen passgenau beim Schließen der Kiefer ineinander greifen, was ihre Effizienz beim Nahrungszerkleinern erheblich steigert“, beschreibt Elke Gröning einen weiteren Vorteil des Säugetiergebisses. „Auf der anderen Seite ging jedoch durch diese Entwicklung von Gebissverschlussfaktoren der Vorteil des unbegrenzten Zahnersatzes verloren. Stattdessen wechseln fast alle Säuger nur einmal einen Teil der Zähne, wenn der Kiefer der heranwachsenden Jungen die Größe der Erwach-

senen erreicht hat und die primären weniger zahlreichen Milchzähne durch den Druck der sekundären heranwachsenden Ersatzzähne ihre Wurzeln abbauen und herausfallen.“ Die zweiten Zähne sind zwar viel resistenter, können aber im Alter, durch mechanische Abnutzung oder durch Krankheit zerstört werden oder ersatzlos ausfallen.

Von Säbelzähntigern und Mammuts

Im Verlauf der Evolution sind etwa vierzig Säugetier-Ordnungen entstanden (einschließlich der ausgestorbenen Ordnungen). Dieser Formenfülle entspricht eine ebenso große Vielfalt unterschiedlichster Gebisse. So gibt es zum Beispiel auch Säugetiere ohne Zähne: Die Unterordnung der Bartenwale etwa, zu denen auch der Blauwal als größtes Säugetier überhaupt gehört, haben stattdessen lediglich Barten, also verlängerte und verhornte Leisten am Gaumendach des Oberkiefers, die zum Filtern von Krill und Plankton als ausschließlicher Nahrung dienen. Und auch spezialisierte Ameisen- und Termitenfresser wie Schup-

pentiere und Ameisenbären haben ihre Zähne weitgehend bis komplett reduziert. Stattdessen nehmen ihre Nahrung über ihre lange und klebrige Zunge zu sich.

Einige andere Säugetiere, darunter Nagetiere wie Biber, Eichhörnchen, Ratten und Mäuse, haben außerdem Schneidezähne mit weit offenen Wurzeln ausgebildet, die ein Leben lang fortwährend wachsen. Bei den Hasenartigen wachsen zudem auch die Backenzähne permanent nach. Bei sämtlichen Vertretern sind die Zähne auf das Abraspeln von Nahrung eingerichtet, meißelartig verlängert, wurzellos und besitzen eine dicke, harte Schmelzschicht nur auf der Zahn-Vorderseite. „In Verbindung mit dauerndem Nachwachsen und regelmäßiger Abnutzung führt dies zu einem ständigen natürlichen Nachschärfen der Nagezähne“, erklärt die Tierärztin Ines Ott aus Hanau. „Ohne den ständigen Gebrauch würden sich dagegen im Gebiss pathologische Veränderungen ergeben, so dass die Tiere nicht mehr fressen könnten. Ähnliche Probleme kommen immer wieder vor, wenn die Tiere nur Körnerfutter zum Fressen erhalten. Durch mangelnde Gelegenheiten zum Kauen und Nagen kann es dann schnell zu ei-



Um die extrem verlängerten Eckzähne der Säbelzähntiger überhaupt voll einsetzen zu können, konnten die Tiere ihren Unterkiefer in einem Winkel von 95 Grad aufreißen.

Foto: Elke Gröning

nem unkontrollierten Zahnwuchs kommen, so dass die Zähne durch regelmäßiges Schleifen gekürzt werden müssen.“

Daneben behandelt die Tierärztin regelmäßig auch Hunde oder Katzen. Deren Zähne wachsen zwar nicht permanent nach, doch können auch hier schmerzhafte Fehlstellungen entstehen. „So kann zum Beispiel ein Caninus-Engstand dazu führen, dass die Fangzähne des Unterkiefers in den Gaumen des Oberkiefers einbeißen, wo sie dann Schleimhautläsionen oder Zahnläsionen am gegenüber liegenden Fangzahn verursachen können“, so Ines Ott. Die Korrektur der Fehlstellungen erfolgt kieferorthopädisch mit Dehnschrauben oder Aufbissplatten.

Extrem verlängerte Eckzähne

Ein Sonderfall der Evolution sind die zu einer gefährlichen Waffe vergrößerten Eckzähne bei etlichen Schweinearten oder bei verschiedenen Säbelzahnbesitzern. „Solche extrem verlängerten Eckzähne sind innerhalb der Katzen-Verwandtschaft mindestens viermal aufgetreten und finden sich außerdem

auch bei einem südamerikanischen Beutetier“, erklärt Elke Gröning. Bei der größten Art konnten die Zähne eine Länge von bis zu 28 Zentimeter erreichen! Um diese überhaupt voll einsetzen zu können, konnten die Tiere ihren Unterkiefer in einem Winkel von 95 Grad aufreißen. Zum Verschlingen von Beute scheinen die langen sperrigen Zähne aber eher hinderlich gewesen zu sein. Daher wird vermutet, dass die Tiere die Aorta ihrer Beutetiere durchgebissen haben und diese dann verbluten ließen.

Noch größer sind die zu Stoßzähnen umfunktionierten Scheidezähne im Oberkiefer heutiger Elefanten und ihrer fossilen Verwandtschaft wie den Deinotherien („Hauerelefanten“) oder den Mammuts. Deren Stoßzähne konnten eine Länge von über vier Metern und einen Durchmesser von über 20 Zentimeter erreichen, bei einem Gewicht von über 150 Kilogramm! Ähnlich wie bei Walrossen, die ebenfalls lange Zähne aus Elfenbein haben, dienen die Stoßzähne insbesondere zur Demonstration des sozialen Status, also der eigenen Stärke, und führen damit zur erfolgreichen Fortpflanzung. Sie können aber auch als Werkzeug dienen, etwa zum Schneefegen

beim eiszeitlichen Mammut. Die Stoßzähne der weiblichen Elefanten sind bei allen Arten deutlich kleiner als die der Bullen – bei indischen Elefanten besitzen die Weibchen sogar gar keine sichtbar verlängerten Stoßzähne.

Horizontaler Zahnwechsel

Bei den Deinotherien waren die gut entwickelten Stoßzähne statt im Oberkiefer ausschließlich im Unterkiefer ausgebildet. Um mehr über die Ernährungsgewohnheiten der Tiere zu erfahren, startete unlängst ein Forschungsprojekt des Naturhistorischen Museums Mainz (NHM), der Landessammlung für Naturkunde RLP, des Senckenberg Forschungsinstituts Frankfurt am Main und des Hessischen Landesmuseums Darmstadt. Anhand eines im Herbst 2009 ausgegrabenen Unterkiefers eines Jungtieres soll dabei erforscht werden, wie beziehungsweise wofür die Tiere ihre auffälligen Hauer eingesetzt haben. „Auffallend ist insbesondere, dass die mächtigen Stoßzähne nicht nach vorn, sondern zur Brust hin gebogen sind“, berichtet die Paläontologin Gertrud Rößner von der Bayerischen Staatssammlung für Paläontologie und Geologie in München. „Eine Zeit lang wurde daher vermutet, dass das Deinotherium mit seinen Hauern den Boden aufriss, um beispielsweise an Wurzeln zu gelangen. Dazu hätte sich das Tier aber auf den Boden knien müssen, was mir schon wegen der großen Raubtiere zu dieser Zeit eher unwahrscheinlich erscheint. Außerdem hätte der in der Erde vorhandene Sand deutlichere Abriebspuren an den Backenzähnen hinterlassen müssen, was aber nicht nachzuweisen ist. Ich gehe daher eher davon aus, dass die enormen Hauer den Tieren vorrangig dazu dienen, um Rinde von Bäumen abzuspalten.“

Eine besondere Art des Zahnwechsels teilen die Elefanten mit Seekühen, Springbeutlern und manchen Klippschliefern: Bei ihnen werden nicht gleichzeitig alle Zähne einer Zahn-Generation funktionell eingesetzt, sondern nacheinander, von hinten nach vorn. Es liegt also ein horizontaler Zahnwechsel vor. „Auf diese Weise können Elefanten die benötigten großen Mengen an



Foto: MEV

Die zu Stoßzähnen umfunktionierten Scheidezähne im Oberkiefer von Elefanten dienen auch zur Demonstration eigener Stärke.

Nahrung bewältigen“, so Elke Gröning. „Jedes Tier hat dabei maximal sechs Zähne pro Kieferhälfte zur Verfügung. Diese sechs Zähne wachsen zeitlich nacheinander, so dass als aktives Werkzeug immer nur einer pro Kieferhälfte, also vier im Gesamt-Gebiss, gleichzeitig genutzt werden. Während der Abnutzung rücken die einzelnen Backenzähne dann schrittweise weiter nach vorn, um bei völliger Abnutzung schließlich herauszufallen. Gleichzeitig rücken die Zähne der jeweils folgenden Garnitur nach vorne, bis sie jeweils die Position des Vorgängers eingenommen haben.“ Der sechste und damit letzte Satz Zähne erscheint etwa im fünfzigsten Lebensjahr und muss dann für den Rest des Elefantenlebens ausreichen.

Weitere Superlative im Reich der Zähne

Einen ganz anderen Aufbau zeigt das Gebiss der Primaten. Es besteht im Ober- und Unterkiefer auf jeder Seite jeweils aus zwei Schneidezähne, einem spitzkegelförmigen Eckzahn, zwei oder drei vorderen Backenzähnen sowie zwei oder drei Mahlzähnen. In der Afar-Senke in Äthiopien hat ein Forscherteam um den amerikanischen Paläontologen Tim White 1992 die Überreste unseres ältesten bislang bekannten Urahnen *Ardipithecus ramidus* entdeckt, der vor rund 4,4 Millionen Jahren im Gebiet des heutigen Äthiopien lebte. Neben dem Körperbau, der zeigt, dass *Ardipithecus* sich ausschließlich auf zwei Beinen bewegte, gibt dabei auch das Gebiss wichtige Hinweise auf seine Lebensweise. Auf Basis einer morphologischen Bestimmung der fossilen Tierzähne konnte dabei zum Beispiel nachgewiesen werden, dass der Lebensraum von *Ardipithecus* überwiegend mit Wald bedeckt gewesen sein muss. „Das bedeutet, dass sich die Fortbewegung auf zwei Beinen nicht erst als Antwort auf ein Leben in der offenen Savanne entwickelt hat“, so der Paläontologe Ioannis Giaourtsakis von der Universität München, der an der Analyse der Funde beteiligt war. „Außerdem tragen die männlichen Primaten mit Ausnahme des Menschen normalerweise stark vergrößerte Eckzähne, mit denen sie drohen und angreifen. Die Eck-

zähne von *Ardipithecus* waren dagegen ähnlich wie beim heutigen Menschen stark reduziert, was möglicherweise auf eine soziale Struktur ohne große Konflikte zwischen Männchen schließen lässt.“

Neben den beschriebenen Phänomenen gibt es eine Reihe weiterer Auffälligkeiten im „Reich der Zähne“. So können zum Beispiel einige Arten von afrikanischen Buntbarschen bis zu 3.000 Zähne in Mund und Rachen besitzen. Und damit mehr als jedes andere Tier! Jeder einzelne Zahn wird dabei alle 50 bis 100 Tage durch einen anderen er-

gerichtet und dienen ausschließlich dem Festhalten der Beute und dem Befördern in die Speiseröhre. Die Ausrichtung der Zähne in Richtung des Körpers sorgt dabei dafür, dass das Beutetier sich nicht mehr aus dem Kiefer herauswinden kann. Als weitere Besonderheit kann die Schlange ihren Unterkiefer vorübergehend ausrenken, da er nicht fest mit dem Schädel verbunden ist. Auf diese Weise kann sie auch große Beute herunterschlingen. Nach dem Schlucken muss der Kiefer dann durch kreisförmige Bewegungen wieder eingelenkt werden.



Foto: Elke Gröning

Die vergrößerten Eckzähne von Säbelzahnbesitzern konnten auch als Waffe eingesetzt werden.

setzt. Die meisten Zähne unter den Säugetieren hat dagegen der ostpazifische Delfin mit 252 Zähnen. Und die härtesten Zähne finden sich bei der Maus, deren winzige Zähne einen Härtegrad nach Mohs von 9,6 aufweisen können (der Diamant als härtestes natürlich vorkommendes Mineral hat im Vergleich einen Härtegrad von 10).

Eine weitere Besonderheit im Tierreich sind die Zähne von Giftschlangen, die in ihrem Inneren einen Kanal enthalten. Die Zähne sind also ähnlich wie eine Injektionsnadel aufgebaut, mit einer Giftdrüse an der Zahnbasis und einer Öffnung in der Nähe der Zahnschmelze, an der das giftige Sekret zum Töten ihrer Beute austritt. Alle anderen Zähne der Schlange sind durchweg nach hinten

Ähnlich Furcht erregend präsentiert sich das mächtige Gebiss einiger Tiefseefische. Die langen Zähne dienen dabei als möglichst große „Futterfängergeräte“. Da die Beutedichte in der Tiefsee nicht besonders groß ist, fangen diese Fische alles, was sie bekommen können, auch wenn die Beute deutlich größer ist als sie selbst. „Dafür haben sie speziell dehnungsfähige Mägen ausgebildet und können so von einer überdimensionierten Beute lange existieren“, so Elke Gröning. Auch das ist eine perfekte Anpassung an die Bedingungen der Umwelt.

Robert Uhde
Grenadierweg 39
26129 Oldenburg

Geschäftsjahr 2009 der apoBank

Großes Vertrauen auf bessere Zeiten

Einen schweren Brocken hatte die apoBank am 18.06.2010 zur Seite zu räumen: Auf der diesjährigen Vertreterversammlung wurde über das Geschäftsjahr 2009 berichtet, das das schlechteste in der Historie der Genossenschaftsbank darstellt. Nach intensiver Aussprache wurde von den Vertretern sowohl dem amtierenden Vorstand als auch dem Aufsichtsrat das Vertrauen ausgesprochen.



Foto: apoBank

Der Gesamtvorstand der apoBank: Werner Albert Schuster, Claus Verfürth, Herbert Pfennig, Generalbevollmächtigter Dr. Thomas Siekmann und Stefan Mühr (v.l.n.r.)

Bei der Entlastung des Vorstands hatte der Aufsichtsrat vorgeschlagen, im Hinblick auf laufende Untersuchungen zu möglichen Verfehlungen von Vorständen bei der Mitwirkung am Geschäftsbereich strukturierter Wertpapiere die Entlastung von Gerhard K. Girner, Günther Herion, Günter Preuß und dem früheren sowie aktuell amtierenden Vorstandsmitglied Werner Albert Schuster auf die nächste Vertreterversammlung zu verschieben.

Die anwesenden Vertreter erteilten den Vorständen Stefan Mühr, Herbert Pfennig und Claus Verfürth einstimmig die Entlastung für das Geschäftsjahr 2009. Als Begründung wurde seitens einzelner Mitglieder der VV immer wieder darauf verwiesen, dass die verlustreichen Geschäfte der Standesbank von Ärzten und Apothekern im Jahre 2009 nicht dem aktuellen Vorstand geschuldet, sondern vorwiegend auf das Management früherer Vorstände zurückzuführen seien. In der VV wurde sowohl Kritik an der vergangenen Geschäftspolitik laut als auch Verständnis, dass der amtierende Vorstand das schlechte Geschäftsergebnis 2009 nicht zu verantworten habe. Der Vorsitzende des Aufsichtsrates, Apotheker Hermann Stefan Keller, unterrich-

tete die VV darüber, dass der Aufsichtsrat bereits im November 2009 ein Gutachten in Auftrag gegeben hat, das das Geschäftsgebaren des ehemaligen Vorstandsmitglieds Günther Herion untersuchen soll. Herion war bis zum 30. November 2009 als Vorstand der apoBank für deren Risiko-Kapitalgeschäfte verantwortlich. Gerade in diesem Geschäftsbereich musste die apoBank 2009 eine saldierte Risikovorsorge von 485,1 Millionen Euro verzeichnen, so dass erstmalig in der Geschichte der Bank keine Dividende ausgeschüttet werden konnte. Das Gutachten soll klären, ob eventuelle Pflichtverletzungen seitens des Risiko-Vorstands vorliegen und ob mögliche Schadensersatzansprüche gegen Herion zur Geltung gebracht werden können.

Portfolio wurde überprüft

In seinem Vorstandsbericht informierte apoBank-Vorstandssprecher Herbert Pfennig die VV über das abgelaufene Geschäftsjahr 2009. Pfennig ist seit Juli 2009 Vorstandssprecher der apoBank und hatte seitdem auch die Aufgabe, Geschäftsergebnisse der Bank nach außen zu kommunizieren. Laut Pfennig war

2009 „eines der schwierigsten Jahre in der Geschichte der apoBank“. Erstmals in ihrer Historie musste die Bank einen Jahresfehlbetrag in Höhe von 283,1 Millionen Euro ausweisen. Pfennig: „Ein Ergebnis, das meine Kollegen und ich sehr bedauern und das für diese Bank einmalig bleiben muss. Jegliche Rechtfertigungen hierfür wären absolut fehl am Platz.“ Man habe die Bank gründlich durchleuchtet und Transparenz über das Portfolio strukturierter Finanzprodukte, jener Geschäftsbereich, der in der Vergangenheit für zahlreiche Verlustgeschäfte verantwortlich war, hergestellt.

Zwar konnte der Fehlbetrag mit den Rücklagen der Bank kompensiert werden. Dennoch entschied sich der Vorstand für eine komplette Veränderung der strategischen Ausrichtung der apoBank, sagte Pfennig. So soll das Portfolio der strukturierten Finanzprodukte sukzessive zurückgefahren werden. Bereits 2009 verringerte man diesen Geschäftsbereich um 1,1 Milliarden Euro auf 4,5 Milliarden Euro. Die apoBank werde sich, so Pfennig, stattdessen verstärkt ihrem Kerngeschäft, dem Kundengeschäft mit Ärzten, Zahnärzten und Apothekern widmen. Hier konnte die Bank 2009 einen Erfolg verbuchen, da sich das traditionelle Kreditgeschäft als Wachstumstreiber darstellte: Hauptertragsquelle war 2009 der Zinsüberschuss, der mit 618,2 Millionen Euro ein neues Rekordhoch erreichte. „Die Neuauleihungen im Darlehensbereich lagen mit über vier Milliarden Euro deutlich über dem hohen Vorjahresniveau“, so Pfennig. Dies zeige, dass die apoBank ein funktionierendes Geschäftsmodell habe mit Kunden allererster Bonität und Qualität.

Um die Eigenkapitalsituation der Bank zu verbessern, ermächtigte die Vertreterversammlung den Vorstand, Verträge über eine stille Beteiligung an der apoBank mit einem Volumen von 50 bis maximal 200 Millionen Euro abzuschließen. Diese Einlage, die in einzelnen Tranchen unterzeichnet werden kann, soll vor allem bei ärztlichen Versorgungswerken platziert werden. sg

Interview mit apoBank-Aufsichtsratsmitglied Dr. Eßer und Vorstandssprecher Pfennig

Konzentration auf das Kerngeschäft

Die internationale Finanzkrise ist auch an der Genossenschaftsbank der Heilbruffer nicht spurlos vorübergegangen. Die strategische Neuausrichtung weg vom Risikogeschäft mit Wertpapieren und hin zu einem Ausbau des angestammten Kerngeschäfts hat seit gut einem Jahr die Arbeit des Aufsichtsrats und des neu formierten Vorstands der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) bestimmt. Die zm sprachen mit apoBank-Sprecher Herbert Pfennig und Aufsichtsratsmitglied Dr. Wolfgang Eßer über Ziele, Strategien und den aktuellen Stand.



Stehen für einen guten Dialog zwischen Aufsichtsrat und Vorstand: apoBank-Vorstandssprecher Herbert Pfennig und Aufsichtsratsmitglied Dr. Wolfgang Eßer

zm: Herr Pfennig, ‚Lieber operieren und einmalig Schmerzen ertragen als ein langes Siechtum erleiden. In unserer Situation wären Kompromisse hierzu auch fehl am Platz‘, haben Sie auf der diesjährigen Vertreterversammlung gesagt. Wie geht es dem Patienten apoBank, wie ist zurzeit die Prognose?

Pfennig: Um in der bildhaften Sprache zu bleiben: Die ‚Operation‘ war der Jahresabschluss 2009 mit einem Verlustausweis und dem Dividendenausfall. Diese Operation hat der Patient gut überstanden. Die Genesung verläuft erstklassig, fast überplanmäßig gut. Wir haben eine relativ anspruchsvolle Geschäftsplanung für das Jahr 2010 aufgestellt – hohe Grundertragskraft,

hohe operative Ertragskraft – da liegen wir absolut im Plan. Die Belastungen aus der Finanzmarktkrise sind nach wie vor nennenswert, aber sie bewegen sich in einem Rahmen, den die apoBank beherrscht und verkraften kann und der erlaubt, an unserer Planung festzuhalten. Insgesamt bedeutet dies, dass wir aus heutiger Sicht einen Jahresüberschuss planen, der wieder eine Dividendenausüttung ermöglicht. Auch wenn die Finanzkrise noch nicht vollständig überwunden ist, sind wir als Bank insgesamt auf einem guten Weg.

zm: Herr Dr. Eßer, nach 108 Jahren apoBank das erste Jahr ohne Dividende – das ist etwas, was Genossenschaftler sicherlich erst einmal verdauen müssen. War dieser

Einschnitt aus Sicht des Aufsichtsrats notwendig?

Eßer: Dies war leider nicht zu vermeiden. Wir haben diese Frage natürlich auch im Aufsichtsrat intensiv diskutiert. Im Mittelpunkt stand hierbei immer das Interesse der Eigentümer, also der Genossen; und für die ist es wichtig, dass wir eine Lösung finden, mit der die apoBank am schnellsten und effizientesten den Weg in eine stabile und wieder erfolgreiche Zukunft findet. Vor diesem Hintergrund war es unumgänglich, für das Geschäftsjahr 2009 auf eine Dividendenzahlung zu verzichten. Denn dadurch, dass keine Dividende ausgezahlt wurde, musste die Bank die für den Geschäftsbetrieb erforderliche Substanz nicht antasten und der Jahresfehlbetrag konnte mit den Rücklagen kompensiert werden. Nichtsdestotrotz: Das muss ein einmaliger Vorgang bleiben. Wie Herr Pfennig bereits beschrieben hat, ist die Bank auf einem guten Weg und plant, in 2010 wieder eine Dividende zu zahlen.

zm: Einem Teil des ehemaligen Vorstands ist aufgrund von offenen Fragen zu Risikogeschäften der Bank auf der Vertreterversammlung die Entlastung versagt worden. In einem Fall weiß man, dass geklagt wird. Wie ist der derzeitige Stand, sind weitere Klagen zu erwarten?

Eßer: Selbstverständlich kommt der Aufsichtsrat der Bank hier seiner gesetzlichen Pflicht nach, die Möglichkeit von Ansprüchen gegen Organe zu überprüfen und gegebenenfalls auch zu verfolgen. Wir als Aufsichtsrat haben ein Gutachten in Auftrag gegeben, um festzustellen, ob es zu möglichen Verfehlungen von Vorstandsmitgliedern im Zusammenhang mit dem Kauf solcher strukturierter Finanzpapiere gekommen ist. Auf Basis eines Zwischengutachtens haben wir gegen ein ehemaliges Vorstandsmitglied Klage erhoben. Sollten sich bei der Fertigstellung des Gutachtens ähnliche Erkenntnisse auch gegen weitere Mitglieder des Vorstandes herausstellen, wird der Aufsichtsrat auch hier eine gerichtliche Klärung herbeiführen.

zm: Herr Pfennig, Sie haben angesichts der vorgefundenen Sachlage als neuer Vorstand die Lage analysiert und vermeldet, dass sie eine rückbesinnende Konzentration auf das Kerngeschäft wollen. Dort ist die apoBank ja nicht konkurrenzlos. Auch andere Unternehmen buhlen um das Geschäft mit den Heilberuflern. Wie schätzen Sie die Perspektive der apoBank hier ein?

Pfennig: Dass wir in diesem Feld ‚nicht konkurrenzlos‘ sind, ist nicht richtig: Mit unserem Geschäftsmodell sind wir einmalig. Es gibt kein zweites Haus, das sich eins zu eins und mit großem Erfolg auf die Belange einer bestimmten Kundengruppe spezialisiert hat. Unsere Stellung und Marktdurchdringung im Segment der Angehörigen der Heilberufe ist unverändert hoch und liegt aktuell

» Es gibt kein zweites Haus, das sich eins zu eins und mit großem Erfolg auf die Belange einer bestimmten Kundengruppe spezialisiert hat.

mit der Existenzgründung Kreditnehmer. Dann beginnt er sukzessive mit der Vermögensbildung. Nach der Tilgung des Kredits oder zum Zeitpunkt der Praxisabgabe werden für die Vermögensbildung die meisten Mittel zur Verfügung stehen. Unser Ziel ist es, unsere Kunden noch mehr als heute über alle Lebensphasen zu begleiten.

Zu diesem Zweck haben wir im letzten Jahr eine Vertriebsoffensive gestartet, um unser Geschäft sowohl in der geografischen Breite als auch in der Tiefe beim Einzelkunden deutlich auszubauen: 2009 haben wir über 90 Berater nur für das Kundengeschäft eingestellt, für das Beratungsgeschäft werden es in diesem Jahr 40 bis 45 werden. Darüber

hinaus kommen neue Standorte hinzu. Wir wollen unsere Organisation nach vorne treiben, um noch mehr für den

Kunden zur Verfügung zu stehen, das heißt wir wollen das Verhältnis der Kundenzahl zur Betreuerzahl weiter verbessern. Dazu werden wir unsere Vertriebsstrategie systematisch fortführen und ausbauen.

zm: Gibt es zurzeit merkbliche Veränderungen im Markt, auf die Sie sich wegen der gesundheitspolitischen Entwicklungen gesondert einstellen müssten?

Pfennig: Der Gesundheitsmarkt befindet sich in einem stetigen Wandel. Beispielsweise sind immer mehr angestellte akademische Heilberufler in Kliniken und MVZs beschäftigt. Dies sind wichtige Kunden für uns. Und wir sehen natürlich, dass es – auch im Zuge der Feminisierung – tendenziell weniger junge Ärzte und auch Zahnärzte gibt, die bereit sind, die hohen Risiken einer selbstständigen Freiberuflichkeit auf sich zu nehmen.

zm: Herr Dr. Eßer, auch wenn es im zahnärztlichen Bereich sicherlich die Ausnahme darstellt, aber die Kunden der apoBank fahren nun mal mehr und mehr auch unter der Flagge größerer Geschäftseinheiten wie Praxisketten oder MVZ. Haben die in den Aufsichtsrat gewählten Genossenschaftler auch den Blick auf die Beachtung berufsständischer Gepflogenheiten wie die Förderung von freier Arztwahl, Therapiefreiheit oder Freiberuflichkeit?

Eßer: Die Entwicklung, die Sie völlig zu recht ansprechen, das heißt die Gründung von neuen Versorgungsstrukturen und MVZs, wird ja im Wesentlichen im ärztlichen ambulanten Bereich aktiv verfolgt. Für den zahnärztlichen Bereich spielen diese meines Erachtens keine relevante Rolle. In der medizinischen Versorgung ist dieser Trend aber stark ausgeprägt. Die apoBank hat als die Bank im Gesundheitswesen den Aufbau neuer Versorgungs- und Kooperationsformen von Beginn an begleitet. Für uns als Aufsichtsrat, und auch für den Vorstand, war es immer wichtig, dass hierbei Strukturen im Mittelpunkt stehen, die von Heilberuflern getragen werden und somit von Ärzten für Ärzte errichtet sind. Wir stehen diesen Strukturen offen gegenüber, legen aber sehr viel Wert auf den Erhalt der Freiberuflichkeit. Schließlich ist der satzungsmäßige Auftrag der Bank die wirtschaftliche Förderung der Heilberufsangehörigen.

zm: Ist eigentlich die genossenschaftliche Besetzung des Aufsichtsrats angesichts der immer komplexeren Materie des internationalen Finanzgebarens ein ausreichend professioneller Ansatz, um die anstehenden Aufgaben zu bewältigen?

Eßer: Die apoBank ist eine Genossenschaftsbank, die getragen wird von den Heilberufen. Und insofern ist es auch richtig und zutreffend, dass die Heilberufler ihre Erfahrung in den Aufsichtsrat einbringen. Aber jeder Aufsichtsrat muss sich auch mit der schwierigen und komplexen Materie, die mit den heute existierenden Finanzinstrumenten verbunden ist, beschäftigen. Er muss sich hier fortbilden und Kenntnisse aneignen. Das wird vielfach in Eigeninitiative getan, aber auch sehr stark von der Bank gefördert. Uns als Aufsichtsrat geht es nicht darum, das operative Geschäft abzuwickeln, das verantwortet der Vorstand. Wichtig ist, dass wir dem Vorstand die richtigen und kritischen Fragen stellen und uns nur mit überzeugenden und belegbaren Antworten zufrieden geben. Und bei diesem Prozess greifen wir auch auf die Kompetenz von Wirtschaftsprüfern und anderen Experten zurück.

In unserem Aufsichtsrat werden ganz aktuell auch die neuen gesetzlichen Regelungen umgesetzt: Zukünftig wird es mindestens

ein Mitglied geben, das professionelle Kenntnisse im Bankengeschäft mitbringt. Damit erreichen wir eine noch bessere Kombination zwischen Heilberufen und externem Finanzwissen im Aufsichtsrat.

zm: Wie sehen Sie als Mitglied des Aufsichtsrats nach mehr als einem Jahr nach dem personellen Wechsel die Zusammenarbeit mit dem neuen Vorstand? Ist dieser personelle Umbau jetzt abgeschlossen?

Eßer: Die Zusammenarbeit zwischen Vorstand und Aufsichtsrat im vergangenen Jahr war ausgesprochen eng und intensiv. Der Vorstand wurde in den letzten zwei Jahren nahezu vollständig neu besetzt. Das neue Vorstandsteam verkörpert einen ausgewogenen Mix, sowohl was das Lebensalter als auch die Herkunft angeht – darunter drei waschechte apoBanker, die hier in der Bank von der Pike auf das Bankgeschäft gelernt haben. Mit Herrn Pfennig haben wir einen erfahrenen Manager, der auch schon andernorts eine Bank sehr erfolgreich durch schwieriges Fahrwasser geleitet hat. Ich bin zuversichtlich, dass das neue Vorstandsteam mit seiner Erfahrung, Dynamik und einem hohen Maß an Engagement die Geschicke der Bank erfolgreich leiten wird.

zm: Wie ist das aus der Sicht des Vorstands? Kann man sagen, dass man nach der Umstellungsphase schon wieder eher beim normalen operativen Geschäft angelangt ist?

Pfennig: Zu Beginn meiner Arbeit standen die Themen rund um die Wertpapierbestände, natürlich auch der Wechsel im Vorstand und die Neuorganisation der Vorstandsarbeit im Vordergrund. Das ist nun weitgehend abgeschlossen, so dass inzwischen wieder das ‚normale operative Geschäft‘ dominiert. Zukünftig werden wir uns konsequent auf das Kerngeschäft konzentrieren und die Bank einfacher machen. Durch den Dialog mit den Spitzenvertretern der Heilberufler sind wir in der Lage, Trends frühzeitig zu erkennen, und neue Ideen im Dialog zu erproben. Hier sind wir einmalig gut aufgestellt.

Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang nochmals kurz auf die Zusammenarbeit mit dem Aufsichtsrat eingehen.

Die Zusammenarbeit zwischen Vorstand und Aufsichtsrat hat in den vergangenen



Fotos: Philipp Oemmelen

Wollen Risikogeschäfte mit Wertpapieren ganz aus dem Portfolio nehmen: Herbert Pfennig und Dr. Wolfgang Eßer im Gespräch mit Egbert Maibach-Nagel

zwölf Monaten eine enorme Intensität angenommen. Unsere Aufsichtsräte haben aufgrund des Wertpapierportfolios einen extrem hohen Anspruch zu bewältigen. Ich habe sehr großen Respekt, wie sich die Eigentümer, aber auch die Mitarbeitervertretung in diese fachlich hochkomplexen Themen eingearbeitet haben. Was in solchen Zeiten unternehmerisch gut und angemessen ist, bedeutet für die Aufsichtsräte ein zeitliches Engagement weit jenseits der üblichen Pflichterfüllung.

zm: Herr Pfennig, bezüglich der Finanzierungen von MVZs haben Sie vom notwendigen Austarieren des Kreditgeschäfts gesprochen, weil Sie festgestellt haben, dass die angestellten Ärzte anders denken und arbeiten als die selbstständig Niedergelassenen. Ist das Angestelltendasein der Ärzte ein Trend, auf den sich die Bank zunehmend einstellt und wenn ja, welche Konsequenzen hat das auf das Kerngeschäft der apoBank?

Pfennig: Es gibt zunehmend angestellte Ärzte. Aus diesem Grund haben wir uns im Kerngeschäft auch auf diese Entwicklung eingestellt: Seit Anfang 2009 betreuen wir die angestellten akademischen Heilberufler intensiver mit speziell ausgerichteten Privatkundenberatern. Mehr als 60 Berater küm-

mern sich derzeit ausschließlich um die Belange unserer angestellten Kunden. Der Erfolg sowie der Zuspruch von Seiten der Angestellten geben uns bereits nach anderthalb Jahren recht, und das Potenzial ist noch groß.

Dennoch wünschen wir uns, dass so viele junge Mediziner wie möglich den Mut

haben, sich selbstständig zu betätigen. Egal ob sie den Weg über eine eigene Praxis, eine Gemeinschaftspraxis oder über eine andere Ausübungsform gehen wollen – wir können eine adäquate Finanzierungsform anbieten und mit unserer Expertise genau abschätzen, ob das Vorhaben erfolgversprechend ist. Und auch in schwierigen Phasen steht die apoBank ihren Kunden zur Seite und hat für die Gründer bei Bedarf Lösungen parat. Dass wir Wege in die Freiberuflichkeit konsequent fördern, zeigt sich auch in unserer Beteiligung an der Patiomed.

zm: Worin unterscheidet sich die Arbeit von Patiomed gegenüber herkömmlicher MVZ-Förderung und wo liegt der Segen dieses Projekts aus genossenschaftlicher Sicht?

Pfennig: Beim MVZ haben Sie in der Regel einen Investor, der die Ärzte als Angestellte führt. Geschäftsgegenstand der Patiomed

» Durch die Struktur der Genossenschaft ist gewährleistet, dass dieses Institut in ganz besonderer Weise Entwicklungen vordenken und sich darauf einstellen kann.
Dr. Eßer

AG ist hingegen die Gründung von ärztlichen Versorgungszentren, die Beteiligung an solchen Zentren sowie deren Unterstützung, zum Beispiel durch Übernahme von Consulting-, Management- und Servicefunktionen. Hiermit will Patiomed als eine der Vertragsärzteschaft nahestehende Unternehmung gerade die freiberufliche Tätigkeit in der ambulanten Versorgung unterstützen und vor allem dem ärztlichen ‚Nachwuchs‘ eine echte und attraktive Alternative zur Tätigkeit im Krankenhaus oder im MVZ bieten. Das heißt, Patiomed stellt ein Gegenmodell zu MVZ-Strukturen mit primär angestellten Ärzten dar.

Ziel von Patiomed ist die Etablierung ergänzender Formen ärztlicher Unternehmens- und Versorgungsstrukturen bei denen der Erhalt der Freiberuflichkeit und die Niederlassung in eigener Praxis im Vordergrund stehen. Das neue Versorgungsunternehmen wird aus der Ärzteschaft heraus aufgebaut, das heißt es ist ein Unternehmen ‚von Ärzten für Ärzte‘ und spiegelt damit gerade den genossenschaftlichen Gedanken wider.

zm: War der Weg zu Patiomed seitens des Aufsichtsrats eigentlich von einer homogenen Diskussion mit dem Vorstand der Bank geprägt?

Eßer: Die Diskussion als solche war homogen und konstruktiv. Natürlich wurde insbesondere vor dem Hintergrund, dass mit der

KBV eine Körperschaft in eine solche Struktur einsteigt, die Beteiligung der apoBank intensiv diskutiert.

zm: Die apoBank will bis 2014 den Bestand an strukturierten Finanzprodukten, das heißt verbrieften Hypothekenkrediten und Unternehmensrisiken, um weitere zwei Milliarden auf dann noch 2,5 Milliarden Euro zurückschrauben. Reicht das aus oder ist das nur eine Etappe im Wettlauf gegen eventuell weitere ‚Blasen‘ im internationalen Geschäft?

Pfennig: Wir bauen dieses Portfolio konsequent ab. Wir werden es bei 2,5 Milliarden nicht stehen lassen, sondern es muss eines Tages bei ‚Null‘ landen. Diese sogenannten strukturierten Finanzprodukte gehören nicht zum Geschäftsmodell der apoBank. Uns geht aber es um einen wertschonenden Abbau, das heißt wir können unsere Bestände nicht sofort und komplett verkaufen, da dies aufgrund der nicht gegebenen Liquidität der Papiere mit deutlichen Abschlägen und mit sofortigen Verlusten einhergehen würde. Wir prüfen aber natürlich fortlaufend Desinvestitionsmöglichkeiten. Sie müssen sich das vorstellen wie im Immobilienmarkt: Da gibt es Zeiten, in denen es einfach nicht ratsam ist, die Immobilie mit Gewalt zu verkaufen,

vorausgesetzt man kann sich das auch leisten; da ist es dann besser abzuwarten, bis der Markt sich wieder erholt hat, um einen höheren Preis beim Verkauf zu realisieren.

Bis 2014 zweieinhalb Milliarden abzubauen, ist ein realistisches Ziel. Wenn sich die Bedingungen an den Finanzmärkten deutlich verbessern, geht es vielleicht schneller. Fakt ist, dass diese Produkte nicht mehr zu unserem Kerngeschäft zählen.

zm: Wie werden Aufsichtsrat und Vorstand konkret ihre kurz-, mittel- und langfristigen Strategien und Ziele ausrichten, damit die apoBank sich künftig gut absichern und im Wettbewerb behaupten kann?

Pfennig: Wir haben ein Geschäftsmodell, das exzellent funktioniert und erfolgreich ist. Daran sollte man nicht mit Gewalt schrauben. Uns geht es darum, unsere Marktposition zu festigen. Hier geht es um Vertrauen und um Zuverlässigkeit. Im Mittelpunkt stehen dabei die Bedürfnisse unserer Kunden. Ihnen werden wir mit Pro-

„**Wir haben ein Geschäftsmodell, das exzellent funktioniert und erfolgreich ist. Daran sollte man nicht mit Gewalt schrauben.**“
Herbert Pfennig

dukten und Dienstleistungen erster Qualität begegnen und auch darauf achten, dass wir dazu intern sehr

effizient aufgestellt sind. Nur damit überzeugen wir unsere Kunden und behaupten uns im Wettbewerb.

Es darf bei uns kein Produkt geben, das dem Kunden keinen Vorteil bringt und nur der Bank nutzt. Jedes Produkt muss beiden gleichermaßen einen Nutzen bringen. Dieses Unterscheidungsmerkmal müssen wir noch stärker herausstellen. Darüber hinaus ist es uns wichtig, dass wir den genossenschaftlichen Gedanken intensiver leben, dass wir in Kreisläufen denken. Unsere Vision ist, dass sich Ärzte, Apotheker und Zahnärzte in einer Art Kreislauf selbst versorgen. Mit anderen Worten: die Einlagen der Heilberufler decken den Finanzierungsbedarf der Heilberufler.

Im Anlagegeschäft schöpfen wir derzeit noch nicht genug die vorhandenen Potenziale aus. Aber auch hier können wir über die Themen Seriosität, Zuverlässigkeit in der Beratung und fairer Vertrieb unverwechselbar werden. Wenn uns das gelingt, dann



Zentrale für ein genossenschaftliches Filialnetz: Die Hauptverwaltung der apoBank in Düsseldorf.

steht der apoBank in den nächsten Jahren noch weiteres großes Wachstum bevor.

Eßer: Ich unterstreiche bei dem, was Herr Pfennig gesagt hat, vor allem den genossenschaftlichen Gedanken, dass sich Ärzte, Apotheker, Zahnärzte und Tierärzte über die Bank selbst versorgen können sollen.

Wenn man der Krise etwas Gutes abgewinnen kann, dann die überaus positive Erfahrung, wie sehr die Bank zum einen von den Heilberufen getragen wird und wie groß ihr Rückhalt dort ist. Zum anderen ist es für mich besonders beeindruckend gewesen zu erleben, wie treu und überaus engagiert alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu ihrer apoBank gestanden haben und stehen und mit welchem Engagement der Vorstand der Bank an der Bewältigung der Krise und der strategischen Neuausrichtung der Bank arbeitet. Ihnen allen gilt ein ganz wesentlicher Dank des Aufsichtsrats.

Ich bin sicher, dass die Bank für die Zukunft gut aufgestellt ist. Auch wenn noch nicht alle Probleme überwunden sind, haben wir doch einen guten Teil des vor uns liegenden Weges schon bewältigt. Die genossenschaftliche Struktur der Bank versetzt uns in die Lage, in ganz besonderer Weise auch auf zukünftige Veränderungen im Gesundheitswesen zu reagieren, was andere Mitbewerber im Finanzdienstleistungsgeschäft nicht in dieser Form können.

Als Aufsichtsrat wünsche ich mir für die Zukunft eine noch intensivere geschäftliche Verzahnung der Bank mit ihren Kunden und Genossen: Nicht mehr nur die Existenzgründung schwerpunktmäßig begleiten zu dürfen, sondern quasi lebensbegleitend der kompetente Partner der Heilberufsangehörigen in allen Finanzdienstleistungsfragen werden zu dürfen, muss ein wichtiges Ziel der apoBank für die Zukunft sein.

zm: Danke für das Gespräch.

Das Interview führte Egbert Maibach-Nagel

Risikolebensversicherung

Schutzmantel für die Familie

Sinnvoll und günstig – es gibt nur wenige Versicherungen, die so wichtig sind wie eine Risikolebensversicherung. Sie bewahrt die Angehörigen vor dem finanziellen Ruin, falls der Ernährer der Familie stirbt. Deshalb gehört diese günstige Police in jedes Vorsorgekonzept.



Foto: MEV

Damit die Familienangehörigen abgesichert sind, empfiehlt sich der Abschluss einer Risikolebensversicherung.

Ein Lastwagenfahrer rast in ein Stau-Ende und zerquetscht den vor ihm stehenden Pkw. Der junge Fahrer ist sofort tot. Er hinterlässt eine Frau und zwei Kinder. Schreckensnachrichten wie diese füllen beinahe täglich die Schlagzeilen. Die Leser haben sie am nächsten Tag vergessen. Doch die Mutter mit den beiden Kindern steht vor dem Scherbenhaufen ihres Lebens. Wie soll es weitergehen? Zur Trauer kommt die Sorge um die finanzielle Sicherheit. Glück haben bedeutet in diesem Fall: Es gibt genug Vermögen oder der Ernährer der Familie – meistens sind es immer noch die Väter – hatte eine Risikolebensversicherung abgeschlossen, die jetzt zahlt.

Als Grund für den Abschluss einer Risikolebensversicherung muss aber nicht gleich das schlimmste Ereignis herhalten. Auch für die Absicherung eines Kredits eignet sich

diese Police. Wer unter die Immobilienbesitzer geht und eine Hypothek benötigt, von dem verlangt die Bank ohnehin eine Kreditversicherung, die einspringt, wenn der Kreditnehmer stirbt. Die Hinterbliebenen müssen das Haus verkaufen, wenn das Einkommen für die Ratenzahlungen nicht mehr reicht. Mit der Versicherungssumme können sie den Kredit auf einen Schlag ablösen. Besonders für Selbstständige und Freiberufler wie zum Beispiel Zahnärzte ist eine solche Absicherung unabdingbar. So sieht es auch Edda Castelló, Versicherungsexpertin bei der Verbraucherzentrale Hamburg: „Eigentlich sollte jede junge Familie eine Risikolebensversicherung haben.“

Deshalb ist es erstaunlich, dass es nur 6,6 Millionen Risikolebenspolizen gibt mit einer durchschnittlichen Versicherungssumme von rund 70 000 Euro.

Versicherungssumme oft zu gering für Absicherung

Dieser Betrag reicht bei weitem nicht, um die Hinterbliebenen abzusichern. Castelló meint dazu: „Die unterste Grenze sollte der Kredit fürs Haus sein.“ Doch das ist sehr knapp gerechnet. Will eine Mutter mit zwei kleinen Kindern über die Runden kommen bis der Nachwuchs selbstständig ist, sind selbst 100 000 Euro zusätzlich zu der Summe, die für die Absicherung des Darlehens benötigt wird, wenig. Den Bedarf muss jede Familie selbst ermitteln. Die Verbraucherzentralen empfehlen in ihrem Ratgeber „Privatrenten und Lebensversicherungen“: Stellen Sie alle Einkünfte der überlebenden Familienangehörigen den Ausgaben gegenüber. Ergibt diese Rechnung zum Beispiel eine Lücke von monatlich 1 000 Euro, emp-

fehlen Experten, dies mit dem Faktor 300 zu multiplizieren. 300 000 Euro wäre demnach die optimale Versicherungssumme, die den Hinterbliebenen in diesem Fall den Lebensstandard sichert.“ Das Kalkül der Experten: Die Summe wird zu vier Prozent angelegt. Das ergibt eine monatliche Summe von 1 000 Euro ohne dass die Versicherungssumme angegriffen wird. Selbst ohne Verzinsung reicht der Betrag für 25 Jahre. Die Laufzeit hängt davon ab, wie lange ein Risiko besteht. Geht es nur um einen Kredit, muss der Schutz bis zur kompletten Rückzahlung reichen. Dabei gibt es die Möglichkeit, die Versicherungssumme und damit auch die Beiträge entsprechend der Tilgung zu reduzieren. Edda Castelló rät dazu, eine lineare Versicherung abzuschließen: „Dann hat man gleich eine Absicherung für einen weiteren Kredit. Sie ist auf jeden Fall viel billiger als eine Restschuldversicherung.“

Männer zahlen mehr - sie sterben früher

Geht es um die finanzielle Absicherung der Familie, hängt die Laufzeit vom Alter der Kinder ab. Die Experten raten, sie sollte mindestens bis zum 25. Geburtstag des jüngsten Kindes reichen. Allerdings haben die meisten Gesellschaften ein Höchstalter von 75 Jahren für ihre Versicherten in ihren Bedingungen fest geschrieben.

Die Beiträge für eine Risikolebensversicherung sind relativ niedrig. Am günstigsten sind die Angebote der Direktversicherer – Gesellschaften, die ohne Vertrieb auskommen. So kostet der Beitrag für eine 30jähri-

ge kaufmännische Angestellte, Nichtraucherin, die eine Versicherung über 100 000 Euro mit 30jähriger Laufzeit abgeschlossen hat, bei der ErgoDirekt nur sechs Euro im Monat. Männer zahlen mehr, denn sie sterben im Durchschnitt früher als Frauen. Bei gleichen Bedingungen liegt der Beitrag hier bei 8,60 Euro. Ebenfalls niedrige Beiträge verlangen Ontos, CosmosDirekt und WGV. Verbraucherschützerin Castelló rät: „Immer das billigste Angebot wählen. Denn in den Leistungen unterscheiden sich die Angebote so gut wie gar nicht.“ Teurer wird die Risikoabsicherung, je älter der Versicherte ist. Preis treibend wirken sich schlechte Gewohnheiten wie Rauchen, gefährliche Hobbys wie Drachenfliegen oder Motorradfahren aus. Auch Berufe, die Gefahren bergen, wie zum Beispiel Dachdecker, verteuern den Schutz. Die Fragen zur Gesundheit sollte jeder Antragsteller wahrheitsgemäß beantworten. Stellt sich im Versicherungsfall heraus, dass er die Angaben beschönigt hat, kann die Versicherung die Zahlung verweigern. Wer bei Vertragsabschluss unter einer Krankheit leidet und anschließend als geheilt gilt, kann versuchen, mit Hilfe eines ärztlichen Attests den Beitrag zu senken.

Ausbezahlung nur im Todesfall

Wie viele Verträge eine Familie braucht, hängt davon ab, wer das Geld verdient. Gibt es einen Haupternährer, reicht ein Vertrag. Arbeiten beide Ehepartner, sollten beide eine Police mit einer Versicherungssumme entsprechend ihrer Einkünfte haben. Verfü-



Wer zwar ein schönes, aber mitunter gefährliches Hobby hat, der wird auch höhere Beiträge für die Risikoabsicherung leisten müssen.

gen beide Partner in etwa über gleich hohe Einkommen, passt ein Vertrag über „verbundene Leben“. Mit dieser Police sind beide Partner versichert. Der Beitrag fällt etwas günstiger aus als für zwei Verträge. Allerdings zahlt die Versicherung auch nur einmal, und zwar für den Partner, der zuerst stirbt. Auch Raucher, die ihre Sucht überwinden, dürfen je nach Versicherung auf Beitragsminderung hoffen.

Besonders sinnvoll ist es für Menschen, die in einer nicht-ehelichen Gemeinschaft ohne Trauschein oder Partnerschaftsurkunde leben, eine Risikolebensversicherung abzuschließen. Denn stirbt ein Partner, bleibt der Überlebende häufig ohne finanzielle Absicherung zurück, Ansprüche aus der gesetzlichen Rentenkasse oder dem Versorgungswerk gibt es nicht.

Generell zahlt eine Risikolebensversicherung nur dann, wenn der Tod eintritt. Überlebt der Versicherte die Vertragslaufzeit, bekommt er nichts. Die Beiträge behält die Versicherung.

Mit den Beiträgen erwirtschaftet die Gesellschaft entsprechend der Lage an den Finanzmärkten Überschüsse, die sie ihren Kunden gutschreiben muss. Der Versicherte kann sich den Bonus sofort anrechnen lassen, in dem er nur den Nettobeitrag zahlt. Allerdings kann der Beitrag steigen, wenn die Überschüsse niedriger ausfallen. Wer sich für gleich bleibend hohe Bruttobeiträge entscheidet, hat Anspruch auf den Todesfall-Bonus. In diesem Fall erhöht sich die Versicherungssumme, die bei Tod des Versi-



Eine gute Kombination

Sinnvoll kann es sein, eine Risikolebensversicherung mit einer Berufsunfähigkeitsversicherung zu koppeln. Dann erhält der Versicherte eine Rente, wenn er seinen Beruf nicht mehr ausüben kann. Stirbt er, sind seine Angehörigen mit der Risikopolice abgesichert.

cherten ausgezahlt wird. Tritt der Versicherungsfall nicht ein, ist auch der Bonus weg.

Eine Risikolebensversicherung läuft meistens über Jahrzehnte. Während dieser langen Zeit können sich die Lebensumstände der Familie stark verändern. Im positiven Fall steigt das Einkommen und damit auch der Lebensstandard. Dann ist es gut, wenn gleich bei Vertragsabschluss darauf geachtet wurde, dass eine Nachversicherungsgarantie eingeschlossen ist. Dann kann der Zahnarzt die Versicherungssumme nachträglich erhöhen oder die Laufzeit verlängern. Fragen zur Gesundheit stellt die Versicherung dann nicht mehr



Eine weniger gute Kombination

Eine Risikoabsicherung für den Todesfall ist auch immer Bestandteil einer Kapitallebensversicherung. Dafür stehen etwa fünf bis zehn Prozent der Prämie, Abschluss- und Verwaltungskosten schlucken zehn bis 20 Prozent und nur 70 bis 85 bleiben als Sparanteil übrig. Es kann daher sinnvoller sein, den Todesfallschutz und den Sparanteil zu trennen. Das Rezept lautet: Eine Risikopolice für den Todesfall und ein Fondssparplan für die Geldanlage, der zudem jederzeit kündbar ist.

Auch im umgekehrten Fall, wenn es nötig wird, die Beiträge und die Versicherungssumme zu senken oder die Laufzeit zu verkürzen, hilft die Nachversicherungsgarantie.

Fiskus beteiligt sich an Beiträgen und Auszahlung

An den Beiträgen beteiligt sich auch das Finanzamt, denn der Versicherte kann sie bei der Erklärung der Einkommenssteuer geltend machen. Bei der Auszahlung der Versicherungssumme an die Hinterbliebenen aber hält der Fiskus die Hände wieder auf. Er verzichtet zwar auf Einkommenssteuer dafür kassiert er Erbschaftssteuer.

Während Ehefrauen und Kinder über ansehnliche Freibeträge verfügen, werden vor allem nicht verheiratete

Partner zur Kasse gebeten. Doch hierbei hilft ein legaler Trick: Im Vertrag Versicherungsnehmer und versicherte Person trennen. Soll zum Beispiel die Partnerin abgesichert werden, muss sie selbst als Versicherungsnehmerin den Vertrag abschließen und auch die Beiträge zahlen. Als versicherte Person wird aber der Partner eingetragen. Sollte er sterben, wird die Versicherungssumme steuerfrei an die Partnerin ausgezahlt.

Vor teuren Extras beim Vertragsabschluss warnen die Verbraucherschützer. So verkaufen die Berater gern noch eine Unfalltod-Zusatzversicherung. Sie soll die Versicherungssumme bei Unfalltod verdoppeln. Wenn schon eine höhere Versicherungssumme, dann sollte sie generell gelten.

Marlene Endrueit
m.endrueit@netcologne.de



Eine Risikolebensversicherung kann auch für die Absicherung eines Kredits, der zum Hausbau notwendig ist, eingesetzt werden.

Patientenkommunikation

Zuhören ist der halbe Erfolg

„Zuhören können ist der halbe Erfolg“ – Calvin Coolidge, der 30. Präsident der USA, hat es früh erkannt. „Aktives Zuhören“ – dieser Begriff taucht zwar immer wieder als Goldstandard für Beratungsgespräche auf, er scheint jedoch schwierig in der Umsetzung zu sein.

Zu oft sind Mediziner nur halb beim Patienten. Telefonate und das volle Wartezimmer stehen noch auf dem Plan, sich (und andere) hetzen ist die Regel: Das Unterbrechen des Patienten bedeutet die extreme Umkehrung des Zuhörens und einen Gesprächszerstörer ersten Ranges. Zudem wirkt es oft unhöflich

schnelleren Auswahl bei der Entscheidung für die geeignete Füllung oder in anderen Fragen.

Man wird erst dann entdecken, was der Patient wirklich will und braucht, wenn man ihm aufmerksam zuhört. Wenn nicht hundertprozentig verstanden wird, was ihm wichtig ist, ist zum Beispiel ein Gespräch mit kosmetischem Fokus genauso sinnlos, als würde man im Dunkeln arbeiten. Es ist damit zu rechnen, dass der Patient die Lösung des Zahnarztes nicht annimmt, weil ihm das Falsche angeboten wird. Nur, wenn die Bedürfnisse des Patienten verstanden werden, wird das Ziel wirklich erreicht: einen Patienten zu gewinnen.

Ein anderes Feld für die Technik des aktiven Zuhörens sind zum Beispiel Mitarbeiterinnen- und Einstellungsgespräche. Erst wenn einem die Interessen und Schwerpunkte des Gegenübers klar sind, kann man entscheiden, wie es weitergehen kann.

Für die Angestellten ist es genauso wichtig, ihre eigene Wachsamkeit für den Menschen gegenüber nicht einem schnelleren Arbeitstempo zu opfern. Schnelligkeit scheint oft wichtiger zu sein als Sorgfalt, Umsicht und Fürsorglichkeit.

Beispiele aus dem Praxisalltag

Sinnvoll ist achtsames Zuhören besonders in folgenden Fällen:

- Der Patient sagt nicht gleich präzise, was er möchte. Nach einer offenen Frage zu Beschwerden oder sonstigen Wünschen ist der Einsatzpunkt zum Zuhören.

- Ein Patient regt sich auf, er ist verärgert, oder die Praxis-Mitarbeiterin ist erbost über andere Menschen oder ein Telefonat, sie

zm-Info

Wie höre ich achtsam zu?

- Konzentrieren Sie sich! Das bedeutet nicht nur, zu ruhen statt während des Gesprächs den PC zu bedienen, sondern betrifft auch Ihre Gedanken. Sowie Sie überlegen, was Sie an Alternativen anbieten können, ob Sie jetzt „gleich nach diesem Gespräch“ oder später Ihrem Team etwas mitteilen wollen und dass das Frühstück wartet, sind Sie nicht mehr ausreichend konzentriert.

- Halten Sie Sprechpausen aus, senden Sie Aufmerksamkeitssignale und widerstehen Sie Ablenkungen. Erst wenn Sie sicher sind, dass Ihr Patient oder Ihre Kollegin alles gesagt hat, beginnen Sie, die wichtigsten Stichworte mit Ihren eigenen Worten zu wiederholen. Ein Feedback kann sachlich, emotional oder auf beiden Ebenen stattfinden. Diese „Arbeit“ wird oft vergessen, ist jedoch wesentlich: Der andere merkt, ob und wie gut Sie nun informiert sind, das Vertrauen in Ihre Kompetenz wächst, er fühlt sich wohl mit Ihnen. Sowie der Patient „nachbessert“, nehmen Sie das Detail in Ihre Wiederholung auf.

- Falls es sich um ein Gespräch mit einer Mitarbeiterin handelt, führen Sie die genannten Argumente, Probleme oder Wünsche noch einmal auf. Das Aktive Zuhören endet danach, erst jetzt kommt Ihre Frage, Antwort, Ihr Vorschlag oder Ihre Empfehlung zum eingebrachten Thema. Fassen Sie sich kurz und knüpfen Sie dabei an jetzt bekannte Punkte Ihres Gesprächspartners ein.

fühlt sich abgelehnt oder ausgenutzt. Hier betreibt man, ohne dass man Stellung nehmen müsste, gute „Pflege“, indem man rückmeldet, was an Gefühlen beim Gegenüber wahrgenommen wird.

- „Besonderheiten“: Der Patient möchte etwas ganz Spezielles, oder hat extreme Angst. Was genau wird gebraucht, muss es genauso sein wie der Kunde es sich vorstellt oder gibt es bessere Lösungen?

- Neue Patienten: Sei es eine spezielle Vorgeschichte, Unklarheiten oder besondere



Foto: endostock – Fotolia

Das Training des Schweigens und Hörens ist anfänglich anstrengend – aber es lohnt sich.

und verletzend. Aktives Zuhören ist eine besondere Art der Zuwendung von der auch wir selbst profitieren. Wir erfahren einige Details, die uns bei einem nur kurzen Abfragen verloren gingen. Diese Informationen sind sicherlich etwas ausführlicher, verhelfen jedoch zu einer besseren und

Wünsche: Zuhören gilt als erste Stufe für eine den Umständen angepasste Beratung.

Liegt der Patient bereits im Stuhl? Ist es besser, einen Beratungsraum zu nutzen? In vielen Betrieben gibt es keinen Extraraum. Für den Patienten ist es angenehmer, zumindest in aufrechter Sitzposition zu sein. Für ein ausführliches Gespräch, in dem etwas an Modellen oder auf Zeichnungen erklärt wird, empfiehlt sich eine Sitzzecke mit Tisch. Ruhig etwas zu trinken anbieten, Papier und Stift liegen für beide bereit. Wenn der Patient selbst keine Zeit hat, wird er das äußern.

Zuhören muss man lernen

Manches Mal hilft ein Perspektivwechsel, indem man sich vorstellt, man wäre an der Stelle des Patienten mit dem entsprechenden Lebenshintergrund, diesen Beschwerden,



Foto: proDente

Auch wenn es hier offenbar sehr locker zugeht, Beratungsgespräche sollten nach Möglichkeit außerhalb des Stuhls geführt werden.

diesem Wissensstand. Manchmal ist es in so einem Moment, als ob sich plötzlich eine Tür öffnet, auf einmal kommen einem die Sorgen und Bedürfnisse des Gegenübers vollkommen selbstverständlich vor, entsprechend gut kann man nach der Anfangsphase auf ihn eingehen.

Diese Fertigkeiten kann man sich leider nicht nur durch die Einsicht ihres Wertes und durch Verstehen der Vorgehensweise angewöhnen, im Gegenteil: Zuhören muss man lernen wie Lesen und Schreiben. Nur wenige sind Naturtalente, meist sind Mediziner darauf gepolt, dass SIE sprechen und der Patient interessiert zuhört. Hier gilt es, sich selbst zu erwischen, wenn man das Wort zu früh ergreift. Es ist wie immer, wenn man eingefahrene Gewohnheiten ändern will: Zuerst merkt man, wenn „es“ schon wieder passiert ist, später verlagert sich der Merkmoment nach vorne. Um es mit Mark Twain zu sagen: „Gewohnheiten kann man nicht einfach aus dem Fenster werden, man muss sie Schritt für Schritt die Treppe hinunterlocken!“

*Ute Jürgens
Publizistin und Kommunikationstrainerin
Peter-Sonnenschein-Str. 59
28865 Lilienthal*

Pharmaindustrie**Merck schließt Standorte**

Der US-Pharmakonzern Merck schließt weltweit Standorte. Auch deutsche Mitarbeiter in Waltrip sind betroffen. Nach der Übernahme des Wettbewerbers Schering-Plough sollen insgesamt acht Werke und acht Forschungseinrichtungen abgestoßen werden. Für einige der Standorte sucht Merck einen Käufer, die meisten werden aber geschlossen. Am schlimmsten trifft es Südeuropa und Latein-

amerika, wo Merck mehrere Werke unterhält. Die Produktion soll an andere Standorte verlegt werden. Am Ende würden noch 77 Fabriken und 16 Forschungsstellen übrig bleiben, gab Merck bekannt.

Merck will durch den Umbau jährlich rund 3,5 Milliarden Dollar einsparen (2,8 Milliarden Euro). Die Summe soll erstmals 2012 erreicht werden. Bis dahin fallen aber hohe Kosten an, die durch die Standortschließungen auf 3,5 bis 4,3 Milliarden Dollar ansteigen. Das meiste Geld fließt in Abfindungen.

ck/dpa

Konjunktur**Neues Wirtschaftswunder**

Von einem „neuen deutschen Wirtschaftswunder“ berichtete unlängst das Handelsblatt. Anlass dieser Superlativ-Einschätzung sind Untersuchungen des Blattes zu den volkswirtschaftlichen Stellschrauben, die für die konjunkturelle Lage verantwortlich sind. Demnach hätten sich beispielsweise inzwischen alle relevanten Kennziffern auf dem Gebiet der Volkswirtschaft in den grünen Bereich gedreht: Der Export sei in der ersten Jahreshälfte um teilweise über 20 Prozent gestiegen, die Gewinnmeldungen der Konzerne ließen ein Rekordjahr erwarten und am

Arbeitsmarkt sei aufgrund dieser positiven Entwicklungen ebenfalls eine Belebung spürbar.

Das Blatt zitiert den Chef der Unternehmensberatungs-Instanz McKinsey, Frank Mattern: „Seit der Jahrtausendwende haben wir gewaltig an Wettbewerbsfähigkeit gewonnen“, sagt dieser. Angesichts der schweren Banken- und Wirtschaftskrise, die die Konjunkturen vor zwei Jahren weltweit zutiefst erschüttert haben, kann diese Leistung nicht hoch genug eingeschätzt werden. Mattern hält die Krise für überwunden und zollt den Beteiligten großen Respekt: „Das haben Gewerkschaften, Arbeitgeber und Politik ziemlich gut gemacht.“ Die Krise hätte die deutsche Wirtschaft sogar noch stärker gemacht, so lautet auch das Ergebnis einer Analyse des Blattes mit der Uni Saarbrücken. sg



Foto: MEV

apoBank**Beteiligung an Patiomed AG**

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank) beteiligt sich zusammen mit der KVmed GmbH, einer Gesellschaft der Aeskulap-Stiftung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), mit dem Deutschen Ärzteverlag und mit der Beteiligungsgesellschaft CP Capital an dem Gemeinschaftsunternehmen Patiomed AG. Die Patiomed AG ist ein Unternehmen „von Ärzten für Ärzte“, das ärztlich geleitete Versorgungszentren als Qualitätsmarke in der vertragsärztlichen Versorgung etabliert. Geschäftsgegenstand ist die Gründung von ärztlichen Versorgungszentren und die Beteiligung an



ärztlichen Versorgungszentren sowie deren Unterstützung.

Die apoBank wird mit einem Anteil von 49 Prozent Miteigentümerin der Patiomed AG und als solche mit zwei Vertretern im Aufsichtsrat vertreten sein. „Mit unserer Finanzkraft wollen wir die ehrgeizigen Ziele dieser Unternehmensneugründungen unterstützen, denn die wirtschaftliche Förderung der Heilberufler gehört zu unserem satzungsmäßigen Auftrag“, so Herbert Pfennig, der Sprecher des Vorstands. sg/pm

Insolvenz von Krankenkassen**Versicherungsschutz bleibt erhalten**

Bei Insolvenz einer Krankenkasse entsteht den Versicherten kein Schaden. Sie können innerhalb von zwei Wochen (Pflichtversicherte) oder drei Monaten (freiwillig Versicherte) zu einer anderen, frei wählbaren gesetzlichen Krankenkasse wechseln.

Der Versicherungsschutz bleibt jederzeit gewährleistet. Der Arbeitgeber ist von einer Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse dann unmittelbar betroffen, wenn der Versicherte von seinem Wahlrecht keinen oder keinen rechtzeitigen Gebrauch macht. In diesen Fällen meldet der Arbeitgeber die betroffenen Mitarbeiter bei der Krankenkasse an, bei der sie vor ihrer Mitgliedschaft in der insolventen Kasse



Foto: Thomas Langreder - VISUM

versichert waren. Ist diese nicht zu ermitteln, wählt der Arbeitgeber eine neue Krankenkasse für seine Mitarbeiter aus (§ 175 Absatz 3 Satz 2 SGB V analog). Für den Arbeitgeber resultieren daraus keine finanziellen Vor- oder Nachteile.

Den Arbeitgeber treffen damit genau die Pflichten, die er heute schon etwa bei Neueinstellungen hat, bei denen der neue Arbeitnehmer keine Mitgliedsbescheinigung vorlegt. sg/pm

BFB-Präsident Oesingmann

BFB begrüßt Stopp von ELENA

Die Freien Berufe lehnen den elektronischen Entgeltnachweis ELENA in der praktizierten Form aus Datenschutzgründen und übertriebenem Bürokratismus ab. Daher begrüßt BFB-Präsident Dr. Ulrich Oesingmann auch den aktuellen Plan von Bundeswirtschaftsminister Rainer Brüderle, ELENA zu stoppen.

Für die Freien Berufe als Arbeitgeber bedeute ELENA, dass sie seit Januar deutlich mehr belastet werden als durch das bis dahin greifende Verfahren, so Oesingmann. Der BFB fordert daher eine zeitnahe Überarbeitung von den betroffenen Ressorts. In der Zwischenzeit sollten die Daten wie früher gemeldet werden. sg/pm

Umfrage

Auswärtiges Amt beliebtester Arbeitgeber

Nach einer Umfrage des Personalmarketing-Instituts Trendence ist das Auswärtige Amt im Jahr 2010 der beliebteste Arbeitgeber unter jungen Arbeitnehmern mit Hochschul- und Fachhochschulabschluss. Das vermeldet das Internetportal karriere.de, das Portal von Wirtschaftswoche und Handelsblatt. Auf Platz zwei landete demnach der Softwarekonzern Google, auf Platz drei der Autobauer BMW. Während BMW damit sein Vorjahresergebnis wiederholen konnte, verbesserten sich das Auswärtige Amt (2009: Platz 7) und Google (2009: Platz 8) deutlich.

Die Top-Position des Auswärtigen Amtes in der Beliebtheitskala werten Arbeitsmarkt-Experten als

Beleg für das gestiegene Sicherheitsbedürfnis der Befragten. Schließlich bietet die Karriere als Diplomat zwei wesentliche Vorteile: einerseits spannende und internationale Aufgaben, andererseits eine feste Jobgarantie für die Beamten. Geändert haben sich bei den jungen Arbeitnehmern auch die Gehaltsvorstellungen und die erwartete Wochenarbeitszeit. Dachten die Befragten im Jahr 2009 durchschnittlich noch an ein Bruttojahresgehalt von 56 600 Euro, so lag der Wert diesmal bei 54 900 Euro. Dafür schrumpfte die erwartete Wochenarbeitszeit von 48 (2009) auf 47,3 Stunden. Insgesamt wurden 3 300 junge Erwerbstätige befragt. sg



Foto: picture alliance

Unfallversicherung**Weg zum Mittagessen ist versichert**

Während eines normalen Arbeitstags ist der Weg eines Arbeitnehmers zu einem privaten Mittagessen über die gesetzliche Unfallversicherung abgesichert. So entschied aktuell das Bundessozialgericht (BSG).

Damit hat der BSG seine Rechtsprechung geändert. Bisher vertraten die Richter die Ansicht, dass die Mittagspause der Erholung dienen muss und deshalb der Weg höchstens die Hälfte der Pausenzeit betragen darf. Nun greift die gesetzliche Unfallversicherung auch bei längeren Wegezeiten. Die Richter sahen in der Mittagspause eine Zeit, in der man sich stärken möchte, um den restlichen Arbeitstag zu bestehen. Dabei kann jeder Arbeitnehmer selbst entscheiden, an welchem Ort er das Mittagessen zu sich nehmen möchte. Der Weg zu dem Mittagessen ist über die gesetzliche Unfallversicherung abgesichert, während das Essen selbst dem privaten Bereich zuzuordnen ist und somit nicht dem Versicherungsschutz unterliegt.

Die Richter hatten in einen Fall zu entscheiden, bei dem ein Arbeitnehmer auf dem Weg zum Mittagessen bei seiner Freundin mit dem Motorrad verunglückte und sich dabei verletzte. Die Mittagspause dauerte 30 Minuten, wobei er für die Hin- und Rückfahrt 20 Minuten benötigte. Die restlichen 10 Minuten, die er für das Essen zur Verfügung hatte, waren für die gesetzliche Unfallversicherung zu wenig und sie ver-



Foto: DWP – Fotolia

weigerte die Leistung. Die Versicherungen vertrat die Auffassung, dass der Mann primär nicht essen, sondern seine Freundin besuchen wollte.

Dagegen klagte der Arbeitnehmer. Er sei zu seiner Freundin gefahren, da er mit ihr seine Zeit lieber verbringen würde als mit seinen Arbeitskollegen. Das akzeptierte die gesetzliche Unfallversicherung nicht und verweigerte weiterhin die Leistung. Sie vertrat die Meinung, dass eine Mittagspause zur Erholung des Arbeitnehmers dienen soll. Der Erholungseffekt sei jedoch nicht gegeben, wenn mehr als die Hälfte der verfügbaren Zeit für die Fahrten benötigt werden.

Nach Ansicht der Richter war der Zeitaufwand jedoch nicht unverhältnismäßig. Da es sich zudem eindeutig um eine Fahrt zum Mittagessen handelte, hat der Arbeitnehmeranspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung.

BSG
Urteil vom 27.04.2010
AZ: B 2 U 23/09 R

„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.

Bankgeschäfte**Keine Gebühren für geplatzte Schecks**

Eine Entscheidung zu Gunsten von Kreditnehmern und Bankkunden fällte das Oberlandesgericht Hamm: Banken dürfen ihren Kunden für das Bearbeiten von geplatzen Schecks keine Gebühren berechnen.

Mit Rückendeckung von Verbraucherschutzexperten hatte ein Bankkunde geklagt, dessen Hausbank einen Scheck hat platzen lassen und Gebühren für die Stornierung verlangte. Das Gericht gab der Verbraucher-Zentrale Nordrhein-Westfalen und damit dem Bankkunden recht, der gegen die Bank geklagt hatte. Eine Bank, die ihren Kunden beziehungsweise Kreditnehmern zusätzliche Kredite verweigert, fälle diese Entscheidung vor allem in Sinne des eigenen Unterneh-



Foto: MEV

mens und nicht im Interesse des Kunden. Deshalb dürfen Banken keine Kosten in Rechnung stellen. Die Gebühr von drei Euro für die Bearbeitung der Nichteinlösung ist nicht rechtmäßig.

OLG Hamm
Urteil vom 22.09.2009
AZ: I-31 U 55/09

Entschädigung**Ansprüche auch für Mitreisende**

Sagt ein Reiseveranstalter eine Buchung ab, kann der Reisende die Ansprüche für eine Entschädigung auch für Mitreisende geltend machen, für die er mitgebucht hat. So entschied der Bundesgerichtshof (BGH).

Der Fall: Ein Rentner buchte für sich und seine Ehefrau einen Donaukreuzfahrt. Etwa drei Wochen vor dem Reiseternin sagte das Reiseunternehmen die Reise ab und bot eine Umbuchung auf das Folgejahr oder wahlweise die Stornierung der Reise an. Der Rentner entschied sich für die Stornierung und beanspruchte Entschädigung für sich und seine Ehefrau. Später trat die Ehefrau des Rentners ihren Anspruch aus dem Reisevertrag auf Schadensersatz an ihren Ehemann ab.

Der Reiseveranstalter zahlte dem Rentner eine Entschädigung in Höhe des halben Reisepreises, aber nur für eine Person. Die Zahlung einer Entschädigung für die Ehefrau lehnte das Reiseunter-

nehmen ab. Der Anspruch sei nicht fristgerecht innerhalb eines Monats geltend gemacht worden und der Rentner habe keine Vollmacht seiner Ehefrau vorgelegt. Der BGH gab dem Rentner recht. Da er der Vertragspartner des Reiseunternehmens sei, könne er auch den Anspruch auf angemessene Entschädigung seiner Ehefrau geltend machen. Zudem hatte der Rentner die Ansprüche – auch die seiner Ehefrau – innerhalb der gesetzlichen Frist geltend gemacht, auch wenn er die Abtretung zu einem späteren Zeitpunkt nachreichte. Nach Ansicht der Richter reicht dies.

BGH
Urteil vom 26.05.2010
AZ: Xa ZR 124/09



Kfz-Haftpflichtversicherung

Anrecht auf Leistung wie bei Markenwerkstatt

Ein Auto-Versicherer muss nachweisen, dass eine freie Werkstatt den gleichen Qualitätsstandard bietet wie eine Markenwerkstatt. Dies entschieden die Richter des Bundesgerichtshofs (BGH) in Karlsruhe.

Die Kfz-Haftpflichtversicherungen versuchen es immer wieder: Einem Unfallopfer werden die zu erstattenden Reparaturkosten gekürzt, da der Versicherer statt den Preisen einer Markenwerkstatt die günstigeren Preise einer freien Werkstatt zugrunde legt. Oder der Versicherer schickt das Unfallopfer mit seinem Auto einfach zu einer günstigeren freien Werkstatt.

Gegen das Vorgehen einer Kfz-

Versicherung hatte der Halter eines neun Jahre alten VW-Golfs geklagt. Er wollte den Schaden an seinem Auto auf Basis eines Gutachtens abrechnen. Der Versicherer des Unfallgegners wollte aber nur die niedrigeren Stundensätze für die Reparatur in einer freien Werkstatt erstatten. Der Versicherer bekam auch zunächst recht, aber der BGH hob das Urteil auf. Er beanstandete, dass die Vorinstanz nicht geklärt



Foto: MIEV

hatte, ob die freie Werkstatt die gleiche Qualität bietet wie eine Markenwerkstatt.

Der BGH vertrat die Auffassung, dass Kfz-Besitzer, deren Autos nicht mehr als drei Jahre alt sind, sich in der Regel nicht auf eine freie Werkstatt verweisen lassen müssen. Denn sie könnten Probleme mit der Gewährleistung, Garantie oder Kulanz bekom-

men. Wenn die Halter älterer Fahrzeuge nachweisen, dass ihr Wagen bisher immer in einer Markenwerkstatt gewartet wurde, dürfen auch diese ihr Auto in einer markengebundenen Werkstatt reparieren lassen.

*BGH Karlsruhe
Urteil vom 20.10.2009
AZ: VI ZR 53/09*

Reise

Begrenzte Haftung für Fluggepäck

Nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) in Luxemburg haften Fluggesellschaften für verlorenes oder beschädigtes Fluggepäck nur bis zu einem Höchstbetrag von 1.134 Euro. Bei diesem Betrag handelt es sich um eine Gesamtbergrenze für alle Schäden, die sowohl den materiellen als auch den immateriellen Bereich betreffen.



Foto: CC

Im Jahr 2004 ist Deutschland einem Abkommen beigetreten, wonach Fluggesellschaften für verlorenes oder beschädigtes Fluggepäck haften. Danach ist der Schaden zwischen dem Aufgeben und dem Abholen des Gepäcks abgedeckt, ebenso gibt es eine Schadenshöchstgrenze von derzeit rund 1.134 Euro. Der Wortlaut des Abkommens ist jedoch nicht eindeutig. Dadurch gab es immer wieder Rechtsstreitigkeiten darüber, ob Schäden aller Art erstattet werden müssen und wie hoch die Maximalgrenze für die Haftung ist. Unklar war, ob der Höchstbeitrag jeweils einzeln

für materielle und immaterielle Schäden gilt, oder ob es sich dabei um eine Gesamtbergrenze handelt.

Die Richter des EuGH hatten in einem Fall zu entscheiden, in dem ein Passagier die Fluggesellschaft auf Schadensersatz verklagte, weil sein Reisegepäck verloren ging. Der Mann machte gegenüber der Fluggesellschaft einen Schaden in Höhe von 3.200 Euro geltend. Davon entfielen 2.700 Euro auf den Wert des verlorenen Reisegepäcks und 500 Euro auf den durch diesen Verlust entstandenen immateriellen Schaden. Das Gericht, das über den Fall zu ent-

scheiden hatte, gab ihn an den Europäischen Gerichtshof weiter. Der entschied, dass es sich bei dem Betrag von 1.134 Euro um die Gesamtbergrenze handelt. Dabei berücksichtigte das Gericht sowohl den Ersatz des materiellen als auch des immateriellen Schadens der Passagiere. Es berücksichtigte aber auch, dass das Abkommen den Fluggesellschaften strenge Haftungspflichten auferlegt. Im Gegenzug ist die strenge Haftung der Fluggesellschaften jedoch nach oben begrenzt. Das dient auch einer schnelleren Schadensabwicklung

und Auszahlung.

Der EuGH betont zudem, dass jeder Passagier weiterhin das Recht hat, mit der Fluggesellschaft eine höhere Haftung zu vereinbaren. Dafür muss der Passagier beim Aufgeben seines Gepäcks einen höheren Wert angeben und die entsprechenden Mehrkosten bezahlen.

*EuGH
Urteil vom 06.05.2010
AZ: C-63/09*

Alle Beiträge:

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

Elternzeit

Aktuelle Rechtsprechung beachten

Im Anschluss an die Mutterschutzfrist kann die Mutter oder der Vater eines Kindes Elternzeit beanspruchen. Die Aufgabe bei der Lohn- und Gehaltsbuchhaltung einer Zahnarztpraxis ist es, die Elternzeit korrekt abzurechnen.

Mitarbeiter können ihre Elternzeit wegen der Geburt eines zweiten Kindes unterbrechen und den entsprechenden Zeitraum dann nachholen. Das hat das Bundesarbeitsgericht entschieden, doch vielfach hat sich dieses Urteil noch nicht herumgesprochen. (BAG, Az.: 9 AZR 391/08).

Im zugrunde liegenden Fall hatte eine Mitarbeiterin drei Jahre Elternzeit für ihr erstes Kind beansprucht. Nachdem knapp zwei Jahre dieser Elternzeit abgelaufen waren, kam das zweite Kind der Beschäftigten zur Welt. Auch für dieses Kind beantragte sie drei Jahre Elternzeit. Die restliche Elternzeit für ihr erstes Kind sollte deshalb unterbrochen und an die Elternzeit für das zweite Kind angehängt werden. Die Arbeitgeberin stellte sich quer. Sie verweigerte die Übertragung der ersten Elternzeit.

Die Klage der Mitarbeiterin gegen diese Weigerung hatte in allen Instanzen Erfolg. Die Arbeitgeberin könne ihre Zustimmung zu einer solchen Übertragung nur aus dringenden betrieblichen Gründen verweigern. Derartige Gründe konnte das Unternehmen aber nicht anführen.

Kombinationen sind möglich

Der Anspruch auf Elternzeit besteht bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres eines Kindes. Nach Ablauf der Mutterschutzfrist haben die Eltern oder die Erziehungsberechtigten des Kindes folgende Möglichkeiten:



Foto: CC

Spaziergänge, Spielplatz und Spontaneinfälle des Nachwuchses: Die Elternzeit birgt viele neue Überraschungen und Erfahrungen.

■ Ein Elternteil kann die gesamte Elternzeit vollständig oder teilweise nehmen. Im zweiten Fall kann der Mitarbeiter den verbliebenen Teil der Elternzeit auf einen späteren Zeitpunkt – und zwar bis zum neunten Geburtstag des Kindes – übertragen. Die Voraussetzungen hierfür sind: Der verbliebene Teil muss mindestens zwölf Monate umfassen.

Der Mitarbeiter muss einen entsprechenden Antrag stellen. Wichtig: Der Arbeitgeber muss einer Übertragung zustimmen. Ablehnen darf er nur aus dringenden betrieblichen Gründen.

■ Beide Elternteile können je einen Teil der Elternzeit in Anspruch nehmen (in diesem Fall ist die Elternzeit aber auf insgesamt drei Jahre begrenzt).

■ Beide Elternteile können die Elternzeit gleichzeitig in Anspruch nehmen (in diesem Fall ist die Elternzeit ebenfalls auf insgesamt drei Jahre begrenzt).

Früherer Urlaub verfällt nicht mehr

Und noch ein aktuelles Urteil hat die Rechtslage für aus der Elternzeit zurückkehrende Arbeitnehmer auf den Kopf gestellt.

Bislang galt:

Keht ein Mitarbeiter aus der Elternzeit ins Unternehmen zurück und hat aus der Zeit von vor der Elternzeit noch Resturlaubsansprüche, gelten diese weiter. Aber:

Hat der Mitarbeiter früher auf einer Vollzeitstelle gearbeitet und arbeitet nun nur in Teilzeit weiter, wird der Resturlaub auf das Teilzeitverhältnis „heruntergerechnet“, also gekürzt.

Dies gilt nun nicht mehr, denn:

Nach einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs bleiben die Urlaubsansprüche aus der Vor-Elternzeit in vollem Umfang erhalten – unabhängig davon, ob der Arbeitnehmer bei seiner Rückkehr von Voll- auf Teilzeit wechselt, oder nicht (EuGH, Urteil vom 22.4.2010, Az. C-486-/08).

*Dietmar Kern
Wirtschaftsjournalist
Gebhard-Müller-Allee 5
71638 Ludwigsburg (Württemberg)*

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., Stellvertretende Chefredakteurin/
Chefin vom Dienst (Politik, Zahnärzte), 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 (Leserservice), 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
Umlandstr 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

Studie

Zähneputzen will erlebt sein

Die Analyse umfangreicher Daten zum Zahnpflegeverhalten Schottischer Schulkinder unter Berücksichtigung des sozialen und familiären Umfeld hat neue Ergebnisse zu Tage gefördert. Regelmäßiges Zähneputzen wird demnach von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Einkommen und der soziale Stand der Familie spielen eine wichtige Rolle. Darüber hinaus wirken auch „emotionale“ Aspekte positiv auf die Zahnhygiene der Schulkinder: Ein gutes Verhältnis zu den Eltern genauso wie das gemeinsame Essen.

Regelmäßiges Zähneputzen und die Verwendung Fluorid haltiger Zahnpflegeprodukte sind wesentliche Säulen der Kariesprävention. Kinder sollten daher bereits früh an die tägliche Zahnpflege herangeführt werden. Jugendliche, die ihre Zähne mehr als einmal täglich putzen, behalten das normalerweise ein Leben lang bei. Voraussetzung: sie tun das über mindestens zwölf Jahre hinweg. Daher wird auch in Schottland besonderer Wert auf die Förderung der Zahnhygiene bei Kindern gelegt. Das gilt besonders für Jungen. Laut internationaler Studien pflegen die ihre Zähne schlechter als Mädchen. Neben dem Geschlecht beeinflussen möglicherweise auch sozioökonomische Faktoren die Zahnpflege, wobei die Datenlage hierzu inhomogen ist.

Rituale leben, Atmosphäre schaffen

Auch das elterliche Zahnpflegeverhalten prägt die Kinder. Neben dieser elterlichen Vorbildfunktion gibt es neue Erkenntnisse aus der Forschung. So scheint auch das Verhältnis zwischen Kindern und Eltern ein Faktor bei der Zahnpflege zu sein. Ein gutes und enges Verhältnis sowie positive Unterstützung und gelebte Rituale verbessern die Zahnpflege mehr als elterliche Kontrolle und Aufsicht der Mundpflege.

Die Autoren der Studie gehen diesen komplexen Zusammenhängen zwischen familiärem Kontext und dem Zahnpflegeverhalten bei 11 bis 15-jährigen Jugendlichen nach. Die Daten stammen aus der Studie „Health Behavior in School-aged Children“.

Erhoben wurden sie über Fragebögen in Schulen, wobei die Angaben anonym, aber



Foto: Glowimages RM/Fionline

Gemeinsame Zahnpflege: Für Kinder ist das eine echte Lernhilfe. Und: Wenn in der Familie eine positive Atmosphäre herrscht, wird auch besser geputzt, so das Ergebnis der Studie.

unter der Aufsicht eines Lehrers gemacht wurden. Befragt wurden 3 063 und 3 127 Mädchen aus drei Schulstufen. Das Durchschnittsalter lag bei 11,5, 13,5 und 15,5 Jahren. Die Kinder wurden nach der täglichen Frequenz des Zähneputzens befragt. Außerdem wurden Informationen zu folgenden Aspekten eingeholt:

- Familienstruktur- und Größe
- Einkommen und Besitzverhältnisse
- Arbeitslosigkeit/Beschäftigung

- Mahlzeiteneinnahme der Familie
- Nahrungsangebot / Hunger
- Familiäre Beziehungsverhältnisse

Mädchen putzen häufiger als Jungen

Ein Ergebnis der Studie: Der Anteil der Kinder, die regelmäßig zwei Mal pro Tag die Zähne putzen, ist bei Jungen geringer, als bei Mädchen. Jungen verzehrten aber häufi-



Foto: MEV

Früh übt sich: Wenn Kinder Zähne regelmäßig putzen, prägt das für das ganze Leben.

ger als Mädchen an Werktagen ein Frühstück, gingen häufiger hungrig zu Bett und empfanden ihre Eltern im Verhalten häufiger als fair. Außerdem standen sie öfters im Kontakt zu beiden leiblichen Elternteilen und pflegten häufiger ein enges Verhältnis zu älteren Brüdern. Jungen hatten allerdings seltener engen Kontakt zu älteren Schwestern. Hinsichtlich der sozioökonomischen Faktoren fand sich kein geschlechtsspezifischer Unterschied.

Gemäß den Erwartungen wurde deutlich: Die soziale Stellung und das Einkommen hatten einen signifikanten Einfluss auf das Zahnputzverhalten der Teilnehmer der Studie. So hatten Kinder aus Familien mit höherem Einkommen und sozialem Stand ein besseres Zahnpflegeverhalten als Kinder aus einkommensschwachen und / oder benachteiligten Familien.

Zugewandte Eltern stärken ihre Kinder

Auch ein zugewandtes Verhalten der Eltern und ein enges Verhältnis der Kinder zu mindestens einem Elternteil begünstigten die regelmäßige Zahnpflege. Warum spielt das Interesse der Eltern eine übergeordnete Rolle? Julian Rellecke, Diplom-Psychologe am

Institut für Psychologie an der Humboldt-Universität zu Berlin, erklärte auf Anfrage der zm: „Eltern, die sich für das Wohlergehen ihrer Kinder interessieren, kontrollieren das Zahnputzverhalten stärker. Sie motivieren ihre Kinder zur Zahnpflege – und das regelmäßig.“ Die Studie deckt diese Erklärung: Demnach betreiben die Kinder eine regelmäßige Zahnpflege, welche das Gefühl haben, von ihren Eltern angenommen zu werden. Ein von den Kindern als fair wahrgenommenes Verhalten der Eltern spielt hier eine übergeordnete Rolle.

Die Studie belegt darüber hinaus Zusammenhänge zwischen Essensgewohnheiten und Zahnpflege: Kinder, die ihre Zähne regelmäßig pflegen, gaben auch an, regelmäßig zu Hause zu frühstücken. Außerdem nehmen diese Kinder die Mahlzeiten mit der Familie gemeinsam ein.

Auch die Form der Familie spielt eine Rolle: Kinder, die mit beiden Elternteilen lebten, putzten ihre Zähne häufiger als solche, die in Patchworkfamilien (Mädchen) oder mit einem alleinerziehenden Elternteil (Jungen) aufwuchsen.

Die Studie zeigt, dass das familiäre Umfeld der Kinder deren Zahnpflegeverhalten maßgeblich beeinflusst. Dabei spielen neben sozioökonomischen Faktoren auch das Verhältnis zu den Eltern sowie die Gewohnheiten Mahlzeiten gemeinsam einzunehmen eine entscheidende Rolle. sf/pm

Abdruck mit freundlicher Genehmigung von IME, Informationskreis Mundhygiene und Ernährungsverhalten, Frankfurt/Main

Originalarbeit erschienen in: Community Dentistry and Oral Epidemiology, 38 (2010) pp. 10–18

100. Todestag von Florence Nightingale

Die Lady mit der Lampe

Pionierin der Krankenpflege, Nationalheldin und ein bisschen Rebellin – Florence Nightingales Leben verlief ereignisreicher als in der Viktorianischen Gesellschaft bei einer Tochter aus gutem Hause üblich. Ihr großer Verdienst: Aus dem anrüchigen Beruf der Krankenschwester machte sie eine angesehene Profession. Am 13. August 2010 ist ihr 100. Todestag.



Die „Lady mit der Lampe“ im Krankenhaus von Skutari. Gemälde um 1856 von Joseph-Austin Benwell, Greater London Council, UK

Florence Nightingale wirkt nach. Ihr Buch „Notes on Nursing“ (1860) über die Prinzipien der Krankenpflege wird noch heute in vielen Ländern in die Krankenpflegeausbildung miteinbezogen. In Düsseldorf erinnert das Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie an die Engländerin, die vor hundert Jahren, am 13. August 1910, in London starb. Ein Grund dafür ist, dass Nightingale an der 1836 von Pfarrer Theodor Fliedner gegründeten Diakonie eine Ausbildung zur Krankenschwester machte. Als 1970 ein Name für das Krankenhaus gesucht wurde, spielten aber noch andere Motive eine Rolle, weiß Dr. Norbert Friedrich von der Fliedner Kulturstiftung Kaiserswerth: „Damals gab es einen neuen theologischen Leiter, der sehr auf ökumenische Öffnung bedacht war. Florence Nightingale signalisiert diese Offenheit – und Internationalität. Im Krankenhaus legt man außerdem großen Wert auf

patientenorientierte Betreuung. Auch dafür steht sie.“

Viele ihrer Theorien wirkten heute „stellenweise skurril“, sagt Friedrich. „Das liegt einfach daran, dass das medizinische und pflegerische Wissen vorangeschritten ist.“ Der entscheidende Aspekt an Nightingales fort-dauernder Aktualität sei ein anderer: „Sie hat immer wieder betont, dass Patienten soziale Wesen sind. Pflege war für sie mehr als Verbände wechseln und Spritzen setzen. Nightingale wusste: Es geht um Beziehungen. Pfleger und Krankenschwestern treten mit den Patienten nicht nur als Dienstleister in Kontakt, sondern auch als Menschen.“ Im England des 19. Jahrhunderts fehlte dieses Bewusstsein in der Öffentlichkeit noch völlig – Florence Nightingale änderte das. Mit der gleichen Hartnäckigkeit, mit der sie auch den Weg ablehnte, der Frauen ihrer Generation und ihres Standes vorgezeichnet war.



Foto: Naaila Schwarz/Fotolia

William Edward Nightingale, Florences Vater, hatte von einem Onkel ein beträchtliches Vermögen geerbt und ging, bis auf politische Aktivitäten für die liberale Whig-Partei, vor allem seinen kulturellen Interessen nach. Der Cambridge-Absolvent ließ seinen beiden Töchtern Parthenope und der am 12. Mai 1820 in Florenz geborenen Florence eine breite Schulbildung zukommen. Weil er dafür keine geeigneten Hauslehrer finden konnte, übernahm er die Aufgabe selbst. Auf dem Lehrplan standen Latein, Griechisch, Deutsch, Französisch, Italienisch, Geschichte und Philosophie.

Auf Sinnsuche

Mutter Fanny ging ganz in ihrer Rolle als Society Lady auf und hatte für die Zukunft ihrer Töchter eher traditionelle Vorstellungen. Das bedeutete vor allen Dingen eine standesgemäße Heirat. Florence langweilte das Leben als Gesellschaftsdame, sie wollte lieber lernen und äußerte mit 20 Jahren den Wunsch nach Mathematikunterricht. Das überschritt allerdings auch für den Vater eine Grenze – Mathematik war absolut nicht ladylike. Aber: Nach vielen Streitereien konnte Florence sich durchsetzen und bewies großes Talent für das Fach.

Auf Bildungsreisen nach Frankreich, Italien, Deutschland und in die Schweiz lernte Florence Nightingale viele Persönlichkeiten aus Wissenschaft, Kultur und Politik kennen. In Italien traf sie Angehörige der nationalen Freiheitsbewegung „Risorgimento“, in Paris Mary Anne Clarke, die dort einen literarischen Zirkel führte. Über sie kam die junge Reisende mit der berühmten französischen Salondame Julie Récamier in Kontakt. Der Austausch mit diesen beiden Frauen mag Nightingale veranlasst haben, über die Frage nachzudenken, inwieweit Frauen ein Anrecht auf Bildung und Selbstverwirklichung haben.

Florence Nightingales Werk ist tief in ihrer Religiosität verwurzelt. Bereits als Kind spürte sie den „Wunsch, kranke Menschen zu pflegen. All meine Gedanken kreisten um Krankenhäuser, und ich



Florence Nightingale als junge Frau

Quelle: Fliedner Kulturstiftung Kaiserswerth

ließ keine Gelegenheit aus, eines zu besuchen. Das erzählte ich natürlich niemandem; man hätte mich nur ausgelacht. Dennoch war ich davon überzeugt, Gott habe mich berufen, Ihm auf diese Weise zu dienen.“

Mit 25 Jahren teilte Florence Nightingale ihrer Familie schließlich mit, dass sie Krankenschwester werden wolle. Eltern und Schwester reagierten schockiert: Krankenhäuser – inklusive Personal – hatten Mitte des 19. Jahrhunderts einen ausgesprochen schlechten Ruf. Hospitale waren keine Orte der Heilung, vielmehr wurden Menschen dort bis zu ihrem Tod „verwahrt“. Eine Ausbildung für das Personal gab es nicht. Als Krankenschwestern arbeiteten fast ausschließlich Frauen aus unteren Schichten, die nach landläufiger Meinung Diebinnen, Alkoholikerinnen, Prostituierte und überhaupt moralisch fragwürdig waren.

Es war aber nicht nur das Berufsfeld, das bei Nightingales Familie auf Ablehnung stieß. Im Viktorianischen England galt das Streben nach einer Aufgabe außerhalb von Ehe und Familie generell als unschicklich für eine Frau ihres Ranges. Es kostete Nightingale weitere sechs Jahre, bis sie ihren Willen – nach wie vor gegen den der Eltern – durchsetzen konnte. 1851 brach sie zu einer dreimonatigen Krankenpflegerausbildung nach Kaiserswerth auf. Sie hatte die Diakonie schon im Vorjahr für einige Tage besucht und in der Zeit davor über die Einrichtung gelesen. So schrieb sie 1846 in ihr Tagebuch: „Wenn ich Erfrischung brauche, greife ich zu den Jahresberichten über die Diakonissenanstalt Kaiserswerth. Dort ist meine Heimat, dort sind all meine Brüder und Schwestern im Dienst. Dort ist mein Herz, und eines Tages, davon bin ich überzeugt, wird auch mein Leib dort bei ihnen sein.“

Ein wilder Schwan

Mit ihrer Entscheidung stellte Nightingale sich gegen die Rollenerwartung, die Frauen ihrer Zeit auferlegt wurde – eine private Rebellion. In einem Brief an die Eltern fand die „verlorene“ Tochter folgende Worte, um die Motivation für ihr Handeln zu beschreiben: „Um mich herum sehe ich so viele Frauen, die verrückt werden auf der Suche nach einer echten Aufgabe.“ Fanny Nightingale soll dazu folgendes Fazit gezogen haben: „Wir sind die Enten, die einen wilden Schwan ausgebrütet haben.“

In Kaiserswerth fühlte die 31-jährige Schülerin sich wohl. Dr. Norbert Friedrich: „Hier erlebte Florence Nightingale ein Pflegemo-



Foto: Fliedner Kulturstiftung Kaiserswerth

Mit dem Kaiserswerther Mutterhaus (hier um 1850) beginnt die Geschichte der Mutterhausdiakonie. Gegründet wurde es 1836 von Theodor und Friederike Fliedner.

dell, das für die damalige Zeit sehr innovativ war. Die Schwestern lebten in einer beruflich-spirituellen Gemeinschaft, das heißt, sie erhielten neben der Krankenpflege- auch eine religiöse Ausbildung.“ Nightingale, die selbst sehr fromm war, wusste das zu schätzen. Im Oktober verließ sie Kaiserswerth und setzte ihre Lehre in Paris bei den Barmherzigen Schwestern, einem Vinzentinerinnen-Orden, fort.

Ihr nächster beruflicher Schritt führte die mittlerweile 33-Jährige zurück nach England. Hilfe bekam sie dabei von dem mit ihr befreundeten Politiker Sidney Herbert und dessen Frau Liz, die sich beide sehr für das britische Gesundheits- und Krankenhauswesen engagierten. Liz Herbert verschaffte Florence einen Posten als Leiterin eines Sanatoriums für Gouvernanten in London. Sie nahm den Job an und strukturierte das Haus unter Einsatz ihres eigenen Vermögens um. Aber: Nach etwas mehr als einem Jahr kündigte sie die Stellung. Begründung: Die Arbeit war ihr zu einseitig, die Krankheitsbilder zu ähnlich. Das reichte Nightingale nicht auf Dauer, sie brauchte eine größere Herausforderung – und musste nicht lange darauf warten.

Heldin des Krimkriegs

1853 zog Großbritannien an der Seite des Osmanischen Reiches und Frankreichs auf der Krim-Halbinsel in den Krieg gegen Russland. Bald erschienen in der englischen Pres-



Pfarrer Theodor Fliedner porträtiert von Otto Mengelberg (um 1857).

Foto: Fliedner Kulturstiftung Kaiserswerth

se Berichte über die katastrophalen Zustände im englischen Lazarett in Skutari. Das Hospital sei schlecht ausgestattet, die Krankenpfleger nicht ausgebildet. Der Vergleich mit den französischen Lazaretten verschärfte den Skandal: Dort kümmerten sich gut ausgebildete Nonnen um die Verwundeten. Die britische Öffentlichkeit reagierte mit Entsetzen auf die schlechte Versorgung der Soldaten. Florence Nightingale bot ihre Hilfe an. Nach Vermittlung durch Sidney Herbert – mittlerweile Kriegsminister – stach sie im Oktober 1854 mit 38 Krankenschwestern Richtung Krim in See.

In Skutari angekommen, fand Nightingale schlimme Zustände vor: Die Verwundeten waren in stickigen und schmutzigen Räu-

men untergebracht und meistens nicht einmal mit dem Nötigsten versorgt. Obwohl die männlichen Pfleger mit der Situation heillos überfordert waren, freute sich die militärische Führung nicht über die Ankunft des Hilfstrupps. Für sie stellten die Frauen eine Einmischung von Zivilisten in militärische Angelegenheiten dar. Florence Nightingale hielt sich deshalb anfangs aus den medizinischen Angelegenheiten heraus und unterstellte die Krankenschwestern den Weisungen der Ärzte. Die ignorierten die Pflegerinnen zunächst, knickten dann angesichts der Patientenflut aber ein und kooperierten.

Florence Nightingale konzentrierte sich während ihres Aufenthalts auf administrative Aufgaben und stellte ihr erstklassiges Organisationstalent unter Beweis. Innerhalb kürzester Zeit verbesserte sie die Hygiene im Lazarett, brachte die Wäscherei wieder in Gang und sorgte für gesunde Ernährung

zm-Info

Weitreichender Einfluss

Der Gründer des Roten Kreuzes, Henri Dunant, war sehr beeindruckt von Florence Nightingales Einsatz im Krimkrieg. Welchen Anteil sie an der Gründung des Roten Kreuzes hatte, drückt ein Zitat von Henri Dunant aus dem Jahr 1872 aus: „Obwohl ich als der Gründer und Schöpfer der Genfer Konvention bekannt bin, kommt doch alle Ehre der Schaffung der Konvention einer Engländerin zu. Was mich während des Krieges von 1859 dazu brachte, nach Italien zu gehen, war das Werk der Florence Nightingale auf der Krim.“ ■



der Soldaten. Sie schrieb Briefe für die Patienten, schickte deren Sold an die Familien zuhause und bestand darauf, dass keiner der Männer alleine starb. Nachts ging sie mit einer Lampe durch die Korridore, um nach dem Rechten zu sehen. Aus dieser Zeit stammt ihr Spitzname: „Lady mit der Lampe“.



Auf dem Schlachtfeld an der Alma, Druckgrafik 1854 von Robert Neal

Foto: akg-images

Foto: pict. all./imagestate/HIP/Oxf. Science Arch.



Florence Nightingale inspiziert eines der Krankenzimmer in Skutari. Lithographie von William Simpson.

An der Heimatfront

Von den Soldaten wurde Nightingale verehrt. Ein Patient schrieb an seine Familie: „Wenn die Lady mit der Lampe in der Nacht durch die Krankensäle geht, dann drehen wir uns zur Wand und küssen die Mauerstelle, auf die ihr Schatten fiel.“ Solche Sätze sind der Stoff, aus dem Legenden gemacht werden. In zahlreichen Briefen gelangten sie nach England, wo die Lady bald als Nationalheldin gefeiert wurde.

1857 musste sie allerdings schwer fiebererkrankt nach England zurückkehren. Vermutet wird, dass sie an der Infektionskrankheit Brucellose litt. Ihr Gesundheitszustand blieb die folgenden zehn Jahre schlecht. Nightingale zeigte sich in dieser Zeit selten in der Öffentlichkeit – verharnte aber keinesfalls untätig im Bett. Immer noch entrüstet darüber, dass der Großteil der Soldaten nicht auf dem Schlachtfeld, sondern aufgrund des Missmanagements in den Lazaretten gestorben waren, setzte sie in England zusammen mit ihrem Freund Sidney Herbert eine königliche Kommission zur Untersuchung des Gesundheitszustands der britischen Armee durch. Sie selbst trug dazu bei, indem sie 1848 die Statistik „Notes on Matters Affecting the He-

alth of the British Army“ veröffentlichte – für die sie später als erste Frau in die „Royal Statistical Society“ aufgenommen werden sollte. Darin verglich sie die Zahl der gefallenen Soldaten mit den Verlusten aufgrund der schlechten Versorgung. Das Ergebnis: Von den 16.000 toten Soldaten waren 4.000 im Kampf gefallen und 12.000 in den Lazaretten gestorben. Nightingales Einsatz hatte Erfolg: Die Kommission beschloss medizinische Reformen, unter anderem eine geregelte Ausbildung für Militärärzte. 1860 wurde die erste Army Medical School in Chatham eröffnet.

Schools of Nursing

Aus Dankbarkeit für Nightingales Arbeit war im Jahr 1855 eine Spendenaktion in ganz England gestartet worden. Nach ihrer Rückkehr erhielt die Kriegsheldin so eine großzügige Geldspende über 50.000 Pfund, die sie gleich in den Florence Nightingale Trust steckte. Mit seiner Hilfe konnte sie einen lang gehegten Plan in die Tat umsetzen: die Gründung einer Krankenpflegeschule. 1860 war es soweit und die erste „Nightingale School of Nursing“ öffnete für 15 Schwesternschülerinnen ihre Tore am Londonder

Foto: picture alliance/imagestate-HIP



St. Thomas Hospital, London, zeitgenössische Aufnahme. Hier öffnete die erste Florence Nightingale School of Nursing.

St. Thomas Hospital. Ihre Krankheit hatte Nightingale so geschwächt, dass sie die Leitung der Schule nicht selbst übernehmen konnte. Manche Historiker vermuten, dass sie nach den großen Strapazen möglicherweise einen Burnout hatte oder die Öffentlichkeit wegen ihrer Popularität mied. Denn: Nach dem Krimkrieg war Nightingale ne-



Foto: akg-images

Königin Victoria, Porträtaufnahme, um 1890. Neben ihr war Florence Nightingale zeitweise die bekannteste Frau Englands

ben Königin Viktoria die bekannteste Frau Englands. Von ihrem Leben als Privatperson musste sie Abschied nehmen.

Die „Nightingale School of Nursing“ orientierte sich streng an den Vorgaben der Gründerin: Der theoretische Unterricht fand in Lehrsälen, der praktische direkt am Krankenbett statt. Nach Abschluss ihrer Ausbildung sollten die Absolventinnen fähig sein, an anderen Krankenhäusern eigene Schulen zu gründen und so das Nightingale'sche System in und außerhalb Englands zu verbreiten. Anders als von vielen Historikern beschrieben, lief nicht alles von Anfang an perfekt. Es stellte sich vor allem als schwierig heraus, kompetente Schülerinnen zu rekrutieren.

Monica Baly, Historikerin des Nightingale Fund, resümiert: „Die Reform kam nur langsam in Gang und was später als Nightingale'sches System bekannt wurde, entsprach nicht den Idealvorstellungen der Begründerin. Es war das Resultat vieler Experimente und erzwungener Kompromisse.“ Nach einem Jahrzehnt waren die Startschwierigkei-

ten allerdings überwunden und die Schulen trugen dazu bei, dass der Beruf der Krankenpflegerin weltweit eine Aufwertung erfuhr. Interessant: Obwohl selbst tief religiös, schlug Nightingale bei der Organisation der Krankenpflegeschulen einen säkularen Weg ein. Zwar verstand sie die Pflege in erster Linie als Dienst am Nächsten, die Ausbildung hatte aber vor allem einen fachlichen Kern und orientierte sich nicht an der in Kaiserwerth erlebten Arbeits- und Glaubensgemeinschaft. Einiges übernahm sie aber von ihren ersten Lehrmeistern: Wie bei den Diakonissen erhielten die Schülerinnen während ihrer Ausbildung Wohnung, Verpflegung, Dienstkleidung und ein Taschengeld.

Verdienst und Irrtum

Florence Nightingale veröffentlichte im Lauf ihres Lebens über 200 Bücher und Aufsätze. Eines ihrer Hauptwerke ist das Lehrbuch „Notes on Nursing: What it is, and what it is not“, das 1860 erschien und in elf Sprachen übersetzt wurde. Darin schreibt sie: „Ich brauche das Wort „nursing“ mangels eines besseren. Es wurde bisher so eingengt, dass es wenig mehr bedeutet als die Verabreichung von Medikamenten und die Anwendung von Umschlägen. Es sollte dagegen folgendes umfassen: Der nützliche Gebrauch von frischer Luft, Licht, Wärme, Sauberkeit und Ruhe sowie die geeignete Auswahl und Verabreichung von Speisen – all das mit möglichst geringem Kraftaufwand für den Patienten.“

Zusammenfassend kann man sagen, dass aus Nightingales Sicht gute Pflege auf zwei Pfeilern basiert: Hygiene und absolute Kon-



Die Pionierin der Krankenpflege in älteren Jahren, Gemälde von Richmond Sir William Blake, Claydon House, Buckinghamshire, UK

zentration auf die Bedürfnisse des Patienten. Sie schreibt: „Friert ein Patient oder hat er Fieber, fühlt er sich schwach, ist ihm nach dem Essen übel oder hat er wundete Stellen, so ist das nie die Schuld der Krankheit, sondern der Pflege.“

Florence Nightingales wissenschaftliche Überzeugungen – vor allem in Bezug auf die Entstehung von Krankheiten – sind heute überholt. Sie war Anhängerin der Miasma-Theorie, die besagt, dass sich Krankheiten spontan aufgrund schädlicher Dämpfe in schmutzigen, schlecht belüfteten und geschlossenen Räumen entwickeln – Nighting-

zm-Info

Florence Nightingale Museum

Wer mehr über Florence Nightingale erfahren will, kann sich beim nächsten Kurztrip nach London in dem ihr gewidmeten Museum schlau machen. Es liegt ganz in der Nähe der Westminster Bridge.

Adresse: 2 Lambeth Palace Road
London, SE1 7EW

Tel. +44 (0)20 7620 0374

■ www.florence-nightingale.co.uk



gales Sauberkeits-Dogma für Räume und Luft rührt daher. Sie war darüber hinaus davon überzeugt, Gott habe das Miasma geschaffen. Indem der Mensch die Ursachen für die Entstehung der Dämpfe erforsche und verstehe, deutete sie Gottes Intention, könne er seine Umwelt anpassen und Krankheiten verhindern. Die Krankenpflege betrachtete Nightingale so als Möglichkeit, Gottes Gesetze der Gesundheit zu erkennen. Zur Emanzipation der Frauen hat Nightingale vor allem durch ihr Beispiel beigetragen und dadurch, dass sie die Ausbildung von Krankenschwestern sowie die Leitung der pflegerischen Arbeit in die Hände von Frauen legte.

Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln
SusanneTheisen@gmx.net

**American Dental
Systems GmbH**

Seite 27

**APW Akademie
Praxis &
Wissenschaft**

Seite 69

**Bego Bremer
Goldschlägerei
GmbH & Co KG.**

Seite 29

**Carestream Health
Deutschland**

Seite 117

**Champions-Implants
GmbH**

Seite 87

**Coltène/Whaledent
GmbH & Co. KG**

Seite 7 und 73

**Dentaltrade
GmbH & Co. KG**

Seite 11

**Deutscher
Ärzte-Verlag GmbH/
Edition**

Seite 59

**Deutscher
Ärzte-Verlag GmbH/
Formularverlag**

Seite 81

**Deutscher
Ärzte-Verlag GmbH/
Leserreise**

Seite 53

**DGI – Sekretariat
für Fortbildung**

Seite 41

Directa AB

Seite 67

doctorseyes GmbH

Seite 65

**DZOI Dt. Zentrum
für orale
Implantologie e.V.**

Seite 115

Gaba GmbH

Seite 31

Heinz Kers Neonlicht

Seite 65

**ic-med
EDV-Systemlösungen**

Seite 101

**Imex Dental +
Technik GmbH**

Seite 19

Intersanté GmbH

4. Umschlagseite

KaVo Dental GmbH

Seite 4 und 5

KaVo Dental GmbH

Seite 17

Korte Rechtsanwälte

Seite 117

**Landesmesse
Stuttgart GmbH**

Seite 105

**Mectron Deutschland
Vertriebs GmbH**

Seite 89

**Medentis Medical
GmbH**

Seite 21

**Permadental
Zahnersatz**

Seite 9

**SDI Southern Dental
Industr.GmbH**

Seite 51

Septodont GmbH

2. Umschlagseite

Solutio GmbH

Seite 57

Solutio GmbH

3. Umschlagseite

**STI Management
of Dental and Oral
Medicine**

Seite 13

**Teamwork media
GmbH**

Seite 91

**TGA Technischer
Geräte- und Apparat-
bau GmbH**

Seite 49

**Tokuyama Dental
Corporation**

Seite 71

**Ultradent Dental-
medizinische Geräte
GmbH & Co. KG**

Seite 95

**Ultradent Products
USA**

Seite 15

**Vita Zahnfabrik
H.Rauter
GmbH & Co KG.**

Seite 47

Voco GmbH

Seite 43

Zahnärzte.com

Seite 63

ZM-Jahresband

Seite 93

Vollbeilagen

Roos Dental e.K.

Ärzte-Golfmeisterschaft 2010 in Bad Kissingen

Sebastian Appold ist Ärzte-Golfmeister

Sebastian Appold vom GC Bad Kissingen hat sich im 100. Jubiläumsjahr seines Heimatclubs den Pokal der Ärzte-Golfmeisterschaft gesichert. Er benötigte 151 Schläge. Nur knapp verpasste der Titelverteidiger Dr. Matthias Meyer vom Oldenburgischen GC den Sieg und wurde in diesem Jahr mit 153 Schlägen immerhin Vize. Die Nettosieger A hießen Dr. Peter Stolz vom GC Gut Ising und Dr. Marc Trefz vom GP Aschheim. Beide benötigten 142 Schläge. In der B-Klasse sicherten sich die Titel Prof. Dr. Hans Uwe Janka vom GC Eschenried und Dr. Wolfgang Thomae vom GC Werl. Beide mit 71 Punkten. Bei den Senioren siegte Dr. Erdal Erkan vom GAT Margarethenhof mit 156 Brutto-Schlägen und Dr. Robert Martonosy vom GC Oldenburger Land mit 141 Nettoschlägen. Insgesamt waren rund 50 Ärzte, Zahnärzte und Apotheker zur Meisterschaft in Bad Kissingen angetreten. Aus rund vierzig verschiedenen Clubs kamen die Teilnehmer nach Unterfranken. Trotz aller schlechten Wetterprognosen verlief das 54. Deutsche



Die Sieger der diesjährigen Ärzte-Golfmeisterschaft mit dem Ärzte-Golfmeister Sebastian Appold (Vierter von links).

Ärzte-Golfturnier und die 37. Deutsche Ärzte-Golfmeisterschaft ohne einen Tropfen Regen.

Dr. Rug, Vorsitzender der Vereinigung golfspielender Ärzte, führte in dem zum 100. Jubiläum neu umgebauten Clubhaus durch die Siegerehrung. Im nächsten Jahr werden die Golfmeisterschaften wieder im Juni ausgetragen. sf/pm



www.aerzte-golf.de

Golfclub Starnberg e.V.

Zahnarzt siegt beim Preis der Präsidenten

Der Zahnarzt Dr. Dan-Liviu Tite (Foto rechts) hat beim 51. Preis der Golfpräsidenten im Golfclub Starnberg e.V. gleich bei seiner ersten Teilnahme den Sieg errungen. Tite errang trotz drei Streichergebnissen und widrigen Wetterbedingungen mit 36 Netto-Punkten (+ drei CSA) den ersten Platz Netto und mit 23 Punkten den zweiten Platz Brutto. Der Mediziner ist Gründungs- und

Ehrenmitglied des Rumänischen Golfverbandes und betreibt die in Bayern gelegene Golfanlage Weiherhof. Das Turnier wird einmal im Jahr auf nationaler Ebene gespielt. Insgesamt haben sich 55 Präsidenten von Golfclubs beteiligt. Der Wanderpokal wurde Tite durch den Präsidenten des Bayerischen Golfverbandes, Norbert Löhlein, verliehen. sf



Foto: privat

Identifizierung

Unbekannte männliche Leiche

Am 31.01.2010, gegen 14.55 Uhr, wurde in Weißenhaus auf einer Viehweide unmittelbar hinter den Dünen ein bislang unbekannter Toter aufgefunden, der keinerlei Personalpapiere oder andere zur Identifizierung geeignete Unterlagen oder Gegenstände bei sich führte. Als Todesursache wurde Unterkühlung festgestellt. Anhaltspunkte für eine Straftat liegen nicht vor.



Beschreibung des Mannes:

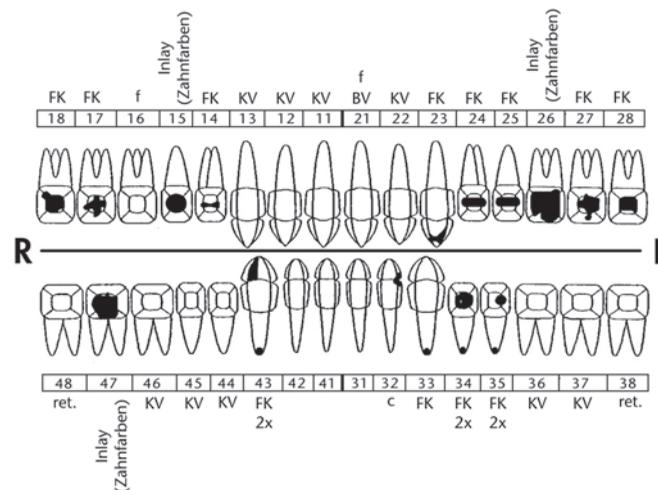
181 cm groß, 95 Kilogramm schwer, kräftige Statur, circa 55 bis 80 Jahre alt, mittellange rotbraunes bis graues Haar, Stirnglatze, blaue Augen, rechter Bauch eine 9 Zentimeter lange Narbe, gepflegte Erscheinung.

Bekleidung des Mannes:

Schwarze Mütze mit Ohrklappen und Fellbesatz, schwarze Handschuhe, grau-violett gemusterter Wollschal, braune Wanderstiefel, „Overdrive“ Gr. 45, schwarze Herrenjacke „Marc Kostner“ Gr. XXL, schwarze Strickjacke mit rotbraunem Muster im Frontbereich „Les Corps“ Gr. 62, hellbrauner



Zahnschema



FK - Kunststoff-Füllung, f - fehlt, c - Karies, KV - Krone mit Verblendung, BV - Brückenglied mit Verblendung, ret - retinierter Zahn

Besonderheiten:

Zusätzlicher Prämolare im rechten Unterkiefer, in zweiter Reihe hinter 44 und 45. Leichte Fehlstellung 31 (etwas nach vorn gekippt)



Fleece-Troyer „Meantime“ Gr. XXL, hellgrünes T-Shirt mit schwarzen und grauen Querstreifen „Milano“ Gr. XXL, braune Cordhose mit braunem Gürtel, weißes Unterhemd und weißer Slip, feinstrripp, braune Wollsocken, darunter weiße Sportssocken.

Mitgeführte Gegenstände:

Herrenarmbanduhr „Exellanc“ mit beige Zifferblatt und blauem Armband „Lorica“, grauer Gürtel mit blauer Bauchtasche mit circa 1 800 Euro, braunes Portemonnaie mit Kamm, Zettel mit „Verfügung“ mit dem Wunsch einer Feuerbestattung im Falle des Sterbens, Bargeld 277,99 Euro, grauer Trolley „Uncle Sam“, mit Kosmetiktasche und Toilettenartikeln, zwei Brillenetuis mit je einer Brille, Tabletten „Belok Zok“, „Paracetamol“, „Aspirin“, „Sepsotinktur“.



Regionale Presseveröffentlichungen, Ermittlungen nach Hinweisen sowie ein Abgleich der Fingerabdrücke führten bisher nicht zur Identifizierung.

Hinweise zur Identität des Toten bitte an:

Eckhard Horn, KP Außenstelle Oldenburg/Holstein
 Aktenzeichen: 52516/2010
 Tel. 04361/1055-0, oder -33, Fax 04361/1055-19
 Eckhard.Horn@polizei.landsh.de

**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"/>																																

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 118

KaVo

Vertrieb von Palodex-Marken

Die Palodex Group mit den Marken Instrumentarium und SOREDEX ergänzt bereits seit einiger Zeit das Portfolio der KaVo-Gruppe im Bereich Imaging. In diesem Zusammenhang hat KaVo die Verantwortung für den Vertrieb der Instrumentarium Dental-Produkte in Deutschland,

Österreich und der Schweiz übernommen. Durch die enge Zusammenarbeit erzielt Palodex eine breitere Verteilung seiner Produkte in dieser Region. Die

Instrumentarium Dental GmbH wird sich weiterhin auf den Kundendienst und sonstige Dienstleistungen nach dem Verkauf seiner Produkte konzentrieren und wie bisher den Vertrieb von SOREDEX-Produkten fortführen.

Infolge der Akquisition von Palodex durch die Danaher Corporation (DHR), US-amerikanischer Mutterkonzern der KaVo Dental GmbH, ist eines der weltgrößten Unternehmen im Bereich dentaler Bildgebung entstanden.

*KaVo Dental GmbH
Bismarckring 39
88400 Biberach/Riss
Tel.: 07351 56-0
Fax: 07351 56-71104
www.kavo.com
E-Mail: info@kavo.com*

ic med

Anwendertreffen zur Praxis-EDV

Die ic med GmbH veranstaltete vor Kurzem ein ChreMaSoft-Anwendertreffen in Chemnitz. Die Spezialisten für Praxis-EDV und Medizintechnik stellten interessante, neue Möglichkeiten vor, die sich aus der Fusion von ChreMaSoft und CompuDent zur CompuGroup Medical Dentalssysteme GmbH (CGM Dentalssysteme) ergeben. So informierten sich zahlreiche Besucher aus erster Hand über ein breites Produkt- und Leistungsspektrum – von der Flatrate bis zum Innovationsumstieg.

Darüber hinaus standen auch aktuelle Themen aus dem Bereich digitale Medizintechnik auf der Agenda. Der Vortrag von Marcus Cedric Deare, Leiter Medizintechnik der ic med GmbH, bot den Teilnehmern die Gelegenheit, den DEXIS Platinum Sensor anwendernah kennenzulernen.

*ic med
Walther-Rathenau-Str. 4
06116 Halle/Saale
Tel.: 0345 29841-90
Fax: 0345 29841-960
www.ic-med.de
E-Mail: info@ic-med.de*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

R-dental

Bewährte Prothesen-Unterfütterung

Das bewährte, dauerhaft weichbleibende A-Silikon P.U.M.A. soft von R-dental ist indiziert für die direkte und die indirekte Prothesenunterfütterung. Sofortprothesen können während der Wundheilungsphase mit dem A-Silikon ausgekleidet werden. P.U.M.A. soft trägt

durch die Erhöhung des Prothesenhalts und der Prothesengewöhnung wesentlich zur Verbesserung des Patientenkomforts bei. Ein spezielles Adhäsiv bewirkt einen unlöslichen molekularen Haftungsverbund von P.U.M.A. soft zum polymerisierten Prothesenmaterial. Das A-Silikon ist geruchsneutral und biokompatibel.



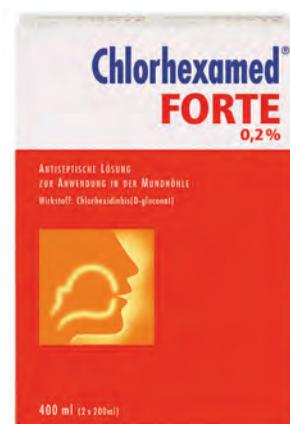
P.U.M.A. soft ist in handelsüblichen Doppelkartuschen als Systempackung und als Nachfüllpackung in den Farben gingiva und transparent erhältlich.

*R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Winterhuder Weg 88
22085 Hamburg
Tel.: 040 227576-17
Fax: 040 227576-18
www.r-dental.com
E-mail: info@r-dental.com*

GSK Consumer Healthcare

Chlorhexamed in größerer Packung

Bei Implantationen sollte nach einem parodontal-chirurgischen Eingriff die Keimzahl wirksam mit Chlorhexidin reduziert werden, um den langfristigen Erhalt des Zahnersatzes zu gewährleisten. Die Behandlung mit zum Beispiel Chlorhexamed Forte 0,2 Prozent sollte nach Abschluss des letzten chirurgischen Eingriffs zwei bis drei Wochen fortgesetzt werden. Um eine ausreichende Therapie-dauer sicherzustellen, können Zahnärzte und Apotheker jetzt die 400 ml-Therapiepackung von Chlorhexamed Forte 0,2 Prozent empfehlen. „Uns ist aufgefallen, dass die wenigsten Patienten nach zehn Tagen eine weitere 200 ml-Flasche in der Apotheke kaufen. Demzufolge wird oft nicht 20 Tage jeweils zweimal täglich mit 10 ml gespült“, sagt



Dr. Miriam Ruberg aus der Chlorhexamed-Forschung. Darüber hinaus eignet sich die Doppelpackung mit 400 ml auch, wenn die Mundhygiene längere Zeit eingeschränkt werden muss.

*GlaxoSmithKline
Consumer Healthcare
Bußmatten 1
77815 Bühl
www.chlorhexamed.de*

DENTSPLY DeTrey

Zur Versorgung mit Glasfaserstiften



Glasfaserverstärkte Materialien setzen sich zunehmend als Aufbaustifte durch. Den aktuellen Stand der Versorgung mit Glasfaserstiften fasst ein wissenschaftlicher Beitrag von PD Dr. Michael Naumann (Foto), Universitätsklinikum Ulm, zusammen. Der wegen hoher Nachfrage nun in zweiter Auflage erschienene Sonderdruck kann jetzt wieder bei DENTSPLY DeTrey kostenlos angefordert werden. Naumann empfiehlt und begrün-

det in seiner Publikation „Adhäsive postendodontische Rekonstruktion mit Glasfaserstiften“ die adhäsive Befestigung der Kompositstifte. Neben den klinisch relevanten Aspekten eigener Studienergebnisse wird dort ein bewährtes Behandlungsprotokoll vorgestellt. Exemplarisch erfährt der Leser den Ablauf einer postendodontischen Versorgung mit Glasfaseraufbaustiften und weiteren erforderlichen Komponenten – wie etwa einem geeigneten Adhäsiv – anhand des DENTSPLY Core & Post Systems.

DENTSPLY DeTrey GmbH
De-Trey-Str. 1
78467 Konstanz
Service-Tel.: 0800 735000
www.dentsply.de
E-Mail: info@dentsply.de

curasan AG

Serviceleistungen online erweitert



Nach der Einführung von Osbone im März 2010 hat die curasan AG ihre Internetpräsenz erweitert. Ab sofort kann das neue Osbone, neben anderen Produkten der curasan AG, auch über den professionellen Online-Shop bezogen werden. Unter www.osbone.de erreicht man über das Feld „zum curasan Online-Shop“ sofort sein Ziel. Hier besteht die Möglichkeit,

über die Sprachauswahl zwischen Deutsch und Englisch zu wählen. „Der Vorteil für unsere Kunden besteht darin, dass sie rund um die Uhr in Ruhe ihre Bestellungen aufgeben können“, betont Hans Dieter Rössler, Vorstandsvorsitzender der curasan AG. Die jeweilige Produktlinie ist mit ihren unterschiedlichen Artikeln übersichtlich gestaltet und kann nach einem einfachen Registrierungsvorgang als Arzt, Klinik oder Händler bestellt werden.

curasan AG
Lindigstr. 4
63801 Kleinostheim
Tel.: 06027 40900-51
Fax: 06027 40900-39
www.curasan.de
E-Mail: info@curasan.de

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

DMG

Umfrage zeigt: Zahnpflege ist wichtig

In einer Umfrage im Auftrag von DMG gaben 84 Prozent der mehr als 1000 Befragten an, dass ihnen die Gesundheit ihrer Zähne „wichtig“ bis „sehr wichtig“ ist. Somit sind sie auch zu einem finanziellen Einsatz bereit, wenn es um ihre Zähne geht: Jeder Fünfte investiert über die Kassenleistungen hinaus in die Zahngesundheit. Besonders häufig wird dabei eine professionelle Zahnreinigung gewählt – dieses Angebot nutzen 33 Prozent der Umfrage-Teilnehmer regelmäßig. Der Zusammenhang zwischen der Gesundheit der Zähne und deren Aussehen wird in den Umfrageergebnissen ebenfalls deutlich: 88 Prozent der Befragten, denen das Aussehen ihrer Zähne sehr wichtig ist, legen großen Wert auf die Zahngesundheit.

„Diese Ergebnisse verdeutlichen einmal mehr, wie wichtig es ist, sich frühzeitig intensiv mit der Zahngesundheit zu beschäftigen. Damit die Zähne gar nicht erst zu einem optischen Makel werden, muss vor allem Karies frühzeitig behandelt werden“, meint OA PD Dr. Hendrik Meyer-Lückel, Uni Kiel. Gemeinsam mit Dr. Sebastian Paris ist er maßgeblicher Entwickler der sogenannten Kariesinfiltration. Beginnende Karies kann dabei ohne Bohren, ohne Schmerzen und ohne unnötigen Verlust gesunder Zahnschubstanz behandelt werden.

DMG
Elbgastr. 248
22547 Hamburg
Kostenfreies Service-Telefon:
0800 3644262
www.dmg-dental.com
www.bohren-nein-danke.de
E-Mail: info@dmg-dental.com

Straumann

Patienteninfo: Zeit für klare Antworten

Aufklärung ist die Grundlage für eine erfolgreiche zahnärztliche Behandlung. Dabei ist es für den Behandler wichtig, die eigenen Argumente in den Blickpunkt des Patienten zu rücken, Vorurteile auszuräumen, Halbwahrheiten zu korrigieren und Spekulationen vorzubeugen. Oft fehlt Zeit und Gelegenheit für Informationen über die eigentliche Therapie hinaus. Hier kann und will der Implantathersteller Straumann eine wichtige Ergänzung sein.

In umfangreichen Kunden- und Patientenbefragungen hat man bei Straumann deren Wünsche und Anforderungen erforscht und in dem jetzt vorliegenden Patien-

ten-Informationsmaterial berücksichtigt und verarbeitet. Darüber hinaus gibt es Praxisposter und zusätzlich einen Patienten-Flyer zur Beratung und Aufklärung über digital erstellten Zahnersatz (CAD/CAM). Das gesamte Material lässt sich bei Straumann kostenlos bestellen.

Straumann GmbH
Jechtinger Str. 9
79111 Freiburg
Tel.: 0761 45014-50
Fax: 0761 45014-90
www.straumann.de
E-Mail: service.de@straumann.com



BEGO Goldschlägerei

Ein digitaler Quantensprung



Schnell, hochpräzise, kostensparend: Heute ist der tägliche Einsatz digitaler Technologien aus der Dentalbranche nicht mehr wegzudenken. Ab sofort bietet BEGO seinen Kunden ein so breites Angebot an Legierungen wie nie zuvor – erstmals auch Edelmetall-Legierungen. Ermöglicht wird dies durch das neuartige CAD/Cast-Verfahren. Dabei werden auf Basis der vom Kunden erstellten CAD-

Restaurationen im BEGO-Fertigungszentrum Kunststoffmodelle hergestellt. Diese werden anschließend eingebettet und via Vakuum-Druckguss-Verfahren vergossen – und zwar aus dem Material, das der Zahntechniker per Mausclick aus insgesamt 24 verfügbaren (darunter auch EMF und Keramik) ausgewählt hat. Schließlich wird das ausgegossene Gerüst dem Dentallabor wie gewohnt umgehend per Kurier zugestellt.

*BEGO Bremer Goldschlägerei
Wilh. Herbst GmbH & Co. KG
Technologiepark Universität
Wilhelm-Herbst-Str. 1
28359 Bremen
Tel.: 0421 2028-0
Fax: 0421 2028-100
www.bego.com
E-Mail: info@bego.com*

Ultradent Products

Gewinner des Katalog-Gewinnspiels



Anfang 2010 erschien der neue Katalog von Ultradent Products. Wer ihn aufmerksam durchblättert, konnte einen von drei iPods gewinnen. Wir gratulieren ganz herzlich den drei glücklichen Gewinnern: Martina Lorenz aus der Praxis Dr. Tremmel in Wien, Alexandra Huber (Foto, r.) aus der Praxis Dr. Weissenberger

in Freising und Lili Filipowa aus der Praxis Dr. Kunz in Leipzig.

Es lohnt sich weiterhin, den Katalog zu studieren: Mit noch mehr klinischen Informationen, Bildern und Erläuterungen gibt dieses Druckwerk Hinweise zur Anwendung der Produkte und Techniken, für den Neuanwender wie auch für den erfahrenen Benutzer. Im Blickpunkt steht VALO, die Breitband-LED-Leuchte mit hoher Leistung und einfacher Handhabung. Die Seiten über Zahnaufhellung sind nun noch ausführlicher und informativer geworden.

*Ultradent Products (UP Dental)
Am Westhover Berg 30
51149 Köln
Tel.: 02203 3592-15, Fax: -22
www.updental.de
E-Mail: info@updental.de*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

ZIMMER Dental

Implantat feiert 10. Geburtstag

Zimmer Dental Inc. feiert in diesen Tagen den zehnten Geburtstag seines renommierten Tapered Screw-Vent Implantats. Mit weltweit mehr als zwei Millionen verkauften Einheiten hat sich das Flaggschiffprodukt einen guten Ruf im Hinblick auf Vertrauen und Leistungsfähigkeit erworben. Sieben vergleichende Studien über Tapered Screw-Vent Implantate haben kumulative Erfolgsraten von mehr als 99 Prozent berichtet.

Die in den Größen 3,7 mm, 4,1 mm, 4,7 mm und 6,0 mm erhältliche Innensechskantplattform mit Friction-Fit des Tapered Screw-Vent Implantats reduziert Belastungen des krestalen Knochens und hält einer Lockerung der Abutmentschraube



stand. Mit Dreifach-Führungsgewinden, MTX- und MP-1 HA-Oberflächen und einem konischen Implantatkörper ist das vielseitige Tapered Screw-Vent Implantat die Plattform der Wahl für Tausende von Zahnärzten.

*ZIMMER Dental GmbH
Wentzinger Str. 23
79106 Freiburg
Tel.: 0800 23322-30
Fax: 0800 23322-32
www.zimmerdental.de
E-Mail: info@zimmer.com*

Hu-Friedy

Mehr Wissen über Scaling

Hu-Friedy hat eine neue Website zum Thema professionelles Scaling an den Start gebracht. Beleuchtet werden wesentliche Praxisaspekte wie Effizienz, Sicherheit und Komfortabilität sowie die ausgewogene Kombination von Hand- und Ultraschallscaling. Darüber hinaus stellt die Seite detaillierte Informationen zum Hu-Friedy-Scalingprogramm Symmetry IQ (Foto) vor und bietet aktuelle Hinweise zur erfolgreichen Veranstaltungsreihe „Professional Scaling“.

Übersichtlich aufgebaut, beantwortet die neue Website viele Fragen rund um das Thema Scaling. In Videos kommen auch Experten aus der Praxis zu Wort: So erläutert Dr. Anton Mayr, renommierter Facharzt für Zahn-,



Mund- und Kieferheilkunde sowie Prophylaxedozent, die Vorteile der Kombination von Hand- und Ultraschallscaling: www.prophylaxe-mit-ig.de

*Hu-Friedy Mfg. BV
European Headquarters
Customer Care Department
Rotterdam
Tel.: 00800 483743-39
Fax: 00800 483743-40
www.hufriedy.eu*

VOCO

Befestigungszement sehr gut bewertet

Bifix SE, das dualhärtende selbstadhäsive Befestigungssystem von VOCO, ist im Auftrag der US-Fachzeitschrift „Dental Product Shopper“ von Zahnärzten getestet und als eines der besten Produkte des Jahres 2010 bewertet worden. Bifix SE überzeugte sowohl mit seinen Material- als auch mit seinen Handlingeigenschaften und erzielte im Gesamt-Ranking 4,3 von fünf Punkten. Zu den Prüfkriterien zählten Handhabung und Anwenderfreundlichkeit, Produktausstattung, Haftung an Schmelz und Dentin, Aushärtezeit und postoperative Sensibilität. Fast alle Testzahnärzte bewerteten Bifix SE als „exzellent“ bzw. „sehr gut“, negative Aspekte konnten nicht festgestellt werden. Als beson-



dere Vorteile von Bifix SE, so das Fazit der US-Zahnärzte, gelten das optimale Handling, die umfangreiche Produktausstattung, die einfache und zeitsparende Anwendung, die gute und schnelle Haftung sowie die geringe postoperative Sensibilität.

VOCO GmbH
Anton-Flettner-Str. 1-3
27472 Cuxhaven
Tel.: 04721 719-0
Fax: 04721 719-169
www.voco.de
E-Mail: info@voco.de

Johnson & Johnson

Umfrage: Mehr Gesundheitserziehung

80 Prozent der Deutschen finden, dass Gesundheit vermehrt auf dem Stundenplan stehen sollte. Das zeigt eine repräsentative Online-Umfrage des Marktforschungsinstituts YouGovPsychonomics im Auftrag von Johnson & Johnson im Mai 2010. Wichtige Instanz zur Vermittlung eines gesunden Lebensstils ist die Schule (75 Prozent). Was macht den gesunden Lebensstil bei Kindern überhaupt aus? Zu den wichtigsten Aspekten zählen die Befragten gesunde Ernährung (60 Prozent) und Bewegung (33 Prozent). Mit der Initiative „Das gesunde Klassenzimmer“ will Johnson & Johnson präventive Gesundheitserziehung in Schu-

len stärken. Studenten gesundheitsnaher Studiengänge sind durch einen Wettbewerb aufgerufen, fächerübergreifende Unterrichtskonzepte für Sechsbis Zehnjährige zum Thema „Verantwortung für den eigenen Körper“ zu entwickeln. Die beste Idee wird Ende 2010 mit dem Health Award ausgezeichnet und im Anschluss in Grundschulen und Offenen Ganztagschulen auf den Weg in die Praxis gebracht.

Johnson & Johnson GmbH
Bahnstr. 2
40212 Düsseldorf
Tel.: 0211 95412333
Fax: 0211 551651
www.das-gesunde-klassenzimmer.de
E-Mail: kontakt@das-gesunde-klassenzimmer.de

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

DENTSPLY Friadent

Guided Surgery für Ankylos Implantate



Ab sofort ist die computergestützte Implantation mit ExpertEase auch für Ankylos-C/X-Implantate verfügbar. Mit Hilfe der Guided-Surgery-Lösung von DENTSPLY Friadent und den neuen Ankylos-ExpertEase-Instrumenten kann jedes Implantat präzise und sicher gesetzt

werden. Die für diese Implantate ideale Position (1 mm bis 1,5 mm subkrestal) ist mit der ExpertEase-Bohrschablone und den Ankylos-Guided-Surgery-Instrumenten genau in den Patientenmund übertragbar. Ein weiterer Vorteil ist die Möglichkeit, bereits in der Planungsphase die Implantate für die SynCone-Anwendung zu parallelisieren, um somit das Sofortbehandlungskonzept im zahnlosen Unterkiefer noch einfacher anzuwenden. Die Instrumente sind ablauforientiert im Chirurgie-Kit organisiert.

DENTSPLY Friadent
Steinzeugstr. 50
68229 Mannheim
Tel.: 0621 4302-000
Fax: 0621 4302-001
www.dentsply-friadent.com
E-Mail: info@friadent.de

DENTAID

Spüllösung für die Munddusche



Verschiedene Veröffentlichungen zeigten, dass niedrig dosierte Chlorhexidin-Mundspülungen, in Mundduschen verwendet, effektiv Plaque und Gingivitis reduzieren. Da Zahnverfärbungen und Geschmacksirritationen abhängig von der Chlorhexidin-Menge sind, ist die Kombination Munddusche mit einer niedrig dosierten Chlorhexidin-Mundspülung gerade für eine etwas längere Anwendungszeit interessant. Die meisten dafür in Frage kom-

menden antibakteriellen Mundspülungen sind jedoch nur in kleinen Flaschen erhältlich. Für Mundduschen werden jedoch große Mengen Spüllösung benötigt. PERIO-AID maintenance gibt es in einer 5-Liter-Magnumflasche mit Dosierpumpe. Mit dieser Menge und dem damit verbundenen attraktiven Preis ist PERIO-AID maintenance geradezu ideal für die Munddusche.

DENTAID GmbH
Innstr. 34
68199 Mannheim
Tel.: 0621 842597-28
Fax: 0621 842597-29
www.dentaid.de
E-Mail: service@dentaid.de

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Sirona

Wurzelkanalspitzen sicher lokalisieren

Die Behandlungseinheit TENE0 von Sirona kann künftig mit dem hochpräzisen digitalen ApexLocator ausgestattet werden. Damit ist TENE0 von Sirona eine der wenigen Behandlungseinheiten auf dem Markt, die mit einem integrierten Gerät zur Apexlokalisation (Foto) ausgestattet sind. Die Integration spart Platz und wertvolle Zeit. Das Messverfahren des Geräts basiert auf einem Mehrfrequenz-Differenzverfahren. Damit liefert das Gerät sichere und präzise Messergebnisse, die nicht von Flüssigkeiten im Zahn (etwa Blut oder Natriumhypochlorit) beeinflusst werden können. Durch die Visualisierung des Feilenverlaufs im Wurzelkanal auf



dem sieben Zoll großen Easy-Touch Display kann der Zahnarzt bei der Wurzelpräparation die Instrumentenposition im Wurzelkanal stets sicher im Blick behalten. Akustische Signale und ein Hinweissystem auf dem Display unterstützen ihn darüber hinaus während der Behandlung.

Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 06251 162267
Fax: 06251 162936
www.sirona.de
E-Mail: szilard.varga@sirona.com

Permadental

Qualität wissenschaftlich bewiesen

Die von März bis Juni 2010 mit Herrn Prof. Dr. Wöstmann (Foto, l.), Abteilungsdirektor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Universität Gießen, durchgeführte wissenschaftliche Studie attestiert die Qualität der Zahnersatz-Arbeiten von Permadental. Das Ergebnis der Studie: Die Einzelkronen wiesen bei ihrer Passgenauigkeit auf dem Arbeitsmodell eine marginale Genauigkeit von 37+/-13 Mikrometer und auf dem Originalstumpf eine marginale Adaption von 46+/-17 Mikrometer auf und sind damit mit Resultaten aus anderen Studien vergleichbar. Der zweite Teil der Studie, die Analyse der Farbgebung an 121 Kronen, zeigte, dass keine Restauration eine größere



Farbabweichung als E-2 aufwies. Die komplette Studie kann telefonisch oder per E-Mail angefordert werden und steht im Internet unter www.permadental.de als Download zur Verfügung.

Permadental Zahnersatz
s-Heerenberger Str. 400
46446 Emmerich
Tel.: 02822 10065
www.permadental.de
E-Mail: info@permadental.de

DentalSchool

Prof. Dr. Hahn unterrichtet in Krems

Prof. Dr. Rainer Hahn wird sein Wissen in der Zahnmedizin als Professor des Lehrstuhls Präventive Zahnheilkunde an die Studenten der Danube University in Krems (Österreich) weitergeben. „Ich freue mich sehr auf die Aufgabe, den Studenten in Krems



die Herausforderungen und Entwicklungspotenziale in der Zahnmedizin zu vermitteln“, erklärte Hahn bei der Antrittsveranstaltung. „Wir freuen uns sehr,

dass wir mit Prof. Dr. Hahn einen hochkarätigen Kollegen mit langjähriger akademischer Erfahrung für uns gewinnen konnten. Die Danube Private University und ihre Studenten bekommen mit ihm einen Kompetenzträger mit Visionen“, sagte Prof. Dr. Dieter Müßig, Rektor der Danube Private University. Hahn wird in Krems neben seiner Tätigkeit an der DentalSchool arbeiten.

*DentalSchool
Gesellschaft für
zahnärztliche Fortbildung
Paul-Ehrlich-Str. 11
72076 Tübingen
Tel.: 07071 97557-23
Fax: 07071 97557-20
www.dentalschool.de
E-Mail: info@dentalschool.de*

GC

Für eine altersgerechte Schmelzästhetik

Mit dem lichthärtenden Komposit-Füllungsmaterial G-ænial von GC lassen sich schnell und unkompliziert natürlich aussehende Restaurationen für höchste Ansprüche und jede Patientengruppe verwirklichen.



Das neue radiopake Komplettsystem besitzt eine facettenreiche Partikelstruktur mit anorganischen und prepolymerisierten Füllstoffen, die für eine hohe Lichtstreuung und vitale Reflexion von innen heraus sorgt. Ein weiteres Highlight: das innovative, einfach anzuwendende Farbsystem, das aus Standard- und Spezialfarben für die Außen- und Innenseite besteht.

Aufgrund der Balance zwischen Farbnuance, Chroma, Helligkeit

und Transluzenz lassen sich mit G-ænial Anterior (22 Farben in drei Opazitäten) und Posterior (sechs Farben in zwei Opazitäten) bereits mit einer Standardfarbe außergewöhnlich ästhetische Versorgungen herstellen.

*GC Germany GmbH
Seifgrundstr. 2
61348 Bad Homburg
Tel.: 06172 99596-0, Fax: -66
www.germany.gceurope.com
E-Mail:
info@germany.gceurope.com*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI)

Mehr als 2500 Curriculum-Absolventen



Vor rund zwölf Jahren gestartet, hat das DGI-Curriculum Implantologie mittlerweile weit über 2.500 erfolgreiche Absolventen in nunmehr 128 abgeschlossenen Kursserien hervorgebracht. Aktuell laufen acht Kursserien parallel mit insgesamt 200 Teilnehmern. Damit leistet die DGI als größte implantologische Fachgesellschaft einen enormen Anteil an der hochwertigen Qualifizierung von Kolleginnen

und Kollegen. Innovationen in der Chirurgie, neue Erkenntnisse in der Werkstoffkunde oder allgemeinmedizinische Zusammenhänge fließen in enger Zusammenarbeit mit den renommiertesten Dozenten in die Weiterentwicklung des Fortbildungsangebots ein.

Das Curriculum wird zunehmend vor allem von jungen Zahnärztinnen und Zahnärzten gebucht, für die diese Fortbildung ein essentieller Startkurs zur Vorbereitung auf die Berufsausübung darstellt.

DGI e.V.
Rischkamp 37 F
30659 Hannover
Tel.: 0511 5378-25
Fax: 0511 5378-28
www.dgi-ev.de

American Dental Systems

Kursreihe zu regenerativen Verfahren

In seiner Kursreihe stellt Prof. Dr. Hannes Wachtel den biologischen Weg zur Regeneration und Augmentation vor, der mittels neuer Materialien und innovativer Techniken erreicht werden kann. Nach einer theoretischen Einführung werden verschiedene Techniken im Hands-On-Training geübt, darunter die parodontale Regeneration intra-alveolärer Defekte, die Socket-Preservation-Technik, die knöcherne Augmentation im Seiten- und Frontzahnbereich, der Sinuslift und die Double-Layer-Technik. Besonders bei der Socket-Preservation-Technik setzt Wachtel auf das neue Knochenersatzmaterial OsteoBiol (Foto). Das seit Kurzem zur Verfügung stehende porcine



Material wird laut aktueller Studien vollständig resorbiert und zu eigenem Knochen umgebaut. Die Struktur und Beschaffenheit der natürlichen Kollagenmatrix bleibt erhalten.

Kurse mit Prof. Hannes Wachtel:
26./27.11.2010 in Berlin
10./11.12.2010 in Düsseldorf

American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Str. 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 08106 3003-06
Fax: 08106 3003-08
www.ADSystems.de
E-Mail: T.Beier@ADSystems.de



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 20. 8. 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:

- American Dental Systems** – Kurse regenerative Verfahren (S. 118)
- BEGO Goldschlägerei** – Ein digitaler Quantensprung (S. 114)
- curasan** – Serviceleistungen online erweitert (S. 113)
- DENTAID** – Spüllösung für die Munddusche (S. 116)
- DENTSPLY DeTrey** – Zur Versorgung mit Glasfaserstiften (S. 113)
- DENTSPLY Friadent** – Guided Surgery für Ankylos (S. 116)
- DentalSchool** – Prof. Dr. Hahn unterrichtet in Krems (S. 117)
- DMG** – Umfrage bestätigt Bedeutung von Zahnpflege (S. 113)
- DGI** – Mehr als 2.500 Curriculum-Absolventen (S. 118)
- GC** – Für eine altersgerechte Schmelzästhetik (S. 117)
- GSK** – Chlorhexamed in größerer Packung (S. 112)
- Hu-Friedy** – Mehr Wissen über Scaling (S. 114)
- ic med** – Anwendertreffen zur Praxis-EDV (S. 112)
- Johnson & Johnson** – Mehr Gesundheitserziehung (S. 115)
- KaVo** – Vertrieb von Palodex-Marken (S. 112)
- Permamental** – Qualität wissenschaftlich bewiesen (S. 116)
- R-dental** – Bewährte Prothesen-Unterfütterung (S. 112)
- Sirona** – Wurzelkanalspitzen sicher lokalisieren (S. 116)
- Straumann** – Patienteninfo: Zeit für klare Antworten (S. 113)
- Ultradent Products** – Gewinner des Katalog-Gewinnspiels (S. 114)
- VOCO** – Befestigungszement sehr gut bewertet (S. 115)
- ZIMMER Dental** – Implantat feiert 10. Geburtstag (S. 114)

Tag der Zahngesundheit

Datenbank zum Service-Angebot

Am 25. September 2010 ist es wieder soweit: Der „Tag der Zahngesundheit“ wird bundesweit mit Events auf das Thema Mundhygiene aufmerksam machen. Der Aktionskreis Tag der Zahngesundheit hilft jetzt sowohl Ausrichtern als auch Medienvertretern, sich mithilfe einer Homepage einen Überblick über

Aktionen und Aktivitäten zu verschaffen. Alle Ausrichter entsprechender Events können sich dort eintragen, die Medien sowie andere Interessierte können bei Bedarf darauf zurückgreifen.

Weitere Informationen über die Homepage sind direkt beim Aktionskreis Tag der Zahngesundheit, Verein für Zahnhygiene e.V., Liebigstraße 25, 64293 Darmstadt, erhältlich. pr/pm

■ Die Adresse der Homepage lautet: www.tag-der-zahngesundheit.de.



Reformpläne in Großbritannien

Hausärzte sollen stärkere Rolle spielen

Hausärzte in Großbritannien sollen zu den wichtigsten Entscheidungen im staatlichen britischen Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) aufgebaut werden. Das ist das Ziel einer radikalen Gesundheitsreform der neuen Koalitionsregierung. Die Reform ist beispiellos in der 62-jährigen NHS-Geschichte. Wie Gesundheitsminister Andrew Lansley in London ankündigte, sollen rund 150 lokale Gesundheitsverwaltungen (Primary Care Trusts, PCT) abgeschafft werden. Diese Stellen verwalten derzeit umgerechnet rund 100 Milliarden Euro an Etatgeldern. Sie entscheiden außerdem mit, an welches Krankenhaus oder zu welchem Facharzt Primärarzt-Patienten überwiesen werden. Der erst seit wenigen Wochen im Amt befindliche Gesundheitsminister erhofft sich von der Abschaffung der PCTs Einspa-

rungen bei den NHS-Verwaltungskosten in mehrstelliger Millionenhöhe. Tausende Verwaltungsstellen sollen dem Rotstift zum Opfer fallen.

Stattdessen sollen zukünftig die NHS-Hausärzte die bisher von den PCTs verwalteten Milliardenbeträge anvertraut bekommen, um damit direkt bei den Krankenhäusern Operationen und fachärztliche Konsultationen einkaufen zu können. „Hausärzte kennen ihre Patienten und deren Bedürfnisse am besten“, so ein Sprecher des Londoner Gesundheitsministeriums.

Die Reformpläne sind in einem gesundheitspolitischen Weißbuch der Regierung Cameron enthalten. Andere Ideen sind die Wiedereinführung von Rund-um-die-Uhr-Notfalldiensten für staatliche Hausärzte sowie weitere drastische Kürzungen der NHS-Bürokratie. pr/ast

Hausärztestreit

Verband startet Plakataktion

Der Hausärzterverband befürchtet die Aushöhlung der Hausarztverträge – und reagiert, wie die Ärzte-Zeitung berichtet, mit einer massiven Plakataktion. Das Bundesgesundheitsministerium hatte den Verband für seinen Protest scharf kritisiert. Patienten dürften nicht für Verbandsinteressen instrumentalisiert und verunsichert werden. Die schwarz-gelbe Koalition sei sich darin einig, dass keine Honorare gekürzt werden, sagte die Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz (CDU) Bereits geschlossene Hausarztverträge hätten Bestandsschutz. Der Paragraph 73 b werde weiterhin für „zusätzliche, nicht im Kollektivvertrag abgebildete Leistungen auch zusätzliche Vergütungen ermöglichen“, versicherte Widmann-Mauz. Der Hausärzterverband forderte derweil Bundesgesundheitsminister Philipp

Rösler (FDP) erneut auf, das Vorhaben, ihnen kein höheres Honorarplus als den anderen Ärzten mehr zugestehen, rückgängig zu machen. Bei neuen Hausarztverträgen soll künftig die Vergütung auf das im KV-System übliche Niveau gesenkt werden. Mit Protesten bis hin zu Praxisschließungen wollen die Hausärzte die Sparpläne der schwarz-gelben Koalition attackieren. pr/ÄZ



Foto: Hausärzterverband

Quartalszahlen

GlaxoSmithKline verbucht Verluste

Der Gewinn des größten britischen Pharmakonzerns GlaxoSmithKline ist wegen einer Vergleichszahlung in Zusammenhang mit dem umstrittenen Diabetesmittel Avandia eingebrochen. Das Ergebnis pro Aktie vor Restrukturierungskosten sei im zweiten Quartal um 92 Prozent auf 2,6 Pence gefallen. Das operative Ergebnis fiel demnach um 80 Prozent auf 641 Millionen Pfund. Der britische Pharmariese hat in seinem Zahlenwerk die Rekordbelastungen von 1,57 Milliarden Pfund oder 1,9 Milliarden Euro verbucht. Der Großteil

der Kosten betrifft Avandia. Ein Beratergremium der US-Gesundheitsbehörde FDA hatte sich zwar nicht durchringen können, ein Verbot für das umstrittene Diabetesmittel zu empfehlen. Aber die Experten äußerten starke Bedenken gegen das Medikament. Es steht im Ruf, Herzinfarkte zu begünstigen. Unter dem Strich sank der Gewinn auf 182 Millionen Pfund nach 1,46 Milliarden Pfund im Vorjahresquartal. Beim Umsatz wurde ein Wachstum von vier Prozent auf 7,025 Milliarden Pfund ausgewiesen. mp/dpa

Streit in Großbritannien

Ärzte gegen Homöopathen

Großbritanniens einflussreichster Berufsverband für Ärzte verlangt die Ausklammerung der Homöopathie aus der staatlichen Kostenerstattung. Homöopathie sei „Hexenzauber“ und „nicht wissenschaftlich belegt“, so eine Resolution, die von hunderten Ärztinnen und Ärzten der British Medical Association (BMA) jetzt in London verabschiedet wurde. Damit befindet sich der britische Ärztenbund, der die beruflichen Interessen von mehr als 75 000 Medizinern im Königreich vertritt, auf einem direkten Konfrontationskurs mit dem Berufsverband der Homöopathen und anderer Alternativheiler. Die Ab-



lehnung homöopathischer Heilmethoden durch die Delegierten der BMA-Nachwuchsarztorganisation fiel überraschend scharf und deutlich aus. Solange es „keine wissenschaftlichen Beweise“ gebe, die die Wirksamkeit homöopathischer Heilmethoden belegten, solange solle der staatliche britische Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) die Kosten dafür nicht übernehmen.

Der NHS übernimmt derzeit in bestimmten Fällen die Kosten für homöopathische Therapien. Laut Londoner Gesundheitsministerium wurden im vergangenen Jahr rund 54 000 NHS-Patienten in den vier staatlichen Homöopathie-Kliniken in London, Glasgow, Bristol und Liverpool behandelt. Das kostete den Steuerzahler rund vier Millionen Pfund (rund 5,5 Millionen Euro). Die Ablehnung homöopathischer Verfahren durch die britischen Ärzteverbände ist zwar nicht neu. Neu ist aber, dass die Organisation jetzt vom Gesetzgeber den Ausschluss von der Kostenerstattung verlangt. pr/ast

GKV-Spitzenverband

Ärztgehonorare sind gestiegen

Das Honorar der Vertragsärzte in Deutschland ist in den ersten drei Quartalen 2009 um 6,1 Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum gestiegen. Das geht aus Zahlen des GKV-Spitzenverbands hervor. Danach betrug das GKV-Honorar von Januar bis Ende September bundesweit 22,829 Milliarden Euro. Das entspricht einem Plus von 1,314 Milliarden Euro im Vergleich zum Vorjahreszeit-

raum. Im Vergleich zu den ersten drei Quartalen 2007 beläuft sich das Wachstum auf 2,323 Milliarden Euro. Den stärksten Zuwachs verbuchen Ärzte in Niedersachsen mit 17,4 Prozent. Auf den weiteren Plätzen folgen Sachsen-Anhalt (16 Prozent), Berlin (15,6 Prozent) und Hamburg (14,9 Prozent). Überdurchschnittlich schneiden ebenfalls alle Ost-KVen ab. Dort stieg die Vergü-

Wechsel in die PKV

Drei-Jahres-Frist soll wegfallen

Gesetzlich Krankenversicherte sollen künftig wieder sofort in die private Krankenversicherung (PKV) wechseln können, wenn ihr Jahreseinkommen eine bestimmte Grenze überschreitet. Das geht aus einem Argumentationspapier des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zu den Eckpunkten zur Gesundheitsreform hervor. Diese Passage sei in den Eckpunkten noch nicht enthalten gewesen, berichtet das „Deutsche Ärzteblatt“. Seit der letzten Gesundheitsreform von 2007 dürfen Arbeitnehmer erst dann in die PKV wechseln, wenn ihr Einkommen drei Jahre in Folge eine bestimmte Einkommensgrenze übersteigt. In dem Papier



DAK und BKK

Großfusion geplatzt

Die geplante Fusion der Krankenkassen DAK und BKK Gesundheit ist geplatzt, teilte DAK-Sprecher Jörg Bodanowitz mit und bestätigte damit Medienberichte. Durch eine Fusion wäre ein Kran-

kündigt das BMG dem Blatt zufolge zudem an, dass bei den Wahlтарifen die Abgrenzung zwischen GKV und PKV „klarer ausgestaltet“ und „die Möglichkeiten ihrer Zusammenarbeit beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen erweitert werden“. Ebenfalls nicht in den Eckpunkten enthalten war die Ankündigung, dass „über die Vergütung ärztlicher Leistungen, die ohne jegliche Mengenbegrenzung zum festen Preis vergütet werden (extrabudgetär), noch einmal verhandelt werden“ soll. Mit einer Korrektur der Honorarreform solle darüber hinaus „ein einfaches und verständliches Vergütungssystem für die ärztliche Versorgung erreicht werden, das die Leistungen adäquat abbildet und regionale Besonderheiten berücksichtigt“, zitiert das Ärzteblatt aus dem Papier. ck/DÄ

kenkasse mit mehr als sieben Millionen Versicherten entstanden. Die Gespräche hätten ergeben, dass es keine gemeinsame Basis für einen Zusammenschluss gibt. mp/dpa

tung in Thüringen um 14,1, in Sachsen um 13, in Brandenburg um 9,6 und in Mecklenburg-Vorpommern um 9,5 Prozent. Einziges Verliererland der Honorarreform: Baden-Württemberg mit minus 1,5 Prozent. Vergleichsweise gering sind die Zuwächse in Bayern (2,4), Schleswig-Holstein (3,1) und in Rheinland-Pfalz (3,7 Prozent). In Bayern und Baden-Württemberg wurden

die Bereinigungssummen infolge der Hausarztverträge den jeweiligen KV-Regionen wieder zugerechnet. Mit den neuen Zahlen bestätigt sich weitgehend der Honorartrend des ersten Halbjahres 2009. Im Februar hat die KBV für diesen Zeitraum Zahlen vorgestellt und dabei bundesweit ein Plus von im Schnitt 6,4 Prozent errechnet. ck/ÄZ

ZDF-Politbarometer

Große Mehrheit lehnt Reform ab

Nur zwölf Prozent finden es richtig, dass die Finanzierungslücke bei den gesetzlichen Krankenkassen überwiegend durch Beitragserhöhungen geschlossen werden soll – 85 Prozent halten das für falsch. Das ist das Ergebnis des aktuellen ZDF-Politbarometers von Juli 2010. Bei der Beurteilung der Gesundheitsreform sind sich die Deutschen einig wie selten: Sie lehnen sie ab. Insgesamt wird die Gesundheitspolitik zurzeit als eins der wichtigsten politischen Themen betrachtet und von 20 Prozent der Befragten genannt – im Vormonat waren es nur sechs Prozent. Lediglich fünf Prozent meinen, dass die Reform die Finanzierungsprobleme bei den gesetzlichen Krankenkassen für die nächsten Jahre löst, 93 Prozent sehen das nicht so, zwei

Prozent wissen es nicht. Die meisten (82 Prozent) sehen große Einsparmöglichkeiten bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen, gefolgt von Kostensenkungen bei den Medikamenten (73 Prozent). Gut zwei Drittel meinen, dass es auch viel bringen würde, wenn sich die Patienten kostenbewusster verhalten würden. Die Wenigsten sehen große Sparpotenziale bei den Krankenhauskosten (26 Prozent) und den Arzthonoraren (24 Prozent). Aber auch ganz allgemein meinen die Befragten mit großer Einigkeit (87 Prozent), dass die Bundesregierung aus CDU/CSU und FDP bei der Lösung der anstehenden Probleme nicht vorankommt. Das sehen selbst die Anhänger von Union (76 Prozent) und FDP (87 Prozent) so. ck/pm

Kommentar

Kein Markenzeichen

Erhellend, bedenklich oder sogar ernüchternd? Welche Schlüsse man aus den Einstellungen der Bevölkerung ziehen soll, die ZDF und TK zum Thema Gesundheit und Gesundheitsreform herausgefunden haben, mag jeder selbst entscheiden.

Wer aber meint, dass dieses Stimmungsbarometer die Regierungskoalition alarmieren müsste, möge sich erinnern: Die Meinungs-Polls zu den „Jahrhundert-Reformchen“ der vorhergehenden Koalitionen sind auch nicht gerade auf übertriebenes Wohlwollen gestoßen. Verblüffen kann das gar nicht, müssen die Betrof-

fenen doch in der Regel ein Minus an Leistung und/oder Finanzen hinnehmen. Wirklich nachdenklich müsste die Erkenntnis machen, dass das Vertrauen in die Politik, Probleme wirklich lösen zu können, in immer größeren Schüben schwindet. Politfrust ist nun mal kein Markenzeichen für eine gute Demokratie.

Mehr noch: Selbst dort, wo die Menschen ihre Gesundheit „in die eigenen Hände nehmen sollen, vertrauen sie, so die Meinungsforscher, eher Dritten oder gleich „dem Schicksal“. Erhellend? Eher ernüchternd!

Egbert Maibach-Nagel

TK-Studie zur Gesundheit

Jeder Dritte vertraut auf andere

Jeder dritte Deutsche sieht die Verantwortung für seine Gesundheit eher bei anderen als bei sich selbst. Das hat eine repräsentative Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse (TK) für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WI-NEG) zum Thema Patientenzufriedenheit ergeben. Von den 18- bis 30-jährigen gab laut Studie fast jeder Zweite an, eher auf andere zu vertrauen, anstatt selbst Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Ob Beschwerden wieder verschwinden sei für viele Menschen eine Schicksalsfrage. So schreibe mehr als jeder Vierte es eher dem Glück beziehungsweise Pech zu, ob er im Krankheitsfall wieder gesund wird. Fast jeder zweite Befragte bezeichnete sich in der Studie als chronisch krank. Dabei hänge der Therapie-

erfolg bei vielen Diagnosen stark davon ab, wie gut der Patient mitarbeite – insbesondere bei chronischen Leiden wie Herzkreislauf-Erkrankungen oder Diabetes. Hier seien laut TK auch die Ärzte gefragt: Sie müssten beim Patienten das Bewusstsein dafür wecken, dass sein Einsatz für den Therapieerfolg ausschlaggebend sei – und welche Folgen eine mangelnde Compliance für ihn haben könne.

Die in der TK-Studie recht kritisch bewertete „Verantwortungsfrage für die eigene Gesundheit“ stelle sich im Bereich der Mundgesundheit anders dar, kommentiert das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) dazu. Die DMS IV-Studie habe ergeben, dass Patienten die Möglichkeit der eigenen Einflussnahme auf ihre Mundgesundheit deutlich höher einschätzten. pr/ck/pm

Kassenärztliche Bundesvereinigung

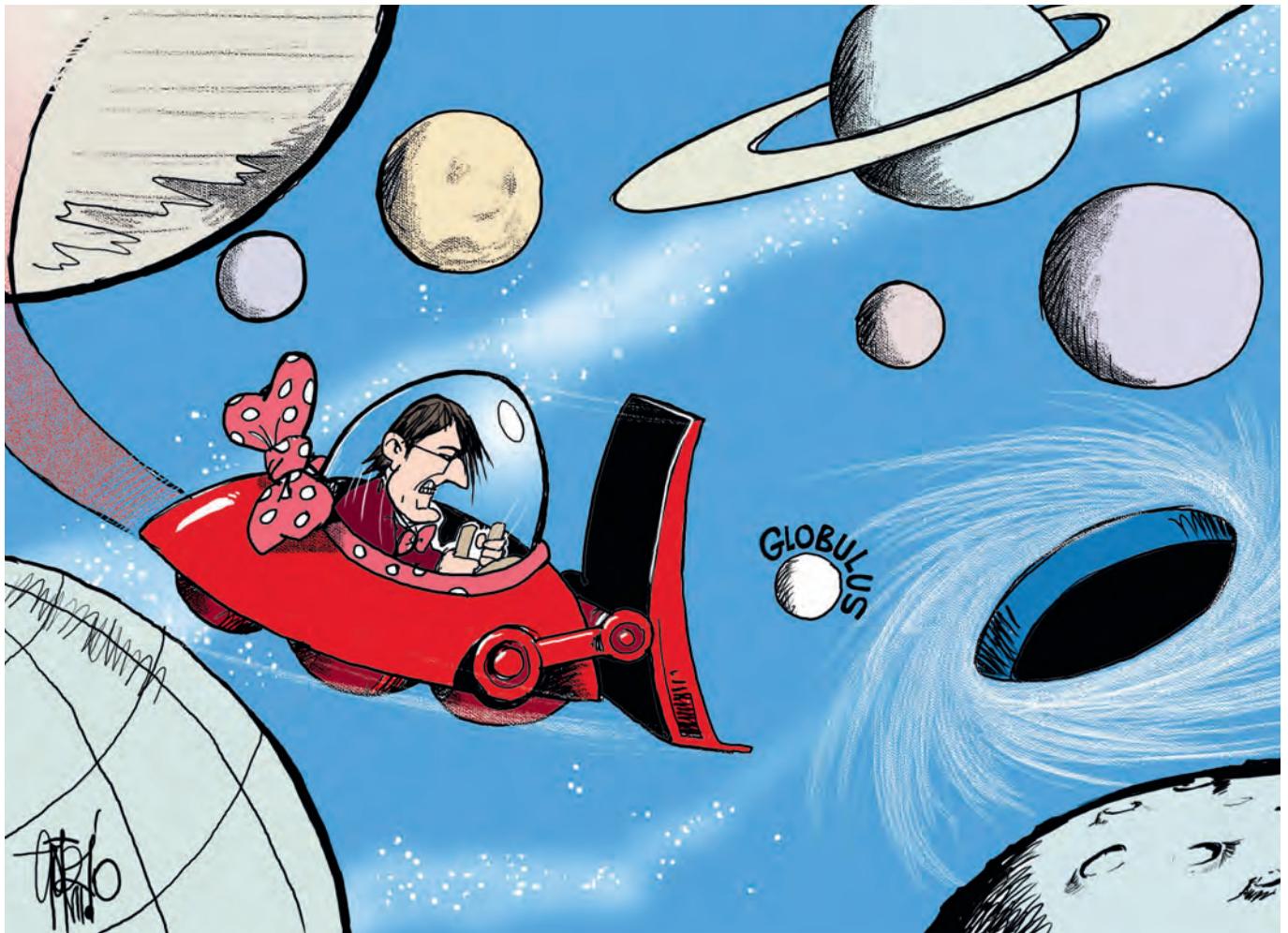
Ärzte rechnen immer mehr online ab

Rund 22 000 Arztpraxen übermitteln ihre Abrechnung bereits heute elektronisch an ihre KV. Damit nutzt bislang fast jeder fünfte ambulant tätige Arzt und Psychotherapeut die Vorteile der Online-Abrechnung. Ab 2011 wird das für alle Pflicht. Die Abrechnung für erbrachte Leistungen soll dann nur noch elektronisch an die jeweilige KV übermittelt werden. „Dies spart vor allem Zeit und Kosten“, betont KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller. Bei der Online-Abrechnung schickt der Arzt seine Abrechnungsdatei per Mausclick an die jeweilige KV, die die Daten

zur Honorarverteilung weiterverarbeitet. Er erhält von der KV sofort eine Empfangsbestätigung, eventuelle Fehler in der Abrechnung lassen sich bei den meisten KVen umgehend erkennen und beheben. Zur Online-Abrechnung werden die Praxen bundesweit über einen speziellen Zugang mit den Rechenzentren der jeweiligen KV vernetzt. mp/pm



Foto: CC



Medikamentengolf im All

Kolumne

Zähneputzen und Neandertaler

Zahnarztbesuche sind (nicht nur) für kleine Kinder ja bisweilen doch etwas mit Angst verbunden. Da kann man sich als Behandler noch so sehr anstrengen und versuchen auf die Großen und Kleinen einzugehen, da hat man manchmal vielleicht auch umsonst in Psychologie, Plüschtiere, Wandmalereien

und Spielereisenlandschaften investiert; manchmal geht einfach gar nichts. Ganz schlecht ist es da sicherlich, mit dem historischen Zeigefinger zu kommen, nach dem Motto, schon der Neandertaler putzte seine Zähne. Aber genau dies war unlängst in der Zeitung zu lesen. Rillen in den Zähnen würden nach jüngsten Erkenntnissen von Wissenschaftlern auf eine intensive Mundhygiene dieser Spezies hindeuten. So wies ein im Neandertal nahe Mettmann

■ **Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de**

gefundener Backenzahn horizontale Kratzspuren von fast sieben Millimetern Länge auf. Die Zeitung zitierte einen Neandertal-Experten mit den Worten, „da hat jemand über einen langen Zeitraum wohl mit einem Hölzchen gepult“, und zwar aus hygienischen Gründen. Die Rillen fänden sich nämlich nur in der Nähe von Zahnlücken, in denen sich Fleischreste hätten festsetzen und zu Entzündungen hätten führen können. Da wäre ja dann mal wieder ein weiteres Rätsel dieser Welt gelöst. Eine Menschheits-Herausforderung ist es allerdings nach wie vor, ängstliche Menschen dazu zu bewegen, wegen ihrer Mundhygiene den Zahnarzt aufzusuchen.

Ihr vollkommener Ernst

Kieferfeindliche Riesen-Burger

Ein Professor für Zahnmedizin der nationalen Yang-Ming Universität Taiwans hat die Fast-Food-Ketten aufgefordert, Riesenburger aus ihrem Sortiment zu nehmen, weil das Verspeisen zu gefährlich sei. Der menschliche Kiefer sei nicht dazu angelegt, viel weiter als vier Zentimeter geöffnet zu werden. Einige Hamburger seien aber höher als acht Zentimeter. Er habe viele Patienten, die nach dem Verzehr eines solchen Riesen-Burgers ihren Mund nicht mehr richtig öffnen könnten. sg/pm