



## Priorisierung

**Mondscheinkinder:  
Leben mit XP**

**Praxisgemeinschaften:  
Verträge überprüfen**

Gustavo Alabiso-VISUM



## Editorial

■ Ist Deutschlands Gesundheitswesen wirklich gut auf die Anforderungen der Zukunft vorbereitet?

Liebe Leserinnen und Leser,

die Warnung des ehemaligen Bundesärztekammerpräsidenten Karsten Vilmar vor dem „sozialverträglichen Frühableben“, die er angesichts der rot-grünen Spar-Gesundheitspolitik in einem NDR-Interview vor nunmehr zwölf Jahren in die Diskussion einbrachte, wurde zum Unwort des Jahres 1998. Man hatte Vilmar Sarkasmus vorgeworfen. Seine Mahnung an die Verantwortlichen wollte man nicht verstehen.

Inzwischen haben Regierungen gewechselt, aber der politische Kurs im Gesundheitswesen ist scheinbar derselbe geblieben. Kostendämpfung soll den Prozess verlangsamten, die Beiträge der Krankenkassen steigen trotzdem weiter. Und zwar in unverantwortliche Höhen, so man dem Kieler Systemforscher Prof. Beske mit seinen fortschreibenden Berechnungen über die Kosten im Gesundheitswesen der kommenden Jahrzehnte folgen mag.

Aber wer soll das bezahlen? Die Politik steht trotz mehrerer Gesundheitsreformen immer noch ratlos am Scheideweg. Dabei ist die Situation bis heute alles andere als leichter geworden.

Die Kassen werden immer leerer, die Gruppe derer, die über Ihre Lohnarbeit das

System finanziell stemmen müssen, in den kommenden Jahrzehnten immer kleiner. Die Zahl der Bedürftigen, das wird inzwischen überdeutlich, steigt hingegen rapide. Ist da keine Einsicht in Sicht?

Wer meinte, dass mit dem Maulkorb für den damaligen BÄK-Präsidenten der Protest der Heilberufe verstummt wäre, hat sich getäuscht. Vielleicht ist die Tonart heute eine andere, aber auch Ärztepräsident Jörg-Dietrich Hoppe mahnt eine gesellschaftliche Debatte um Priorisierung in der medizinischen Versorgung an. Dabei ist der Grundgedanke nach wie vor ein ethisch verantwortlicher: Die Gesellschaft muss sich Gedanken machen, wie man den künftigen Anforderungen noch gerecht werden will.

Fest steht, die Verantwortung über die Verteilung des Mangels kann die Gesellschaft nicht den Heilberufen übertragen. Deren Aufgabe ist das genaue Gegenteil: Ihr Berufsethos verpflichtet zum Helfen und Heilen. Sich angesichts knapper Mittel dagegen zu entscheiden, gehört in einen Handlungsrahmen, dessen Grundlagen und Ausgestaltungen die Gesellschaft übernehmen muss.

Das Ergebnis dieser Debatte ist aber nicht vorbestimmt. Entscheidend ist eher, dass der wachsende Mangel bewusst wird.

Politische Verantwortung dafür, was eine Gesellschaft investieren will, damit eine umfassende, qualitativ hochwertige und wissenschaftlich auf dem neuesten Stand stehende medizinische Versorgung möglich bleibt, kann auch zu anderen Schlüssen führen. Schließlich erfordert die Entscheidung zwischen Wohlstand auf der einen und Gefahr für Leib oder Leben auf der anderen Seite kein langes Nachdenken. Dafür verantwortlich ist aber nicht der Arzt, sondern die Gesellschaft.

Im Namen der zm-Redaktion wünsche ich Ihnen, Ihren Familien und Freunden ein schönes Weihnachtsfest, Gesundheit und ein gutes Neues Jahr!



*Egbert Maibach-Nagel*

**Egbert Maibach-Nagel**  
zm-Chefredakteur



Foto: Clara Dinand - Fotolia / Titelfoto: Fotolia

### Zum Titel

Um Kosten zu sparen, wird die Priorisierung medizinischer Leistungen diskutiert. Während die Erstellung von Ranglisten, die nach Wertigkeit geordnet sind, hierzulande auf wenig fruchtbaren Boden fällt, behandeln in Skandinavien bereits Ärzte nach dieser Methode.

Seite 28



Foto: Zero Foundation

Zero-Art galt in den Anfangsjahren als subversiv, heute ist ihr künstlerischer Wert längst anerkannt; hier der Galerist Alfred Schmela 1961 vor seiner Galerie in Düsseldorf.

Seite 68

### Editorial

1

### Leitartikel

BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel und der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz stellen sich gegen die Öffnungsklausel

6

### Leserforum

8

### Nachrichten

10

### Gastkommentar

Klaus Heinemann, freier Journalist aus Düsseldorf, zu demokratischen Prozessen und Bürgerbeteiligung

18

### Das aktuelle Thema

UPD: Beanstandungen werden immer ernst genommen

20

### Politik und Beruf

BGH-Urteil: ZE unterm Hammer

22

WHO zur Finanzierung von Gesundheitssystemen: Patentlösung nicht in Sicht

24

### Aus den Ländern

20. Brandenburgischer Zahnärztetag: Beim Denken die Richtung ändern

26

### Titelstory

Priorisierung

28



### Zahnmedizin

Differentialdiagnose der Kieferzyste: Erstdiagnose Gorlin-Goltz-Syndrom

36

Der besondere Fall: Symmetrische Prämolaren-Extraktion

42

DGPro: Gesichtsbogen bei restaurativen Maßnahmen

46

### Medizin

Xeroderma pigmentosum: Leben nicht nur im Mondschein

50

### Tagungen

DGP und ARPA Herbsttagung: Exzellenz in Forschung und Praxis

54

### Veranstaltungen

58

Foto: akig-images



In der Berufsgeschichte geht es im dritten und letzten Teil um die Zeit kurz nach dem Mauerfall.

Seite 84

Foto: MEV



Auch 2011 gibt es wieder steuerliche Änderungen. Die Flugverkehrssteuer ist nicht die einzige.

Seite 76

Foto: Höschel



Ein 14-Jähriger wünscht sich eine Korrektur seiner Zahnfehlstellung. Dass der Kieferorthopäde in dem Fall keine einfache Aufgabe vor sich hatte, lässt das Foto bereits erahnen.

Seite 42

## Finanzen

Zero Art auf dem Kunstmarkt:  
Von Null auf Hundert **68**

## Praxismanagement

Controlling in der Zahnarztpraxis:  
Betriebswirtschaftliche Erfolgsplanung **72**

Steuern im Jahr 2011:  
Änderungen beachten **76**

Trends **80**

## Recht

Berufsausübungsgemeinschaft:  
Freie Mitarbeiter können teuer werden **82**

## Historisches

Zwischen Spaltung und Wiedervereinigung:  
Das Konzept der freien Praxis siegt **84**

Impressum **91**

## Internationales

Herbstversammlung Council of European  
Dentists: Wichtige Weichenstellungen **92**

## Persönliches

Deutscher Zahnärztag 2010:  
Ehrungen, Preise und Personalien **94**

## Industrie und Handel

Firmenporträt Coltène/Whaledent:  
Roeko wird 100 **96**

Bekanntmachungen **98**

Letzte Nachrichten **133**

Zu guter Letzt **136**





Foto: BZÄK - Pleischmann



Foto: KZBV

## Keine Öffnungsklausel

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

ein gemeinsamer Leitartikel beider zsm-Herausgeberorganisationen ist – abgesehen vom traditionellen Grußwort zum Jahresanfang – ein außergewöhnlicher Akt. Aber aus gegebenem Anlass ist dieses Vorgehen mehr als gerechtfertigt:

Das Vorhaben des Bundesgesundheitsministers, die seit 23 Jahren nicht mehr angepasste Gebührenordnung für Zahnärzte zu novellieren, tritt jetzt in seine entscheidende Phase. Die neue GOZ soll, so der ambitionierte Plan des Ministers, zum 1. Juli 2011 in Kraft treten. In den nächsten Wochen und Monaten wird sich zeigen, nach welchen Maßgaben die GOZ-Novelle – und damit im Grundsatz auch die der ärztlichen Gebührenordnung – erfolgen wird.

Klar ist dabei: Nicht wir Zahnärzte, sondern allein die Politik entscheidet, wie diese Novelle aussehen wird. Trotzdem hat Deutschlands Zahnärzteschaft in den zurückliegenden Monaten mit diszipliniertem Schulterchluss der Bundesorganisationen – jüngst bestätigt durch konforme Beschlüsse ihrer höchsten Beschlussgremien im November – eindeutig und mit einer Stimme die zahnärztlichen Vorstellungen selbstbewusst, konsequent und sachlich in die Debatte eingebracht. Insbesondere die Bundeszahnärztekammer hat in ihrer thematischen Zustän-

digkeit seit Frühjahr dieses Jahres viele Gespräche im BMG geführt, in denen die im Senat für Gebührenordnung erarbeiteten und konsentierten Vorschläge konkret vorgestellt und diskutiert wurden. Die zsm haben darüber kontinuierlich berichtet.

Ob und inwieweit das BMG die Fehler des Referentenentwurfs der letzten Legislaturperiode tatsächlich bereinigt, wird sich herausstellen. Aber wie auch immer etwaige Fortschritte im neuen Entwurf aussehen mögen: Die politisch divers diskutierte und von Seiten der PKV aggressiv vertretene Einführung einer Öffnungsklausel, mit deren Hilfe die Privatversicherer mit Ärzten und Zahnärzten gesonderte Verträge aushandeln wollen, könnte alle Bemühungen ad absurdum führen. Das von den Privatversicherern geforderte Verhandlungsmandat ist ein gefährlicher Hebel, die novellierte GOZ über selektivvertragliches Preisdumping zu unterwandern. Diese Option wird nicht nur von allen Teilen der Zahnärzteschaft, sondern allen heilberuflichen Organisationen massiv abgelehnt.

Das bewusste Vereinzeln von Zahnarztgruppen unter dem Deckmantel von qualitativen Aspekten verschafft den Versicherern gerade in Verbindung mit den verfassungspolitisch fragwürdigen Basistarifkriterien ganz neue Möglichkeiten, die privat Zahnärztliche Versorgung zu unterminieren. Die vom Gesetz-

geber angelegte disparitätische Besetzung der Basistarif-Schiedsstellen – ihnen gehören neben der gleichen Zahl von zahnärztlichen wie PKV-Teilnehmern zusätzlich Vertreter aus dem Bundesgesundheits- und dem Finanzministerium an – erlaubt den Zahlern, die Schlichtungsgremien gezielt für ihre Honorarpolitik auszunutzen.

Einen auf diesem Weg logischerweise niedrig angesetzten Basistarif dann als Maßgabe für PKV-Selektivverträge zu nutzen, ist nur der konsequente Schritt, der den Privatversicherern den Weg in künftige Billigwelten eröffnet. Dagegen muss und wird sich auf Ebene der zahnärztlichen wie ärztlichen Leistungsträger massiver Widerstand formieren. Die Öffnungsklausel ist ein Kostenriegel für jede an Qualität und wissenschaftlichem Fortschritt ausgelegte medizinische und zahnmedizinische Versorgung. Das dürfen wir weder in unserem, noch im Sinne unserer Patienten zulassen.

Die Fronten sind also klar gesetzt. Und es ist immens wichtig, diese Geschlossenheit in den kommenden Monaten nach außen unmissverständlich und einheitlich darzustellen. Unsere Argumente sind belastbar und dem Allgemeinwohl verpflichtet. Es geht um die Qualität der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung, um den Erhalt des hohen Gutes der freien Arztwahl in Deutschland. Darüber kann man nicht diskutieren, das gilt es umzusetzen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Peter Engel  
Präsident der Bundeszahnärztekammer

Dr. Jürgen Fedderwitz  
Vorsitzender der  
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

## Systemvergleich

■ Zum Beitrag „Mundgesundheit in Kindergärten und Grundschulen kann verbessert werden“ in zm 21/2010:

Der Artikel des Kollegen Dr. Tschoppe aus Berlin bezieht sich auf eine in Wales durchgeführte Studie, die Möglichkeiten zur Verbesserung der Mundgesundheit von Kindern vor allem an Grundschulen in Großbritannien aufzeigt. Da in den zm 20/2010 die 5. bundesweite Studie der DAJ zur Zahn- und Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen erschienen ist, bietet sich ein Vergleich an.

Die großen Erfolge in der Gruppenprophylaxe sind den Zahnärztlichen Diensten der Gesundheitsämter in den Kommunen und deren Kooperationspartnern zuzuschreiben. Im Settingansatz werden in den Kindertagesstätten und Schulen primärpräventive Maßnahmen zur Vermeidung oraler Erkrankungen durchgeführt, insbesondere von Zahnschäden sowie von Zahn- und Kieferfehlstellungen im Milch- und Wechselgebiss. Dazu gehören die Vermittlung theoretischer und praktischer Unterweisungen zur Zahn- und Mundhygiene (altersgerechte Putztechnik, Hilfsmittel, Motivation und Remotivation, Berücksichtigung hygienischer Anforderungen). Spielerisch werden bei den Jüngsten die Fähigkeiten vermittelt, selbst zum Erhalt eines naturgesunden Gebisses beizutragen. Unterstützt werden die Mitarbeiterinnen der Gesundheitsämter dabei durch Erzieher, Lehrer der jeweiligen Einrichtungen und Eltern. Die Grundlage dieser langjährigen, erfolgreichen Tätigkeit hat der Gesetzgeber in Deutschland im SGB V verankert. Darin werden

die Gruppenprophylaxemaßnahmen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr, für Kariesrisikokinder bis zum 16. Lebensjahr festgelegt.

In Wales weisen „mehr als 40 Prozent aller Fünfjährigen eine Karies auf“, in Deutschland haben nach der 5. DAJ-Studie 2009 immerhin 46,1 Prozent der Schulanfänger Karieserfahrung. Einen Grund dafür nennt der alternierende DAJ-Vorsitzende, Dr. Michael Kleinebrinker. Er stellt in der DAJ-Studie fest, dass der Anteil der Milchzahnkaries zu hoch sei. „Häufig sei zu beobachten, dass dreijährige Kinder bereits mit Karies in die Kita eintreten würden“. Deshalb wäre es wünschenswert, wenn in den Bundesländern die gesetzlichen Grundlagen derart geändert würden, dass die Zahnärzte aus den Gesundheitsämtern in den Kindertagesstätten auch die ein- bis zweijährigen Kinder zahnmedizinisch untersuchen können, um die Eltern frühzeitig über den regelmäßigen Besuch ihres Kindes beim Hauszahnarzt zu informieren und so früh wie möglich mit Konsequenz durchgeführte Prophylaxemaßnahmen zu beginnen.

Obwohl eine bundesweite DAJ-Studie ohne die aktive Mitwirkung der Zahnärzte in den Gesundheitsämtern nicht möglich gewesen wäre, kommen deren Leistungen in den Publikationen selten zum Ausdruck. Durch ihre engagierte Mitwirkung ermöglichen sie einen Langzeitvergleich über den Zustand der Zahn- und Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland, der wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden kann.

Es bedarf steter Anstrengungen und einer guten, vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den

niedergelassenen Zahnärzten, um die Karies zurückzudrängen beziehungsweise den erreichten Stand zu erhalten. Um gesetzliche Aufgaben wahrzunehmen, muss der Öffentliche Gesundheitsdienst, der nur ein Prozent aller Kosten verursacht, die im Gesundheitswesen anfallen, personell und materiell adäquat ausgestattet werden. Ein notwendiger Systemvergleich setzt die Kenntnis der Strukturen und der Einflussgrößen auf die Zahngesundheit von Kindern voraus als Grundlage einer erfolgreichen konzeptionellen Weiterentwicklung.

Dr. Britt Schremmer,  
b.schremmer@web.de

## Der Zahnarzt als Arzneiverkäufer

■ Zum Beitrag „Die Abgabe von Arzneimitteln durch Zahnärzte“ in zm 20/2010:

Der Zahnarzt erfährt, dass er freiverkäufliche Arzneimittel abgeben darf, ohne gegen das Arzneimittelgesetz zu verstoßen. Die hierfür erforderliche Sachkunde schreibt Paragraph 10 Nr. 2 der „Verordnung über den Nachweis der Sachkenntnis im Einzelhandel mit freiverkäuflichen Arzneimitteln“ dem Inhaber eines Zeugnisses eines abgeschlossenen Hochschulstudiums der Humanmedizin zu. Zahnmedizin ist Humanmedizin, wenn das Wort auch häufig falsch zur Unterscheidung von Ärzten und Zahnärzten verwandt wird.

Die zuständige Behörde verlangt aber einen sehr weitgehenden Nachweis, den gleichen, wie er für die Herstellung von Arzneimitteln gefordert wird. Das Studium muss theoretischen und praktischen Unterricht umfassen

und ausreichende Kenntnisse vermittelt haben in experimenteller Physik, allgemeiner und anorganischer sowie organischer, analytischer und pharmazeutischer Chemie und in Biochemie, Physiologie, Mikrobiologie, Pharmakologie, pharmazeutischer Technologie, Toxikologie und pharmazeutischer Biologie. Ehe man sich mit der Behörde herumschlägt, ob die Approbationsordnung all dieses umfasst hat, wird man auf seine Eigenschaft als Zahnarzt verzichten und sich einer Prüfung bei der Industrie- und Handelskammer zusammen mit medizinischen Laien stellen. Ist die Prüfung bestanden, ist dem Arzneimittelgesetz Genüge getan. Aber dann kommt das Gewerberecht. Der Verkauf muss als Gewerbe angemeldet werden, Gewerbesteuer kann die Folge sein und Umsatzsteuerpflicht entsteht.

Fazit: Der Zahnarzt wird keine freiverkäuflichen Arzneimittel verkaufen und bei der Zahnheilkunde bleiben, die kein Gewerbe ist (Paragraph 1, Absatz 5 Zahnheilkundengesetz). Arzneimittel, nicht nur freiverkäufliche, sondern auch verschreibungspflichtige, darf der Zahnarzt aus dem Sprechstundenbedarf ohne Verstoß gegen das Arzneimittelgesetz dem Patienten mitgeben. Das ist keine „Abgabe“ im Sinne des AMG, sondern Fortsetzung der zahnärztlichen Behandlung (Hanseatisches Oberlandesgericht Bremen Urteil vom 22. Juni 1988 4 U 32/86). Die Apothekerkammer hatte das bestritten.

Dr. jur. Heribert Pohl MCJ  
Euskirchener Str. 9, 50937 Köln

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

*BZÄK-Rundschreiben über die GOZ-Novellierung*

## Öffnungsklausel wird weiter abgelehnt

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) ruft in einem Rundschreiben die Zahnärzteschaft dazu auf, „gemeinsam auf allen Ebenen mit hoher Schlagzahl ihre Ziele sachlich, strategisch und professionell“ zu verfolgen. Anlass sind die schwierigen Verhandlungen zur Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Der Weg sei steiniger, als es von einer schwarzgelben Bundesregierung zu erwarten gewesen war, so die BZÄK. Die Haushaltsberatungen im Bundestag und die Ankündigung eines „Jahrhundertspar-

pakets“ seitens der Bundesregierung zeigten: Was von der Politik finanziert wird, entscheide letztendlich die Politik und nicht die Zahnärzteschaft. Nur gemeinsam könne die Zahnärzteschaft das bestmögliche Ergebnis für Patienten und Berufsstand erreichen und so gesundheitspolitische Irrfahrten wie die Öffnungsklausel verhindern.

Seit dem Frühjahr habe die BZÄK gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) und gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern ihre klare Position zur GOZ-Novellierung deutlich gemacht. Zusammen mit den Kostenträgern wurden die einzelnen Abschnitte der GOZ Punkt für Punkt beraten.

Aufgrund der Sparzwänge der Bundesregierung zeige sich aber laut BZÄK immer mehr, dass es eine GOZ-Novellierung ausschließlich unter der Maßgabe einer stark begrenzten Steige-

rung des Erhöhungsvolumens für alle privatärztlichen Leistungen geben werde. Die Novellierung wird sich demnach nicht in dem Maße am wissenschaftlichen Stand der Zahnheilkunde orientieren, wie dies mit der Honorarordnung für Zahnärzte (HOZ), dem ursprünglichen Vorschlag der Zahnärzteschaft, möglich gewesen wäre, bedauerte die Bundeszahnärztekammer in ihrem Rundschreiben.

Wie sie nun mitteilt, werde sie in den nächsten Monaten das BMG beraten, um trotz dieser ungünstigen Rahmenbedingungen das Ergebnis noch im Sinne der Zahnärzte und ihrer Patienten positiv zu beeinflussen. Die Einbeziehung des Sachverständigen der Zahnärztekammern sei durch die Beteiligung der Vorsitzenden der GOZ-Arbeitsgruppen Nord, Mitte und Süd gewährleistet. Inzwischen seien die Beratungen zu den einzelnen Abschnitten der

geplanten neuen GOZ auch weitgehend abgeschlossen.

Das BMG habe sich allerdings inhaltlich noch nicht festgelegt. Zudem habe sich das Ministerium vorbehalten, die Regelungen zum Allgemeinen Teil der GOZ selbst zu definieren. Die Ergebnisse der Beratungen werden derzeit verarbeitet und sollen Anfang des Jahres 2011 in den Referentenentwurf eingehen.

Nach dem Zeitplan des BMG soll die neue GOZ so rechtzeitig das Zustimmungsverfahren im Bundesrat durchlaufen können, dass der geplante Termin zum Inkrafttreten am 1. Juli 2011 erreicht werden kann. „Damit sind wesentliche Pfeiler einer neuen GOZ in ihren Auswirkungen zum jetzigen Zeitpunkt noch unkalkulierbar“, so die BZÄK in ihrer Mitteilung. Eine Vorab-Veröffentlichung von real nicht vorhandenen Ergebnissen wäre „nicht valide und unseriös“. mp/pm



Foto: IMEV

*Diskussion PKV-Verband und Jens Spahn*

## Neuer Zündstoff pro Öffnungsklausel

Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) hat eine Veranstaltung der Deutschen Bank unter dem Titel „Zukunft Gesundheit“ genutzt, um einmal mehr die Forderung nach Einführung einer Öffnungsklausel in GOÄ und GOZ zu bekräftigen. Der Vorsitzende der Arbeitsgruppe Gesundheit und Gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Fraktion, Jens Spahn, MdB, soll laut Presseaussagen dies zum Anlass genommen haben, unter Verweis auf steigende Prämien in der PKV zu äußern, es könne „Sinn machen, auch über eine

Öffnungsklausel zu sprechen“. Spahn gebe sich der Hoffnung hin, die PKV werde mit Hilfe der Öffnungsklausel die Honorare der Ärzte und Zahnärzte so weit drücken, dass Prämien gesenkt werden könnten. Dass diese Hoffnung völlig unbegründet sei, liege dabei auf der Hand, kommentiert die BZÄK dazu. Eine PKV, die sich nach Kräften gegen die Portabilität von Altersrückstellungen stemme, habe nicht Wettbewerb im Sinn, sondern ausschließlich eine Verbesserung der Ausgabenseite und damit ihr Geschäftsergebnis. zm/pm

*Öffnungsklausel*

## Fachärzte contra PKV-Vorstoß

Die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) hat kein Verständnis für die Offensive von PKV-Verbandsdirektor Dr. Volker Leienbach zur Öffnungsklausel. Dies geht aus einer Stellungnahme der GFB hervor. „Wir wollen die freie Arztwahl erhalten und keine Selektivverträge in der privaten Krankenversicherung“, erklärte Dr.

selektive Honorarvereinbarungen mit den Leistungserbringern im Gesundheitswesen abschließen zu können, werde die Qualität der Patientenversorgung verschlechtern, weil sie die finanzielle Basis der Praxen und Kliniken unterminiert, kritisierte er. Die GFB wird sich vehement gegen die Öffnungsklausel zur Wehr setzen, kündigt der GFB-Chef an. sg/pm



*Bertelsmann Stiftung*

## **Kostenerstattung in GKV kaum genutzt**

Die Mehrheit der gesetzlich Versicherten misst der Kostenerstattung keine große Bedeutung bei. Eine Ursache dafür: das geringe Wissen um den Tarif. Zu dem Ergebnis kommt der aktuelle Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung. Die Kostenerstattung spielt bei der Beurteilung der Krankenkassen durch die Versicherten demnach lediglich eine untergeordnete Rolle. Auch die Praxis zeige, dass die seit 2004 von den gesetzlichen Krankenkassen angebotenen freiwilligen Tarife kaum angenommen werden. Fragt man die Bevölkerung nach ihren Präferenzen bei der Beurteilung ihrer Krankenkasse, rangiert der Kostenerstattungs- tarif unter insgesamt zwölf Krite-

rien nur auf Platz neun (30 Prozent Zustimmung). Der Selbst-behalttarif liegt mit neun Prozent auf dem letzten Platz.

Für die Befragten ist die gute Erreichbarkeit (57 Prozent) das wichtigste Kriterium bei der Beurteilung der Krankenkassen. Erst mit einem relativ großen Abstand folgen Bonusprogramme (46 Prozent), gute Angebote für chronisch Kranke (45 Prozent), Kostenübernahme für Gesundheitskurse (43 Prozent), Beitrags-rückzahlung bei Leistungsfreiheit (41 Prozent), Zusatzleistungen bei Krankheit zu Hause (39 Prozent) und Kostenübernahme für alternative Medizin (39 Prozent).

ck/pm

*Personalreport*

## **Fachkräftemangel in Klinik-OPs**

Neue Daten aus dem „OP-Personalreport Pflege“ belegen den Mangel an Operations- und Anästhesie-Pflegekräften in Krankenhäusern. Für die Studie wurde das Personal von mehr als 150 Krankenhäusern mit OP-Abteilungen befragt. Dies entspricht etwa zehn Prozent aller deutschen Kliniken. Im Ergebnis gaben 25 Prozent der teilnehmenden Krankenhäuser an, ihre OP-Leistungen einschränken zu müs-

sen. 30 Prozent der untersuchten Häuser müssen wegen Personal-mangels sogar bereits jetzt ihre OP-Säle schließen. Mit Überstunden versuchen mehr als 60 Prozent der befragten Kliniken den Mangel an Pflegepersonal zu kompensieren. „Der OP-Bereich ist der Motor einer jeden chirurgischen Klinik. Wenn er stottert, hat dies Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit eines gesamten Krankenhauses“, erklärt Prof.

Thomas Busse, Direktor des Zentrums für Gesundheitswirtschaft und -recht (ZGWR) an der Fachhochschule Frankfurt am Main und Leiter der Studie.

sf/pm



Foto: MEV

■ [www.zgwr.de](http://www.zgwr.de)

Hochschulmediziner

## Ärztmangel ist nicht absehbar

Einen Ärztemangel gibt es nicht und er ist auch nicht absehbar. So lautete das Fazit von Experten auf dem Herbstforum der Deutschen Hochschulmedizin, dem Dachverband des medizinischen Fakultätentags (MFT) und des Verbandes der Universitätsklinik

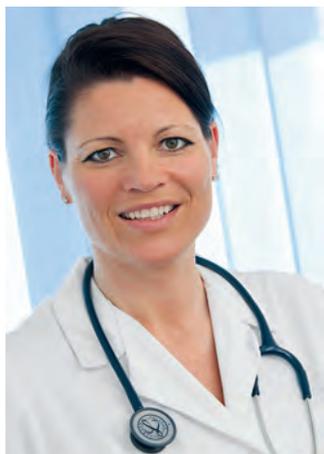


Foto: MEV

(VUD) im November in Berlin. Deutschland habe genügend Ärzte, wohl aber gebe es ein Verteilungsproblem mit Lücken in der hausärztlichen Versorgung, auf dem Land und bei kleineren Krankenhäusern. Mit dieser Position stützten die Veranstalter die Haltung von Krankenkassen und kritisieren die Meinung von Ärztevertretern, die von einem drohenden Ärztemangel ausgehen [siehe auch zm

22/2010, Seite 10 f].

Kritik an der Datenlage zum Ärztemangel übte MFT-Generalsekretär Dr. Volker Hildebrandt. Die aktuelle Debatte sei geprägt von falschen Behauptungen und fragwürdigen Prognosen. Laut Hildebrandt gibt es keinen empirischen Nachweis für einen bestehenden oder bevorstehenden Ärztemangel. Die Absolventengruppe sei seit mehr als zehn Jahren konstant groß. Er ging auf die Zahlen von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Bundesärztekammer ein. Vor allem die Zusammenstellung zum Schwund angehender Mediziner in der Humanmedizin sei von groben Fehlern geprägt.

Auch Dr. Volker Griegutsch, Ministerialdirigent im Bundesgesundheitsministerium, sah in den ihm vorliegenden Zahlen keinen Ärztemangel. Rund 94 Prozent der Studienabsolventen landeten in der Krankenversorgung, auch sei der Beruf nach wie vor nicht unattraktiv. Die Forderung auf der Tagung: Politik, Selbstverwaltung und die Hochschulmedizin müssten die Datendifferenzen klären. Eine nicht interessengeleitete Institution solle dafür die Moderation übernehmen. pr

Falschmeldungen zur Pflege

## BMG dementiert Pressebericht

Laut einem Bericht der „Frankfurter Rundschau“ erwartet das BMG, dass der Satz für die Pflegeversicherung 2014 steigen müsste, wenn das System nicht reformiert werde. Laut BMG jedoch seien Meldungen, wonach sich die finanzielle Lage der Pflegever-

sicherung verschlechtert habe, nicht wahr. Durch die steigenden Beschäftigtenzahlen habe sich die Einnahmesituation der Pflegeversicherung besser entwickelt. Entgegen bisheriger Einschätzung würden die Rücklagen für die Pflege länger reichen. ck

BFB-Leitbild der Freien Berufe

## Vorstellung im Europäischen Parlament

Ganz im Zeichen der Freien Berufe stand eine Präsentation des Bundesverbandes der Freien Berufe (BFB) am 9. November 2010 im Europäischen Parlament. Unter der Schirmherrschaft des Vizepräsidenten des Europäischen Parlaments Rainer Wieland (CDU) stellten BFB-Präsident Dr. Ulrich Oesingmann und BFB-Hauptgeschäftsführer RA Arno Metzler das Leitbild der Freien Berufe einem breiteren Publikum in Brüssel vor. Das Leitbild, das anlässlich des 60. Jahrestages des Bestehens des BFB 2009 entwickelt worden war, ist als Kompass für das freiberufliche Selbstverständnis in Europa zu verstehen. Es formuliert einen Wertekanon, mit dem sich alle Freiberufler spartenübergreifend identifizieren können. Im Rahmen der Präsentation hoben EP-Vizepräsident Rainer Wieland

und Dr. Oesingmann die Bedeutung der Freien Berufe für den Wirtschaftsstandort Europa hervor. Beide forderten eine stärkere Berücksichtigung der besonderen Aspekte freiberuflichen Handelns bei der Gesetzgebung auf europäischer Ebene. Wichtig sei angesichts bestehender Unterschiede in den EU-Mitgliedsstaaten zudem, rasch europaweit ein gemeinsames Verständnis von Freiberuflichkeit zu entwickeln, das langfristig in einer Europäischen Charta der Freien Berufe münden sollte.

Die europäische Zahnärzteschaft war durch den Vizepräsidenten des Council of European Dentists (CED) Prof. Dr. Sprekels, Präsident der LZÄK Hamburg, vertreten. Von Seiten der BZÄK nahm Hauptgeschäftsführer RA Florian Lemor teil. Sprekels nutzte die Gelegenheit, auch über die Tätigkeit der Arbeitsgruppe Freie Berufe des CED-Vorstands zu informieren. Diese Arbeitsgruppe hat sich zum Ziel gesetzt, den Belangen der Freien Berufe im europäischen Gesetzgebungsverfahren mehr Gehör zu verschaffen. BZÄK



Foto: BZÄK

GKV-Ausgaben

## Rösler kündigt Reformen an

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) hat weitere Reformen angekündigt: Im nächsten Schritt will er sich den Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zuwenden. Konkret nannte Rösler eine weitere Reform der Arzthonorare und der Regeln für die ärztliche

Bedarfsplanung, die noch aus den 1990er Jahren stammen. Das sagte der FDP-Politiker auf der 15. „Handelsblatt“-Jahrestagung „Health“ in Berlin. Ziel sei es, das Gesundheitssystem leistungsgerechter, transparenter und effizienter zu machen. mp

*Sozialversicherungsbeiträge*

## **Hundt befürwortet Zusatzversicherung**

Arbeitgeberpräsident Dieter Hundt hat die Koalitionspläne für eine kapitalgedeckte Zusatzversicherung in der Pflege ausdrücklich begrüßt. „Ich sage ganz eindeutig, die Pflegeversicherung gehört durch eine zusätzliche kapitalgedeckte Säule ergänzt, so dass nicht zusätzliche Sozialversicherungsbeiträge auf die Arbeitgeber und Arbeitnehmer zukommen“, sagte Hundt am Dienstag im Deutschlandfunk. Hundt: „Wir haben derzeit das Problem, dass der Aufschwung durch gar keine zusätzlichen Kosten belasten werden darf, weder durch

Steuern noch durch Abgaben.“ Hintergrund: Opposition, Sozialverbände und auch die CSU haben Vorbehalte gegen die Koalitionspläne für diese Zusatzversicherung angemeldet. Diese gingen zulasten der Arbeitnehmer. „Wir müssen uns sehr genau anschauen, ob die Bürokratiekosten bei der Kapitaldeckung in einem angemessenen Verhältnis zu den Beiträgen stehen“, sagte etwa der stellvertretende Vorsitzende der Unionsfraktion im Bundestag, Johannes Singhammer (CSU), der „Frankfurter Rundschau“. ck/dpa

*KBV*

## **Neuer Qualitätsbericht vorgestellt**

Der siebte Qualitätsbericht der KBV ist in Berlin vorgestellt worden. Erstmals enthält er die Ergebnisse aller Prüfungen, die die KVen 2009 im Rahmen der Qualitätsförderung und -sicherung durchgeführt haben. Dies ermöglicht einen regionalen Vergleich etwa in Hinblick auf die Anzahl der Stichprobenprüfungen und Genehmigungen, die für die Erbringung besonderer ärztlicher Leistungen erforderlich sind. Außerdem dokumentiert der Bericht aktuelle Entwicklungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Dazu gehört die Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssiche-

rung des GBA. Neu ist die Initiative von KBV und KVen, einheitliche Bewertungsschemata zu erstellen, die bei der Überprüfung der von den Ärzten zu dokumentierenden Leistungen zum Einsatz kommen. Ein Set von 48 ambulanten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (AQUIK®) sollen es ermöglichen, die Qualität ärztlicher Leistungen abzubilden. Ein besonderes Projekt ist das 2009 online gegangene Internetportal [www.arztbibliothek.de](http://www.arztbibliothek.de). Es stellt den Vertragsärzten und -psychotherapeuten qualitätsgeprüftes und evidenzbasiertes Wissen auf einen Klick zur Verfügung. sg/pm

Köln 2011

## IDS-Ticketvorverkauf beginnt

Der Online-Ticketverkauf für die Internationale Dental-Schau (IDS) in Köln hat begonnen. Vom 22. bis 26. März 2011 findet dort wieder die weltgrößte Dentalmesse statt. Die E-Tickets können direkt nach erfolgreicher Registrierung und Bezahlung auf [www.idscologne.de](http://www.idscologne.de) über den eigenen Computer ausgedruckt werden. Zusätzliches Anstehen an der Kasse entfällt dadurch. Wer seine Eintrittskarte im Online-Shop kauft, zahlt für die Tageskarte nur 13 statt 15 Euro an der Tageskasse. Hier können auch Eintrittskartengutscheine gegen eine kostenlose Eintrittskarte umgetauscht werden. Sie ist zugleich der Fahrausweis im öffentlichen Nahverkehr des Ver-

kehrsverbundes Rhein-Sieg (VRS), so dass die Besucher bereits bei der Anreise kostenlos Busse und Bahnen in und um Köln nutzen können.

Das Online-Mediapaket umfasst außerdem verschiedene Services wie den Messekatalog mit erweiterten Suchfunktionen, den Terminplaner, den Wegplaner, das Business-Matchmaking und den mobilen Messeguide.

Bereits im Vorfeld der Veranstaltung können die Besucher über den Terminplaner per E-Mail Terminanfragen an Aussteller schicken, während der Wegplaner die optimale Route zu den favorisierten Ausstellern durch die Hallen zusammenstellt.

Die IDS findet alle zwei Jahre in Köln statt und wird veranstaltet von der Gesellschaft zur Förderung der Dental-Industrie mbH (GFDI), dem Wirtschaftsunternehmen des Verbandes der Deutschen Dental-Industrie e.V. (VDDI) und durchgeführt von der Koelnmesse GmbH. ck/pm



Foto: Kölnmesse

Pflegebedürftigkeit

## Mehr als jeder Dritte wird dement

Mehr als jeder dritte Bundesbürger wird im Laufe seines Lebens dement und braucht Pflege – die Tendenz ist steigend. Sogar fast jede zweite Frau muss derzeit damit rechnen, altersverwirrt zu werden. Das geht aus dem jetzt veröffentlichten Pflereport 2010 der Krankenkasse Barmer GEK hervor. Die Zahl von derzeit

1,2 Millionen Demenzkranken werde sich bis 2060 mit dann 2,5 Millionen mehr als verdoppeln, prognostizieren die Studienautoren der Bremer Universität. Die Zahl der Pflegebedürftigen ist von zwei Millionen auf zuletzt 2,3 Millionen gestiegen.

mp/dpa

Spendenaufruf

## BZÄK und HDZ bitten um Hilfe für Haiti

In Haiti ist die Lage der durch das Erdbeben obdachlos gewordenen Menschen weiterhin schockierend. Die Cholera breitet sich stärker aus. Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) unterstützt den Spendenaufruf der Stiftung Hilfs-



werk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete (HDZ), um weitere Hilfe leisten zu können. Die Zahl der Cholera-Toten ist nach Berichten der Panamerikanische Gesundheitsorganisation (PAHO) in den vergangenen Tagen rasch gestiegen. Seit Ausbruch der Krankheit Mitte Oktober seien mehr als 20 000 Patienten in Krankenhäusern behandelt worden. Nach dem verheerenden Erdbeben im Januar 2010 leiden die Bewohner der Hauptstadt Port-au-Prince und in den

umliegenden betroffenen Gebiete noch immer unter den chaotischen Lebensbedingungen. Für Hilfsmaßnahmen vor Ort werden dringend weitere Spendengelder benötigt. HDZ und BZÄK bitten deshalb erneut um Ihre Unterstützung: Die Bundeszahnärztekammer ist Schirmherrin der Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte, der größten deutschen zahnärztlichen Hilfsorganisation. Das weltweit agierende Hilfswerk engagiert sich seit über 23 Jahren und erhält regelmäßig das begehrte Spendsiegel vom Deutschen Zentralinstitut für soziale Fragen (DZI). BZÄK

Spendenkonto 000 4444 000  
Deutsche Apotheker und Ärztebank, Hannover, BLZ 250 906 08  
Stichwort: Haiti

■ [www.hilfswerk-z.de](http://www.hilfswerk-z.de)

Umfrage

## Ärzte-Liebling Barmer

In einer Online-Umfrage unter rund 30 000 niedergelassenen und Klinikärzten wurde ermittelt, mit welchen Kassen – mit mehr als zwei Millionen Mitgliedern – die Ärzte am liebsten zusammenarbeiten. Auf Platz eins liegt demnach die Barmer GEK, gefolgt von DAK und TK. Weiterhin zeigte die Umfrage: Die Mehrheit der Ärzte meint, dass GKV-Versicherte für ihren Beitrag gute bis sehr gute Leistungen bekommen. Am ehesten aus dem Leistungskata-

log streichen könnte man ihrer Meinung nach Kuren, zitiert die „Ärzte Zeitung“. Als Hauptfaktor, warum die Finanzen aus dem Ruder laufen, sehen die Ärzte überbewertete Medikamente.

Gemeinsam mit dem Online-Dienst Gesetzliche Krankenkassen.de und dem Deutschen Finanz-Service-Institut hat „Focus Money“ bereits zum fünften Mal die Daten von rund 100 für die Allgemeinheit geöffneten Krankenkassen ausgewertet. mp

Verschreibungspflichtige Arzneimittel

## **EU-Gesetzentwurf abgestimmt**

Patienten sollen Zugang zu seriösen Informationen über verschreibungspflichtige Medikamente bekommen. Dies bekräftigen die Europaabgeordneten bei der Abstimmung über einen entsprechenden Gesetzentwurf. Objektive Informationen sollen zu Arzneimitteleigenschaften und zu Krankheiten bereitgestellt werden. Gleichzeitig sollen die Verbraucher vor unerbetenen Informationen oder versteckter Werbung geschützt werden. Kernstück des Dossiers soll nach dem Wunsch der Europa-

abgeordneten die Einführung nationaler Gesundheitsportale im Internet sein. Langfristiges Ziel ist die Entwicklung einer europäischen Gesundheitsplattform, die Informationen über Medikamente, Krankheiten, Behandlungsmethoden und Präventionsmaßnahmen enthält. Druckversionen der autorisierten Informationen sollen in Gesundheitszentren, beim Arzt oder Apotheker erhältlich sein. Die EU-Abgeordneten stützen die Änderungen des von der EU-Kommission im Jahr 2008 vorge-

legten Gesetzentwurfes auf den Grundsatz, dass Patienten das Recht auf Zugang zu genauen und unvoreingenommenen Informationen haben sollten. Bevor das Dossier in Kraft treten kann, muss der Rat der Gesundheitsminister noch darüber entscheiden.

pr/ps



Foto: MEV

Umfrage

## **Auch Ältere suchen Arzt im Internet**

Immer mehr Menschen suchen ihren Arzt im Netz. So das Ergebnis einer aktuellen GfK-Umfrage im Auftrag des Arztbewertungsportals jameda.de. Demnach haben 62,4 Prozent der deutschen Internetnutzer schon einmal online nach einem Mediziner gesucht. In der repräsentativen Erhebung wurden 1 050 private Internetnutzer im Alter ab 14 Jahren befragt. Demnach haben bereits 68 Prozent der weiblichen Internet-User und 58 Prozent der befragten Männer das Internet

zur Arztsuche genutzt. Ein Blick auf die ältere Generation zeigt: Bereits 49 Prozent der so genannten „Silversurfer“ ab 60 Jahren nutzt das Internet, um einen passenden Mediziner für sich zu finden. Am aktivsten ist jedoch auch bei der Online-Arzt-suche die Altersgruppe der unter 30-Jährigen: 73 Prozent von ihnen hat schon einmal das Internet genutzt, um Vorab-Informationen über eine Arztpraxis zu erhalten.

sf/pm

VHZMK

## Walter Dieckhoff erhält Ehrenpreis

Die Vereinigung der Hochschul-lehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) hat auf



Foto: Duwentaester/teamwork

ihrer Jahrestagung im Rahmen des Deutschen Zahnärztetages am 11. November 2010 in Frankfurt dem Past-Präsidenten der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. Walter Dieckhoff, in Anerkennung seiner herausragenden Verdienste um die Förderung der zahnmedizinischen Lehre den Ehrenpreis der VHZMK verliehen. sp

Rheumatologie

## Fruktose-Getränke fördern Gicht

Frauen, die Kalorien einsparen wollen, und daraufhin verstärkt zu mit Fruktose gesüßten Getränken greifen, haben ein signifikant höheres Risiko, an Gicht zu erkranken. Dieses ergab eine Studie der Boston University School of Medicine, wie die MMW –

Fortschritte der Medizin in ihrer Nr. 46 berichtet. Ausgewertet wurden Daten der Nurses' Health Study, in der rund 80 000 Frauen unter-

sucht wurden. Diese waren zu Studienbeginn gesund, innerhalb der nächsten 22 Jahre erkrankten aber 778 Probandinnen an Gicht. Frauen, deren Fruktosekonsum via Getränke in der oberen Quintile lag, hatten im Vergleich zu den Probandinnen im unteren Bereich ein 2,4-fach erhöhtes Risiko, an Gicht zu erkranken. Neben den mit Fruchtzucker gesüßten Limonaden hat auch Orangensaft einen sehr hohen Fruktoseanteil. sp

Quelle: *Journal of the American Medical Association* 2010  
DOI: 10.1001/jama.2010.1638



Foto: Müller/OKAPIA

Ausschreibung

## Hufeland-Preis 2011

Das Kuratorium der Stiftung „Hufeland-Preis“ fordert alle Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte öffentlich auf, sich um den „Hufeland-Preis 2011“ zu bewerben. Der im Jahre 1959 erstmalig ausgeschriebene Preis ist der renommierteste Preis auf dem Gebiet der Präventivmedizin. Prämiert

wird jährlich die beste Arbeit auf dem Gebiet der Präventivmedizin, wobei der mit 20 000 Euro dotierte Preis auch zwei als gleichwertig anerkannten Arbeiten je zur Hälfte zugesprochen werden kann. Die Arbeit muss ein Thema der Gesundheitsvorsorge zum Inhalt haben. Zur Teilnahme berechtigt sind Medizi-

BDO

## Jürgen Weitkamp ist Ehrenmitglied

Im Rahmen der Eröffnung der 27. Jahrestagung des Bundesverbandes Deutscher Oralchirurgen (BDO) in Berlin verlieh der BDO-Bundesvorsitzende Dr. Dr. Wolfgang Jacobs, dem Ehrenpräsidenten und ehemaligen Präsidenten der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, die Ehrenmitgliedschaft. In seiner Laudatio würdigte Jacobs die Verdienste von Dr. Dr. Weitkamp um die Oralchirurgie und Kieferchirurgie während seiner langjährigen Amtszeit als

BZÄK-Präsident. Dr. Jakobs schilderte die Entwicklung der operativen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die in Deutschland zu einem Nebeneinander von Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen mit einer ärztlichen Weiterbildung und Oralchirurgen mit einer zahnärztlichen Weiterbildung geführt habe. sp



Foto: BDO

ADHS

## Hypertone Kinder häufiger betroffen

Kinder, deren Blutdruck ständig erhöht ist, haben signifikant häufiger Lernschwierigkeiten und fallen auch häufiger durch ein ADHS-Syndrom (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) auf als Kinder mit einem Blutdruck im Normalbereich. Das ergab eine Studie des University of Rochester Medical Center, wie die MMW – Fortschritte der Medizin Nr. 46 berichtet. Von 101 hypertensiven Kindern hatten 28 Prozent Lernschwierigkeiten. Üblicherweise werden diese Störun-

gen nur bei rund fünf Prozent der Kinder im Alter von zehn bis 18 Jahren diagnostiziert. An ADHS litten hier aber 20 Prozent der Hypertoniker, aber nur sieben Prozent in der Vergleichsgruppe.

Noch ist nicht geklärt, ob der hohe Blutdruck die Krankheit begünstigt, oder die ADHS-Medikamentation zum erhöhten Blutdruck führt. sp



Foto: MEV

*Neue Studie belegt*

## **Höheres Infarktrisiko in Höhenluft**

Etwa 40 Prozent aller Todesfälle bei Wintersporttouristen in den österreichischen Alpen sind nach einem Bericht der Ärzte Zeitung auf den plötzlichen Herztod – meist als Folge eines Herzinfarkts – zurückzuführen, berichtete der Innsbrucker Kardiologe Dr. Gerd Klug anlässlich des Europäischen Kardiologenkongresses in Stockholm. Seine Arbeitsgruppe hatte in einer Studie untersucht, welche besonderen Umstände dabei von Bedeutung sind und kamen zu dem Ergebnis, dass sich die meisten Infarkte gleich zu Beginn

Aktivität ereignet hatten. Nur bei 19 Prozent der Patienten waren bereits zuvor Herzprobleme bekannt, alle anderen erlitten den sogenannten „plötzlichen Herztod“. Etwa jeder Zweite der Betroffenen hatte sich vor dem Winterurlaub wenig Sport getrieben. Möglicherweise, so Klug, kommt auch die Höhe als potenzieller Einflussfaktor hinzu: Während der Wohnort der befragten Infarktpatienten im Schnitt auf einer Meereshöhe von rund 170 Meter lag, ereigneten sich die Herzinfarkte in einer durch-



Foto: MEV

des Urlaubs ereignen. Unter den mehr als 1 500 Patienten, die zwischen 2006 und 2010 mit akutem Myokardinfarkt in das Innsbrucker Universitätsklinikum eingeliefert worden waren, hatte die Gruppe 170 Patienten ausgewählt, bei denen dieses Ereignis während eines Wintersporturlaubs auftrat. Die meisten Betroffenen waren Urlauber aus dem Flachland. Die Analyse der Befragung von 110 Patienten zeigte, dass sich die meisten Herzinfarkte schon am ersten oder zweiten Tag nach Beginn der sportlichen

schnittlichen Höhe von 1 347 Metern. Gemessen an der Tatsache, dass im Beobachtungszeitraum Millionen Touristen in den Bergen waren, ist die Zahl der registrierten Herzinfarkte doch vergleichsweise gering. Gleichwohl empfehlen Klug und seine Kollegen, sich auf einen solchen Urlaub durch regelmäßiges Bewegungstraining adäquat vorzubereiten und es – vor allem bei bestehenden Risikofaktoren – gerade in den ersten Tagen mit der körperlichen Anstrengung nicht zu übertreiben. sp

## Demokratie plus

Das politische System der Bundesrepublik Deutschland ist ganz bewusst repräsentativ angelegt. Das heißt, auf allen politischen Ebenen werden Volksvertreter gewählt, die dann für die Dauer der Legislaturperiode mit der Wahrnehmung der Bürgerinteressen beauftragt sind. Elemente direkter Einflussnahme der Bürger auf konkrete Sachentscheidungen sind von den Verfassern des Grundgesetzes betont in den Hintergrund geschoben oder mit enorm hohen Hürden versehen worden.

Das alles hatte seine guten Gründe, die aus den Erfahrungen der Vergangenheit resultierten. Und mit diesem System sind wir im Großen und Ganzen gut gefahren. Bis jetzt zumindest. Nun bemächtigen sich außerparlamentarische Gruppen und Grüppchen ganz bestimmter Themen, die durchweg mit konkreten Vorhaben verknüpft sind. Vorhaben wie Atom, Energie oder Verkehr, die allen Besserwissern in der Republik eine wohlfeile Plattform bieten.

Und diese Plattform wurde intensiv genutzt. Vor allem die elektronischen Medien sind hingebungsvoll bei der Sache, wenn es darum geht, dass Protestierer „denen da oben“ zeigen, was eine Harke ist. Das Demonstrationsrecht ist ein ganz wesentliches Element unserer Demokratie. Es ist durch die Verfassung verbürgt. Aber auch Grundrechte bedürfen in ihrer Inanspruchnahme der Legitimation. Eine zwar streitige, aber faire Auseinandersetzung bedarf stets

Foto: CC



der Bereitschaft, die Argumente der Gegenseite zur Kenntnis zu nehmen, notfalls also eigene Positionen zu revidieren.

Die Bereitschaft dazu ist bei vielen, die das Recht der Straße für sich in Anspruch nehmen, krass unterentwickelt. Auf diese Weise kann es passieren, dass Minderheiten die Entscheidungen von Mehrheiten blockieren

säumnisse, Ungeschicktheiten, Fehler, Defizite gegeben hat. Es ist ja nicht so, dass Demokratie etwas absolut Statisches ist. Auch demokratische Staatswesen entwickeln sich weiter, unterliegen Veränderungsprozessen als Ergebnis gesellschaftlichen Wandels.

Diese Veränderungen sind eingetreten. Und zwar in Form eines gesteigerten Bedürfnisses nach Information, nach Einbeziehung in Entscheidungsprozesse. Es reicht der deutlich sensibler reagierenden Öffentlichkeit in vielen Fällen nicht mehr, lediglich die ordnungsgemäße Abwicklung eines Genehmigungsverfahrens mitgeteilt zu bekommen. Ob es sich um eine CO-Pipeline, einen unterirdischen Bahnhof, um ein Kraftwerkprojekt, ein Endlager für Atomwüll oder einen Großflughafen handelt – die Vorhaben müssen in größtmöglicher Transparenz kommuniziert werden.

In dieser Hinsicht sind bedauerlicherweise zahlreiche Defizite feststellbar. Das wiederum eröffnet denjenigen unter den Agitatoren, denen es nicht um das Gemeinwohl, sondern um Fundamentalblockade bei gleichzeitiger eitler Selbstbespiegelung geht, Tür und Tor. Im wohlverstandenen Interesse einer zeitgemäßen Weiterentwicklung unserer Demokratie ist folglich auch von unseren Amtsinhabern eine größere Bemühung zu erwarten, wenn es darum geht, die Bevölkerung mitzunehmen auf den jeweiligen Entscheidungswegen. ■



Foto: privat

**Ist die Bundesrepublik auf dem Weg zu einer die überkommenen Regeln der Demokratie sprengenden neuen Staatsform? Mancher Beobachter meint das aus Vorgängen in Stuttgart, Gorleben und anderen Großvorhaben zu erkennen. Skepsis ist angezeigt, meint Klaus Heinemann, Freier Journalist, Düsseldorf.**

oder gar ganz kippen. Es stimmt schon bedenklich, wenn Argumente nicht mehr zur Kenntnis genommen werden, wenn stets die eigene Position absolut gesetzt wird und in einen unauflösbaren Konflikt gerät mit den zuvor auf demokratischem Wege getroffenen Entscheidungen.

Die Ballung derartiger Formen des öffentlichen Ungehorsams lässt zugleich die Vermutung zu, dass es auf der Gegenseite, also auf Seiten der durch Wahlentscheidung demokratisch Legitimierten, durchaus Ver-

*Unabhängige Patientenberatung Deutschland legt Beschwerdestatistik vor*

## Beanstandungen werden immer ernst genommen

**Die vom Modell zur Regelinstitution überführte Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) hat jetzt ihre Beschwerdestatistik vorgestellt, darunter auch vergleichsweise hoch anmutende Beanstandungsquoten im zahnärztlichen Bereich. Die auf dem UPD-Kongress am 22. November in Berlin vorgelegten Zahlen erfordern aber eine differenzierte Betrachtung: Absolut sind die im ersten Halbjahr 2010 festgestellten 2013 Beanstandungen bei insgesamt rund 40 Millionen Behandlungsfällen äußerst gering – und damit kein Beleg für manifeste Mängel in der zahnärztlichen Behandlung.**



*Vertrauen braucht Transparenz: Aufklärungsgespräch zwischen Zahnarzt und Patient.*

*Erhielt die Auswertung der UPD-Beratungsgespräche: Wolfgang Zöller, Patientenbeauftragter der Bundesregierung.*



*Foto: Holger Groß*

Trotzdem wird Deutschlands Zahnärzteschaft, so BZÄK-Präsidiumsmitglied Dr. Dietmar Oesterreich in direkter Reaktion auf die veröffentlichten Zahlen, diese Ergebnisse der UPD-Statistik „sehr ernst nehmen“. Die Zahnärzteschaft werde auch künftig im Rahmen der eingerichteten Patientenberatungsstellen, die zum Teil in Kooperation mit der UPD geführt werden, sowie ihrer Gutachter- und Schlichtungsstellen in den Organisationen aktiv mit dem Thema umgehen: „Gerade im zahnmedizinischen Bereich ist der Patient durch die unterschiedlichen wissenschaftlich anerkannten Therapieoptionen und die gesetzlichen Entscheidungen zur Kostenbeteiligung stärker in die Behandlungsabläufe involviert. Insbesondere die finanzielle Beteiligung der Patienten führt häufig zu Nachfragen,“ ist der BZÄK-Vizepräsident überzeugt.

Vielleicht, so wurde auf der Pressekonferenz der UPD anhand nicht näher spezifizierbarer Zahlen gemutmaßt, sei das mit ein Grund für die im Vergleich zu anderen Bereichen der niedergelassenen Leistungserbringer höheren Beschwerdekontakte.

### Niedrige Fallzahlen

Zur UPD-Statistik selbst: Insgesamt wurde die Patientenberatung im ersten Halbjahr 2010 von 39 299 Personen kontaktiert. Mehr als die Hälfte der Ratsuchenden waren Frauen. Etwa 20 Prozent der Kontakte beinhalteten Beschwerden. Diese bezogen

sich auf Krankenkassen oder Kostenträger, Gutachten oder stationäre Einrichtungen und Pflege, darüber hinaus auf „einen großen Anteil an Beschwerden, die keinem dieser Bereiche zugeordnet wurden“ – und etwa ein Drittel der zwanzig Prozent auf das Feld der Leistungserbringer.

Von diesen im zahn-/medizinischen Spektrum festgestellten 2013 Beschwerden entfielen auf die Zahnmedizin 29,7 Prozent, auf Hausärzte/Allgemeinmediziner 17,5, Orthopädie 10,7, Augenheilkunde 7,0, Innere Medizin 5,1, Neurologie 4,1, Gynäkologie 3,3, Chirurgie 3,1, Urologie 2,7, Dermatologie 2,4, Psychologische Psychotherapie 2,2, HNO 1,6, Ärztliche Psychotherapie 1,2 und auf Kinderheilkunde 0,8 Prozent der Beschwerden.

### Patienten einbinden

Auf den ersten Blick deutet das Zahlenverhältnis auf hohe Beschwerdeaufkommen im Bereich der Zahnmedizin. Ein Vergleich mit Zahlen aus dem KZBV-Jahrbuch 2009 relativiert diesen Interpretationsansatz aber deutlich: Denn laut KZBV-Statistik stehen den insgesamt etwa 42 Millionen konservierenden und chirurgischen Behandlungen etwa 2 300 Beschwerden gegenüber. Das entspricht einem Anteil von nur 0,005 Prozent aller Behandlungsfälle.

Fakt ist auch: Insbesondere in der Zahnmedizin ist der Patient aufgrund der unterschiedlichen wissenschaftlich anerkannten Therapieoptionen und des dabei zwingend notwendigen Einbezugs der Erwartungshaltung besonders gefordert. Hinzu kommt, dass diese Möglichkeiten für den Patienten selbstverständlich auch differente finanzielle Belastungen nach sich ziehen. Oesterreich: „Ein an den Kosten beteiligter Patient schaut natürlich auch gründlicher auf die Leistung.“

Also alles eine Folge der Einbindung der Patienten in die Therapieentscheidung und der daraus erwachsenden finanziellen Beteiligungen? Die gegenüber den hohen KZBV-Fallzahlen niedrige Beanstandungsquote lässt wenig Raum für Interpretationen. Dennoch müsse man, so die Bundeszahnärztekammer, auch diese Meldungen

ernst nehmen und in die weitere Ausgestaltung für Transparenz und Patienteneinbindung einbeziehen.

Die UPD weiß um die niedrigen Fallzahlen, signalisierte in Berlin aber auch, dass man in den einzelnen Regionalstellen auf einen Beratungsbedarf gestoßen ist, dem die UPD mit den vorhandenen Kapazitäten nicht nachkommen konnte. Hinzu kommt, so UPD-Geschäftsführerin Astrid Burkhardt, „dass die geäußerte Beschwerde nicht heißt, dass die Beratenen auch Recht haben.“

### **Modell wird Regelfall**

Wichtig zur Einschätzung der insgesamt knapp 2013 gelisteten Beschwerden ist auch deren Bandbreite: Insgesamt entfallen (bei möglichen Mehrfachnennungen) 48 Prozent auf Behandlungsfehler, fast 30 Prozent auf Behandlungsdiagnostik und -methodik, etwa 20 Prozent auf Behandlungsabbrüche oder „Verweigerungen“ sowie auf Arzneimittelverordnungen, die in etwa zehn Prozent der Fälle als Ursache genannt wurden.

Für Wolfgang Zöllner, den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, hat sich die seit vier Jahren arbeitende UPD inzwischen bewährt. Zöllner will, dass die UPD ab Januar im Rahmen ihrer vom Gesetzgeber geforderten Berichtspflicht über die Anfragen und Beschwerden informiert. Die bisherige Beschwerdestatistik wurde dem Patientenbeauftragten anlässlich der Pressekonferenz offiziell übergeben.

Das Modellprojekt der Verbraucherzentrale Bundesverband, des Sozialverbandes VdK Deutschland und des Verbundes unabhängige Patientenberatung hat seinen auf vier Jahre ausgelegten Modellversuch damit abgeschlossen. Das zum 31. Dezember 2010 laut UPD erfolgreich erprobte Vorhaben geht laut Beschluss des Gesetzgebers ab 2011 in die Regelversorgung über.

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen stellt jährlich rund 5,1 Millionen Euro für diese Institution mit ihren 71 Beratern in 22 Beratungsstellen innerhalb des Bundesgebietes zur Verfügung. mn

BGH-Urteil

## ZE unterm Hammer

**Das Zahnersatz-Auktionsportal „2te-Zahnarztmeinung.de“ verstößt nicht gegen das Gesetz. Das entschied jetzt der Bundesgerichtshof (BGH). „Der 1. Dezember ist ein schwarzer Tag für die Patienten“, kommentierte KZVB-Chef Dr. Janusz Rat das Urteil. Er hatte mit seinem Kollegen Dr. Martin Reißig gegen das Portal geklagt.**

Darf man Gesundheitsleistungen wie auf einem Marktplatz verhökern? Nein, befanden zuvor das Landgericht München I und das OLG München. Und gaben der Unterlassungsforderung der KZVB statt. Die obersten Richter in Karlsruhe hoben diese Urteile nun aber auf und wiesen die Klage ab. Das heißt: Patienten dürfen Heil- und Kostenpläne „versteigern“.

Nach Ansicht des Gerichts hat nämlich jeder Patient das Recht, mit dem HKP zu einem anderen Zahnarzt zu gehen mit der Frage, ob der nicht ein besseres Angebot in petto hat. Nichts anderes passiere auf der Internetplattform. Zahnärzte, die dort ihre Kostenschätzungen abgeben, handelten daher nicht unkollegial, sondern im Interesse der Patienten, so die Richter. Sie wiesen den Vorwurf zurück, dass der Betreiber dafür bezahlt wird, den Ärzten Patienten zuzuführen – dieses Geld sei nur für den Service, Ärzte und Patienten in Kontakt zu bringen.

Welcher Arzt schließlich den Zuschlag erhalte, stehe nicht in der Verantwortung des Portals. Das Geschäftsmodell 2te-Zahnarztmeinung.de ermögliche dem Patienten sogar, weitergehende Informationen zu den Behandlungskosten zu erhalten.

### Patient als Handelsware

Für Rat setzt das Urteil genau deshalb ein grundfalsches Signal: „Der BGH lässt zu, dass medizinische Behandlungen nach dem eBay-Prinzip versteigert werden. Doch Patienten und zahnärztliche Behandlungen sind keine Handelsware, auf die man im Internet ein Gebot abgibt.“ Rat: „2te-Zahnarztmeinung.de ist ein gewinnorientiertes Unternehmen, das sein Geschäft auf dem Rücken von Zahnärzten und Patienten macht. Die Umsätze, die dort erzielt wer-



Foto: MIEV

den, fehlen bei der Patientenversorgung.“ Äußerst bedenklich sei zudem, dass Zahnärzte auf dem Auktionsportal Preise für eine Behandlung angeben, ohne vorher einen



### Zahnersatz-Auktionsportale

Wie das Geschäftsmodell der Portale funktioniert: Patienten stellen den HKP ihres Zahnarztes auf das Portal. Mit der Plattform kooperierende Zahnärzte geben daraufhin eigene Kostenschätzungen ab. Die fünf günstigsten Angebote werden dem Patienten mitgeteilt. Kommt ein Behandlungsvertrag zustande, zahlt der Zahnarzt an die 2te-zahnarztmeinung 20 Prozent seines Honorars. Beim Konkurrenten Medikompass werden 7,9 Prozent des Rechnungsbetrages fällig. Patienten können die Behandlung und auch etwaige Abweichungen von der Kostenschätzung auf dem Portal bewerten.

Blick in den Mund des Patienten geworfen zu haben. Ein Therapievorschlagn ohne vorherige gründliche Untersuchung und Diagnose sei mit der Ethik des Zahnarztberufes nicht vereinbar.

„Wer eine Schnäppchenmentalität in die Medizin einführt, gefährdet die Versorgungsqualität. Das kann nicht im Interesse der Patienten sein“, bekräftigt auch der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz. Zwischen vermeintlich geringfügigen und schweren Eingriffen werde es irgendwann keine Grenzziehung mehr geben. Fedderwitz: „Kommt nach der Zahnbehandlung das Sonderangebot für den Kaiserschnitt und die Herz-Operation?“ Um dem Bedürfnis des Patienten nach Information und Transparenz nachzukommen, brauche man nichtkommerzielle, neutrale Beratungsstellen mit fundierter Fachkenntnis. Fedderwitz: „Die KZVen haben deshalb mit www.zahnarzt-zweitmeinung.de eine Zweitmeinungsinstanz aufgebaut, bei der sich der Patient kostenfrei eine zweite Meinung einholen kann.“

Dass die Entscheidung für einen Zahnarzt von sehr viel mehr Faktoren als dem Preis abhängt, betont BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel. „Vor allem aber verliert der Patient eine auf Kontinuität und Vertrauensverhältnis basierende, gewachsene Beziehung zu seinem Zahnarzt.“ Engel: „Weder der Patient noch sein Heil- und Kostenplan sind Waren. Der schleichenden Vergewerblichung des Zahnarztberufes ist entschieden entgegen zu treten, auch wenn der BGH mit seiner aktuellen Entscheidung hierfür Vorschub leistet.“ ck

BGH  
Az.: 1 ZR 55/08  
Urteil vom 1. Dezember 2010

OLG München  
Az.: 6 U 1623/07  
Urteil vom 13. März 2008

LG München I  
Az.: 1 HKO 7890/06 – M  
Urteil vom 15. November 2006

WHO-Bericht zur Finanzierung von Gesundheitssystemen

## Patentlösung ist nicht in Sicht

**Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) fordert alle Länder eindringlich auf, die Finanzierung ihrer Gesundheitssysteme zu stärken, damit mehr Menschen Leistungen in Anspruch nehmen können. Einen praktischen Leitfaden für verschiedene Finanzierungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen will der neue Weltgesundheitsbericht 2010 bieten, der am 22. November in Berlin vorgestellt wurde.**

„Niemand sollte finanziellen Ruin befürchten müssen, weil er medizinische Behandlung benötigt,“ erklärte die Generaldirektorin der WHO Margaret Chan bei der Vorstellung des Berichts. Im Beisein von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler und Dirk Niebel, Bundesminister für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, präsentierte sie das Papier der Öffentlichkeit.

Alle Gesundheitssysteme überall in der Welt könnten ihre Ressourcen besser einsetzen, so die WHO. Jedes Jahr würden 100 Millionen Menschen in die Armut getrieben, weil sie Gesundheitsleistungen direkt beim Erbringer bezahlen müssten. Millionen Menschen müssten ganz auf medizinische Versorgung verzichten, weil sie sich diese finanziell nicht leisten könnten. Weltweit hätten Regierungen Probleme bei der Finanzierung der Systeme aufgrund von Überalterung, steigenden chronischen Erkrankungen sowie neuen und immer kostspieligeren Behandlungsformen. Die WHO beklagt, dass nicht nur Entwicklungsländer betroffen seien, auch in Industriestaaten seien viele Menschen mit den Behandlungskosten überfordert.

### Allgemeine Absicherung

Die WHO will Lösungen aufzeigen, wie die Finanzierung der weltweiten Gesundheitssysteme verbessert und effizienter gestaltet werden kann. Sie will finanziellen Schutz für alle erreichen und empfiehlt daher den Ländern, mehr zur allgemeinen Absiche-



Philipp Rösler, Margaret Chan und Dirk Niebel bei der Vorstellung des WHO-Berichts in Berlin

Foto: BMC-Maelisa

rung im Krankheitsfall zu tun. Der neue Bericht versteht sich als Leitfaden. Aufbauend auf Erfahrungen der einzelnen Länder werden drei Handlungsmöglichkeiten vorgestellt:

1. Beschaffung ausreichender Ressourcen für die Gesundheit mit folgenden Optionen:

- Man gibt dem Gesundheitsbereich einen höheren Stellenwert bei den staatlichen Ausgaben.

- Man sorgt für eine effizientere Erhebung von Staatseinnahmen.

- Man diversifiziert die Einnahmequellen, etwa durch erhöhte Mehrwertsteuern, „Sündensteuern“ (Tabak, Alkohol) oder Solidaritätsabgaben.

- Man setzt auf verstärkte Unterstützung von außen (Einhaltung von Zusagen durch Geberländer, Entwicklungshilfe).

2. Der Schwerpunkt für die Finanzbeschaffung sollte auf verschiedenen Formen der Vorauszahlung liegen (zum Beispiel Versicherungen und/oder Steuern). Diese Mittel sollten dann zusammengelegt werden, um den Leistungszugang sicherzustellen und die

finanziellen Risiken zu verteilen. Hierdurch würde die Abhängigkeit von einer direkten Zahlung der Eigenleistungen minimiert.

3. Die Verbesserung von Effizienz und Gerechtigkeit.

Der Bericht nennt zehn typische Bereiche, in denen Verbesserungen möglich sind. Dazu gehört etwa die Senkung unnötiger Arzneimittelausgaben durch sachgerechteren Einsatz und verbesserte Qualitätskontrolle, eine verbesserte Effizienz im Krankenhausbereich, die Wahl der richtigen Interventionen (zum Beispiel Mix aus Gesundheitsvorsorge, -förderung und Behandlung) oder funktionierende Anreize (Vermeidung von Überversorgung durch vermehrte Nachfrage und Ärztevergütung pro Eingriff, Fallpauschalen).

Gewarnt wird auch vor einer Fragmentierung von Leistungen der internationalen Gemeinschaft. Fünf Jahre nach der Pariser Erklärung über die Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit, nach der Hilfe harmonisiert werden sollte, laufen mehr als 140 weltweite Gesundheitsinitiativen parallel – eine Belastung der Empfängerregionen in Bezug auf Logistik und Berichterstattung sowie eine zusätzliche Ursache für Mittelverknappung.

„Für den Aufbau von Gesundheitssystemen gibt es keine Patentlösungen“, kommentierte Bundesgesundheitsminister Rösler. „Jedes Land muss seinen eigenen Weg gehen und dabei historische, kulturelle und sozioökonomische Gegebenheiten berücksichtigen.“ Entwicklungshilfeminister Niebel unterstrich, dass der Gesundheitsbereich einer der Schlüsselsektoren deutscher Entwicklungspolitik sei, der jährlich mit 500 Millionen Euro unterstützt werde.

Im Anschluss an die Vorstellung des WHO-Berichts berieten Minister und Vertreter aus über 50 Ländern über Strategien zur Verbesserung des weltweiten Zugangs zur Gesundheitsversorgung in Berlin. pr

20. Brandenburgischer Zahnärztetag

## Beim Denken die Richtung ändern

Mit einem Update der Einzeldisziplinen in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde lockte der Brandenburgische Zahnärztetag nach Cottbus. Zum 20. Jubiläum gab es thematisch breit aufgestellte wissenschaftliche Vorträge, gepaart mit einer Bewertung aktueller standespolitischer Themen durch die Verbandsspitzenvertreter.



V.l.n.r.: Prof. Georg Meyer, Bürgermeister Holger Kelch, Jürgen Herbert, Dr. Heinrich-Daniel Rühmkorf und Dr. Gerhard Bundschuh

Voll besetzte Säle: 1 400 Interessenten kamen nach Cottbus.

„Der Kopf ist rund, damit das Denken auch mal die Richtung ändern kann“ – so leitete der wissenschaftliche Leiter, Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer, Greifswald, die Tagung ein. Er verwies auf die allgemeinmedizinische Verantwortung des Zahnarztes, denn Zahnmedizin sei ein Teil der Medizin. Auch in der Standespolitik müsse sich diese Denkweise niederschlagen.

Kammerpräsident Jürgen Herbert verwies auf das Ziel des Zahnärztetages, auch übergeordneten und interdisziplinären Themen einen Platz einzuräumen – ein Konzept, das sich in Brandenburg gut bewährt habe. Mit dem diesmal angebotenen Update zur Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wolle man die Kompetenz des Zahnarztes stärken, um so das Vertrauen des Patienten in die Profession zu untermauern. Mit Verweis auf aktuelle standespolitische Aspekte griff er den Diskussionsstand zur GOZ-Novellierung heraus. Er warnte vor einer drohenden Öffnungsklausel und sensibilisierte die Kollegenschaft für die Gefahren von damit verbundenen Selektivverträgen.

In seinem Grußwort plädierte der Staatssekretär im Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Dr. Heinrich-Daniel Rühmkorf, an die Zahnärzteschaft, Herausforde-

rungen der Zeit gemeinsam zu bewältigen und Ziele festzulegen. Was die Novellierung der Approbationsordnung angehe, zeigte er sich „vorsichtig optimistisch“, dass hier in absehbarer Zeit ein Referentenentwurf auf den Weg gebracht würde. Lob spendete der Staatssekretär den Präventionsbemühungen der Zahnärzte im Land Brandenburg. Dass die Zähne der Kinder wesentlich gesünder seien als noch vor 20 Jahren, sei auf die partnerschaftliche Zusammenarbeit aller verantwortlichen Akteure zurückzuführen.

### Erfolgsgeschichte

Einen Rückblick auf das 20-jährige Jubiläum des Zahnärztetages nahm der KZV-Vorsitzende Dr. Gerhard Bundschuh vor, er sprach von einer „Erfolgsgeschichte für die Fort- und Weiterbildung.“ Kritisch beleuchtete er die neuen Regelungen im GKV-Finanzierungsgesetz, wie etwa den immer noch unvollständig erfolgten Ost-West-Angleich der Honorare. Er warnte vor einer Abwanderung qualifizierten Personals in den Westen. Die Weiterführung der Budgetierung betrachte er als „leistungs- und qualitätsfeindlich“, er forderte den Ausbau der Kostenerstattung, um Patienten am wissenschaftlichen Fortschritt teilhaben zu lassen.

In seinem Festvortrag sprach Dr. Willi Steul, Intendant des Deutschlandradios Köln, über „Die Deutschen und Afghanistan“. Er zeigte die Hintergründe und geschichtlichen Entwicklungen zu den aktuellen Beziehungen zwischen beiden Ländern auf. Zahlreiche Fachvorträge griffen das Generalthema „Update“ mit einer breit gefächerten Themenpalette auf. Dazu gehörte etwa ein Vortrag von Prof. Dr. Gottfried Schmalz, Regensburg, zu aktuellen Aspekten der Werkstoffkunde oder von Prof. Dr. Hans-Curt Flemming, Duisburg, zur Bedeutung des Biofilms. Auch das Programm für Zahnmedizinische Fachangestellte lockte mit praxisnahen Referaten in die Messehallen nach Cottbus. pr



#### Erstmals Live-Berichterstattung im Internet

Der Fachkongress konnte erstmals in multi-medialer Form auf der Internetseite der Landeszahnärztekammer Brandenburg (LZÄKB) live mitverfolgt werden und ist auch jetzt noch abrufbar. Neben Beiträgen und Hintergrundberichten sind Fotogalerien sowie Interviews mit Referenten und Partnern der Kammer eingestellt.

■ Mehr dazu unter [www.lzkb.de](http://www.lzkb.de)

# Im Bann schwerer Entscheidungen

Stefan Grande



**Priorisierung in der Medizin gilt in Deutschland als vermintes Gelände. Während man hier noch den öffentlichen Diskurs scheut, ist sie in skandinavischen Ländern längst schon Usus. Um Kosten zu sparen, behandeln dort bereits Ärzte mittels Ranglisten medizinischer Behandlungsmethoden, die nach Wertigkeit geordnet sind. Gesundheitsminister Philipp Rösler lehnt Priorisierung strikt ab, derweil gerät die gesetzliche Krankenversicherung immer stärker unter Finanzdruck.**



**O**bschon von der Politik vernachlässigt, ist das Thema in der letzten Zeit hier und da doch in den Blickpunkt gerückt. Angestoßen vorwiegend von Finanzwissenschaftlern und Gesundheitsökonomien wie

etwa den Professoren Bernd Raffelhüschen aus Freiburg oder Fritz Beske aus Kiel, sind deren gesundheitsökonomische Vorstellungen über die weitere Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mittlerweile von vielen Akteuren in der Gesund-

heitsbranche aufgenommen worden. Fritz Beske, Direktor des Instituts für Gesundheits-System-Forschung (IGSF), rechnet in seiner in diesem Jahr erschienenen Studie zur „Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der Gesetzlichen Krankenversiche-



Foto: J. Ritterbach-vario images

Gerade in hochsensiblen Bereichen wird die Schwierigkeit deutlich, medizinische Leistungen nach Wertigkeit zu gewichten.

rung“ vor, dass es wegen der demografischen Entwicklung immer mehr Ältere und auch multimorbide Patienten gibt. Einerseits kommt es damit zu einer Überalterung der Gesellschaft, andererseits wird die Anzahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter, die die Beiträge für die Sozialsysteme, also auch die Krankenversicherung, erwirtschaften, dramatisch sinken. Bei einem unveränderten Leistungskatalog der GKV und einer unterstellten Kostensteigerung von einem oder zwei Prozent infolge des medizinischen Fortschritts müssten die GKV-Beiträge im Jahre 2060 auf 27 respektive 43 Prozent steigen.

Beske bezweifelt, dass die Kostendynamik in der GKV dauerhaft durch Kostendämpfungsmaßnahmen bewältigt werden kann. Seine These: In der GKV wird in Zukunft nicht mehr der Bedarf die Mittel bestimmen, die zur Bedarfsdeckung aufgebracht werden müssen. Vielmehr werden sich Art und Umfang der Leistungen an den jeweils zur Verfügung stehenden Mitteln zu orientieren haben. Dies bedeute, dass der Leistungskatalog radikal auf das Notwendigste begrenzt werden muss.

Blickt man auf die letzten Jahrzehnte, dann wird man schnell erkennen, dass der Gesetzgeber schon längst priorisiert, denkt man etwa an die (teilweise) Streichung von Brillen, Krankentransportfahrten oder zahnmedizinischen Behandlungen aus dem Leistungskatalog der GKV.

## Alles für alle, das geht nicht mehr

Beske möchte aber noch weiter gehen: Zwar solle jeder Bürger auch weiter die Gewissheit haben, bei einer ernsthaften Erkrankung rasch medizinisch versorgt zu werden. Doch weil das Prinzip „alles für alle“ in der solidarisch strukturierten GKV auf Dauer nicht mehr zu halten sei, sieht er in der weiteren Priorisierung ärztlicher Leistungen die Möglichkeit zu deren Rettung. Um eine Reihenfolge festlegen zu können, sollten zunächst Quersubventionierungen hinterfragt werden. Dazu gehören etwa die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern,



Kritiker des hiesigen GKV-Leistungskatalogs halten Massagen als Heilmittel mitunter für entbehrlich.

Foto: CC

Ehegatten oder Lebenspartnern genauso wie Elterngeld und Krankengeld bei Erkrankung des Kindes. Außerdem sollten medizinische Maßnahmen auf ihren Wirkungsgelhalt hin untersucht und ausgewählte Leistungen der GKV zur Disposition gestellt werden. So könnten etwa Massagen als Heilmittel genauso aus dem GKV-Leistungskatalog gestrichen werden wie alternative Heilmethoden einschließlich der Homöopathie und alle dem Wellnessbereich zugehörigen Behandlungen.

Nach Beskes Auffassung ist es dabei unvermeidlich, auch Themen aufzugreifen, die bisher aus ethischen Gründen außen vor gelassen wurden. Sieht man sich seine Vorschläge an, merkt man den gesundheits-



Intensivmedizinische Behandlung bei Frühchen zu Lasten der Solidargemeinschaft – auch dies steht für manche zur Debatte.

Foto: DocStock-Knut Müller-Das Fotoarchiv

politischen, gesellschaftlich und sozialen Sprengstoff, der im Thema liegt. So sei etwa konkret zu fragen, ob die Zunahme von Schnittentbindungen (Kaiserschnitten) medizinisch begründet ist und ob es Aufgabe der GKV ist, einen nicht medizinisch begründeten Wunsch-Kaiserschnitt zu finanzieren.

Weiter wäre zu untersuchen, ob jedes Frühgeborene unabhängig von seinem Geburtsgewicht eine intensivmedizinischen Behandlung erhalten muss, oder ob es hierfür nicht Grenzen geben kann, so wie etwa in der Schweiz. Dort

beginnt nach einer Empfehlung der Swiss Society of Neonatology die intensivmedizinische Behandlung erst ab der 25. Schwangerschaftswoche, in Deutschland bereits ab der 22. Woche.

Beske stellt auch zur Disposition, ob die spezialisierte ambulante Palliativversorgung tatsächlich eine Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung ist, oder ob sie nicht in einen anderen Bereich der Sozialsysteme gehört.

Während die Priorisierung in erster Linie eine Aufgabe sei, die wegen des Sachverständes in den Verantwortungsbereich von Medizinern gehört, falle der Politik eine aktive Rolle in Fragen möglicher Rationierung zu. Von entscheidender Bedeutung ist aber, dass die Politik das Problem überhaupt erkennt und offensiv angeht. „Anderenfalls läuft jeder, der sich dieser Problematik stellt und auch Lösungsvorschläge erarbeitet, Gefahr, hierfür diskriminiert und der sozialen Demontage beschuldigt zu werden“, so der Wissenschaftler.

## Ärzte für breit angelegte Debatte

Unter dem Kuratel knapper Kassen und begrenzter Mittel, können sich Beske oder Raffelhüschen der Unterstützung aus mehreren Lagern in der Medizin gewiss sein. So ist auch der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Jörg-Dietrich Hoppe, ein wortgewaltiger Befürworter, dass eine breit angelegte Debatte über das Thema in Gang kommt. Ob auf Ärztetagen oder in Interviews, Hoppe setzt sich dafür ein, dass

*Untersuchungen bestätigen, dass am Lebensende die medizinische Versorgung zur stärksten Belastung für das Solidarsystem wird.*



Quelle: A. Schoelzel-Johaniter Unfall Hilfe e.V.

Politik und Gesellschaft darüber reden müssten, welche Patienten und Krankheiten mit welcher Priorität behandelt werden sollen. Schon jetzt, so konstatiert der Ärzte-Chef, gibt es in Deutschland bestimmte medizinische Leistungen nicht mehr für jeden Patienten. Ärzte seien gezwungen, heimlich und intransparent zu rationieren. So wüsste er aus mehreren Kliniken, dass etwa bei Krebserkrankungen neue Behandlungsmethoden mit innovativen Arzneimitteln einfach zu viel kosteten und deshalb nicht angewandt würden. Da kommt Hoppe eine aktuelle repräsentative Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach, die mit Unterstützung der Bundesärztekammer initiiert wurde, gerade Recht. Bei der im Dezember 2010 präsentierten Auswertung räumte jeder zweite Arzt ein, dass er schon aus Kostengründen Patienten medizinisch sinnvolle Leistungen vorenthalten habe. Die Umfrage bestätigte eine Untersuchung des Medizinethikers Marckmann, der 2009 der Öffentlichkeit ein ähnliches Ergebnis vorgestellt.

### **Sündenbock-Funktion der Medizin abgelehnt**

Als Hoppe das Thema Priorisierung vor rund zwei Jahren auf die Agenda setzte, blies ihm scharfer Wind ins Gesicht. Patientenfeindlichkeit witterten die einen, Menschenverachtung hielt ihm die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt vor. Dabei übersah sie Hoppes Antrieb: Die Enttäuschung, als Arzt von der Politik in gesund-

heitspolitisch lebenswichtigen Fragen im Regen stehen gelassen zu werden. „Wir Ärztinnen und Ärzte in Deutschland wollen keine Rationierung, keine Streichung von medizinischen Leistungen“, verteidigte er sich. „Aber wir wollen auch nicht weiter für den staatlich verordneten Mangel in den Praxen und den Kliniken verantwortlich gemacht werden. Die Politik dreht uns den Hahn zu und macht uns dafür verantwortlich.“ Hoppes Kritik: Es sei falsch gewesen, dass man über mehrere Jahrzehnte das Gefühl vermittelt habe, durch die Zahlungen von Beiträgen an die gesetzlichen Kranken-

versicherungen sei alles abgegolten. Derzeit sei es der einzelne Arzt, der verantworten müsse, welche Patienten und Krankheiten mit welcher Priorität behandelt würden. Dies aber überfordere die Ärzte und belaste überdies das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Eine Priorisierung sei dringend notwendig, um verdeckte Rationierung zu vermeiden. Hoppe: „Der wissenschaftliche Fortschritt ist nicht unendlich finanzierbar. Wir müssen in Deutschland endlich ein Verfahren entwickeln, nach dem entschieden wird, wer wie behandelt wird, wenn die Mittel nicht für alle reichen. Oder wollen wir, dass es so kommt wie in England, wo Patienten vom 75. Lebensjahr an kein künstliches Hüftgelenk mehr erhalten?“ Wie Beske hat auch Ärztepräsident Hoppe Vorstellungen zur Priorisierung entwickelt, allerdings, so ist er sich bewusst, in einem hochsensiblen Bereich. Gegenüber der Presse nannte Hoppe eine amerikanischen Studie, wonach drei Viertel der Kosten im Gesundheitswesen im letzten Lebensjahr eines Menschen anfallen, davon ein Drittel in den letzten drei Monaten. Hoppe: „Da läge es natürlich nahe, dort mit dem Sparen anzusetzen. Genau das ist aber ethisch am sensibelsten.“

## zm-Info

### **Definitionen**

#### **Priorisierung**

Die Gleichsetzung von Priorisierung mit Rationierung ist falsch. Priorisierung geht einer Rationierung im Idealfall voraus und meint in der Medizin die Erstellung einer Rangfolge, um die Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen festzulegen. Die hierbei verwendeten Prinzipien können unterschiedlichster Natur wie etwa unter Aspekten der Ethik, der Kosteneffizienz, des medizinischen Nutzens oder auch der Solidarität sein.

#### **Rationalisierung**

Rationalisierung verfolgt das Ziel, eine bessere Wirkung mit den gleichen Mitteln oder die gleiche medizinische Wirkung mit weniger

Mitteln zu erzielen. Sie stellt eine der Optionen dar, den zunehmenden Finanzierungsengpässen zu begegnen. Rationalisierungspotenziale bestehen besonders an den Schnittstellen zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung. Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hat 2003 festgestellt, dass mit Rationalisierung allein der Finanzdruck der GKV nicht zu stoppen ist.

#### **Rationierung**

Ist der eingeschränkte Zugang zu medizinisch nützlichen Maßnahmen, die einen positiven Effekt auf die Lebensqualität beziehungsweise die Lebenserwartung haben.

Quelle:

S. Becker-Berke, B. Lautwein-Reinhard  
Stichwort Gesundheitswesen  
Kompakt 2007, ISBN 978-3-9809562-7-7

## zm-Info

### Priorisierung anderswo

Während hierzulande die Diskussion über die Priorisierung nicht so richtig in Gang kommen will, ist man in Schweden schon weiter. Dort wurde bereits 1992 politisch gehandelt und eine Parlamentskommission eingesetzt. Die formulierte drei ethische Leitlinien, innerhalb derer sich die Priorisierungsdebatte zu vollziehen habe: das Prinzip der Menschenwürde, das Prinzip des Bedarfs und der Solidarität sowie das Prinzip der Kosteneffizienz. In gesellschaftlich breit angelegten gesundheitspolitischen Diskursen entwickelte sich eine Versorgungsleitlinie in der Kardiologie zu einem Test-

gebiet für die Priorisierung. In einer Kardiologie-Leitlinie wurden diverse Erkrankungszustände medizinischen Behandlungsmöglichkeiten zugeordnet, die dann in einer Rangordnung aufgelistet wurden.

Weitere Beispiele finden sich auch woanders (nach Deutsches Ärzteblatt): In Norwegen geht es um Gruppen von Kranken (zum Beispiel psychisch Kranke) oder um den Bereich Pflege; in Großbritannien sind eher diagnostische und therapeutische Methoden Gegenstand der Priorisierung, wohingegen in Neuseeland benachteiligte Bevölkerungsgruppen oder Patienten auf der Warteliste im Fokus der Priorisierungsdebatte stehen.

### Arztentscheidungen oft in Grauzone

Doch Behandlungsentscheidungen werden oft in einer Grauzone getroffen: Ärzte müssen häufig unter großem Druck klären, welche Therapien und Medikamente eingesetzt werden – im Rahmen knapper Finanzmittel und unter Maßgabe des vorgeschriebenen Wirtschaftlichkeitsgebots. Leitlinien zur Entscheidungshilfe? Fehlansage. Der Medizinethiker Georg Marckmann: „Rationierung findet statt, und sie ist unvermeidbar. Aber dann sollte man die Einschränkungen gezielt dort vornehmen, wo es dem Patienten am wenigsten wehtut“. Er hält es für richtig, mit den verfügbaren Ressourcen möglichst vielen zu helfen. „Die Politik muss dafür sorgen, dass das Nutzenopfer für den einzelnen Patienten so gering wie möglich bleibt.“ Wie ist das ethisch zu rechtfertigen? „Ich wäre auch froh, wenn wir in einer Welt leben würden, in der wir allen Patienten alles Nützliche zukommen lassen können – egal was es kostet. Aber Ethik muss eben auch realisierbar sein.“ Marckmann weiß, wovon er spricht, er hat bereits 2009 eine Diskussionsvorlage geliefert und entwickelte unter Kostenaspekten eine Leitlinie für die Kardiologie. Doch die wurde von Ärzten und Politikern abgelehnt, aus Gründen der Effizienzreserven im System, wie es hieß.

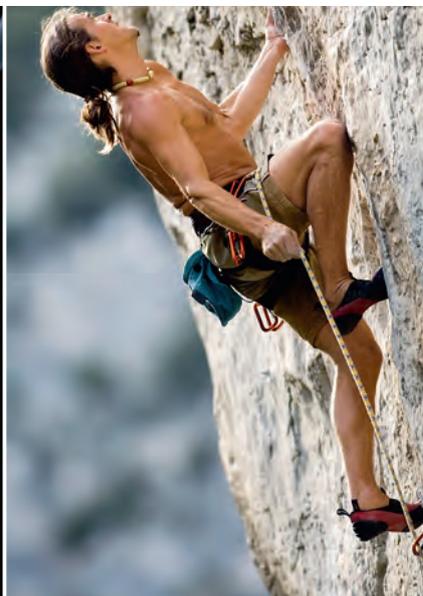
### Priorisierung ist schon längst Ärztealltag

Für Professor Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, ist die Priorisierung ebenfalls schon längst medizinischer Alltag. Der Ärztefunktionär nannte auf einer Veranstaltung der Heinrich Böll-Stiftung weitere Beispiele: Neben der Verteilung des Grippe-Impfstoffes 2009 als einem klassischen Beispiel würde dies besonders in der Unfallchirurgie deutlich: „Der OP-Plan wird unter Umständen jeden Mor-

gen nach den aktuellen Ereignissen neu geordnet“. Dr. Eckard Nagel, Professor für Medizinethik und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth, nannte auf dem Symposium mit der Organtransplantation ein anderes Beispiel. „Da ist es schon nicht mehr Priorisierung, sondern eindeutig Rationierung, da wir ohnehin nicht genug Organe haben.“ Für Ärzte stellt die Situation auch ein juristisches Dilemma dar: Einerseits hält sie das Sozialrecht zu wirtschaftlichem Handeln an, andererseits sichert das Haftungsrecht dem Patienten einen bestimmten Behandlungsstandard zu.



Fotos: Sascha Burkard – Fotolia/MEV



*Immer wieder diskutiert wird die Frage, ob es vertretbar ist, dass die Folgen individuellen gesundheitlichen Fehlverhaltens wie Rauchen, Extremsportarten oder Fehlernährung von der Gemeinschaft der Versicherten weiterhin zu tolerieren sind, oder ob es hierfür nicht Sanktionen geben sollte und somit der GKV Kosten erspart werden können.*

Foto: mirabella – Fotolia.com

### Effizienzreserven nutzen statt priorisieren

An wirtschaftliche Reserven, die das System noch berge, möchte auch Dr. Rainer Hess ran, bevor er die Priorisierung unterstützt. Hess ist Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dessen Aufgabe es unter anderem ist, einzelne medizinische Leistungen und Medikamente nach ihrer Nützlichkeit zu bewerten und zu entscheiden, welche Leistungen den Patienten über die GKV bereit gestellt werden und welche privat bezahlt werden müssen. Damit ist der G-BA de facto nicht nur Herr über die von der Solidargemeinschaft zu bezahlende Medizin und Behandlung, sondern durch seine Arbeit selektiert er bereits, sodass Kritiker fragen: Was ist bei der Priorisierung anders? Die Selektion, so Hess, geschehe nicht nach Priorisierungskriterien, sondern auf Vorschlag der sogenannten „Bänke“ aus Leistungserbringern und Kostenträger. Bislang läge für den G-BA noch kein Gesetzauftrag zur Priorisierung vor, den bräuchte es aber, um als Ausschuss aktiv werden zu können. Einem Vorschlag der BÄK, ein Gesundheitsrat solle das Thema diskutieren und dann in Kooperation zur Politik treten, steht Hess skeptisch gegenüber: „Ich halte nichts von Gremien, die keine Verantwortung übernehmen. Konzentrierte Aktionen hatten wir genug.“ Hess hält die Debatte für „verfrüht“, solange es Überkapazitäten in der Versorgung wie etwa bei Katarakt-Operationen gebe. Allerdings schließt der G-BA-Chef nicht aus, dass man „irgendwann“ über das Thema sprechen müsse – und zwar dann, wenn notwendige Leistungen nicht mehr finanziert werden könnten. „In diesem Fall würde ich jedoch eher bei den Strukturen und nicht beim Leistungskatalog ansetzen.“ Nach seiner Ansicht sollten zukünftig ganze Versorgungsverläufe bei Erkrankungen untersucht werden, ähnlich den Disease-Management-Programmen. „Wir müssen viel mehr in Krankheitsbildern denken“, so Hess über seine Vorstellungen über Priorisierung. Man müsse exemplarisch ein Themenfeld definieren. „Das ist der Einstieg in eine neue Denke.“ Noch sei man auf der Suche nach einem Krankheitsbild, das sich

### zm-Info

### Ökonomisierung der Medizin

Der Freiburger Professor für Finanzwissenschaft Bernd Raffelhüschen verweist seit Jahren auf die immer weiter auseinanderklaffende Schere zwischen Beitragszahler und Beitragsempfänger und prognostiziert für 2040 daher enorme Beitragssteigerungen von fast 30 Prozent.: „Dies ist unzumutbar für kommende Generationen und würde ein echtes Akzeptanzproblem der GKV heraufbeschwören.“ Als Konsequenz daraus, redet er einer Ökonomisierung der Medizin das Wort und setzt dabei auf die Macht von Wettbewerb und Markt sowie auf die Ausdünnung des GKV-Leistungskatalogs. Medizin solle sich wandeln, Kranke sind nicht länger Patient, sondern Kunden, „Ärzte und Krankenhäuser werden zu Unter-

nehmen, die mit der Gesundheit Geld verdienen wollen und sollen.“ Raffelhüschen ist im Aufsichtsrat eines Privatversicherers. Demgegenüber kritisiert der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und Ärztliche Direktor des Münchner Klinikums rechts der Isar, Professor Reiner Gradinger, die stetige Ökonomisierung der Medizin, unter deren Diktat zweifelhafte Entscheidungen getroffen werden würden. Er schließt nicht aus, dass etwa älteren Patienten wegen des kommerziellen Drucks eine billigere, zementierte Hüfte eingesetzt wird. Das Krankenhaus und die Praxis verkämen zum Marktplatz, wenn die Medizin weiter am Gewinn und nicht am Nutzen ausgerichtet werde.

zur Veranschaulichung eigne. „Wir sind auf einem Weg der Priorisierung, aber auf eine ganz andere Art als das bisher verstanden wurde.“ Auch eine weitere Institution zur Überprüfung medizinischer Leistungen und Behandlungen, das Institut für Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG), sah sich unter seinem bisherigen Leiter, Professor Peter Sawicki, in der Vergangenheit nicht berufen, die Debatte nach vorn zu treiben. Man darf gespannt sein, wie das IQWiG zukünftig seine Rolle in dieser Frage mit dem neuen Chef Professor Jürgen Windeler sieht.

### Ethikrat will intensivere Diskussion

Bleibt als moralische Instanz der Deutsche Ethikrat. Dort beschäftigt man sich nach eigenen Aussagen seit geraumer Zeit mit dem Thema, ist aber bislang nicht gerade als Motor der Debatte in Erscheinung getreten. Das hat seinen Grund. Die Diskussion über die gerechte Verteilung von Mitteln und Ressourcen werde in der Öffentlichkeit noch viel zu oberflächlich geführt, bemängelt Dr. Joachim Vetter, Geschäftsstellenleiter des Rats. Ethische Fragen müssten



*Priorisierung ist bereits Ärztealltag, dies wurde unter anderem 2009 bei der stufenweisen Impfkampagne anlässlich der Prävention zur sogenannten Schweinegrippe deutlich.*

Foto: Johanniter-Unfall-Hilfe-J. Muellek

noch viel stärker eine Rolle spielen. Bislang richtete der Rat eine Arbeitsgruppe ein, die sich mit dem ethischen Status von Kosten-Nutzen-Bewertungen befasst, schreibt er in seinem Jahresbericht 2009. Kritisch wird angemerkt, dass Konzepte zu Priorisierung, Rationalisierung oder Rationierung zum Teil zwar affektiv, nicht aber inhaltlich eindeutig besetzt seien. „Ihre Verwendung dient oft eher politischen als Informationszwecken. Ob beispielsweise die Formel ‚Rationalisierung geht vor Rationierung‘ so beruhigend ist, wie sie klingen soll, hängt davon ab, wie Rationalisierung genau definiert wird. Bereits bei diesem Konzept ist nicht alles, was in der Debatte darunter verstanden wird, ethisch unproblematisch.“ Professor Weyma Lübke, Inhaberin des Lehrstuhls für Praktische Philosophie an der Universität Regensburg und Mitglied im Ethikrat, sieht im GKV-System noch keine wirkliche Knappheit, daher wäre es ihrer Auffassung nach unethisch, in der jetzigen Situation zu priorisieren. Nicht unethisch sei es jedoch, schon jetzt darüber zu diskutieren, was zu tun sei, wenn die Mittel knapp werden.

## Kassen zurückhaltend

Während Ärzte eine offene Debatte fordern, wiegeln Vertreter von Krankenkassen bisweilen ab. Philipp Storz, Abteilung Medizin des GKV-Spitzenverbandes und Bernhard Egger, Leiter

der Abteilung Medizin des GKV-Spitzenverbandes etwa werfen ein, dass noch Geld genug im System sei. Die Frage sei eher, wie die Versorgung und die Strukturen optimiert werden können und wie die Sicherstellung gewährleistet werden könne. „Die Debatte sollte abgesagt werden und das Potenzial und Engagement der Beteiligten in die Lösung der wirklichen Versorgungsprobleme investiert werden.“ Doch andererseits kommen die Kassen-Funktionäre ebenfalls nicht umhin, der schleichenden Einschränkung medizinischer Leistungen ins Auge zu sehen. Erst im Sommer 2010 forderte der GKV-Spitzenverband „krankheitsübergreifende Kosten-Nutzen-Analyse“. Was manche noch als ein Arbeitsmittel der Kassen zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sehen mögen, kann auch als erster Schritt für die Erstellung von Wertigkeitslisten interpretiert werden.

## Forschungsgemeinschaft untersucht Thema

Was bleibt? Gesundheitspolitisch wichtig, aber wenig bekannt ist, dass die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) ein interdisziplinäres Projekt zum Thema „Priorisierung in der Medizin“ gefördert bekommt, für das sich Forscher aus verschiedenen deutschen Universitäten zusammengeschlossen haben. Auf den Internetseiten des Projekts ([www.priorisierung-in-der-medizin.de](http://www.priorisierung-in-der-medizin.de)) heißt es: „Ziel des Projektes FOR655 ist es, systematisch durch disziplinübergreifende, theoretische und empirische Untersuchungen und Analysen in verschiedenen Teilprojekten Fragen der Priorisierung unter besonderer Berücksichtigung der Betroffenen, also Patienten, Mediziner, Bürger zu beantworten und möglicherweise Leitlinien zur Priorisierung zu erstellen.“



Foto: Mike Schroeder-argus



Foto: Fresenius Medical Care

*Bei Organtransplantationen wird Priorisierung besonders augenfällig. Weil es ohnehin nicht genügend Fremdorgane gibt, kann man hier schon von einer Rationierung sprechen.*

Speerspitzen bei der Diskussion um Priorisierung sind auch die Professoren Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Eckhard Nagel aus Bayreuth sowie vom Transplantationszentrum des Klinikums Augsburg und Heiner Raspe, Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Nach deren Auffassung könnte eine Priorisierungsdebatte hilfreich sein, das öffentliche Bewusstsein zum Um-

gang mit Mittelknappheit zu schärfen. Es biete sich an, den Einstieg in die Debatte vorerst über eine Priorisierung unterschiedlicher Krankheits- und Krankengruppen oder eine Priorisierung von Versorgungszielen zu betreiben. Allerdings stellen auch sie heraus, dass Priorisierungsverfahren Fragen zu den grundlegenden Konstruktionsprinzipien der nach dem Solidaritäts- und Subsidiaritätsprinzip gestalteten gesetzlichen Krankenversicherung aufwerfen.

### Verfassungsrechtlicher Schutz der GKV

Im Klartext: Es geht an die Substanz der GKV, auch und vor allem im verfassungsrechtlichen Sinn. Gerade hier sind die Hürden aus gutem Grund ziemlich hoch aufgestellt. So ist etwa das sogenannte Nikolaus-Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 6. Dezember 2005 (siehe Info-Kasten) zu berücksichtigen, wonach die Bedürftigkeit und die Dringlichkeit von Patienten absoluten Vorrang haben, unabhängig von Nutzen und Kosten medizinischer Behandlungen. Sozial-

rechtler Professor Stefan Huster von der Ruhr-Universität Bochum kommt jedoch zu dem Fazit, dass Leistungsausschlüsse, die auf Nutzen- und Kosteneffektivität basieren, zulässig sind, solange sie die verfassungsrechtlichen Diskriminierungsverbote beachten. Zusätzlich bedürfen sie einer hinreichend legitimierte Rechtsgrundlage und eines ausreichend legitimierte Entscheidungsträgers. Doch was passiert, wenn entwickelte Priorisierungslisten in die Diskussion kommen? Wie Georg Marckmann hatte auch Heiner Raspe als Mitglied der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer vor etlichen Jahren schon seinen Entwurf einer Diskussionsgrundlage präsentiert. Damals stieß das Papier auf „null Komma null Reaktion“ so Raspe. Und obwohl er sich schon lange für ein Umdenken und ein Engagement der Politik in dieser Frage einsetzt, waren die Ergebnisse bislang eher enttäuschend für ihn. Deswegen nahm Raspe das Heft selbst in die Hand und rief im Sommer 2010 die Lübecker Bürgerkonferenz ins Leben. Dort diskutierte man einmal ohne Politiker, Ärzte, Standesvertreter oder Funktionäre aus der Gesundheitsbranche darüber, welche Behandlungen für wichtig und welche für weniger wichtig erachtet werden. Natürlich wurde auch auf dieser Basis-Veranstaltung die Komplexität des Themas deutlich und wie schwer es ist, Übereinkünfte zu erzielen. Und: Hier ging es „nur“ um Priorisierung, was, wenn es mal um Rationierung geht?

Eckhard Nagel weist denn auch auf mögliche Probleme hin: „Es handelt sich um Entscheidungsprozesse, die sich niemals im Guten auflösen. Wenn wir über Rationierung reden, bedeutet das immer, dass einer zu kurz kommt.“ Nagel macht am Beispiel der Organtransplantation deutlich, wie schwierig es ist, Wertigkeiten oder ethische Kategorien für Entscheidungen festzulegen. „Da gibt es sehr unterschiedliche Präferenzen – abhängig davon, ob man beispielsweise Studenten, Ärzte oder betroffene Angehörige befragt.“ Deswegen sei es auch schwierig, zu einem gesellschaftlichen Konsens zu kommen.

### zm-Info

#### Haltung der Politik

Politiker lassen das Thema eher links liegen, den meisten ist es zu heikel. Auch aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) kommt die Kunde, eher Effizienzreserven heben zu wollen: „Überlegungen zu einer Priorisierung stehen nicht auf der Tagesordnung“, heißt es unmissverständlich.

Da war Phillip Missfelder 2003 eine Ausnahme, als der damalige Bundesvorsitzende der Jungen Union (aktuell: außenpolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion) verlangte, die GKV müsse aus Kostengründen auf eine Grundversicherung reduziert und dementsprechend Leistungen gekürzt werden. Von vielen damals als allzu nassforsch empfunden, ließ er wissen: „Ich halte nichts davon, wenn 85-Jährige noch künstliche Hüftgelenke auf Kosten der Solidargemeinschaft bekommen. Früher sind die Leute schließlich auch auf Krücken gelaufen.“

### zm-Info

#### Höchstrichterliches Urteil

##### Das Bundesverfassungsgericht hat in einer Entscheidung klar gestellt:

„Es ist mit den Grundrechten aus Artikel 2 Absatz 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.“

Bundesverfassungsgericht  
Urteil vom 06. Dezember 2005  
AZ: 1 BvR 347/98

#### Heimliche Rationierung ist unethisch

Allerdings: Wird dieser Weg nicht gegangen, so prophezeit Fritz Beske, muss mit einer Ausweitung der geheimen Rationierung gerechnet werden. Diese Form sei aber die ungerechteste und unsozialste Form von Leistungseinschränkung überhaupt. „Sie ist zufallsbedingt, intransparent und kann denjenigen von Leistungen ausschließen, für den diese Leistungen notwendig und bedarfsgerecht sind.“ Übrigens: Der eigene Berufsstand ist bei der Diskussion eher außen vor. Durch die Pionierleistung der Einführung von befundorientierten Festzuschüssen hatten Zahnärzte bereits vorweggenommen, was für den allgemeinen medizinischen Versorgungsbereich in der Gesetzlichen Krankenversicherung erst noch in die Tat umgesetzt werden muss. ■

*Differentialdiagnose der Kieferzyste*

# Erstdiagnose eines Gorlin-Goltz-Syndroms

Johannes Meier, Katharina Zeitler, Martin Gosau, Torsten E. Reichert



Abbildung 1: Orthopantomogramm (OPG) zwei Jahre vor Erstvorstellung: Wechselgebiss mit zystischen Veränderungen an den implantierten sapientes 38 und 48

## 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.

Ein dreizehnjähriges Mädchen wurde von einer niedergelassenen Kollegin zur Abklärung zystischer Befunde im Ober- und Unterkiefer in der mund-, kiefer- und gesichts-chirurgischen Ambulanz der Universitäts-klinik Regensburg vorgestellt. Anamnestisch erfolgte bereits eine Freilegung des Zahnes 23 sowie eine operative Entfernung der Zähne 38 und 48, wobei zwei zystische Befunde mitentfernt worden sind, die nach histologischer Aufarbeitung als Kerato-zystisch Odontogene Tumoren (KZOT) klassifiziert wurden (Abbildung 1). Des wei-teren berichtete unsere Patientin über eine

seit kurzem gestörte Okklusion im Molarenbereich beidseits sowie über eine eingeschränkte Nasenatmung rechts.

In der klinischen Untersuchung imponierten ein diskreter Hypertelorismus sowie punktförmige palmare und plantare Pits (Abbildungen 2 und 3). Intraoral zeigte sich eine Mesialangulation der Zahnkrone 37 (Abbildung 4), die zu einer Störung der Okklusion führte. Die durchgeführte Vitalitätsprüfung war an allen Zähnen positiv, der Perkussionstest negativ. Im Ausbreitungsgebiet des Nervus trigeminus bestand beidseits eine Normästhesie. Die Schneidekantendistanz

der Patientin bei maximaler Mundöffnung war mit 48 mm normwertig. Die Beurteilung der okklusalen Verhältnisse ergab eine Klasse 1 Verzahnung mit Frühkontakten an den Zähnen 37 und 47.

Im durchgeführten Orthopantomogramm (Abbildung 5) zeigten sich auf beiden Seiten zystische Befunde zwischen den Zähnen 36 und 37 sowie 46 und 47.

Des weiteren war der Zahn 18 weit nach kranial verlagert und die Begrenzungen des rechten Sinus maxillaris nicht mehr eindeutig zu identifizieren.

Die sich anschließende dreidimensionale



Abbildung 2: klinischer Befund präoperativ: en face und Profil: diskreter Hypertelorismus



Abbildung 3: klinischer Befund: palmare und plantare Pits

Bildgebung mittels digitaler Volumentomographie des Schädels beschrieb eine relativ scharf begrenzte und überwiegend verdrängend wachsende Raumforderung von etwa vier Zentimeter Durchmesser im Bereich des rechten Sinus maxillaris mit Erreichen und Ausdünnung aller Kieferhöhlenwandungen (Abbildungen 6 links und Mitte). Regio 36



Abbildung 4: klinischer Befund präoperativ intraoral: Mesialangulation der Zahnkrone 37



Abbildung 5: OPG präoperativ: hochverlagerter Sapiens 18 sowie zystische Veränderungen im rechten Sinus maxillaris sowie zwischen den Zähnen 36, 37 und 46, 47

und 37 war eine zystische Läsion von einem Zentimeter Durchmesser nachweisbar, während die Zyste kontralateral in regio 46 und 47 eine Ausdehnung von zwei Zentimetern aufwies und die linguale Knochenstruktur stark ausdünnte (Abbildungen 6 Mitte und rechts).

Bei klinischem Verdacht auf ein Gorlin-Goltz-Syndrom wurde zur weiteren Ab-

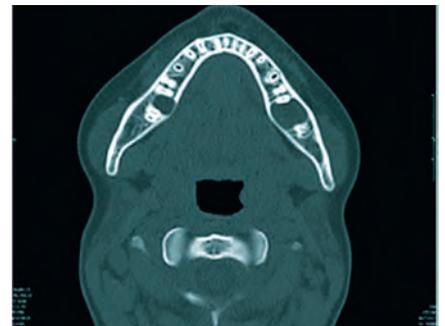
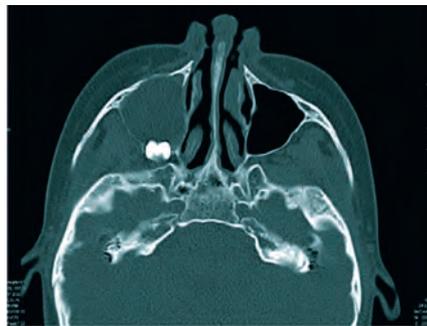


Abbildung 6: links CT coronar präoperativ, Mitte und rechts CT axial präoperativ: Ausdehnung der KZOT mit Erreichen aller Kieferhöhlenwandungen rechts sowie zwischen den Zähnen 36, 37 und 46, 47; hochverlagerter Sapiens 18

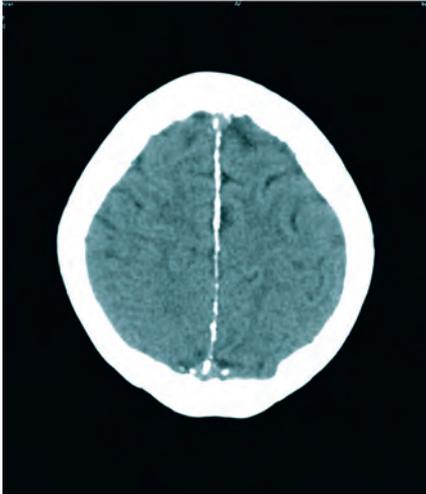
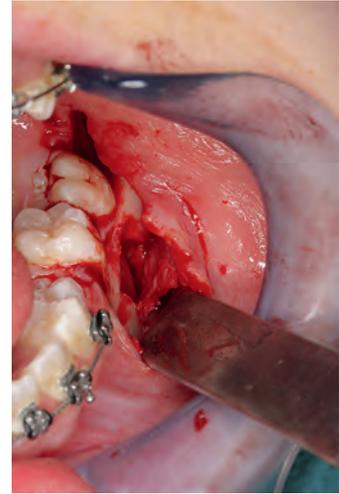
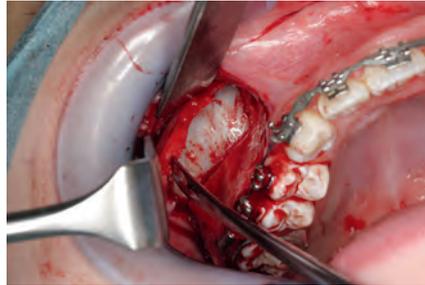


Abbildung 7: natives CCT axial:  
Verkalkung der Falx cerebri

Abbildung 8: intraoperativer Situs  
mit Darstellung der Zysten  
in regio 14 bis 17 sowie 36 bis 37



klärung eine native kraniale Computertomographie durchgeführt, die eine ausgeprägte Verkalkung der Falx cerebri ergab (Abbildung 7).

Therapeutisch folgte die operative Entfernung des verlagerten Zahnes 18 sowie die Zystektomien im Ober- und im Unterkiefer (Abbildung 8).

Die histopathologische Begutachtung ergab jeweils die Diagnose KZOT (Abbildung 9). Aufgrund des jungen Alters der Patientin wurde strukturerhaltend operiert und auf eine Nachfräsung der Knochenwandungen bewusst verzichtet (Abbildung 10).

## Diskussion

Das Gorlin-Goltz-Syndrom auch bekannt als Basal Cell Nevus Syndrome (BCNS), Nevroid Basal Cell Carcinoma Syndrome (NBCCS) oder fokale dermale Hypoplasie (FDH), ist

eine seltene autosomal dominant vererbte Störung von kompletter Penetranz und variabler Ausprägung mit Erstbeschreibung durch White JC im Jahre 1894 und benannt nach Gorlin und Goltz [Gorlin, Goltz, 1960]. Die Prävalenz beträgt je nach Quelle zwischen 1 zu 55 600 [Evans, 1993] und 1 zu 256 000 [Lo Muzio, 1999]. Ursächlich ist eine Mutation des PTCH1 Gens auf Chromosom 9 (q22.3 – q31) [Bialer, 1994]. Patienten mit Gorlin-Goltz-Syndrom zeigen Auffälligkeiten verschiedener Organsysteme, die von Evans [Evans, 1993] und in modifizierter Form von Kimonis [Kimonis, 1997] beschrieben wurden. Demnach werden als Major-Kriterien Veränderungen der Haut (palmare und plantare Pits, Basaliome bereits ab dem zweiten Lebensjahr), der Mundhöhle (multiple KZOT bereits im ersten Lebensjahrzehnt) sowie des ZNS (ektople Verkalkungen, Medulloblastom)

bezeichnet. Minor-Kriterien betreffen die Augen (Hypertelorismus), den Urogenitaltrakt (Hypogonadismus, Ovarialzysten), das muskulo-skeletale System (Hochwuchs, Knochenzysten, geteilte Rippen, Syndaktylie) und das Herz (kardiale Septum-Fibrome). Beschriebene Anomalien im Bereich des Verdauungstraktes (Mesenterialzysten), der Lunge (Bronchogene Zysten) sowie des Mittelohres (Otosklerose) sind eher selten. Laborchemische Untersuchungen zeigen oftmals erhöhte Werte für CAMP und AP [Lo Muzio, 2008].

Als diagnoseweisend gelten multiple KZOT im Ober- wie im Unterkiefer. Sie treten bei 90 Prozent aller Betroffenen auf und sind zumeist das Erstsymptom [Lo Muzio, 1999]. Sie besitzen eine fibröse Kapsel und sind von einem keratinisierten Plattenepithel ausgekleidet, wodurch sie bereits intraoperativ von anderen Zystenentitäten differenziert

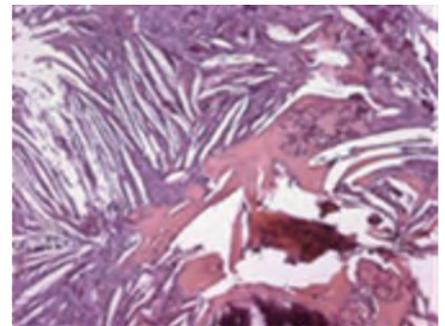
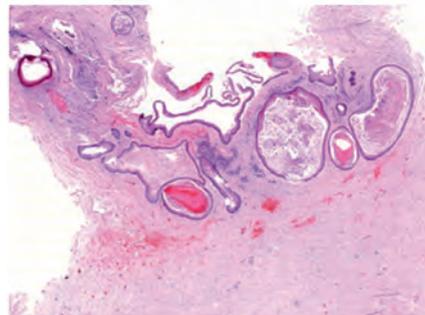
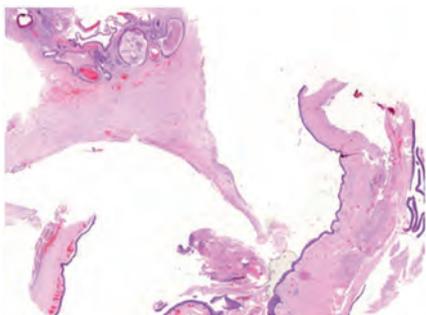


Abbildung 9: histopathologischer Befund: links: Übersichtsaufnahme (HE x 2,5): Keratozystischer odontogener Tumor mit fibrosierter Zystenwandung und entzündlicher Infiltration. Mitte: Detailaufnahme (HE x 10): Überkleidung durch ein mehrschichtig verhornendes Plattenepithel mit Ausbildung von Hornperlen und Tochterzysten im angrenzenden Bindegewebe. rechts: Zysteninhalt (HE x 5): kürretierter Zysteninhalt mit Kalk, Cholesterinnadeln und Knochen

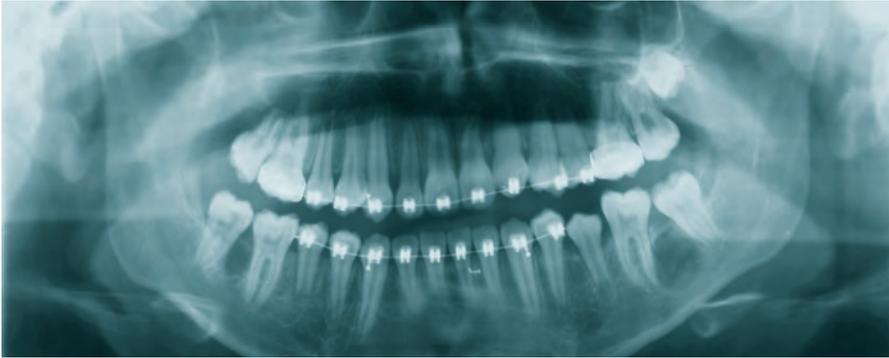


Abbildung 10: OPG postoperativ nach Entfernung des verlagerten Zahnes 18 sowie der Zystektomien

werden können. Zumeist sind sie in zahntragenden Kieferabschnitten lokalisiert [Gorlin, 1987]. Pathogenetisch werden versprengte odontogene Epithelreste ebenso diskutiert wie der Zusammenhang mit einer übermäßigen IL-1 Rezeptorexpression [Suyama, 2008]. Bis zum Alter von 20 Jahren kann bereits bei 51 Prozent aller Gorlin-Goltz-

Syndrom-Patienten ein entsprechender KZOT diagnostiziert werden, wobei ein einziger Patient multiple Zysten entwickeln kann. Die Hauptlokalisierung im OK ist im Schneidezahn und Molarenbereich, wohingegen im UK vor allem der Kieferwinkel als Prädelektionsstelle betrachtet werden kann. Wie im beschriebenen Fall findet sich ein

KZOT oftmals in Gegenwart eines impaktierten Sapiens, wodurch die Abgrenzung von einer folliculären Zyste klinisch-radiologisch nicht immer problemlos gelingt [Neville, 2002]. Andere Knochenpathologien wie eine traumatische Knochenzyste, ein zentrales Riesenzellgranulom, eine fissurale Zyste, kalzifizierende odontogene Zysten, radikuläre Zysten, Arteriovenöse Malformationen, Ameloblastome, ameloblastische Fibrome und Plasmozytome bieten ein ähnliches radiologisches Bild und müssen ebenfalls differentialdiagnostisch berücksichtigt werden [Regezi, 1999]. Zudem existieren Berichte über die Entstehung eines KZOT auf dem Boden einer folliculären Zyste bei Gorlin-Goltz-Syndrom-Patienten [Longobardi, 2010]. Der bildgebende Goldstandard sollte bei multiplen oder derart ausgedehnten zystischen Befunden das DVT oder ein CT sein. Endgültige Klarheit bezüglich der Dignität schafft letzt-

endlich nur die histopathologische Begutachtung einer Gewebeprobe des Tumors [Chapelle, 2004]. Histologische Merkmale sind die dünne verhornende Plattenepithelschicht mit einer prominenten Basalis und einem zumeist entzündungsfreien Bindegewebe. Eine histologische Einteilung in eine orthokeratotische und eine parakeratotische Form mit unregelmäßiger Keratinproduktion, fehlenden keratohyalinen Granula und sich in die Keratinschicht ablösenden Zellen ist von einigen Autoren beschrieben [Som, 1993]. Die, auch im präsentierten Fall diagnostizierte, parakeratotische Form ist mit 80 Prozent häufiger und zeigt das aggressivere Wachstumsmuster. Problematisch ist die bis zu 60-prozentige Rezidivneigung aufgrund von Satellitenzysten. Die eher seltene maxilläre Manifestation neigt ebenso vermehrt zu Rezidiven wie die multilokuläre Form [Gonzalez-Alva, 2008]. Die auch im präsentierten Fall diagnostizierte Verkalkung der Falx cerebri ist mit 70 bis 85 Prozent Prävalenz ebenfalls typisch [Lo Muzio, 1999]. Ein weiterer Hinweis auf das Vorliegen eines Gorlin-Goltz-Syndroms bei unserer 13-jährigen Patientin ist der mit 175 cm Körpergröße ausgeprägte Hochwuchs bei vergleichsweise kleinen Eltern. Der in bis zu 70 Prozent aller Fälle auftretende Hypertelorismus [Manners, 1996] ist bei der noch sehr jungen Patientin eher diskret ausgeprägt, aber vorhanden. Weitere mögliche klinische Zeichen wie Exophthalmus, Nyctagmus, Katarakt oder ein Iriskolobom waren im beschriebenen Fall nicht nachzuweisen. Mögliche Differentialdiagnosen eines Gorlin-Goltz-Syndroms sind das Bazex-Syndrom (BCC, Hypertrichosis, Hypohydrosis, Milien und follikuläre Atrophodermie), Trichoepithelioma papulosum multiplex oder das Muir-Torre-Syndrom. Um Gorlin-Goltz-Syndrom-Patienten adäquat zu

betreuen, sollte immer ein interdisziplinäres Vorgehen mit Zahnärzten, Kieferchirurgen, Dermatologen, Internisten und Radiologen angestrebt werden.

Die Empfehlungen zur Behandlung des KZOT sind kontrovers: Sie reichen von einer einfachen Kürretage über die Eukleation mit oder ohne Carnoysche Lösung beziehungsweise Kryotherapie (um Epithelreste zu eliminieren), oder einer radikalen Eukleation bis hin zu einer partiellen oder totalen Kieferresektion [Blanas, 2000]. Ein Rezidiv ist allerdings bei allen Therapieoptionen nicht sicher auszuschließen. Im beschriebenen Kasus wurde aufgrund des jungen Alters der Patientin möglichst strukturerhaltend operiert und auf ausgedehnte Nachfräsungen der Knochenwandungen bewusst verzichtet. Dieses Procedere ist gerade bei jungen Patienten als ernsthafte Therapieoption anzusehen [Madras, 2008]. In keinem Fall darf der Patient zu früh aus der Nachsorge entlassen werden, da Lokalrezidive noch nach bis zu acht Jahren postoperativ beschrieben sind.

Für die ebenfalls pathognomonischen Basaliome (BCC) gilt übermäßige UV-Strahlenbelastung als Hauptrisikofaktor, weswegen Gorlin-Goltz-Syndrom-Patienten einen entsprechenden Sonnenschutz betreiben sollten [Evans, 1993]. Skalp-Basaliome erfordern aufgrund ihrer Aggressivität eine frühzeitige Intervention. Als ein möglicher alternativer Therapieansatz kann die Anwendung von Imiquimod als topische Therapie gesehen werden, die in einer Arbeit von Neville bei allen 15 untersuchten Probanden zu einer Komplettentfernung des BCC geführt hatte [Neville, 2007].

Weitere Therapieoptionen bei Basaliomen sind Laserablation, photodynamische Therapie, Kryotherapie und topische Chemotherapie. Bei solitären Befunden ist die chirurgische Exzision allerdings nach wie vor der Gold-Standard [Oseroff, 2006], da nur so eine entsprechende histologische Beurteilung der Resektionsränder möglich ist. Als gravierendste Komplikation eines Gorlin-Goltz-Syndroms ist die Entstehung eines malignen Hirntumors wie zum Beispiel eines Medulloblastoms zu sehen. Bei einer Inzidenz von ein bis zwei Prozent ist eine ent-

sprechende bildgebende Abklärung unabdingbar. Andere Hirntumoren wie Astrozytome, Oligodendrogliome und Meningeome sind seltener, aber beschrieben [Evans, 1993]. Die Therapie des Medullo-

## Fazit für die Praxis

- Zur Beurteilung der dreidimensionalen Ausdehnung von ausgedehnten Kieferzysten und -tumoren ist eine computertomographische Untersuchung oder eine DVT anzuraten.
- Aufgrund der Rezidivhäufigkeit eines KZOT muss eine mehrjährige Nachsorge erfolgen.
- Die Erkennung eines Medulloblastoms oder eines anderen Hirntumors hat oberste Priorität, weswegen ein jährliches Screening mittels entsprechender Bildgebung empfohlen wird.
- Bei jungen Patienten sollte soweit vertretbar Nachbarstruktur erhaltend operiert werden.

blastoms setzt sich aus chirurgischer Resektion und adjuvanter Radiochemotherapie zusammen. Allerdings ist zu beachten, dass die Radiatio wiederum die Entstehung von BCCs fördern kann [Marin-Gutzke, 2004].

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

Katharina Zeitler  
Institut für Pathologie  
Universität Regensburg  
Franz-Josef-Strauß-Allee 11  
93053 Regensburg

**zm** Leser  
service

Die Literaturliste kann im Bereich Download auf [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.



Auch für diesen „aktuellen klinischen Fall“ können Sie Fortbildungspunkte sammeln. Mehr auf [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) unter Fortbildung.

Der besondere Fall

# Symmetrische Prämolaren-Extraktion

Sabine Weimar, Mathias Höschel

**Der damals 14-jährige Patient stellte sich erstmalig im Sommer 2008 aus eigenem Antrieb zur kieferorthopädischen Beratung und mit dem Wunsch der Korrektur der Zahnfehlstellung in der Fachpraxis vor.**

In der **allgemeinen Anamnese** des Patienten lagen keine Besonderheiten vor, während die familiäre Anamnese bereits Anhalt auf ähnliche Zahnfehlstellungsanomalien ergab. Nach Angaben der Mutter hatte der Patient nie gelutscht, und auch sonst lag kein Habit vor.

In der klinischen Untersuchung fand sich extraoral ein Rückgesicht mit symmetrischen Gesichtsmerkmalen in der en face Betrachtung.

Intraoral ergab sich ein nahezu kariesfreies permanentes Gebiss mit Fissurenversiegelungen im Bereich der Sechsjähr-Molaren. Kieferorthopädisch zeigte sich ein erheblicher Platzmangel im Oberkiefer mit frontalem Engstand. Es stellte sich – nach mesialer Aufwanderung der Zähne 17 bis 14 und 24 bis 27 – ein Platzverlust für die Zähne 13 und 23 mit daraus resultierendem Hoch- und Außenstand dieser Zähne dar. Zudem lag ein Palatinalstand der Zähne 15, 12, 22 und 25 vor.

Im Unterkiefer dagegen fand sich ein moderater Platzmangel mit Verlängerung der Frontzahngruppe.

Die Beurteilung der **Bisslage** ergab nach Rekonstruktion eine nahezu neutrale Bisslage – klinisch stellte sich aber durch die Aufwanderung der Oberkieferseitenzähne eine Einstellung im Bereich der Sechsjähr-Molaren um eine Prämolarenbreite nach distal dar. Die Zähne 15, 12, 22, 25 und 26 befanden sich im Kreuzbiss.

In der manuellen **Funktionsanalyse** zeigte sich ein reziprokes rechtsseitiges Kiefergelenkknacken ohne Schmerzsymptomatik. Bei der Lateralbewegung fanden sich Einzelzahnkontakte an Prämolaren und Molaren – ebenso Balancekontakte.

Die Beurteilung des **Orthopantomogramms** ergab keine Besonderheiten. Im Rahmen des Therapiekonzeptes ist nur zu vermerken, dass zu einem späteren Zeitpunkt eine Entfernung der Weisheitszähne sinnvoll erscheint und auch angewiesen wurde beziehungsweise wird.

Die Auswertung des **Fernröntgenseitenbildes** bestätigte die Rücklage der Kiefer im Schädel, aber eine nahezu neutrale Positionierung der Kiefer zueinander. Der Interinzisalwinkel betrug  $129^\circ$ , während der Nasolabialwinkel einen relativ großen Wert von  $123^\circ$  ergab.

## Therapiekonzept

Aufgrund des Schwierigkeitsgrades wurde eine Behandlung über einen Zeitraum von drei Jahren geplant. Zunächst wurde eine festsitzende konventionelle Multibracketapparatur im Ober- und Unterkiefer eingegliedert. Unmittelbar danach wurden die Zähne 14 und 24 zur Extraktion angewiesen. Mittels open coil und Achter-Ligatur wurde dann eine Distalisierung der Oberkieferreckzähne angestrebt.

Nachdem auch die seitlichen Schneidezähne über einen Umgebungsbogen in den Zahnbogen eingeordnet werden konnten, bekam der Patient die Aufgabe, kurze Klasse II-Gummizüge über die Oberkieferreckzähne einzuhängen. Um den seitlichen Kreuzbiss zu überstellen, musste der Patient zusätzlich CrissCross-Gummizüge tragen.



*Intraorale Aufnahmen zum Anfang der Behandlung: Erheblicher Platzmangel im Oberkiefer mit Hoch- und Außenstand von 13, 23 bei Distalbisslage um 1 PB nach Aufwanderung.*



Radiologischer Befund zum Anfang der Behandlung.

Nach einem dreiviertel Jahr resultierte eine neutrale Verzahnung im Eckzahnbereich und weiterhin eine distale Verzahnung im Molarenbereich um eine Prämolarenbreite. Der Platzmangel im Oberkiefer konnte aufgelöst und die Kreuzbisse beseitigt werden. Die festsitzende Apparatur wurde nach einer Behandlungsdauer von etwas mehr als

22 Monaten entfernt. Mittels Positioner findet nun eine Feineinstellung und im Anschluss daran die Retention statt.

Funktionsanalytisch konnte keine Verschlechterung des Anfangsbefundes festgestellt werden.

Der Interinzisalwinkel und der Nasolabialwinkel betragen nach Entfernung der fest-

sitzenden Apparatur  $127^\circ$  und  $123^\circ$ . Somit betragen die Abweichungen lediglich 1,55 Prozent beziehungsweise null Prozent.

### **Diskussion**

Die isolierte Extraktion von Prämolaren in nur einem Kiefer ist kontrovers zu betrach-



*Intraorale Aufnahmen  
nach 2 Monaten mit festsitzender konventioneller  
Bracketapparatur und Extraktion von 14, 24*

ten. Zum einem bietet sie eine gute Möglichkeit, wenn im Gegenkiefer nahezu keine Engstände vorliegen und der puberale Wachstumsschub überschritten ist, um frontale Engstände aufzulösen oder auch sagittale Frontzahnstufen zu kompensieren [3]. Zum anderen bleibt aber als Extraktionsfolge oft die Gefahr eines dish face, da der Nasolabialwinkel durch anhaltendes Wachstum der Nase und unter Umständen therapeutische Retraktion der Oberkieferfrontzähne im Rahmen des Lückenschlusses einen zu großen Wert erhalten kann [2]. Der Normwert wird hier in der Analyse von Hasund und Segner mit  $109.8^\circ$  angegeben, während Burston und Legan in ihrer Analyse für die orthognathe Chirurgie einen Wert von  $102^\circ \pm 8^\circ$  vorgeben [6].

Um diese Gefahr zu minimieren, wurde im vorliegenden Fall eine Positionsveränderung der Oberkieferfrontzähne vermieden, so dass es zu keiner Verstärkung des konkaven Gesichtsprofils und des von Beginn an schon großen Nasolabialwinkels kommen konnte. Zur Distalisierung kamen hier sowohl inter- als auch intramaxilläre Mechaniken zur Anwendung. Intermaxillär wurde sowohl über die Achter-Ligatur als auch über „open coil“ agiert.

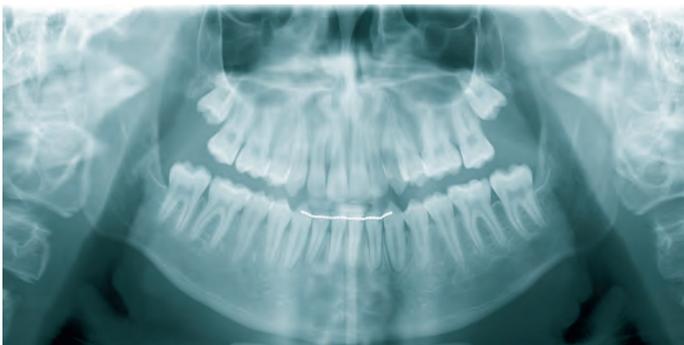
Es erfolgte allein eine Distalisierung der Eckzähne. Die Frontzahngruppe als Verankerungseinheit und auch die Sechsjähr-Molaren erfuhren lediglich einen geringen Verankerungsverlust im Sinne einer Protrusion beziehungsweise Mesialisierung. Die gewählte Verankerungsart muss als Kombination zwischen einer maximalen und moderaten Verankerung betrachtet werden [1, 3, 4]. Ein gewisser Verankerungsverlust war und ist zu verzeichnen. Daher kann es sich nicht um eine maxi-



*Intraorale Aufnahmen  
direkt nach Entfernung der Multibracketapparatur*



*Radiologischer Befund nach Entfernung der Multibracket-apparatur*



Fotos: Höschel

male Verankerung handeln. Jedoch hat die Verankerung auch keinen moderaten Charakter, da der Lückenschluss ebenfalls nicht im Sinne eines reziproken Lückenschlusses, in dem anteriores und posteriores Segment gleich große entgegengesetzte Bewegungen vollziehen, erfolgte [4].

Die Gummizüge, die der Patient nach erfolgter Einordnung der seitlichen Schneidezähne im Oberkiefer im Rahmen einer Klasse-II-Mechanik verwenden sollte, sind als intermaxilläre Verankerungsmaßnahme zu betrachten. Hierbei wird die Verankerungseinheit im Gegenkiefer gesucht.

Es handelt sich um eine moderate Verankerung, bei der ein wesentliches Augenmerk auf die vertikale Kontrolle der beanspruchten Zähne gelegt werden muss, da eine unerwünschte Extrusion oder Kippung der Molaren oder gar der Frontzähne vermieden werden sollte [1, 3, 4].

*Dr. Sabine Weimar  
Dr. Mathias Höschel  
Berliner Allee 61  
40212 Düsseldorf  
s.weimar@dr-hoeschel.de*

**zm** Leser service

**Die Literaturliste kann im Bereich Download auf [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.**

Wissenschaftliche Mitteilung der der DGPro

# Gesichtsbogen bei restaurativen Maßnahmen

Diese Wissenschaftliche Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien e. V. (DGPro, vormals DGZPW) zum Thema „Anwendung des Gesichtsbogens beim funktionsgesunden Patienten im Rahmen restaurativer Maßnahmen“ ist in der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift (dzz) vom Dezember 12/2010 erschienen und wird hier als Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags veröffentlicht.



## 1. Einleitung

### 1.1 Zielgruppen und Grundlagen

Diese Stellungnahme ist auf die Zielgruppen der Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie der Zahntechnikerinnen und Zahntechniker ausgerichtet.

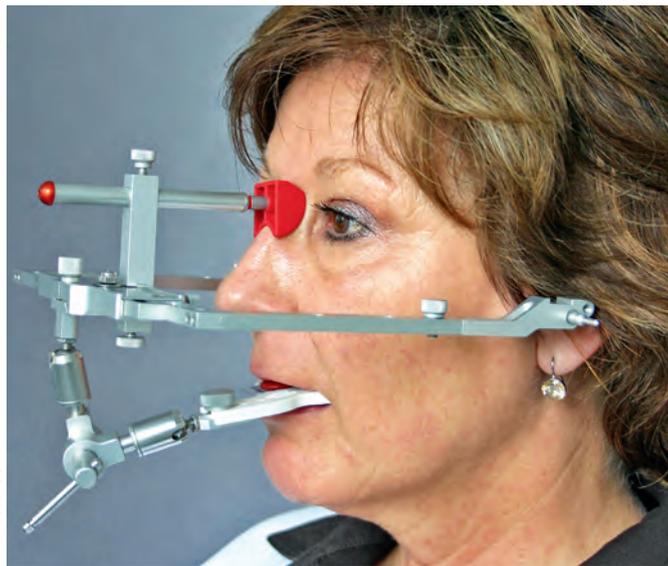
Ziel der Anwendung eines Gesichtsbogens ist die Übertragung individueller anatomisch-geometrischer Verhältnisse vom Patienten auf den Artikulator. Durch die gesichtsbogenvermittelte Positionierung der Modelle im Artikulator – im Gegensatz zur Festlegung der Modellposition auf Mittelwerte (sogenannte Mittelwert-/arbiträre Montage) soll im Rahmen des Herstellungsprozesses indirekter Restaurationen eine Minimierung der Fehler bei der Gestaltung der statischen und dynamischen Okklusionskontakte erzielt werden. Dies soll bei der Eingliederung von indirekt hergestellten Restaurationen folgende Vorteile mit sich bringen:

- geringeres Ausmaß okklusaler Anpassungsmaßnahmen
- dadurch weitgehende Erhaltung des durch den Zahntechniker gestalteten funktionellen okklusalen Reliefs
- insgesamt Reduktion des zahnärztlichen Arbeitsaufwandes.

Für die instrumentelle Funktions- und Okklusionsanalyse soll darüber hinaus eine verbesserte Simulation der individuellen statischen und dynamischen Okklusionskontakte im Artikulator ermöglicht werden.

### 1.2 Methoden der Gesichtsbogenübertragung

Bei der in Deutschland allgemein verbreiteten schädel- und gelenkbezogenen Übertragung des Oberkiefermodells in den Artikulator wird durch die Anwendung eines



Fotos: Utz

Abbildung 1: Moderner arbiträrer (mittelwertiger) Ohr-Gesichtsbogen. Die Kreuzschraube als individualisierte Verbindung zwischen Bogen und Bissgabel („Gelenksupport“, „Einknebel-Bissgabel-fixierung“) wurde festgezogen. Diese Art der Gesichtsbögen überträgt zuerst das Oberkiefermodell in den Artikulator.

Gesichtsbogens eine Individualisierung des Bonwill-Dreiecks und des Balkwill-Winkels erreicht. Bei Anwendung der Methode nach Albert Gerber, Zürich, erfolgt dagegen die Übertragung unterkieferbezogen, das heißt, es wird zunächst das Unterkiefermodell im Artikulator montiert.

Je nach Artikulatorsystem erfolgt die Ausrichtung des Bogens entsprechend der Frankfurter Horizontalen oder der Camper'schen Ebene. Entsprechend der gewählten Bezugsebene ergeben sich dadurch für die Gelenkbahnneigung unterschiedliche Mittelwerte.

Zur Übertragung der Kiefermodelle werden drei Referenzpunkte benötigt:

■ Die beiden posterioren Referenzpunkte, die sich auf die sogenannte (meist zentrische) Scharnierachse beziehen, können auf zwei Arten bestimmt werden:

(a) arbiträr anhand von Mittelwerten (arbiträre Technik, Anwendung unter anderem bei den sogenannten Ohrbögen), oder

(b) individuell lokalisiert nach Anbringen eines Bogens am Unterkiefer und kinematischer Bestimmung der Rotationsachse.

■ Die Lokalisation des anterioren (dritten) Referenzpunktes wird unterschiedlich festgelegt: Teilweise wird auf den tastbaren knöchernen unteren Rand der Orbita Bezug genommen, in anderen Fällen wird ein festgelegter Abstand kranial der Schneidekanten der Zähne 12 oder 22 abgemessen und im Bereich der Nasen-Wangen-Grenze auf der Haut markiert. Darüber hinaus existieren Systeme, die den Subnasalpunkt als Basis festlegen.

### 1.3 Fragestellung

Gesichtsbögen werden im Rahmen von zahnärztlich-rekonstruktiven Maßnahmen international nicht regelhaft angewandt [Carlsson und Magnusson 2000, Wang et al. 2008]. Angesichts dieser Tatsache stellt sich die Frage, welche Belege für einen klinischen Nutzen dieses Hilfsmittels vorhanden sind.

## 2. Literaturrecherche und Evidenz klinischer Studien

### 2.1 Suchstrategie

Eine am 15.09.2009 durchgeführte Literaturanalyse zur Frage des Nutzens der Gesichtsbogenanwendung für den Bereich der zahnärztlichen Prothetik identifizierte fünf Artikel über randomisierte klinische Studien. Die Literaturrecherche erfolgte manuell [Methodik in Hugger et al. 2001] sowie elektronisch in PubMed [Suchbegriffe: face-bow OR face-bow; Limits: Humans, Clinical Trial, Meta-analysis, Randomized Controlled Trial].

### 2.2 Identifizierte Studien und ableitbare klinische Evidenz

Aus methodischen Gründen eignen sich die identifizierten Publikationen mit Ergebnissen aus vergleichenden Studien nicht für die Beantwortung der Frage nach dem Nutzen der Gesichtsbogenübertragung. Es konnte lediglich ein Beitrag über eine kontrollierte klinische Studie identifiziert werden, die den Nutzen der Gesichtsbogenanwendung in der Totalprothetik untersuchte [Kubrak 1998]. Hierbei wurde die Totalprothesenherstellung gemäß der Methode nach Alfred Gysi (Gruppe 1) mit der Verwendung eines Quick-Master-Artikulators und Gesichtsbogens (Gruppe 2) verglichen. In Gruppe 2 wurde eine verringerte Adaptationszeit, aber auch eine verringerte Zahl okklusaler Korrekturen festgestellt. Aufgrund unvollständiger Angaben zum genauen Aufbau der Studie kann diese Untersuchung jedoch nur eingeschränkt herangezogen werden. Zwei weitere „isolierte“ Gesichtsbogen-Studien bezogen sich auf die Herstellung von intraoralen Schienen:

■ Schwahn und Kordaß (1997): Herstellung von Okklusionsschienen mit Eckzahnführung nach mittelwertiger versus mittels Gesichtsbogen erfolgter individueller Modellmontage. Beurteilung: Okklusale Situation beim Eingliedern, Zeitaufwand für okklusale Adjustierung am Patienten, Patientenempfinden. Die mitgeteilten Ergebnisse lassen Vorteile in Bezug auf die Analyse der okklusalen Situation und auf die Patientenbeurteilung erkennen.

■ Shodadai et al. (2001): Eingliederung von Michigan-Schienen nach mittelwertiger versus individueller Modellmontage mit Hilfe des Gesichtsbogens. Beurteilung: Zahl der intraoralen Okklusionskontakte nach dem unmittelbaren Einsetzen der Schiene sowie Zeitaufwand für das okklusale Einschleifen derselben. Ergebnis: Mit Gesichtsbogen kein wesentlicher Zugewinn an Okklusionskontakten und kein wesentlicher Zeitgewinn. Größere Veränderungen der vertikalen Relation nach der Kieferrelationsbestimmung im Artikulator – was den Einsatz des Gesichtsbogens gerechtfertigt hätte – wurden in dieser Studie allerdings vermieden.

Bei den restlichen Publikationen unterschieden sich die Gruppen nicht ausschließlich dadurch, dass in einer Gruppe ein Gesichtsbogen verwendet wurde und in der anderen nicht. Stattdessen waren innerhalb der

Patientenbefragungen und klinischen Parametern. Ergebnis: keine signifikanten Unterschiede nach fünf Jahren nachweisbar.

■ Figuera Nascimento et al. (2004) sowie Heydecke et al. (2007, 2008) befassten sich mit der Herstellung und Eingliederung von Totalprothesen, wobei die Anwendung des Gesichtsbogens in einer bestimmten Patientengruppe wiederum nur ein Faktor neben einer Reihe anderer Einflussgrößen darstellte. Die Ergebnisse dieser Studien ließen keine Unterschiede zwischen den angewendeten Methoden oder Behandlungsgruppen erkennen, mit Ausnahme folgender Gesichtspunkte:

■ Bei Figuera Nascimento et al. (2004): Bessere Ergebnisse bei der Patientenbefragung hinsichtlich Ästhetik, Komfort und Prothesenstabilität für das Behandlungsvorgehen, ohne Anwendung des Gesichtsbogens.



Abbildung 2: Bei neueren Gesichtsbogenkonstruktionen ist es nicht mehr notwendig, den Gesichtsbogen selbst am Artikulator zu befestigen, um das Oberkiefermodell zu übertragen. Die Übertragung erfolgt mit einem speziellen Konstruktionsteil, das mit dem Artikulator verbunden wird („Übertragungsstand“ oder „Transferstand“).

Vergleichsgruppen zusätzliche methodische Unterschiede vorhanden, welche es unmöglich machen, berichtete Unterschiede in den Ergebnissen derart zu interpretieren, dass diese zweifelsfrei auf die Anwendung oder Nichtanwendung des Gesichtsbogens zurückgeführt werden können. Somit geben diese Studienresultate keine unmittelbaren Hinweise auf die Wertigkeit der Anwendung eines Gesichtsbogens.

■ Ellinger et al. (1979) sowie Douglass et al. (1993): Erstellung von Totalprothesen nach Standardmethode (ohne Gesichtsbogen) versus erweiterte prothetische Behandlungstechnik (unter anderem mit Gesichtsbogen). Beurteilung anhand von

■ Bei Heydecke et al. (2007, 2008): Bessere Beurteilungen durch die Patienten für die Aspekte allgemeine Zufriedenheit, Stabilität der Prothese und Ästhetik für die Behandlungsmethodik ohne Gesichtsbogengebrauch.

### 2.3 Forschungsbedarf

Auf der Basis von klinischen Studien mit hohem Evidenzniveau ist zurzeit keine definitive Beurteilung des klinischen Nutzens von Gesichtsbögen möglich. Planung und Durchführung aussagekräftiger klinischer Studien mit einer ausreichend hohen Probandenzahl sind trotz ihres hohen Zeit- und Kostenaufwands dringend erforderlich.

Hierbei müssen die vielfältigen Einflussgrößen im Rahmen der prothetisch-restaurativen Behandlung beachtet werden, wobei die mit der Gesichtsbogenübertragung immer kombinierte Kieferrelationsbestimmung als entscheidende Störgröße sorgfältig kontrolliert, beziehungsweise standardisiert werden muss.

Abbildung 3:  
Das Oberkiefermodell wurde entsprechend den Patientendimensionen im Artikulator montiert.



### 3. Modellrechnungen auf Basis von klinischen Daten

#### 3.1 Suchstrategie für die Literatur

Im Gegensatz zum offensichtlichen Mangel an kontrollierten klinischen Studien liegen Untersuchungen vor, die anhand von experimentellen Labormessungen beziehungsweise mit Hilfe mathematisch-geometrischer Modellrechnungen die Auswirkungen funktioneller Determinanten, die bei der Gesichtsbogenanwendung berücksichtigt werden, im Okklusalebene berechnen und darstellen können.

Eine Literaturrecherche in PubMed und der Cochrane Library, Stand 15.10.2009, wurde durch Handsuche in den Literaturverzeichnissen der veröffentlichten Publikationen ergänzt. Die Suchstrategie beinhaltete die Begriffe (hinge OR arbitrary OR kinematic) AND (error OR probability OR calculat\* OR computat\*) AND occlusion AND dental. 68 Zitate ergab die Datenbankbasierte Suche, davon wurden 16 Publikationen als geeignet identifiziert. An Hand der Literaturverzeichnisse konnten weitere neun Studien gefunden werden.

#### 3.2 Grundlagen

Die Modellrechnungen dienen dazu, okklusale Fehler auf Grund von Abweichungen zwischen der individuellen Scharnierachse und einer arbiträren oder mittelwertigen Gelenkachse zu bestimmen. Solche Fehlerberechnungen erlauben zwar keine Angaben über den klinischen Nutzen des Gesichtsbogens.

Jedoch ist eine Abschätzung möglich, welche Faktoren sich bei der Modellübertragung in den Artikulator auf die Okklusion auswirken und in welcher Größenordnung Fehler erwartet werden können.

Zwei verschiedene Fehler müssen dabei differenziert werden. Zum einen treten okklusale Fehler bei der dynamischen Okklusion auf. Sie entstehen durch unterschiedliche Bewegungsparameter des Unterkiefers zwischen Patient und Artikulator, wobei das Okklusionsniveau beibehalten wird. Zum anderen gibt es Fehler bei der statischen Okklusion, die nach der Kieferrelationsbestimmung (wie in der zentrischen Kondylenposition) auf Grund einer Änderung der Vertikalrelation im Artikulator hervorgerufen werden. Die meisten Publikationen berechnen okklusale Fehler auf der Basis von Abweichungen der Gelenkachsen, die in der Arbeit fest vorgegeben werden. Aus diesen Ergebnissen wird deutlich, dass die Größe der okklusalen Fehler u. a. von folgenden Faktoren abhängig ist:

- Ort der Kauflächenbetrachtung
- Höckerneigung
- Ausmaß der Lateralbewegung
- Ausmaß der vertikalen Relationsänderung.

#### 3.3 Berechnungen auf der Basis individueller Probandenuntersuchungen

##### 3.3.1 Effekte auf die statische Okklusion

Nur wenige Publikationen berechnen okklusale Fehler auf der Grundlage von individuellen Messungen an Probanden. Diese Methode erlaubt es jedoch, die Größenordnung und die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von okklusalen Fehlern in einer realen Population zu bestimmen.

Bei der vertikalen Relationsänderung im Artikulator treten sowohl bei der Verwendung der arbiträren Gelenkachsenspunkte als auch bei der mittelwertigen Modellübertragung okklusale Fehler auf. Die Fehler sind stark vom Umfang der vertikalen Relationsänderung abhängig und sind bei der mittelwertigen Modellübertragung größer als bei der Verwendung der arbiträren Gelenkachsenspunkte. Maßgeblichen Einfluss auf die Größe der okklusalen Fehler hat bei der mittelwertigen Modellübertragung der verwendete Balkwill-Winkel, der die Neigung zwischen Okklusionsebene und Bonwill-Dreieck am Inzisivenpunkt beschreibt. Durchschnittlich am geringsten sind die Abweichungen bei einem Winkel von 17°. Je größer der Balkwill-Winkel wird, desto stärker nehmen die okklusalen Fehler zu. Abhängig vom verwendeten Artikulator orientieren sich die Hilfen zum mittelwertigen Einartikulieren von Modellen an Balkwill-Winkeln zwischen 18° und 25° und entsprechen für diesen Zweck oft nicht den ermittelten Anforderungen [Morneburg und Pröschel, 2010].

Ist nach der Kieferrelationsbestimmung eine vertikale Relationsänderung im Artikulator erforderlich, so führt die Verwendung von Gesichtsbogen mit arbiträren Gelenkachsenspunkten im Vergleich zur mittelwertigen Modellmontage zu einer klinisch relevanten Reduktion der Fehler im Bereich der statischen Okklusion.

Wird eine vertikale Relationsänderung im Artikulator von 2 mm durchgeführt beträgt nach statistischen Berechnungen der okklusale Fehler mit einer Wahrscheinlichkeit von zehn Prozent am zweiten Molar bei einer arbiträren Gelenkachsensbestimmung 340 µm oder mehr. Mittelwertige Modellmontage ohne Gesichtsbogen führt in Abhängigkeit

vom verwendeten Balkwillwinkel (BW) mit einer Wahrscheinlichkeit von zehn Prozent dagegen zu Fehlern von mindestens 440 µm und mehr (BW 17°) bis zu 1.120 µm und mehr (BW 25°).

### 3.3.2 Effekte auf die dynamische Okklusion

Bei der Berechnung der Effekte der Gesichtsbogenübertragung auf die dynamischen Okklusionskontakte zeigt sich, dass die okklusalen Fehler nicht allein von der Verwendung des Gesichtsbogens zur Übertragung der Modelle abhängig sind. Andere Parameter, wie der Bennett-Winkel, der sagittale Gelenkbahnneigungswinkel, der Interkondylarabstand, Inzisalbahnführungswinkel und der Ort der Kauflächenbetrachtung haben teilweise einen größeren Einfluss. Sieht man einen okklusalen Fehler von bis zu 200 µm als noch zu tolerierende Grenze an, so wird am zweiten Molaren bei der Verwendung von Mittelwerten diese Schwelle auf der Arbeitsseite mit einer Wahrscheinlichkeit von 14 Prozent und auf der Balanceseite mit einer Wahrscheinlichkeit von elf Prozent überschritten. Die individuelle Berücksichti-

200 µm-Grenze noch weiter auf sieben Prozent auf der Arbeitsseite und zwei Prozent auf der Balanceseite [Pröschel et al., 2000]. Die Anwendung des Gesichtsbogens allein würde daher die okklusalen Fehler nur marginal reduzieren. Deshalb ist es mit Zielrichtung auf die dynamischen Okklusionskontakte sinnvoll, entweder alle wichtigen Bewegungsparameter zu bestimmen, oder anderenfalls auch auf die Gesichtsbogenübertragung zu verzichten und den Fehler gegebenenfalls auf der Kaufläche im Mund zu korrigieren.

## 4. Fazit zur Anwendung des Gesichtsbogens

Aus den vorliegenden Publikationen lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

- Die Anwendung eines Gesichtsbogens ist für sich allein kein ausreichender Qualitätsindikator.
- Im Rahmen rekonstruktiver oder funktionsanalytischer Maßnahmen kann die Gesichtsbogenübertragung einen qualitätsverbessernden / qualitätssichernden Effekt

viduell bestimmten Gelenkachspunkten eine sinnvolle Maßnahme dar, die die Fehler im Bereich der statischen Okklusion reduziert. Die Größe der Fehler hängt dabei vom Ausmaß der vertikalen Veränderung ab.

- Für eine Fehlerreduktion der dynamischen Okklusionskontakte ist die Anwendung des Gesichtsbogens nur bei Bestimmung weiterer Parameter der Unterkieferbewegung, wie sagittaler Gelenkbahnneigungswinkel und Bennett-Winkel, sinnvoll.
- Wird eine stabile maximale Interkuspudation zur Kieferrelationsbestimmung herangezogen und liegt gleichzeitig eine Eckzahnführung vor oder moderate Neigungswinkel von zentralen Höckerabhängigen, so ist die mittelwertige Modellübertragung in den Artikulator ohne Gesichtsbogen eine akzeptable Vorgehensweise.
- Durch die für viele Gesichtsbögen geltende individuelle schädel- und gelenkbezogene Übertragung des Oberkiefermodells in den Artikulator können außerdem individuelle Besonderheiten (Asymmetrien) in ästhetischer und funktioneller Hinsicht bei der Planung von Rekonstruktionen frühzeitig erfasst und bei der Erstellung von Restaurationen ausreichend berücksichtigt werden. Geometrisch-statistische Berechnungen können Werte für die Wahrscheinlichkeit von okklusalen Fehlern angeben, die in einem repräsentativen Kollektiv tatsächlich auftreten würden. Zur Überprüfung der klinischen Relevanz sollten im Rahmen von randomisierten klinischen Studien das Auftreten dieser vorhergesagten Fehler bei der Herstellung indirekter Restaurationen mit den verschiedenen Übertragungsmethoden und ihre praktischen Konsequenzen in qualitativer und zeitlicher Hinsicht untersucht werden.

Abbildung 4:  
Unterkiefer- und  
Okklusionsebene  
bezogenes Gesichtsbogensystem.  
Hier wird das Unterkiefermodell zuerst  
in den Artikulator  
übertragen.



gung der Gelenkbahnneigung reduziert diese Werte auf elf Prozent beziehungsweise neun Prozent. Eine Übertragung der Modelle in den Artikulator mittels Gesichtsbogen würde zu einer Reduktion der Wahrscheinlichkeit auf der Arbeitsseite auf fünf Prozent und einen Anstieg auf der Balanceseite auf elf Prozent führen. Die individuelle Einstellung des Bennett-Winkels reduziert die Wahrscheinlichkeit zur Überschreitung der

haben, wenn sie als Teil einer Prozesskette angesehen wird, bei der alle Arbeitsschritte mit großem Einfluss auf okklusale Fehler (vor allem die Kieferrelationsbestimmung) mit hohem Qualitätsbewusstsein ausgeführt werden.

- Ist nach der Kieferrelationsbestimmung eine vertikale Relationsänderung im Artikulator erforderlich, so stellt die Verwendung von Gesichtsbögen mit arbiträren oder indi-

Thomas R. Morneburg, Erlangen  
Alfons Hugger, Düsseldorf  
Jens C. Türp, Basel  
Marc Schmitter, Heidelberg  
Karl-Heinz Utz, Bonn  
Wolfgang B. Freesmeyer †, Berlin  
Peter Rammelsberg, Heidelberg

Xeroderma pigmentosum

# Leben nicht nur im Mondschein

**Menschen, die an Xeroderma pigmentosum (XP) leiden, können sich nicht gefahrlos im Tageslicht bewegen. Ein Gendefekt verhindert, dass die von UV-Strahlen verursachten Schäden in der DNA ihrer Hautzellen repariert werden. XP-Patienten haben aus diesem Grund ein bis zu tausendfach erhöhtes Hautkrebsrisiko. Soziale Isolation und eine verkürzte Lebensdauer können die Folge sein – müssen es aber nicht.**

„Eigentlich waren wir eine ganz normale deutsche Durchschnittsfamilie. Bis zu dem Tag, an dem mir eine kleine Warze auf dem Nasenrücken von meinem Sohn aufgefallen ist.“ So beginnt Moni Prenting die Geschichte ihres 14-jährigen Sohnes Markus auf der Internetseite der Selbsthilfegruppe "XP-Freu(n)de". Bei Untersuchungen stellt sich heraus, dass es sich bei der Warze um einen Stachelzellkrebs handelt. Der damals ein Jahr alte Junge muss sofort operiert werden. Drei Monate später steht die Diagnose fest: Markus hat XP. In Deutschland leben nur etwa 50 Menschen mit dieser Krankheit.

## Eine Haut wie Pergament

XP wurde zum ersten Mal im Jahr 1870 von dem Wiener Dermatologen Moriz K. Kaposi beschrieben. Weil sich die Haut der Betroffenen wie Papier anfühlte, nannte er die Krankheit Pergamenthaut und gab ihr die Fachbezeichnung „Xeroderma“ – das griechische Wort „Xeros“ heißt übersetzt dürr und trocken. Kaposi stellte fest, dass Augen, Nase und Mund seiner Patienten stark angegriffen waren und sie schon im frühen Kindesalter Karzinome entwickelten. Seitdem haben Forscher herausgefunden, dass

XP ein autosomal-rezessiv vererbter Gendefekt ist, das heißt, die Krankheit kommt dann zum Ausbruch, wenn sich auf beiden Chromosomen die gleiche Veränderung in einem bestimmten Gen findet – also jeweils eine Mutation vom Vater und eine von der Mutter weitergegeben wird.

Bei XP hat das diese Folgen: Trifft die ultraviolette Strahlung des Sonnenlichts auf die Haut der Betroffenen, verursacht das irreparable Schäden am Erbgut der Hautzellen. Bei gesunden Menschen übernehmen spezielle Enzyme die Reparatur der Schäden, bei XP-Patienten hingegen verhindert das ein Defekt in der so genannten Nukleotidexzisionsreparatur. „Dieser Reparaturmechanismus behebt große DNS-Läsionen, die durch eine Vielzahl von Noxen wie ultraviolettes Licht, Alkylantien und Crosslinker hervorgerufen werden“, erklärt Prof. Dr. Mark Berneburg, Oberarzt an der Universitäts-Hautklinik in Tübingen und in Deutschland Spezialist für die Krankheit.

Es gibt unterschiedliche Schweregrade von XP, da je nach Art des Gendefekts andere Reparaturproteine funktionsuntüchtig sind. Insgesamt sind acht Komplementationsgruppen des Gendefekts bekannt: XP-A bis XP-G und eine XP-Variante. In etwa 20

Prozent der Fälle treten zusammen mit XP neurologische Defizite in Form motorischer Störungen und Reflexabschwächungen bis hin zu Ataxie und Spastik auf.

XP-A nimmt einen besonders schweren klinischen Verlauf mit multiplen Tumoren, neurologischen Symptomen und stark



Der Spielfilm „Mondscheinkinder“ gewann 2006 beim Max-Ophüls-Preis den Publikumspreis.

Foto: MEV

Foto: Arne Höhne Pressebild



Foto: Christina Lux

reduzierter Lebenserwartung. Die Subformen XP-B und -C kommen extrem selten vor. Laut Berneburg sind erst zwei Fälle beschrieben. Auch sie nehmen einen vergleichsweise schweren Verlauf. Die Komplementationsgruppen D bis G hingegen charakterisiert ein milder Verlauf, bei XP-D treten allerdings häufiger Hauttumoren auf als in den Gruppen E bis G.

Eine Heilung der Krankheit ist bisher nicht möglich. Wie bei vielen Erbkrankheiten, existieren auch in der XP-Forschung erste Ansätze einer Gentherapie. Aber: Solche Verfahren sind sehr aufwendig. Die XP-Forschung steht noch ganz am Anfang, so dass in den nächsten Jahren nicht mit einem Durchbruch zu rechnen ist.

## Leicht zu übersehen

XP zählt zu den seltenen Erkrankungen, den so genannten „Orphan Diseases“. Als selten gelten Krankheiten, wenn nicht mehr als fünf von 10 000 Menschen von ihnen betroffen sind. Das Problem: Erleiden mit geringer Inzidenz werden "in der täglichen Praxis häufig nicht mit in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einbezogen", weiß Mark Berneburg. „Gerade am Anfang

*Menschen mit XP müssen die Sonne nicht komplett meiden. Mit adäquatem Schutz für Haut und Augen können sie sich auch tagsüber draußen aufhalten.*

kann die Krankheit deshalb sehr leicht übersehen werden“. Weil die Krankheit oft zu spät erkannt wird, haben viele XP-Patienten einen langen Weg durch die medizinischen Instanzen hinter sich. Bevor die richtige Diagnose gestellt wird, ist ihr Gesicht wegen der vielen Tumoroperationen und Hauttransplantationen schon stark entstellt. Erfahren Betroffene früh von ihrer Krankheit, können sie lernen, sich effektiv zu schützen und den Schaden zu reduzieren. Hinweise auf XP sind bei Kindern überstarke Sonnenbrände schon nach kurzen Aufenthalten in der Sonne und eine frühe Sommersprossenbildung bei Babys.

„Zahnärzte könnten die Krankheit an Läsionen der Unterlippe, der Schleimhäute oder der Gesichtshaut erkennen. Wenn sie da Auffälligkeiten feststellen, sollten sie den Patienten an den Hautarzt überweisen“, rät Berneburg.

Für die Diagnose kommt die Unscheduled DNA Synthesis (UDS) zur Anwendung, mit der die Reparaturkapazität der Zellen bestimmt wird. „Dazu werden Fibroblasten aus Hautproben angezchtet und mit

unterschiedlichen Dosen von UVC-Licht exponiert“, erklärt Mark Berneburg. „Zur Reparatur wird den Zellen anschließend radioaktiv markiertes Tritium angeboten und der radioaktive Einbau in die DNS durch Szintillationsmessung bestimmt. Da die DNS-Polymerase im letzten Reparaturschritt die entstandene Lücke in der DNS auffüllt, entspricht der radioaktive Einbau auch der Reparaturkapazität der untersuchten Zellen“. Liegt die UDS unter 40 Prozent, handelt es sich um XP.

Die Spanne der Lebenserwartungen liegt bei XP-Patienten weit auseinander. Mark Berneburg: „Es gibt Patienten, die 60 Jahre alt werden, wir haben auch eine 80-jährige Patientin. Andere leiden dagegen mit sechs Jahren schon an multiplen Hauttumoren und versterben vor ihrem zehnten Geburtstag“. Das Lebensalter von Menschen mit XP hängt vom Schweregrad Ihrer Erkrankung ab, wie regelmäßig sie zu den Vorsorgeuntersuchungen erscheinen – und wie konsequent sie sich schützen. Dazu gehört neben einer die Haut vollständig bedeckenden, UV-dichten Kleidung und einem Kopfschutz das Auftragen einer Sonnencreme mit hohem Lichtschutzfaktor. Mittlerweile gibt es Cremes, die Enzyme enthalten, die die Schäden im Erbmateriale reparieren. Auch ihren Wohn- und Arbeitsraum sollten XP-Betroffene in die Prophylaxe miteinbeziehen und Fensterscheiben in Haus, Schule oder Büro mit einer UV-abweisenden Folie versehen. Die konsequente Befolgung dieser Vorsichtsmaßnahmen kann sich positiv auf die Lebenserwartung auswirken. Dennoch: XP ist mit Tumoroperationen und -therapien, einem hohen Versorgungsaufwand, Kontrolluntersuchungen und Prophylaxe verbunden. Das behindert den persönlichen Freiraum der Betroffenen. Die individuellen Reaktionen darauf fallen unterschiedlich aus.

## Im Licht der Öffentlichkeit

In den Medien werden Menschen mit XP meist als Mondscheinkinder bezeichnet. Der Name zeichnet ein in vielen Aspekten zutreffendes, aber letztendlich zu einseitiges Bild der Krankheit. Er erweckt den Eindruck,

## zm-Info

**XP-Patienten beim Zahnarzt**

XP-Spezialist Prof. Dr. Mark Berneburg von der Universitäts-Hautklinik in Tübingen gab im Interview mit der zm Auskunft darüber, welche Besonderheiten bei der zahnärztlichen Behandlung von Menschen mit Xeroderma pigmentosum zu beachten sind – und worum sich Zahnärzte keine Sorgen machen müssen. Die Lampe über dem Behandlungsstuhl stellt zum Beispiel kein Problem für die Betroffenen dar. Auch die UV-Strahlung der Lampen zur Polymerisation von Füllungen reicht seiner Aussage nach insgesamt nicht aus, um Hautkrebs hervorzurufen.

Bei der Untersuchung des Mundraums sollten Zahnärzte besonders bei der Untersuchung der Unterlippe aufmerksam sein, weil sich dort, und generell an den Schleimhäuten, sehr häufig Krebsgeschwüre bilden. Auf die Dentition und die Form der Zähne, die ein Anhängsel

des Endoderms und damit unmittelbar mit der Haut verwandt sind, hat XP jedoch keinen Einfluss, so Berneburg – aber: „Es können generell alle Zellen entarten, wenn sie mit Noxen exponiert werden, deren Produkte normalerweise durch den bei XP defekten Reparaturmechanismus NER wiederhergestellt werden. Insofern überrascht es nicht, dass auch Krebsformen an inneren Organen berichtet worden sind. Unklar ist jedoch, welche Noxen hier eine Rolle gespielt haben.“

Bei der Behandlung von Kindern mit XP können Zahnärzte laut dem Spezialisten wie bei gesunden Kindern verfahren und sie ganz normal untersuchen. Auch bekämen XP-Patienten keine Medikamente, die für eine zahnärztliche Behandlung irgendwie relevant seien, weil sie zum Beispiel zu unerwünschten Nebenwirkungen führen könnten. ■

dass die Betroffenen zu einem Leben in Dunkelheit gezwungen sind. Lange Zeit entsprach das auch der Empfehlung der Mediziner. Moni Prenting erinnert sich an die Zeit, nachdem bei ihrem Sohn XP diagnostiziert wurde: „Die Schulmediziner lasen uns cool aus einer Broschüre vor, wie wir uns ab sofort zu verhalten hätten: Gehen

Sie mit ihrem Kind tagsüber nicht mehr nach draußen. Ändern Sie ihren Tag-Nacht-Rhythmus: Schlafen sie tagsüber und werden sie zu Nachtaktiven. Geben Sie Ihre Tagesjobs auf und arbeiten Sie ab sofort nur noch nachts. XP-Menschen sind sehr einsame Menschen, finden sie sich damit ab. XP-Kranke haben nur eine geringe Lebens-

erwartung“. Die Prentings fügten sich und krepelten ihr Leben um. Ein Elternteil blieb nachts wach und ging mit Markus zum Spielen raus.

Irgendwann aber war Schluss mit der Isolation, so die Mutter. Die Familie suchte „sehr zum Erstaunen der Schulmediziner“ nach einem alternativen Weg, um aus ihrem „Nachtkind ein Tagkind“ zu machen. Die Prentings informierten sich und fanden heraus, dass es eine UV-Schutzfolie für Fenster gibt. So konnte Markus einen normalen Kindergarten und die Grundschule besuchen. Jetzt geht er zur Realschule. Weil er die richtige Kleidung trägt, kann er am Nachmittag mit seinen Freunden draußen spielen und ist als Hockeytorwart in einem Verein aktiv.

„XP-Kranke haben eine annähernd normale Lebenserwartung. Es dreht sich halt alles nur um Schutz. Je mehr sie sich schützen, umso weniger Tumore können sich entwickeln und umso länger werden sie leben“, wissen die Eltern heute. Dafür gehen die Prentings auch Konflikte mit der Krankenkasse ein, wenn es zum Beispiel darum geht, wer die UV-abweisende Schutzfolie oder hochwertige Sonnencremes bezahlt. Heute hat sich die Situation mit der Kasse entspannt. „Wir haben irgendwann das persönliche Gespräch gesucht, sind hingefahren und haben uns mit den Verantwortlichen ausgetauscht. Wir konnten einen Kompromiss aushandeln. Auch von anderen Betroffenen hören wir, dass sich die Situation langsam verbessert.“

Auch Jalal El Sayed, 1983 im Libanon geboren, musste lange mit seiner Krankenkasse diskutieren, bis sie sich an den Kosten für die Sonnencreme beteiligte. Bei ihm wurde XP im Alter von drei Jahren diagnostiziert. Danach, berichtet er auf der „XP-Freu(n)de“-Homepage, „kam die Sache für mich erst richtig ins Laufen. Es folgte eine OP nach der anderen. Im ganzen Gesicht wurden Hautverpflanzungen vorgenommen“. Als kleines Kind sei er mehr im Krankenhaus gewesen als zuhause.

Wie er mit seiner Krankheit in der Öffentlichkeit umgehen will, hat Jalal erst nach und nach für sich entschieden. In der Schule kämpfte er wegen seines Aussehens

*Viele XP-Patienten wollen sich von ihrer Krankheit nicht einschränken lassen und das Leben in vollen Zügen genießen.*



Foto: Moni und Dirk Prenting, PVCplus



Foto: Christina Lux

An einem Strand in Frankreich hat Christina Lux XP-Patientin Cécile fotografiert. Die Bielefelderin ...

zunächst mit seinem Außenseiterstatus. Es sei viel getuschelt worden, erinnert er sich. „Als ob man eine ansteckende Krankheit hat. Aber ich hab mich darum nicht gekümmert, auch wenn es manchmal wehtat. Mit der Zeit habe ich mir ein dickes Fell zugelegt“. Aber: Nachdem seine Mitschüler mitbekommen hätten, „wie ich so drauf bin, hat es nachgelassen und es ging weiter als ob nix vorgefallen wäre“. Heute geht Jalal selbstbewusst mit seiner Krankheit um und hat keine Scheu, sie zum Thema zu machen und sich im Licht der Öffentlichkeit zu zeigen. Sein Standpunkt: „Warum soll ich mich zurückziehen? Warum nicht kämpfen und die Menschen auf meine Krankheit aufmerksam machen?“

... hat für ihr Buch „Mondscheinkinder – Wenn der Tag die Nacht berührt“ Menschen mit XP über mehrere Jahre begleitet und porträtiert.



Foto: Christina Lux

## Mittendrin sein, statt zuzugucken

Trotzdem: Soziale Isolation ist und bleibt eine mögliche Folge von XP, wie auch Prof. Mark Berneburg bestätigt. „Die Krankheit ist für die Patienten und ihre Familien eine große Belastung. Jeder hat die individuelle Freiheit zu entscheiden, wie er damit umgeht.“ Manche zögen sich komplett zurück, nähmen am Leben draußen nicht teil. Andere wiederum würden die Risiken vollkommen ignorieren und sogar ungeschützt in die Sonne gehen, weil sie sich nicht einschränken lassen wollen.

Sich unter gesunden Menschen zu bewegen, ist oft nicht einfach für XP-ler. Markus Prenting etwa wird wegen seines Aussehens und der Schutzkleidung, vor allem wegen

des Kopfschutzes, oft gehänselt. Dem Wunsch nach Normalität steht das im Weg. Fotografin Christina Lux hat sich mit vielen Betroffenen über dieses Problem unterhalten und die verschiedenen Aspekte der Krankheit in einem Bildband festgehalten. Christina Lux hat im Zuge ihrer Recherchen auch Jalal kennengelernt. „Trotz der 150 Operationen, die er schon hinter sich hat, will er sich nicht zu sehr von der Krankheit einschränken lassen – zudem weiß er, dass es keinen absoluten Schutz gegen das UV-Licht gibt.“

Es gibt natürlich auch viele Betroffene, die sich sehr schützen“, weiß Christina Lux. Besonders bei den Kindern sei das so, weil ihre Eltern darauf achten. Mit ihren Fotoarbeiten will sie vermitteln und erklären, was ein Leben mit XP ausmacht: „Dazu gehört eine besondere Wahrnehmung des Sonnenlichtes ebenso wie die Erfahrung von Ausgrenzung und Einsamkeit, der Kampf um Freiheiten und eine andere Perspektive auf das Leben.“

Susanne Theisen  
Freie Journalistin in Köln  
SusanneTheisen@gmx.net

DGP und ARPA Herbsttagung

## Exzellenz in Forschung und Praxis

Die DGP und die ARPA-Wissenschaftsstiftung veranstalteten Mitte September mit gut 600 Tagungsteilnehmern eine Herbsttagung im World-Conference-Center-Bonn (WCCB). Der historische Plenarsaal, der zwischen 1992 und 1999 dem Bundestag diente, bot ausreichend Platz für die Vorträge im Rahmen des wissenschaftlichen Hauptprogramms.



Abbildung 1: Zahn 25 oben: tiefer intraalveolärer Defekt bis ins apikale Wurzelfeld, Mobilität Grad II; unten: deutliche knöcherne Auffüllung zwei Jahre nach Schienung und regenerativer Therapie ausschließlich unter Verwendung von Schmelz-Matrix-Proteinen.

Die Beantwortung der Frage „Lokale Antibiotika – Wozu?“ war Ziel des Hereus-Symposiums, mit dem der Kongress startete. Prof. Peter Eickholz, Frankfurt, referierte einführend über die anhaltend hohe Manifestationshäufigkeit von behandlungsbedürftiger Parodontitis in der deutschen Bevölkerung, einem nach wie vor ungelösten gesundheitspolitischen Problem. Dabei machte er die Rolle der regelmäßigen unterstützenden Parodontaltherapie (UPT) als Schlüssel des Erfolgs für Zahnerhalt deutlich und gab einen Einblick in die unterstützende Antibiotikatherapie. Prof. Ti-Sun Kim aus

Heidelberg nahm diesen roten Faden in ihrem Vortrag zum Thema „Lokale Antibiotikagabe in der Parodontologie – eine Alternative zur systemischen Antibiose?“ auf. Zum Abschluss des morgendlichen Programms berichtete Prof. Eickholz über die klinischen Effekte der subgingivalen Applikation eines 14-prozentigen Doxycyclin-Gels in der Parodontitistherapie.

### Bioaktive Peptide

Privatdozent Dieter Bosshardt, Bern, erörterte in seinem Vortrag „Bioaktive Faktoren für die parodontale Regeneration“, die er durch oftmals histologisch beobachtete Spaltbildungen zwischen Dentin und neugebildetem Zement illustrierte.

Dr. Otto Zuhr, München, thematisierte in seiner Präsentation das Problem der Geweberemodellation nach Extraktionen. Unabhängig von Sofort- oder verzögerter Implantation tritt Knochenverlust ein. Ein möglicher Lösungsansatz ist die Socket-Seal-Technik, bei der ein Teil der vestibulären Zahnwurzel auch während der Implantatversorgung in der Alveole als Resorptionsschutz verbleibt.

### Parodontale Regeneration mit Stammzellen

Dr. Christian Morsczek, Regensburg, referierte zu den zukünftigen „Perspektiven der parodontalen Stammzelltherapie“. Prof. Heinz Hans Topoll, Münster, bearbeitete das Thema „Therapie fazialer Rezessionen. Schmelzmatrixproteine oder Bindegewebs-transplantate?“. Mit vielen Fallbeispielen



Abbildung 2: Kieferorthopädische Therapie nach erfolgreicher systematischer Therapie einer generalisierten schweren chronischen Parodontitis bei einer Patientin im Alter von 47 Jahren.

und Studienergebnissen machte er deutlich, dass die Deckung freiliegender Wurzeloberflächen bis zwölf Monate nach Therapie mit beiden Verfahren gleich gut gelingt. Basierend auf eigenen Beobachtungen geht er allerdings von einem Trend hin zur besseren Rezessionsdeckungen bei Verwendung von Bindegewebs-transplantaten aus.

### Warnsignal Schmerz beim Paro-Patienten

Das Gaba-Symposium wurde von Privatdozentin Bettina Dannewitz, Heidelberg/Frankfurt, mit einem Vortrag über Charakteristika und Behandlungsmöglichkeiten nekrotisierender Parodontalerkrankungen eröffnet. Die Aachenerin Dr. Said Yekta widmete sich der subjektiven Schmerzwahrnehmung im Allgemeinen und den Möglichkeiten, die zahnärztliche Behandlungssituation im Hinblick auf ein Minimum an Schmerzentscheidung zu optimieren. Einen Überblick über Prävalenz, Ursachen und Behandlungsmethoden schmerz-



empfindlicher Zähne gab Prof. Nicole Arweiler, Marburg. Der Präsident der DGP, Prof. Ullrich Schlagenhauf, Würzburg, legte in einem abschließenden Referat aktuelle klinische Daten zur Interferenz antibakterieller Spüllösungen mit der Ausheilung intraoraler Wunden dar.

## Periimplantitis und Oberflächen

In seinen Vortrag „Periimplantitis - a question of surfaces?“ machte Prof. Tord Berglundh aus Göteborg den Zusammenhang zwischen der Oberflächenbeschaffenheit von Implantaten, insbesondere Rauigkeit und Beschichtung, und der Progression der Periimplantitis klar. Unter dem Titel „Periimplantitis – a clinical challenge“ wies Dr. Jean-Louis Giovannoli, Paris, darauf hin, dass die optimale Reinigung von Implantat-



Die DGP verlieh Prof. Dr. Hans-D. Mierau für sein langjähriges Engagement im Fach Parodontologie die Ehrenmitgliedschaft. DGP-Präsident Prof. Schlagenhauf gratulierte Prof. Mierau und Gattin und bedankte sich bei dem Geehrten für seinen verdienstvollen Einsatz für die Belange der Parodontologie.

oberflächen, unabhängig von der Vorgehensweise, Ziel jeder Behandlung ist. Illustriert durch eine große Zahl eindrucksvoller klinischer Fallbeispiele, machte er aber auch deutlich, dass evidenzbasierte Vorgehensweisen mit vorhersagbaren Ergebnissen noch keineswegs etabliert sind. Zur Reosseointegration, die in tierexperimentellen Studien gezeigt werden kann, fehlen entsprechende Resultate beim Menschen.

## Parodont und biomechanischer Stress

Prof. James Deschner und Prof. Andreas Jäger, beide Bonn, referierten über die Einflüsse von kieferorthopädischer Belastung auf den Parodontalzustand sowie die Möglichkeiten von Knochengewinn mittels KFO-Therapie. Prof. Deschner wies darauf hin, dass im Rahmen von In-vitro-Modellen schon geringe biomechanische Kräfte das Ergebnis von regenerativen Verfahren mit EMD negativ beeinflussen können.

Die theoretischen und experimentellen Grundlagen für die mögliche Knochengewinnung durch kieferorthopädische Maßnahmen wurden im Anschluss von Prof. Dr. Dr. Peter Diedrich, Aachen, mit beeindruckenden Fallbeispielen untermauert.

## Kieferorthopädin trifft Parodontologen

Der Workshop „Orthodontic treatment of periodontitis patients – rationale and treatment approaches“ von Prof. Mariano Sanz, Parodontologe und seiner Ehefrau Prof. Alvaro Martin, Kieferorthopädin, beide Madrid, erwies sich als Geheimtipp. Basierend auf aktueller Evidenz präsentierte das Team eindrucksvoll die Lösung komplexer Behandlungsfälle unter Ausschöpfung aller modernen Möglichkeiten (Regenerative Parodontalchirurgie, Miniimplantate und mehr) mit dem Ziel eines maximalen Zahnerhalts zur Wiederherstellung von Ästhetik und Funktion.

Dr. Arne Schäfer, Kiel, berichtete, dass bereits vier neue Risikogene entdeckt wurden. Er dankte allen niedergelassenen Kollegen, die bereits zur Rekrutierung von Patienten mit aggressiver Parodontitis beigetragen haben. Nun gelte es, die Funktion dieser neu identifizierten Gene aufzuklären.

## Schnittstelle Parodont und Gesamtorganismus

Prof. Bruno Loos, Amsterdam, bezog Stellung zur „Perio-systemic connection“ und machte sehr eindrücklich deutlich, über welche Pathomechanismen die parodontale

## zm-Info

**Ehrungen und Preise**

Der Eugen Fröhlich Preis der DGP 2010 ging an die Arbeitsgruppe Daniela Gätke, Dr. Birte Holtfreter, Corinna Althaus, Greifswald, für die Arbeit „Untersuchungen zur Assoziation von Antikörpern gegen PF4/Heparin-Komplexe mit Parodontalerkrankungen“. Der Dissertationspreis der DGP 2010 ging an Dr. Grisca Brauckhoff, Greifswald, für die Arbeit „Deskriptive Evaluierung der Mundgesundheit in Deutschland auf der Grundlage von aktuellen epidemiologischen Studien“. Der 2007 ins Leben gerufene Heinz-Erpenstein-Preis der DGP für die beste Publikation eines Praktikers ging an Dr. Behnam R. Shakibaie für „Socket und Ridge Preservation aus dreidimensionaler Sicht – eine klinische Studie“. Bestpreise 2010: Kurzvorträge: 1. Bestpreis: A. Bäumer, N. El Sayed, P. Eickholz, T. Kim, B. Pretzl: „Warum verlieren Patienten mit aggressiver Parodontitis in der Nachsorge Zähne?“ 2. Bestpreis: B. Pretzl, N. El Sayed, T. Kim, R. Cosgarea, J. Kaltschmitt, K. Nickles, P. Eickholz: „Einfluss des Interleukin-1-Polymorphismus auf den Schweregrad von Parodontalerkrankungen“. Poster: 1. Bestpreis: S. Scharf, M. Wohlfeil, Y. Siegelin, B. Schacher, G. M. Oremek, H. Sauer-Eppel, R. Schubert, P. Eickholz: „Entzündungsparameter im Serum sind mit aggressiver Parodontitis assoziiert“. 2. Bestpreis: L. Röhlke, B. Schacher,



Foto: DGP

M. Wohlfeil, T. Kim, J. Kaltschmitt, J. Krieger, D. Kriger, P. Reitmeir, P. Eickholz: „Regenerative Therapie infraalveolärer Defekte mit und ohne systemische Antibiotikagabe“.

Auch im Jahr 2010 konnten die DGP und ARPA-Wissenschaftsstiftung mit Unterstützung der Firma GABA dem langjährigen Partner der DGP Forschungsförderungen ausloben. Von insgesamt sechs eingereichten Projekten wurden nach Bewertung durch unabhängige Gutachter drei Projekte mit jeweils 10 000 Euro gefördert: Dr. Birte Holtfreter, Greifswald: Association between Testosterone Hormone levels and Periodontitis in a population-based cohort (SHIP). Dr. Arne Schäfer, Kiel: Functional characterization of CDKN2BAS and its Role in Mediating Inflammatory Signals in Periodontitis. Dr. Susanne Schulz, Dr. Stefan Reichert, Halle: Differentielle DNA-Methylierung im TNF-Gen bei Patienten mit schwerer generalisierter Parodontitis.

Infektion kardiovaskuläre Erkrankungen beeinflusst. Er wies ebenfalls auf die Wechselwirkungen zwischen Parodontitis und Diabetes hin und beschrieb anhand einer eigenen aktuell publizierten Meta-Analyse, wie parodontale Therapie den Blutzuckerspiegel bei Diabetes günstig beeinflussen kann. Er schloss seinen Vortrag mit der eindringlichen Aufforderung an alle anwesenden Kollegen: „Treat periodontitis“.

**Antimikrobielle Peptide**

Privatdozent Henrik Dommisch, Bonn, maß den antimikrobiellen Peptiden als „körpereigenen Antibiotika“ eine wichtige Rolle bei der Parodontitis zu und arbeitete ihr großes

Potenzial für zukünftige therapeutische Anwendung heraus. Prof. Benjamin Ehmke aus Münster berichtete über den aktuellen wissenschaftlichen Stand zum adjunktiven Nutzen systemischer Antibiotika. Weiterführende aktuelle Ergebnisse zu diesem „Dauerbrenner“ werden aus einer groß angelegten multizentrischen Studie erwartet, die demnächst abgeschlossen wird.

**Regeneration statt Extraktion**

Parallel zum wissenschaftlichen Hauptprogramm stellte Dr. Frank Bröseler, Aachen, im Straumann-Symposium am Beispiel seines Praxiskonzepts den Therapieerfolg regene-

rativer Parodontalchirurgie vor. Anhand eines Leitschemas präsentierte er eine interdisziplinär strukturierte Therapie, die sowohl Parodontologie als auch Kieferorthopädie und restaurative Schwerpunkte umfasst. Im Anschluss berichtete Dr. Mario Rocuzzo, Turin, über regenerative Techniken zum Erhalt von Funktion und Ästhetik. Er machte sich dafür stark, Zähne so lange wie möglich zu erhalten und zeigte, geleitet von zahn- und patientenbezogenen Risikofaktoren, Therapiepfade dafür auf. Kritisch betrachtete er das Regenerationspotenzial von furkationsbefallenen Molaren.

**Fazit**

Wenn man bedenkt, dass die Ressourcen für die deutschen Universitäten seit Jahren stetig schrumpfen und dennoch durch Verwaltungsgerichte zunehmend Studenten für den Studiengang Zahnmedizin zugelassen werden, ist es erstaunlich und bemerkenswert, wie viel exzellente Forschung die Parodontologen vorzuweisen haben. Kaum vorstellbar, was die Parodontologie in Deutschland leisten könnte, wenn sie an jeder Universitätszahnklinik angemessen repräsentiert wäre. Die Gemeinschaftstagung stellte die Bedeutung des Fachs Parodontologie in der Zahnmedizin eindrucksvoll dar und schlug eine Brücke von aktuellen Forschungsergebnissen zur täglichen klinischen Praxis. Unterstrichen wurde dieses auch durch ein umfangreiches Mitarbeiterinnenprogramm, das auf der Tagung großen Zuspruch erfuhr.

ZÄ Milena Hopp  
ZA Hendrik Schulze  
Dr. Martin Hagner  
Poliklinik für Parodontologie  
und Zahnerhaltung  
Zentrum für  
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
Welschnonnenstr. 17  
53111 Bonn  
eickholz@med.uni-frankfurt.de



## Fortbildung im Überblick

Abrechnung	KZV Baden-Württemberg	S. 59	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63	
	ZÄK Bremen	S. 60		DZOI	S. 66
Alterszahnheilkunde	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63	Kieferorthopädie	ZÄK Niedersachsen	S. 62
	KZV Baden-Württemberg	S. 59		ICCMO	S. 66
	LZK Sachsen	S. 62		Kinderzahnheilkunde	KZV Baden-Württemberg
ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63	ZÄK Hamburg	S. 61		
Chirurgie	KZV Baden-Württemberg	S. 59	ZÄK Westfalen-Lippe		S. 63
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 60	APW	S. 66	
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 64	Universität Bern	S. 65	
Endodontie	DZOI	S. 66	Notfallbehandlung	KZV Baden-Württemberg	S. 59
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 60		ZÄK Niedersachsen	S. 62
	ZÄK Niedersachsen	S. 61		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 64
	ZÄK Nordrhein	S. 62	APW	S. 66	
	LZK Sachsen	S. 62	Parodontologie	ZÄK Niedersachsen	S. 61
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 63		LZK Rheinland-Pfalz	S. 62
ZÄK Westfalen-Lippe	S. 64	Praxismanagement		KZV Baden-Württemberg	S. 59
APW	S. 65		LZK Berlin/Brandenburg	S. 60	
Implantologie	LZK Berlin/Brandenburg		S. 60	ZÄK Bremen	S. 60
	ZÄK Nordrhein	S. 62	ZÄK Nordrhein	S. 62	
	LZK Rheinland-Pfalz	S. 62	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 64	
			Prophylaxe	KZV Baden-Württemberg	S. 59
				LZK Berlin/Brandenburg	S. 60
				ZÄK Bremen	S. 60
			Prothetik	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 65
				LZK Berlin/Brandenburg	S. 60
				ZÄK Hamburg	S. 61
			Restaurative ZHK	ZÄK Niedersachsen	S. 62
				ZÄK Schleswig-Holstein	S. 63
				ZÄK Westfalen-Lippe	S. 64
			Zahnerhaltung	KZV Baden-Württemberg	S. 60
				ZÄK Westfalen-Lippe	S. 64

**Fortbildung der Zahnärztekammern** Seite 59

**Kongresse** Seite 65

**Universität** Seite 65

**Wissenschaftliche Gesellschaften** Seite 65

**Freie Anbieter** Seite 66

**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

### KZV Baden-Württemberg



#### Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsforum Freiburg

**Thema:** Steigerung der Akzeptanz und Wirksamkeit der Prophylaxe durch Anwendung gesundheitspsychologischer Prinzipien  
**Referent:** Dr. Thomas Schneller, Hannover  
**Termin:** 14.01.2011  
**Gebühr:** 125 EUR  
**Kurs-Nr.:** 11/400

**Thema:** Grundlagen zahnmedizinischer Psychologie  
**Referent:** Dr. Thomas Schneller, Hannover  
**Termin:** 15.01.2011  
**Fortbildungspunkte:** 8  
**Gebühr:** 320 EUR  
**Kurs-Nr.:** 11/100

**Thema:** Wie und was Mitarbeiterinnen zum Praxiserfolg beitragen  
**Referent:** Dipl. oec. Hans Dieter Klein, Stuttgart  
**Termin:** 19.01.2011  
**Fortbildungspunkte:** 6  
**Gebühr:** ZA 175 EUR, ZFA/MA 150 EUR  
**Kurs-Nr.:** 11/300

**Thema:** Praxisfit Management-Fortbildung für Zahnärztinnen und Zahnärzte.  
Modul 3: Mitarbeiterführung und Teamentwicklung  
**Referent:** Christa Maurer, Lindau  
**Termin:** 20. – 22.01.2011  
**Fortbildungspunkte:** 20  
**Gebühr:** 740 EUR  
**Kurs-Nr.:** 10/602C

**Thema:** Manuelle Funktions- und Strukturanalyse (MSA-I)  
**Referent:** Prof. Dr. Axel Bumann, Berlin

**Termin:** 28./29.01.2011  
**Fortbildungspunkte:** 17  
**Gebühr:** 980 EUR  
**Kurs-Nr.:** 11/101

**Thema:** Marketing für Zahnärzeteams: Beziehungspflege mit Patienten 50 plus  
**Referent:** Hans-Georg Pompe, Bruchsal  
**Termin:** 29.01.2011  
**Fortbildungspunkte:** 8  
**Gebühr:** ZA 335 EUR, ZFA/MA 295 EUR  
**Kurs-Nr.:** 11/301

**Thema:** Strukturierte Fortbildung Kinderzahnheilkunde  
**Referent:** Prof. Dr. Elmar Hellwig et al.  
**Termine:**  
Teil 1: 02. – 05.02.2011  
Teil 2: 12. – 14.05.2011  
**Fortbildungspunkte:** 74  
**Gebühr:** 2 400 EUR  
**Kurs-Nr.:** 11/600

**Thema:** Praxisfit Management-Fortbildung für Zahnärztinnen und Zahnärzte.  
Modul 4: Qualitätsmanagement  
**Referent:** Iris Karcher, Freiburg  
**Termin:** 04.02.2011  
**Fortbildungspunkte:** 12  
**Gebühr:** 444 EUR  
**Kurs-Nr.:** 10/602D

**Thema:** Professionelle Umgangsformen, Zielgerichtete Gesprächsführung, Umgang mit Beschwerden  
**Referent:** Gundi Brockmann, Weiden  
**Termin:** 04.02.2011  
**Gebühr:** 225 EUR  
**Kurs-Nr.:** 11/401

**Thema:** Von Anfang an. Fortbildung für Auszubildende in der Zahnarztpraxis  
**Referent:** Gundi Brockmann, Weiden  
**Termin:** 05.02.2011  
**Gebühr:** 225 EUR  
**Kurs-Nr.:** 11/402

**Thema:** Grundmodul: Notfalltraining für Zahnärztinnen, Zahnärzte und deren Assistenzpersonal  
**Referenten:** Landesrettungsschule Baden  
**Termin:** 09.02.2011  
**Gebühr:** ZA 145 EUR, ZFA 95 EUR  
**Kurs-Nr.:** 11/302

**Thema:** Update Modul F: Hygiene – Anforderungen an Organisation, Dokumentation und Freigabe  
**Referentin:** Iris Karcher, Freiburg  
**Termin:** 23.02.2011  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Fortbildungspunkte:** 8  
**Gebühr:** ZA 120 EUR, 60 EUR je weiteres Mitglied der Praxis  
**Kurs-Nr.:** 11/500

**Thema:** Ästhetische Korrekturen mit Komposit – Es geht besser als man glaubt  
**Referent:** Prof. Dr. Bernd Klaiber, Würzburg  
**Termin:** 11./12.02. 011  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Fortbildungspunkte:** 11  
**Gebühr:** 535 EUR  
**Kurs-Nr.:** 11/102

**Thema:** Selbst erstellte Buchführung in der Zahnarztpraxis  
**Referentin:** Andrea Leder, Erding  
**Termin:** 12.02.2011  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Fortbildungspunkte:** 9  
**Gebühr:** ZA 225 EUR, ZFA, MA 200 EUR  
**Kurs-Nr.:** 11/303

**Thema:** Einstieg in die maschinelle Wurzelkanalaufbereitung  
**Referent:** PD Dr. Karl-Thomas Urbas, Freiburg  
**Termin:** 16.02.2011  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Fortbildungspunkte:** 5  
**Gebühr:** 150 EUR  
**Kurs-Nr.:** 11/103

**Thema:** Praktisch fitter in der Prophylaxe – Ein Refresher-Kurs für Prophylaxehelferinnen, ZMP und ZMF  
**Referentinnen:** Christina Bregenhorn und Iris Karcher, Freiburg  
**Termin:** 16.02.2011  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Gebühr:** 195 EUR  
**Kurs-Nr.:** 11/403

**Thema:** Siegen ohne zu kämpfen – Profitieren Sie vom Jahrtausende alten Wissen der Shaolin-Mönche aus China (Aufbauseminar)  
**Referent:** Gerhard Conzelmann, Hadamar, gemeinsam mit einem Shaolin-Mönch  
**Termin:** 18./19.02.2011  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Fortbildungspunkte:** 18  
**Gebühr:** ZA 730 EUR, ZFA, MA 700 EUR  
**Kurs-Nr.:** 11/304

**Thema:** Prophylaxe für Patchwork-Zähne: Zahnersatz und Implantate  
**Referentin:** Annette Schmidt, München  
**Termin:** 18.02.2011  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Gebühr:** 225 EUR  
**Kurs-Nr.:** 11/404

**Thema:** ABC der Wirkstoff-Prävention und -therapie  
**Referentin:** Annette Schmidt, München  
**Termin:** 19.02.2011  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Gebühr:** 225 EUR  
**Kurs-Nr.:** 11/405

**Thema:** Praxisfit Management-Fortbildung für Zahnärztinnen und Zahnärzte  
Modul 5 „Praxismarketing“  
**Referentin:** Christa Maurer, Lindau  
**Termin:** 25./ 26.02.2011  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Fortbildungspunkte:** 12  
**Gebühr:** 444 EUR  
**Kurs-Nr.:** 10/602E

**Thema:** Einführung in die Ohr- und Körperakupunktur für Zahnärzte – Kurs I  
**Referent:** Prof. h.c. VRC Dr. Winfried Wojak, Horn-Bad Meinberg  
**Termin:** 25./26.02.2011  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Fortbildungspunkte:** 14  
**Gebühr:** 525 EUR  
**Kurs-Nr.:** 11/104

**Auskunft und Anmeldung:**  
Fortbildungsforum Freiburg/ FFZ Sekretariat des FFZ  
Tel.: 0761/4506-160 oder -161  
Merzhäuser Str. 114-116  
79100 Freiburg  
info@ffz-fortbildung.de  
www.ffz-fortbildung.de

#### Fortbildungsveranstaltungen der Regionalstelle Stuttgart

**Thema:** Einführung in die medizinische Hypnose für Zahnärzte und Ärzte  
**Referent:** Dr. A. Schmierer  
**Termin:** 02.02.2011: 20.00 – 22.00 Uhr  
**Ort:** Stuttgart, Esslinger Str. 40  
**Fortbildungspunkte:** 2  
**Kurs-Nr.:** STRKHZ11

**Thema:** Einführung in die medizinische Hypnose für Zahnärzte und Ärzte

**Referent:** Dr. A. Schmierer

**Termin:**

09.02.2011: 20.00 – 22.00 Uhr

**Ort:** Stuttgart, Esslinger Str. 40

**Fortbildungspunkte:** 2

**Kurs-Nr.:** STRKHZ211

**Thema:** Einführung in die zahnärztliche Hypnose

**Referent:** G. & A. Schmierer

**Termin:**

25.02.2011: 14.00 – 20.00 Uhr

26.02.2011: 09.00 – 18.00 Uhr

**Ort:** Stuttgart, Esslinger Str. 40

**Fortbildungspunkte:** 16

**Kurs-Nr.:** STRZ111

**Gebühr:** 490 EUR,  
460 EUR für DGZH-Mitglieder

#### Auskunft und schriftliche

##### Anmeldung:

Fortbildungsforum Freiburg/ FFZ

Sekretariat des FFZ

Tel.: 0761/4506-160 oder -161

Merzhauser Str. 114-116

79100 Freiburg

info@ffz-fortbildung.de

www.ffz-fortbildung.de

#### Fortbildungsveranstaltungen der Bezirkszahnärztekammer Freiburg

#### 22. Fortbildung für ZFA

**Thema:** Zahnerhaltung und

Patientenbetreuung im Team

**Organisation:** Dr. Peter Riedel

**Termin:** 06.05.2011

**Ort:** Schluchsee

**Anmeldung:**

Frau Sabine Häringer

Tel. 0761/4506352

Fax 0761/4506450

sabine.haeringer@bzk-freiburg.de

#### 36. Schwarzwaldtagung der südbadischen Zahnärzte

**Thema:** Zahnerhaltung im Grenzbereich – moderne endodontologische Verfahren

**Organisation:**

Prof. Dr. Elmar Hellwig,

**Termin:** 06./07.05.2011

**Ort:** Titisee

**Anmeldung:**

Frau Gudrun Kozal

Tel. 0761/4506311

Fax 0761/4506450

gudrun.kozal@bzk-freiburg.de

### LZK Berlin/ Brandenburg



#### Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

**Thema:** Strukturierte Fortbildung:  
Implantologie

**Moderator:** Prof. Dr. Dr. Volker

Strunz (Berlin)

**Termin:**

11.02.2011: 14.00 – 19.00 Uhr

12.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr

insgesamt 12 Veranstaltungstage

**Fortbildungspunkte:** 86

**Kursnr.:**2014.8

**Hinweis:**

Frühbucherrabatt möglich

**Thema:** Curriculum für Hypnose  
und Kommunikation in der Zahn-  
medizin

**Moderator:** Dr. Horst Freigang

(Berlin)

**Termin:**

18.02.2011: 14.00 – 20.00 Uhr

19.02.2011: 09.00 – 18.00 Uhr

insgesamt 12 Veranstaltungstage

**Fortbildungspunkte:** 96

**Kursnr.:**6030.3

**Hinweis:**

Frühbucherrabatt möglich

**Thema:**Aufstiegsfortbildung

zum/r Dentalhygieniker/in

**Wissenschaftliche Leitung:** Prof. Dr.

Bernd-Michael Kleber (Berlin)

**Klinische Leitung:**

Prof. Dr. Andrej Kielbassa (Berlin)

**Organisatorische Leitung:**

ZÄ Ilona Kronfeld (Berlin)

**Kursbeginn:** April 2011

**Nähere Informationen**

auf [www.pfaff-berlin.de](http://www.pfaff-berlin.de) oder

telefonisch unter 030/414 72518

**Thema:**Curriculum Endodontie

**Moderator:** Prof. Dr. Michael

Hülsmann (Göttingen)

**Termin:**

13.05.2011: 14.00 – 19.00 Uhr

14.05.2011: 09.00 – 17.00 Uhr

insgesamt 12 Veranstaltungstage

**Fortbildungspunkte:** 96

**Kursnr.:**4036.2

**Thema:** Strukturierte Fortbildung:  
Funktionsanalyse und -therapie für  
die tägliche Praxis

**Moderator:**

Dr. Uwe Harth (Bad Salzflun)

**Termin:**

insgesamt 6 Veranstaltungstage

23.09.2011: 14.00 – 19.00 Uhr

24.09.2011: 09.00 – 18.00 Uhr

**Fortbildungspunkte:** 45

**Kursnr.:**1001.7

**Thema:**Strukturierte Fortbildung:  
Zahnärztliche Chirurgie

**Moderator:**

Prof. Dr. Andreas Filippi (Basel)

**Termin:**

insgesamt 6 Veranstaltungstage

30.09.2011: 14.00 – 19.00 Uhr

01.10.2011: 09.00 – 17.00 Uhr

**Fortbildungspunkte:** 47

**Kursnr.:** 0603.2

**Thema:**Strukturierte Fortbildung:  
Prothetik

**Moderator:** Prof. Dr. Peter

Pospiech (Homburg/Saar)

**Termin:**

insgesamt 8 Veranstaltungstage

21.10.2011: 14.00 – 20.00 Uhr

22.10.2011: 09.00 – 17.00 Uhr

**Fortbildungspunkte:** 70

**Kursnr.:** 0713.3

**Hinweis:**

Frühbucherrabatt möglich

#### 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](mailto:info@pfaff-berlin.de)

### ZÄK Bremen



#### Fortbildungsveranstaltungen

**Thema:** Grundlagen der  
zahnärztlichen Prophylaxe.  
Der erste Schritt

**Referenten:** Dr. Jan Peter Reineke,  
Sabine Mack, Sabine Lapuks

**Termin:**

08.01.2011: 09.00 – 14.30 Uhr

**Ort:** Zahnärztekammer Bremen

**Kurs-Nr.:** 11009

**Gebühr:** 110 EUR

**Thema:** Grundlagen der  
zahnärztlichen Prophylaxe.  
Der zweite Schritt

**Referentin:** Sabine Mack

**Termin:**

04.02.2011: 16.00 19.00 Uhr

**Ort:** Universitätsallee 25

28359 Bremen

**Kurs-Nr.:** 11012

**Gebühr:** 109,00 EUR

**Thema:** GOZ Teil I

**Referentin:** Alma Ott

**Termin:**

09.02.2011: 13.00 19.00 Uhr

**Ort:** Universitätsallee 25,

28359 Bremen

**Fortbildungspunkte:** 6

**Kurs-Nr.:** 11033

**Gebühr:** 135,00 EUR

**Thema:** Service-Kompetenz-Tag.  
Marktchancen nutzen – denn  
Service macht den Unterschied!

**Referentin:** Christine Rieder

**Termin:**

19.02.2011: 09.00 17.00 Uhr

**Ort:** Universitätsallee 25,

28359 Bremen

**Fortbildungspunkte:** 8

**Kurs-Nr.:** 11001

**Gebühr:** 245,00 EUR

**Thema:** 1. Bremer Curriculum Pra-  
xisführung

**Termin:** 01.2011 – 03.2012

8 Wochenenden

freitags 14.00 - 19.00 Uhr

samstags 09.30 - 17.00 Uhr

**Ort:** Zahnärztekammer Bremen

**Fortbildungspunkte:** 13

je Wochenende

**Hinweis:** umfangreiches Seminar-  
programm schriftlich bei der ZÄK  
Bremen oder auf [www.zaek-hb.de](http://www.zaek-hb.de)

#### Auskunft u. schriftliche Anmeldung:

Zahnärztekammer Bremen

Rubina Ordemann und Thorsten

Hogrefe

Universitätsallee 25, 28359 Bre-  
men

Tel.: 0421 / 333 03 – 77

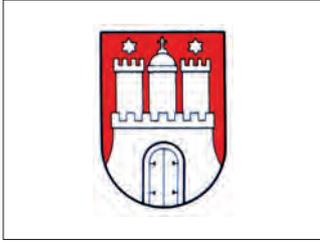
Fax 0421 / 333 03 – 23

[r.ordemann@zaek-hb.de](mailto:r.ordemann@zaek-hb.de) oder

[t.hogrefe@zaek-hb.de](mailto:t.hogrefe@zaek-hb.de)

[www.zaek-hb.de](http://www.zaek-hb.de)

## ZÄK Hamburg



### Fortbildungsveranstaltungen

**Thema:** Warme vertikale Kondensationstechnik

**Referent:**

Dr. Edith Falten, Hamburg,  
Dr. Karin Kremeier, Hamburg

**Termin:**

18.12.10: 09.00 – 17.00 Uhr

**Gebühr:** 310 EUR

**Fortbildungspunkte:** 10

**Kurs-Nr.:** 40208 kons

**Thema:** Vom fehlenden Zahn bis zur ektodermalen Dysplasie – mehr als ein pädiatrischer und humangenetischer Blick

**Referent:**

Dr. Axel Bohring, Münster

**Termin:**

21.01.11: 19.30 – 21.00 Uhr

**Gebühr:** 60 EUR

**Fortbildungspunkte:** 2

**Kurs-Nr.:** 1016 kfo

### Auskunft u. schriftliche Anmeldung:

Zahnärztekammer Hamburg –

Fortbildung

Postfach 740925

22099 Hamburg

Frau Westphal:

Tel.: 040/733405-38

pia.westphal@zaek-hh.de

Frau Knüppel:

Tel.: 040/733405-37

susanne.knueppel@zaek-hh.de

Fax: 040/733405-76

www.zahnaerzte-hh.de

## ZÄK Niedersachsen



### Fortbildungsveranstaltungen

**Thema:** Plastisch-ästhetische Parodontalchirurgie

**Referent:**

Dr. Raphael Borchard, Münster

**Termin:**

17.12.2010: 14.00 – 18.00 Uhr

18.12.2010: 09.00 – 18.00 Uhr

**Fortbildungspunkte:** 13

**Kursgebühr:** 695 EUR

**Kurs-Nr.:** Z 1087

**Anmerkung:** Materialliste nach verbindlicher Anmeldung

**Thema:**

Endodontie im Milchgebiss

**Referent:**

Prof. Dr. Christian Splieth, MSc.

**Termin:**

14.01.2011: 14.00 – 18.00 Uhr

**Fortbildungspunkte:** 4

**Kursgebühr:** 145 EUR

**Kurs-Nr.:** Z 1101

**Thema:** Funktionsanalyse und -therapie als Refresher-Kurs

**Referent:** Dr. Uwe Harth

**Termin:**

15.01.2011: 09.00 – 18.00 Uhr

**Fortbildungspunkte:** 8

**Kursgebühr:** 210 EUR

**Kurs-Nr.:** Z 1102

**Thema:** Parodontales Debridement

Mechanische antiinfektiöse Therapie zwischen Wissenschaft und Praxis

**Referent:** PD Dr. Gregor Petersilika

**Termin:**

02.02.2011: 14.30 – 19.00 Uhr

**Fortbildungspunkte:** 5

**Kursgebühr:** 345 EUR Teamgebühr

(1 ZA + 1 ZFA)

**Kurs-Nr.:** Z/F 1103

**Thema:** Wellness für Rücken und Augen in der zahnärztlichen Praxis – mühelos präziser sehen

**Referent:** Dr. Georg Kwiatkowski

**Termin:**

04.02.2011: 14.00 – 18.00 Uhr

05.02.2011: 09.00 – 16.00 Uhr

**Fortbildungspunkte:** 10

**Kursgebühr:** 425 EUR

**Kurs-Nr.:** Z/F 1104

**Thema:** Erfolgsgeheimnis „01“ und „01 Neu“ in der Zahnarztpraxis

**Referentin:**

Dipl.-Psych. Dörte Scheffer

**Termin:**

12.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr

**Fortbildungspunkte:** 7

**Kursgebühr:** 285 EUR

**Kurs-Nr.:** Z/F 1105

**Thema:** KFO-Spezial: vom Spannungsfeld zur erfolgreichen Dreiecksbeziehung – Service – Beratung – Patientenbindung in der KFO-Praxis

**Referentin:**

Dipl.-Germ. Karin Namianowski

**Termin:**

16.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr

**Fortbildungspunkte:** 7

**Kurs-Nr.:** Z/F 1106

**Kursgebühr:** 285,- EUR

**Thema:** Hilfeleistung bei Notfallsituationen in der zahnärztlichen Praxis

**Referent:**

Prof. Dr. Hartmut Hagemann

**Termin:**

16.02.2011: 14.00 – 18.00 Uhr

**Fortbildungspunkte:** 5

**Kurs-Nr.:** Z/F 1107

**Kursgebühr:** 150,- EUR

**Thema:** Vollkeramik im Überblick: Inlays, Onlays, Kronen und Brücken

**Referent:** Prof. Dr. Jürgen Manhart

**Termin:**

19.02.2011: 09.00 – 18.00 Uhr

**Fortbildungspunkte:** 9

**Kurs-Nr.:** Z 1108

**Kursgebühr:** 200,- EUR

**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](http://www.zkn.de)

## ZÄK Nordrhein



**Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut**

**Thema:** Schulungsprogramm proQM®

Kursprogramm Teil III

**Referent:** Rolf Rüchel, Hemer

**Termin:**

12.01.2011: 14:00 – 19:00 Uhr

**Fortbildungspunkte:** 5

**Kurs-Nr.:** 10163

**Kursgebühr:** 30 EUR

**Thema:** Abschnitt X des Curriculums Endodontologie Endodontie im Kontext mit Nachbargebieten Kasuistikorientierte Abschlussgespräche

**Referenten:**

Prof. Dr. Claus Löst, Tübingen  
Prof. Dr. Roland Weiger, Basel  
Dr. Udo Schulz-Bongert, Düsseldorf

**Termin:**

14.01.2011: 14.00 – 18.00 Uhr

15.01.2011: 09.00 – 16.00 Uhr

**Fortbildungspunkte:** 15

**Kurs-Nr.:** 10079

**Kursgebühr:** 480 EUR

**Thema:** Abschlussgespräche mit Fallpräsentation

Modul 17 des Curriculums Implantologie

**Referenten:**

Prof. Dr. Michael Augthun, Mülheim  
Dr. Hans-Joachim Nickenig, Troisdorf

**Termin:**

14.01.2011: 14.00 – 18.00 Uhr

15.01.2011: 09.00 – 17.00 Uhr

**Fortbildungspunkte:** 15

**Kurs-Nr.:** 10088

**Kursgebühr:** 480 EUR

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

## LZK Rheinland-Pfalz



**Fortbildungsveranstaltungen**

**Thema:**

Curriculum Parodontologie

**Referenten:** Dr. Ralf Rössler et al.

**Termine:**

7 Module á 2 Tage ganztags

14.01.2011 – 28.04.2012

**Ort:** LZK,

Langenbeckstr. 2, 55131 Mainz

und Klinikum Saarbrücken

**Fortbildungspunkte:** 122

**Kursgebühr:** 3960 EUR

**Kurs-Nr.:** 118170

**Thema:**

Curriculum Implantologie

inkl. Hospitation und Supervision

**Referenten:** Dr. Ralf Rössler et al.

**Termine:**

10 Module á 2 Tage ganztags

27.05.2011 – 27.04.2013

**Ort:** LZK,

Langenbeckstr. 2, 55131 Mainz,

Zahnklinik Mainz und

Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken,

Wiesbaden

**Fortbildungspunkte:** 230

**Kursgebühr:** 6795 EUR

**Kurs-Nr.:** 118191

**Auskunft und Anmeldung:**

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

## LZK Sachsen



**Fortbildungsveranstaltungen**

**Thema:**Craniomandibuläre

Dysfunktion – Basisuntersuchung

**Referent:** Prof. Dr. Stefan Kopp,  
Frankfurt am Main

**Termin:**

07.01.2011: 09.00 – 18.00 Uhr

08.01.2011: 09.00 – 18.00 Uhr

**Ort:**Zahnärzthehaus Dresden

**Teilnehmer:**Zahnärzte

**Gebühr:** 435 EUR

**Kurs Nr.:**D 01/11

**Fortbildungspunkte:** 19

**Thema:**

Allergiebehandlung mit Hypnose.

Ein selbstorganisatorisches Anti-

Allergiekonzept

**Referent:**

Dr. Eberhard Brunier, Mainz

**Termin:**

21.01.2011: 14.00 – 19.00 Uhr

22.01.2011: 09.00 – 17.00 Uhr

**Ort:**Zahnärzthehaus Dresden

**Teilnehmer:**Zahnärzte

**Gebühr:**305 EUR

**Kurs Nr.:** D 02/11

**Fortbildungspunkte:** 14

**Thema:**

Quetschbiss oder Feinzentrik?

Praxisnahe Konzepte für die

Relationsbestimmung bei voll-

und teilbezahnten Patienten

**Referenten:**

Dr. Matthias Lange, Berlin

Dr. Markus Leukhardt, MSc.,

Eberswalde

**Termin:**

22.01.2011: 09.00 – 17.00 Uhr

**Ort:**Zahnärzthehaus Dresden

**Teilnehmer:**Zahnärzte

**Gebühr:** 360 EUR

**Kurs Nr.:** D 04/11

**Fortbildungspunkte:** 9

**Thema:**

Intensivkurs Wurzelkanalfüllung

**Referent:**

Dr. Christoph Huhn, Dessau

**Termin:**

28.01.2011: 14.00 – 19.00 Uhr

29.01.2011: 09.00 – 16.00 Uhr

**Ort:**Zahnärztheaus Dresden  
**Teilnehmer:**Zahnärzte  
**Gebühr:**375 EUR  
**Kurs Nr.:** D 05/11  
**Fortbildungspunkte:** 16

**Thema:**

ZahnÄrztliche Kompetenzen in der interdisziplinären Zusammenarbeit angesichts psychosomatischer Störungen

**Referentin:**

PD Dr. Anne Wolowski, Münster

**Termin:**

29.01.2011: 09.00 – 15.00 Uhr

**Ort:**Zahnärztheaus Dresden

**Teilnehmer:**Zahnärzte

**Gebühr:** 195 EUR

**Kurs Nr.:**D 06/11

**Fortbildungspunkte:** 8

**Thema:**

Die zauberhafte Zahnarztpraxis  
 Therapeutisches Zaubern - ein Medium zur positiven Kontaktaufnahme und zur Entspannung von ängstlichen Patienten

**Referentin:**Dipl.-Sozialpäd.

Annalisa Neumeyer, Gifhorn

**Termin:**

29.01.2011: 09.00 – 17.00 Uhr

**Ort:**Zahnärztheaus Dresden

**Teilnehmer:**

Zahnärzte, Praxismitarbeiterinnen

**Gebühr:** 225 EUR

**Kurs Nr.:**D 07/11

**Fortbildungspunkte:** 8

**Auskunft und Anmeldung:**

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

## ZÄK Schleswig-Holstein



### Fortbildungsveranstaltungen am Heinrich-Hammer-Institut

**Thema:**

Direkte adhäsive Restauration

**Referent:**

Prof. Dr. Claus-Peter Ernst

**Termin:**

14.01.2011: 14.00 – 19.00 Uhr

15.01.2011: 09.00 – 16.00 Uhr

**Fortbildungspunkte:** 12

**Kurs-Nr.:** 11-01-004

**Kursgebühr:** 260 EUR

**Thema:** Provisorienkurs

**Referentin:** Dr. Eleonore Behrens

**Termin:**

19.01.2011: 14.00 – 18.00 Uhr

22.01.2011: 09.00 – 13.00 Uhr

**Kurs-Nr.:** 11-01-025

**Kursgebühr:** 215 EUR

**Thema:** Zeitgemäße Endodontie –  
 Von der Diagnose bis zur Wurzelfüllung

**Referent:**

Dr. Andreas Schult, Sandra Möller

**Termin:**

28.01.2011: 14.30 – 19.00 Uhr

29.01.2011: 09.00 – 16.00 Uhr

**Kurs-Nr.:** 11-01-015

**Kursgebühr:** 350 EUR

**Auskunft und Anmeldung:**

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

## ZÄK Westfalen-Lippe



### Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

**Thema:**

Die seniorengerechte Praxis

**Referent:**

Dr. Renate Mehring, Ahaus

**Fortbildungspunkte:** 3

**Termin:**

18.02.2011: 14.30 – 17.00 Uhr

**Gebühr:** ZA 139 EUR

**Ort:** Münster

Akademie für Fortbildung

Auf der Horst 31, 48147 Münster

Tel: 0251 / 507 600

**Kurs-Nr.:** 11 740 040

**Thema:** Die Periimplantitis  
 Die große Herausforderung

**Referent:**

Prof. Dr. Reiner Mengel, Marburg

**Fortbildungspunkte:** 14

**Termin:**

18.02.2011: 14.00 – 19.00 Uhr

19.02.2011: 09.00 – 16.00 Uhr

**Gebühr:** ZA 529 EUR

**Ort:** Münster

Akademie für Fortbildung

Auf der Horst 31, 48147 Münster

Tel: 0251 / 507 600

**Kurs-Nr.:** 11 740 015

**Thema:** Kommunikation mit  
 Kindern und Jugendlichen  
 Praxisaspekte der Entwicklungspsychologie für Zahnärztinnen und Zahnärzte

**Referent:** Dr. Hans-Christian  
 Kossak, Bochum

**Termin:**

19.02.2011: 09.00 – 16.00 Uhr

**Gebühr:** ZA 299 EUR

**Ort:** Münster

Akademie für Fortbildung

Auf der Horst 31, 48147 Münster

Tel: 0251 / 507 600

**Kurs-Nr.:** 11 740 039

**Thema:** Stressfreier Umgang mit  
 Erstattungsstellen (PKV und GKV)

**Referent:**

ZMV Christine Baumeister, Haltern

**Fortbildungspunkte:** 8

**Termin:**

19.02.2011: 09.00 – 16.00 h

**Gebühr:** ZA 289 EUR  
**Ort:** Münster  
 Akademie für Fortbildung  
 Auf der Horst 31, 48147 Münster  
 Tel: 0251 / 507 600  
**Kurs-Nr.:** 11 740 005

**Thema:** Z-PMS 2007  
 Anwenderfortbildung –  
 vertiefender QM-Workshop  
 Der letzte Check –  
 Z-PMS-Handbuch perfekt!  
 TEAM  
**Referent:**  
 Dozententeam der ZÄKWL  
**Fortbildungspunkte:** 6  
**Termin:**  
 19.02.2011: 09.00 – 13.00 UHR  
**Gebühr:** ZA 149 EUR, ZFA 99 EUR  
**Ort:** Münster  
 Akademie für Fortbildung  
 Auf der Horst 31, 48147 Münster  
 Tel: 0251 / 507 614  
**Kurs-Nr.:** 11 762 204

**Thema:** Gestaltung von  
 Präsentationen mit PowerPoint  
 für die Zahnarztpraxis  
 TEAM  
**Referent:**  
 Dozententeam der ZÄKWL  
**Fortbildungspunkte:** 8  
**Termin:**  
 25.02.2011: 09.00 – 16.30 UHR  
**Gebühr:** ZA 199 EUR  
**Ort:** Münster  
 Akademie für Fortbildung  
 Auf der Horst 31, 48147 Münster  
 Tel: 0251 / 507 614  
**Kurs-Nr.:** 11 762 206

**Thema:** Schnarchen und  
 obstruktive Schlafapnoe (OSA)  
 Möglichkeiten und Grenzen bei  
 der Therapie mit intraoralen  
 Protrusionsschienen  
 Ein praktisches Konzept für die  
 zahnärztliche Somnologie  
**Referent:** Dr. Jürgen Langenhan,  
 Idstein/Taunus  
**Fortbildungspunkte:** 12  
**Termin:**  
 04.03.2011: 14.00 – 19.00 Uhr  
 05.03.2011: 09.30 – 15.00 Uhr  
**Gebühr:** ZA 459 EUR  
**Ort:** Münster  
 Akademie für Fortbildung  
 Auf der Horst 31, 48147 Münster  
 Tel: 0251 / 507 600  
**Kurs-Nr.:** 11 740 034

**Thema:** Let's talk about Endo!  
 Das endodontische Update!  
**Referent:**  
 ZA Thomas Clauder, Hamburg  
**Fortbildungspunkte:** 13

**Termin:**  
 04.03.2011: 14.00 – 18.00 Uhr  
 05.03.2011: 09.00 – 16.00 Uhr  
**Gebühr:** ZA 699 EUR  
**Ort:** Münster  
 Akademie für Fortbildung  
 Auf der Horst 31, 48147 Münster  
 Tel: 0251 / 507 600  
**Kurs-Nr.:** 11 740 079

**Thema:** Ergänzender Z-PMS 2007  
 Workshop für das Team  
**Referent:**  
 Dozententeam der ZÄKWL  
**Fortbildungspunkte:** 5  
**Termin:**  
 05.03.2011: 09.00 – 12.30 Uhr  
**Gebühr:** ZA/ZFA 60 EUR  
**Ort:** Münster  
 Westfälisch-Lippische  
 Sparkassenakademie  
 Bröderichweg 52/54  
 48159 Münster  
 Tel: 0251 / 507 614  
**Kurs-Nr.:** 11 762 206

**Thema:** Halitosis: Update 2011  
 Die Mundgeruch-Sprechstunde  
 in der zahnärztlichen Praxis  
 TEAM  
**Referent:**  
 Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel  
**Fortbildungspunkte:** 12  
**Termin:**  
 11.03.2011: 14.00 – 18.30 Uhr  
 12.03.2011: 09.00 – 15.00 Uhr  
**Gebühr:**  
 ZA 439 EUR, ZFA 219 EUR  
**Ort:** Münster  
 Akademie für Fortbildung  
 Auf der Horst 31, 48147 Münster  
 Tel: 0251 / 507 600  
**Kurs-Nr.:** 11 740 061

**Thema:** Zahnerhaltung  
 durch Prävention  
**Referent:** Dr. Lutz Laurisch,  
 Korschenbroich  
**Fortbildungspunkte:** 13  
**Termin:**  
 11.03.2011: 14.00 – 18.00 Uhr  
 12.03.2011: 09.00 – 16.00 Uhr  
**Gebühr:** ZA 459 EUR  
**Ort:** Münster  
 Akademie für Fortbildung  
 Auf der Horst 31, 48147 Münster  
 Tel: 0251 / 507 600  
**Kurs-Nr.:** 11 740 023

**Thema:** Moderne Behandlungskonzepte unter Einsatz neuer restaurativer Systeme und der CAD/CAM Technologie  
**Referent:** Prof. Dr. Daniel Edehoff,  
 München  
**Fortbildungspunkte:** 14

**Termin:**  
 18.03.2011: 14.00 – 18.30 Uhr  
 19.03.2011: 09.00 – 16.30 Uhr  
**Gebühr:** ZA 529 EUR  
**Ort:** Münster  
 Akademie für Fortbildung  
 Auf der Horst 31, 48147 Münster  
 Tel: 0251 / 507 600  
**Kurs-Nr.:** 11 740 074

**Thema:** Vertiefender QM-  
 Workshop für den Zahnarzt  
 und sein Team  
 – Fehler und Reklamationen erkennen und mit System beseitigen  
 TEAM  
**Referent:**  
 Dozententeam der ZÄKWL  
**Fortbildungspunkte:** 8  
**Termin:**  
 18.03.2011: 09.00 – 16.30 Uhr  
**Gebühr:**  
 ZA 278 EUR, ZFA 199 EUR  
**Ort:** Münster  
 Akademie für Fortbildung  
 Auf der Horst 31, 48147 Münster  
 Tel: 0251 / 507 614  
**Kurs-Nr.:** 11 762 116

**Thema:** Mini-Implantate –  
 eine kostengünstige Alternative  
**Referent:**  
 Dr. Janina Hilgert, Drensteinfurt  
 Dr. Jochen Hilgert, Drensteinfurt  
**Fortbildungspunkte:** 9  
**Termin:**  
 19.03.2011: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Gebühr:** ZA 419 EUR  
**Ort:** Münster  
 Akademie für Fortbildung  
 Auf der Horst 31, 48147 Münster  
 Tel: 0251 / 507 600  
**Kurs-Nr.:** 11 740 028

**Thema:** „This is the best time ever to be a dentist – Dies ist die beste Zeit, um Zahnarzt zu sein“  
 Die aktuellen Herausforderungen und die großen Chancen in der heutigen minimalinvasiven Zahnheilkunde  
**Referent:** Dan E. Fischer D.D.S.,  
 Salt Lake City, USA  
 Dr. Stefan Höfer, Köln  
**Fortbildungspunkte:** 7  
**Termin:**  
 26.03.2011: 09.30 – 16.00 Uhr  
**Gebühr:** ZA 99 EUR  
**Ort:** Münster  
 Akademie für Fortbildung  
 Auf der Horst 31, 48147 Münster  
 Tel: 0251 / 507 600  
**Kurs-Nr.:** 11 740 084

**Thema:** Spezialkurs der Fachkunde im Strahlenschutz für die digitale dentale Volumentomographie (DVT)  
**Referenten:**  
 Prof. Dr. Ulrich Meyer, Münster  
 Dr. Irmela Reuter, Münster  
**Fortbildungspunkte:** 20  
**Termine:**  
 02.04.2011: 09.00 – 17.00 Uhr  
 16.07.2011: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Gebühr:** ZA 990 EUR  
**Ort:** Münster  
 Akademie für Fortbildung  
 Auf der Horst 31, 48147 Münster  
 Tel: 0251 / 507 600  
**Kurs-Nr.:** 11 740 020

**Thema:** Notfallmedizin für das zahnärztliche Praxisteam  
 TEAM  
**Referent:** Prof. Dr. Dr. Johannes Kleinheinz, Havixbeck  
**Fortbildungspunkte:** 4  
**Termin:**  
 06.04.2011: 15.00 – 18.00 Uhr  
**Gebühr:** ZA 159 EUR, ZFA 79 EUR  
**Ort:** Münster  
 Akademie für Fortbildung  
 Auf der Horst 31, 48147 Münster  
 Tel: 0251 / 507 600  
**Kurs-Nr.:** 11 740 032

**Thema:** Grundlagen der Naht- und Schnitttechniken in der zahnärztlichen Chirurgie  
**Referent:** Prof. Dr. Joachim Jackowski, Dortmund  
**Fortbildungspunkte:** 5  
**Termin:**  
 06.04.2011: 15.00 – 19.00 Uhr  
**Gebühr:** ZA 189 EUR  
**Ort:** Münster  
 Akademie für Fortbildung  
 Auf der Horst 31, 48147 Münster  
 Tel: 0251 / 507 600  
**Kurs-Nr.:** 11 740 081

**Thema:** Infektionserkrankungen in der zahnärztlichen Praxis  
**Referent:**  
 ZA Robert Ponelis, Münster  
**Fortbildungspunkte:** 4  
**Termin:**  
 06.04.2011: 15.00 – 18.00 Uhr  
**Gebühr:** ZA 65 EUR  
**Ort:** Paderborn  
 „Zu den Fischteichen“  
 Dubelohstr. 92, 33104 Paderborn  
 Tel: 0251 / 507 627  
**Kurs-Nr.:** 11 750 012

**Thema:** Fluoride in der Prophylaxe: wozu, wann, welches, wie oft, wie viel, wann lieber nicht? Adhäsivtechnik effizient nutzen – Neuentwicklungen bewerten, Anwendung optimieren, Fehler vermeiden

**Referenten:**

PD Dr. Till Dammaschke, Münster  
Dr. Markus Kaup, Münster

**Fortbildungspunkte:** 4

**Termin:**

06.04.2011: 15.00 – 18.00 Uhr

**Gebühr:** ZA 65 EUR

**Ort:** Dortmund

Kongresszentrum  
Westfalahallen  
Rheinlanddamm 200  
44139 Dortmund  
Tel: 0251 / 507 627  
**Kurs-Nr.:** 11 750 007

**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

## Kongresse

### ■ Januar

**5. Hamburger Zahnärztetag**

**Thema:** Endodontie – Zahnerhalt um jeden Preis?

**Termin:**

28.01.2011: 14.00 – 18.30 Uhr,  
anschließend Get-together

29.01.2011: 09.30 – 16.15 Uhr  
Vorträge für ZFA:

28.01.2011: 14.00 – 18.30 Uhr,  
anschließend Get-together

**Ort:** Hotel Empire Riverside

**Auskunft u. Anmeldung:**

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

### ■ Februar

**15. Jahreskongress der Österreichischen Gesellschaft für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie**

**Termin:** 02. – 05.02.2011

**Ort:** Neues Kongresshaus,  
Bad Hofgastein, Salzburg

**Tagungsleitung:** Prim. Univ.-Doz.  
DDr. Oliver Ploder

**Auskunft:** Ärztezentrale Med.Info  
Helferstorferstraße 4  
A-1014 Wien

Tel.: +43/1 532 16 48

Fax +43/1 531 16 61

azmedinfo@media.co.at

**DGP-Frühjahrstagung**

**Thema:** Das Göteborger Konzept:  
25 Jahre Implantieren im parodontal kompromittierten Ge-s. Wo stehen wir heute?

**Termin:** 25./26.02.2011

**Ort:** Frankfurt am Main

**Auskunft:** Deutsche Gesellschaft  
für Parodontologie e.V. (DGP)  
Neufferstr. 1

93055 Regensburg

Tel.: 0941/942799-0

www.dgparo.de

### ■ März

**57. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe**

**Thema:** Kopf- und Gesichtschmerzen – eine interdisziplinäre Herausforderung

**Tagungspräsident:** Prof. Dr. Dr.

Andreas Bremerich, Bremen

**Termin:** 30.03. – 02.04.2011

**Ort:** Gütersloh

**Auskunft:**

Akademie für Fortbildung der  
ZÄKWL

Auf der Horst 31, 48147 Münster  
(Herr Bertram)

Tel.: 0251/507-600

Fax: 0251/507-609

### ■ April

**57. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe**

**Thema:** Kopf- und Gesichtschmerzen – eine interdisziplinäre Herausforderung

**Tagungspräsident:** Prof. Dr. Dr.  
Andreas Bremerich, Bremen

**Termin:** 30.03. – 02.04.2011

**Ort:** Gütersloh

**Auskunft:**

Akademie für Fortbildung der  
ZÄKWL

Auf der Horst 31, 48147 Münster  
(Herr Bertram)

Tel.: 0251/507-600

Fax: 0251/507-609

**18. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag**

**Thema:** Risikopatienten,  
Allgemeinerkrankungen, Notfälle

**Termin:**

02.04.2011: 08.30 – 17.00 Uhr

**Ort:** Neumünster, Holstenhallen

**Auskunft:** KZV Schleswig-Holstein  
Frau Martina Ludwig

Westring 498, 24106 Kiel

Tel. 0431/3897128

Fax 0431/3897100

info@kzv-sh.de

www.kzv-sh.de

Anzeige

**Auskunft:** DDHV-Geschäftsstelle,  
Weichselmühle 1, 93080 Pentling  
Beatrix Baumann  
Tel. 0941-91069210  
Beatrix.Baumann@gmx.de

## Universität

### Universität Bern

**Klinik für Zahnerhaltung,  
Prävention und Kinderzahnmedizin**

**Thema:** Zahnerhaltung, Prävention  
und Kinderzahnmedizin für den  
Familienzaharnt

Vorlesungen und Seminare

**Termin:** 20. – 26.03.2011

**Ort:** St. Moritz

**Gebühr:** 2 400 CHF

**Fortbildungszeit:** 36 Stunden

**Auskunft:** Frau Alexandra Tütsch

Chöpflweg 15

CH-4114 Hofstetten

Tel.: 0041/61/7313671

Fax: 0041/61/7313614

tuetsch@digicom.ch

www.fortbildungunderholung.ch

## Wissenschaftliche Gesellschaften

### APW

**Akademie  
Praxis und Wissenschaft**

**Thema:** Fallplanung in der  
Endodontologie

**Referent:**

Dr. Oliver Pontius

**Termin:**

14.01.2011: 14.00 – 19.00 Uhr

**Ort:** Frankfurt am Main

**Fortbildungspunkte:** 6

**Kurs-Nr.:** EA01

**Kursgebühr:** 440 EUR,

410 EUR DGZMK-Mitglieder,

390 EUR APW-Mitglieder,

350 EUR EA-Teilnehmer

**Anmeldung:** APW, Anna Lo Bianco

Tel.: 0211/66967341

apw.lobbianco@dgzmk.de

**Thema:** Update Bildgebung in der Funktionslehre – MRT & Co  
**Referent:** Prof. Dr. Marc Schmitter  
**Termin:**  
 09.02.2011: 14.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Heidelberg  
**Fortbildungspunkte:** 5  
**Kurs-Nr.:** CF01  
**Kursgebühr:** 190 EUR,  
 160 EUR DGZMK-Mitglieder,  
 140 EUR APW-Mitglieder  
**Anmeldung:** APW, Julia Schröder,  
 Tel.: 0211/66967340  
 apw.schroeder@dgzmk.de

**Thema:** Notfall-Management nach Frontzahntrauma und Behandlung von Spät komplikationen nach Zahntrauma  
**Referent:** Dr. Johannes Mente  
**Termin:**  
 12.02.2011: 10.00 – 15.00 Uhr  
**Ort:** Heidelberg  
**Fortbildungspunkte:** 6  
**Kurs-Nr.:** CE01  
**Kursgebühr:** 460 EUR,  
 430 EUR DGZMK-Mitglieder,  
 410 EUR APW-Mitglieder  
**Anmeldung:** APW, Anna Lo Bianco,  
 Tel.: 0211/66967341  
 apw.lobianco@dgzmk.de

**Thema:** APW Kontrovers: Bruxismus im Kindesalter – Ätiologie, Therapie und Prävention  
**Referent:** Prof. Dr. Dr. Norbert Krämer  
**Termin:** 18./19.02.2011  
**Ort:** Gießen  
**Fortbildungspunkte:** 16  
**Kurs-Nr.:** CK01  
**Kursgebühr:** 520 EUR,  
 490 EUR DGZMK-Mitglieder,  
 470 EUR APW-Mitglieder  
**Anmeldung:** APW,  
 Sonja Beate Lucas  
 Tel.: 0211/66967342  
 apw.lucas@dgzmk.de

## DGI

Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich e.V.

LV Berlin-Brandenburg

### 15. Jahrestagung

**Thema:** Rückblick, Augenblick, Ausblick  
**Wissenschaftliche Leitung:** Prof. Dr. Dr. Volker Strunz, Berlin

**Termin:** 04./05.03.2011  
**Ort:** Hotel Berlin, Berlin  
**Fortbildungspunkte:** 8  
 plus Punkte für Workshops

**Anmeldung:**  
 MCI Deutschland GmbH  
 Tel.: 030/204590  
 Alexandra Glasow  
 bbi2011@mci-group.com

## DZOI

Deutsches Zentrum für orale Implantologie e.V.

**Thema:** Chirurgischer Supervisionskurs Basisimplantologie  
**Termin:** 14. – 17.02.2011  
**Thema:** Augmentationschirurgie  
**Termin:** 17. – 22.02.2011  
**Thema:** Flapless Surgery  
**Termin:** 12. – 25.02.2011  
**Referenten:** Prof. Dr. Dr. Wilfried Engelke, Göttingen, et al.  
**Ort:** Temuco, Chile (UFRO)  
**Anmeldung:** drei Kursteile getrennt oder gemeinsam buchbar  
 wengelke@med.uni-goettingen.de

**Thema:** Curriculum Laserzahnmedizin Modul I mit Zertifikat  
**Referenten:**  
 Dr. Manfred Wittschier (DZOI),  
 Prof. DDr. Andreas Moritz (SOLA)  
**Termin:** 26./27.03.2011  
**Ort:** Köln

**Thema:** 13. Curriculum Implantologie  
**Referenten:**  
 Prof. Dr. Dr. Wilfried Engelke  
**Termin:** 09. – 14.05.2011  
**Ort:** Göttingen

**Auskunft:**  
 DZOI Geschäftstelle  
 Tel. 0871/6600934  
 office@dzoi.de  
 www.dzoi.de

## ICCMO

International College of Cranio-Mandibular Orthopedics Sektion Deutschland e.V.

**Themen:** Oberflächen-Elektro-Myographie (EMG) und CMD: Wissenschaft und Praxis. Interdisziplinäre Kooperation bei der neuromuskulären Therapie rund um die Myozentrik  
**Referenten:** PT. Shewmann, BA Kin, Dr. B. Losert-Bruggner, R. Schöttli D.D.S. (USA)  
**Termin:** 03. – 06.02.2011  
**Ort:** Le Meridien Parkhotel, Frankfurt am Main

**Auskunft:** ICCMO e.V., Schuhstr. 35, 91052 Erlangen  
 Tel. 09131/9790992,  
 Fax 09131/9790994,  
 sekretariat@iccmo.de  
 www.iccmo.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. Die Kursangebote können per Mail an die zM-Redaktion gesendet werden; dort ist eine entsprechende Manuskriptvorlage erhältlich. Die Informationen sollten mindestens acht Wochen vor Veranstaltungsbeginn vorliegen. Kurzfristig zugesandte Veröffentlichungswünsche können nicht berücksichtigt werden.*  
 Die Redaktion

**Thema:** Minimalinvasive Minidruckknopfimplantate für den zahnlosen Unterkiefer. Implantieren ohne Operation? Vorträge, Patientenvorstellungen, Praktische Arbeit am Patienten, Hands-on-Kurs an der Schweine-rippe, Abrechnung, Testat

**Veranstalter:** MKG Praxis  
 Dr. med. Dr. med. dent. Heinrich Bültemann-Hagedorn  
**Termine:**  
 13.12.2010, 15.01.2011,  
 12.03.2011, 16.04.2011,  
 14.05.2011,  
 jeweils 09.00 – 14.00 Uhr  
**Ort:** Bremen  
**Fortbildungspunkte:** 7  
**Kursgebühr:** 225 EUR  
**Anmeldung:** Frau Stodola in der MKG-Praxis Dr. Dr. Heinrich Bültemann-Hagedorn und Dr. Cornelia Thieme  
 Faulenstr. 54, 28195 Bremen  
 Tel.: 0421/382212  
 Fax: 0421/39099532  
 praxis@mkg-hb.de

**Thema:** Dentale Sedierung mit Lachgas. Grundkurs  
**Veranstalter:**  
 Institut für dentale Sedierung  
**Referenten:**  
 Dr. med. Frank G. Mathers et al.  
**Termin:**  
 14.01.2010: 13.30 – 19.00 Uhr  
 15.01.2010: 09.00 – 16.00 Uhr  
**Ort:** Köln  
**Fortbildungspunkte:** 15  
**Kursgebühr:**  
 ZA 980 EUR, ZMF 590 EUR  
**Anmeldung:** Institut für dentale Sedierung, Köln  
 Tel.: 0221/1694920  
 Fax: 0221/9651106  
 info@ids-sedierung.de  
 www.ids-sedierung.de

**Thema:** DVT-Fachkursekurs  
**Veranstalter:** Dentinic Institut Garmisch-Partenkirchen  
**Referent:** Dr. Dr. K. Helge Martens, PD Dr. habil. Lorenz Jäger  
**Termine:**  
 22.01.2011: 09.00 – 17.00 Uhr  
 07.05.2011: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Klammstraße 7  
 82467 Garmisch-Partenkirchen  
**Fortbildungspunkte:** 17  
**Kurs-Nr.:** 2011/1  
**Kursgebühr:** 990 EUR  
**Anmeldung:**  
 www.dvt-kurs.de oder  
 Tel.: 08821/93600

**Thema:**  
 Kieferorthopädie auf Passhöhe!  
 36. KFO-Symposium in Lech  
**Veranstalter:** Haranni Academie  
**Referenten:** Prof. Dr. M. Baxmann, Prof. Dr. H. Eufinger, Dr. M. Heise, Prof. Dr. R. Hinz, Dr. Th. Hinz, Dr. A. Sabbagh, PD Dr. B. Wilmes  
**Termin:** 23. – 28.01.2011  
**Ort:** Hotel Arlberg  
 6764 Lech, Österreich

**Fortbildungspunkte:** 48  
**Kurs-Nr.:** 2900  
**Kursgebühr:** 630,- EUR  
**Anmeldung:** Haranni Academie,  
 Schulstraße 30, 44623 Herne  
 Tel.: 02323/9468 300  
 Fax 02323/9468 333  
 info@haranni-academie.de  
 www.haranni-academie.de

**Thema:** Die Magie der Dinge  
**Veranstalter:**  
 Zahnärztin Beate Slominski  
**Referent:** Prof. Dr. Hartmut Böhme  
**Termin:**  
 26.01.2011: 19.30 Uhr  
**Ort:**  
 T-Kult, der älteste Salon Berlins,  
 Ludwigkirchstr. 10a, Berlin  
**Gebühr:** 89 EUR  
**Anmeldung:**  
 zahnaerztin.beateslominski  
 @gmx.de

**Thema:** Orale zahnärztliche  
 Sedierung. Grundkurs  
**Veranstalter:**  
 Institut für dentale Sedierung  
**Referenten:**  
 Dr. med. Frank G. Mathers et al.  
**Termin:**  
 28.01.2011: 13.00 – 19.00 Uhr  
 29.01.2011: 09.00 – 16.00 Uhr  
**Ort:** Köln  
**Fortbildungspunkte:** 15  
**Kursgebühr:**  
 ZA 980 EUR, ZMF 590 EUR  
**Anmeldung:**  
 Institut für dentale Sedierung,  
 Köln  
 Tel.: 0221/1694920  
 Fax: 0221/9651106  
 info@ids-sedierung.de  
 www.ids-sedierung.de

**Thema:**  
 Diagnostik in der Zahnmedizin  
**Veranstalter:**  
 Fortbildung Rosenberg  
**Termin:**  
 28.01.2011: 14.00 – 19.00 Uhr  
 29.01.2011: 08.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Zürich, Hotel Marriott  
**Fortbildungspunkte:** 11,5  
**Kurs-Nr.:** 536  
**Kursgebühr:** 290 sFr  
**Anmeldung:** www.fbrb.ch

**Thema:** Das Konzept der kranio-  
 fazialen Orthopädie Teil I  
 1. Kurs des Curriculums  
 Zahnärztliche Funktionsdiagnostik  
 und Therapie  
**Veranstalter:** Haranni Academie  
**Referent:** Dr. Erich Wühr  
**Termin:**  
 04.02.2011: 10.00 – 18.00 Uhr  
 05.02.2011: 09.00 – 16.30 Uhr

**Ort:** Haranni Academie,  
 Schulstraße 30, 44623 Herne  
**Fortbildungspunkte:** 17  
**Kurs-Nr.:** 5100  
**Kursgebühr:** 580 EUR,  
 480 EUR für ZFA mit KZV  
**Anmeldung:** Haranni Academie,  
 Schulstraße 30, 44623 Herne  
 Tel. 02323/9468300  
 Fax 023239468333  
 info@haranni-academie.de,  
 www.haranni-academie.de

**Thema:** Rationelle Kombitechnik  
**Veranstalter:** Bego Training Center  
**Termin:** 07. – 11.02.2011:  
 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Bremen  
**Kursgebühr:** 490 EUR  
**Anmeldung:**  
 gloystein@bego.com  
 Tel.: 0421/2028372  
 Fax: 042172028395

**Thema:**  
 MVZ-Geschäftsführer (IHK)  
**Veranstalter:**  
 Frielingsdorf Consult GmbH  
**Termin:** 07. – 12.02.2011:  
 09.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Köln  
**Kursgebühr:** 3 050 EUR  
 Unterrichtsmaterialien und  
 Prüfung im Preis enthalten  
**Anmeldung:** Claudia König  
 koenig@frielingsdorf.de  
 Tel.: 0221/139836–63  
 Fax: 0221/139836–65

**Thema:** Systemmodellguss –  
 von Beginn an perfekt! Praktische  
 Einführung für Anfänger!  
**Veranstalter:** Bego Training Center  
**Termin:** 08. – 09.02.2011:  
 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Bremen  
**Kursgebühr:** 180 EUR  
**Anmeldung:**  
 gloystein@bego.com  
 Tel.: 0421/2028372  
 Fax: 0421/2028395

**Thema:** Präaugmentative Weich-  
 gewebebegewinnung mit selbst-  
 quellenden Gewebeexpandern  
 vor Kieferkammaugmentation  
 Workshop mit praktischen  
 Übungen am Schweinekiefer  
**Veranstalter:** osmed gmbh  
**Referent:** Dr. Constantin von See  
**Termin:**  
 12.02.2011: 09.30 – 16.00 Uhr  
**Ort:** CDE GmbH  
 Center of Dental Education,  
 Gauting bei München  
**Fortbildungspunkte:** 9  
**Kursgebühr:** 300 EUR zzgl. MwSt.

**Anmeldung:** osmed gmbh  
 Mauracher Str. 22,  
 79211 Denzlingen  
 Tel.: 07666/9129116  
 Fax: 07666/948098  
 dental@osmed.biz

**Thema:** Parodontologie Update  
**Veranstalter:**  
 Fortbildung Rosenberg  
**Termin:** 14.02. – 18.02.2011  
**Ort:** Davos,  
 Hotel Morosani Schweizerhof  
**Fortbildungspunkte:** 26  
**Kurs-Nr.:** 529  
**Kursgebühr:** 2280 sFr  
**Anmeldung:** www.fbrb.ch

**Thema:** Modellguss  
 Fortgeschrittenen-Kursus I  
**Veranstalter:** Bego Trainig Center  
**Termin:** 16. – 18.02.2011:  
 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Bremen  
**Kursgebühr:** 280 EUR  
**Anmeldung:**  
 gloystein@bego.com  
 Tel.: 0421/2028372  
 Fax: 0421/2028395

**Thema:** Curriculum Systemische  
 (ganzheitlich orientierte) Kiefer-  
 orthopädie (SKFO) – Kurs 1  
**Veranstalter:** Haranni Academie  
**Referent:**  
 Dr. Hubertus von Treuenfels  
**Termin:**  
 18.02.2011: 10.00 – 18.00 Uhr  
 19.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Haranni Academie  
 Schulstraße 30, 44623 Herne  
**Fortbildungspunkte:** 17  
**Kurs-Nr.:** 5300  
**Kursgebühr:** 675 EUR  
 540,- EUR für ZFA mit Nachweis  
**Anmeldung:** : Haranni Academie,  
 Schulstraße 30, 44623 Herne  
 Tel.: 02323/9468300  
 Fax 02323/9468333  
 info@haranni-academie.de  
 www.haranni-academie.de

**Thema:** Entwicklungspsychologie,  
 psychologische Behandlungs-  
 führung: Schmerzausschal-  
 tung, Notfallmanagement  
 2. Kurs Curriculum  
 Kinderzahnmedizin  
**Veranstalter:** Haranni Academie  
**Referent:**  
 Preeti Singh, OÄ Dr. Petra Nitz  
**Termin:**  
 19.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Haranni Academie,  
 Schulstraße 30, 44623 Herne  
**Fortbildungspunkte:** 9  
**Kurs-Nr.:** 6010

**Kursgebühr:** 410,- EUR,  
**Anmeldung:** : Haranni Academie,  
 Schulstraße 30, 44623 Herne  
 Tel.: 02323/9468300  
 Fax 02323/9468333  
 info@haranni-academie.de  
 www.haranni-academie.de

**Thema:** DVT-Fachkurse  
**Veranstalter:** Dentinic Institut  
 Garmisch-Partenkirchen  
**Referent:** Dr. Dr. K. Helge Martens  
 PD Dr. habil. Lorenz Jäger  
**Termine:**  
 19.03.2011: 09.00 – 17.00 Uhr  
 02.07.2011: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Klammsstraße 7  
 82467 Garmisch-Partenkirchen  
**Fortbildungspunkte:** 17  
**Kurs-Nr.:** 2011/1  
**Kursgebühr:** 990 EUR  
**Anmeldung:** www.dvt-kurs.de  
 oder Tel.: 08821/93600

**Thema:** Erhalten oder implantieren  
**Veranstalter:**  
 Fortbildung Rosenberg  
**Termin:**  
 26.03.2011: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Zürich, Hotel Marriott  
**Fortbildungspunkte:** 7  
**Kurs-Nr.:** 553  
**Kursgebühr:** 290 sFr.-  
**Anmeldung:** www.fbrb.ch

## Verlust eines Kammerausweises

### ZÄK Sachsen-Anhalt

ZA Alexander Kastning  
 geb. 25.05.1984

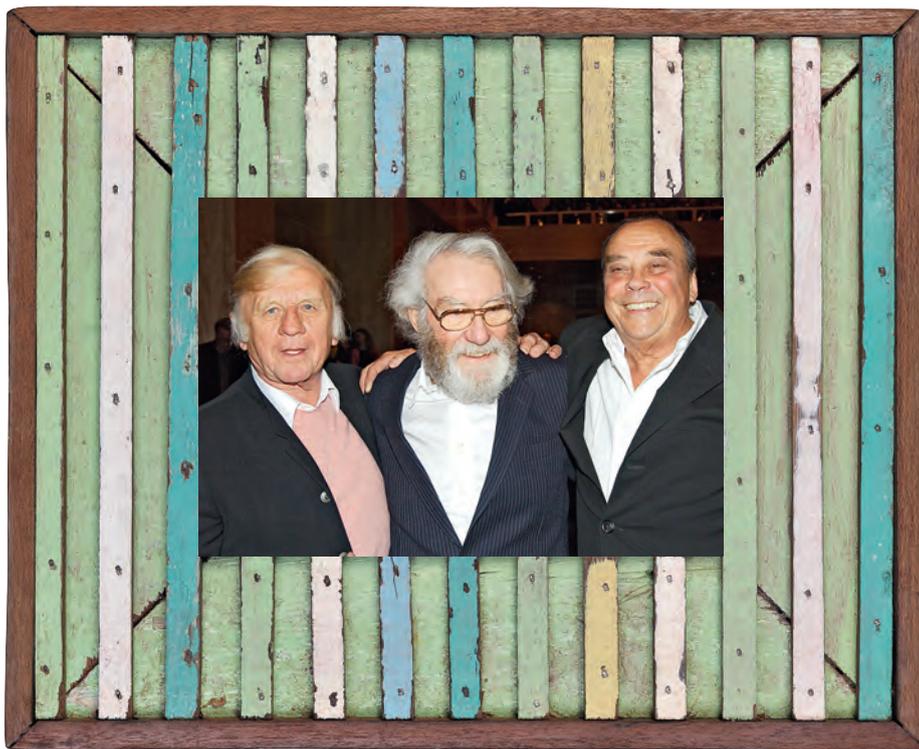
Der Ausweis wurde gestohlen  
 und wird für ungültig erklärt.

ZÄK Sachsen-Anhalt  
 Große Diesdorfer Straße 162  
 39110 Magdeburg  
 Postfach 39 51  
 39014 Magdeburg  
 Tel.: 0391/73939-0  
 Fax: 0391/73939-20

*Zero Art auf dem Kunstmarkt*

## Von Null auf Hundert

**Nach dem Hype um Neo Rauch und die Leipziger Schule sowie den explodierenden Preisen für Künstler wie Jonathan Meese scheint der Kunstmarkt auf hohem Niveau etwas zur Ruhe zu kommen. Sammler, Museen, Anleger und Galeristen besinnen sich auf die Qualität der Kunst, die vor rund vierzig Jahren die Welt bewegte. Die Zero-Künstler Mack, Piene und Uecker erfahren endlich die längst verdiente Wertschätzung.**



Fotos: MEV/picture alliance

*Die Künstler der Zero-Gruppe: Heinz Mack, Otto Piene und Günther Uecker (v.l.n.r.), hier bei einer Ausstellungseröffnung 2006 in Düsseldorf.*

Es war ein Zufall, der den Unternehmer Gerhard Lenz und seine Frau Anne zu einer der bedeutenden Kunstsammlung verhalf. Anfang der sechziger Jahre besuchte er eine Ausstellung der Zero-Gruppe in Düsseldorf. Auf Anhieb faszinierte ihn die ganz auf die Schwingungen des Lichts im Raum konzentrierte Kunst. Ihre puristische Erscheinung und die meditative Ausstrahlung nahmen ihn so gefangen, dass er gemeinsam mit seiner Frau eine umfassende Sammlung mit rund 600 Werken der Zero-Künstler und ihrer ausländischen Mitstreiter zusammentrug. Um die Schätze für die Erben zu ordnen und eine Stiftung zu gründen, beschloss sie, sich von einem Teil der Stücke zu

trennen. 49 der Werke kamen am 10. Februar 2010 bei Sotheby's in London unter den Hammer. Der Schätzwert der Bilder lag bei zwölf Millionen Pfund. Am Ende des Tages hatte die Sammlung ihren Wert mit 23,2 Millionen Pfund beinahe verdoppelt.

Bei vier Millionen Pfund fiel der Hammer für Yves Kleins Feuerbild „F 88“ und für ein Kupferbild des italienischen Künstlers Lucio Fontana „Concetto Spaziale“ von 1962 bei 2,8 Millionen Pfund. Bei den deutschen Zero-Künstlern erzielte Günther Uecker mit seinem Nagelbild „Haar der Nymphen“ seinen bisherigen Preisrekord mit 825 250 Pfund. Mit 223 259 Pfund für ein Raumbild konnte Otto Piene den Marktwert sogar

verdreifachen. Zero hatte sich damit endlich auf dem internationalen Kunstmarkt etabliert. Für Lenz eine Bestätigung. Gegenüber der Kunstzeitschrift „Art“ äußerte er sich nach der erfolgreichen Auktion auf die Frage, ob es noch eine andere Kunstrichtung gibt, die ihn auch interessiert hätte: „Für mich geht's, wenn überhaupt, nur zurück. Denn Zero hat so eine hohe Qualität, das ist durch nichts, was danach gekommen ist, auch nur annähernd erreicht worden. All die hoch gepushten Namen, die heute Millionen kassieren, wandern in zwanzig, dreißig Jahren in die Keller der Museen.“

### Lange unterschätzt

So ähnlich urteilt auch Robert Ketterer, Chef des gleichnamigen Münchner Auktionshauses: „Die Werke der Zero-Gruppe waren lange unterschätzt, doch in der Retrospektive sieht man die Dinge meist viel klarer. So werden die Werke jetzt, ein halbes Jahrhundert nach ihrer Entstehung, mit der ihnen gebührenden Aufmerksamkeit bedacht.“

Ihren Stellenwert innerhalb der Kunstgeschichte begründeten die drei Künstler mit einem radikalen Neuanfang. Am 24. April 1958 beschlossen die Düsseldorfer Künstler Heinz Mack und Otto Piene, ihren Vorstellungen von einer neuen Kunst einen Namen zu verleihen: Zero. Ihre Idee war es, den Ballast der Nachkriegskunst abzuwerfen und bei „Null“ wieder anzufangen. Zero sollte eine Phase des Schweigens sein, in der der Nachkriegszustand in einen Neuanfang übergeht. Otto Piene formulierte es so: „Wir dachten an den Countdown vor dem Raketenstart – Zero ist die unmessbare Zone, in der ein alter Zustand in einen unbekanntenen neuen übergeht.“

Die Ideen von Piene und Mack zeigten Einflüsse des französischen Künstlers Yves Klein (monochrome Bilder in Blau) und der beiden Italiener Piero Manzoni und Lucio

*Wollte 1958 die Nachkriegskunst hinter sich lassen und wieder bei Null anfangen:  
Der Zero-Art-Künstler Heinz Mack bei der Arbeit.*



Fontana, der Spezialist für aufgeschlitzte Leinwände. Mit dazu zählte auch Jean Tinguely mit seinen Maschinen, der „die malerische Geste durch die mechanische Bewegung ersetzt hatte“ (Piene). Alles Figürliche wurde auf die Klarheit der Farbe und die dynamische Lichtschwingung im Raum reduziert.

1963 schloss sich Günther Uecker dem Bund an. Er fühlte sich und seine Vorstellungen von Kunst in dieser Umgebung am besten verstanden. Zusammen haben sie neue Maßstäbe in der Kunst des 20. Jahrhunderts gesetzt. Der Kölner Galerist Heinz Holtmann, der sich von Beginn an mit Zero beschäftigte, unterstreicht die Bedeutung dieser Kunstströmung und ordnet sie so ein: „Zero war die wichtigste Entwicklung in der Kunst in Europa.“ Seiner Meinung nach kann die Bedeutung dieser Künstler nicht hoch genug eingeschätzt werden. 1966 trennte sich das Trio ganz bewusst mit einer Feier auf dem Bahnhof Rolandseck. Von nun an ging jeder seiner Wege und verfolgte verstärkt seine eigenen Vorstellungen.

## **Das Licht zum Tanzen gebracht**

Besonders der 1928 im westfälischen Laasphe geborene Otto Piene setzte und setzt sich künstlerisch mit dem Element Licht auseinander. Der studierte Künstler und Philosoph präsentierte 1959 seine Werke erstmals in einer Einzelausstellung in der Düsseldorfer Galerie Schmela. Kinetische

Objekte, die das Licht zum Tanzen bringen, Gemälde, die ihre Strukturen durch die Bearbeitung mit Feuer und Rauch erhalten aber auch Grafiken, die sich mit dem Thema Sonne auseinandersetzen, machten ihn bekannt. 1964 geht er als Lehrer an die Universität von Pennsylvania und anschließend an das Massachusetts Institute of Technology (MIT). Dort hat er eine Professur für Umweltkunst. Zur Olympiade 1972 in München konstruierte er einen riesigen Heißluftballon, der sich wie ein Regenbogen über das Stadion spannte. Zurzeit stellt das Dürener Leopold Hoesch-Museum ein Lichtballett aus der Sammlung von Hubertus Schoeller, Mitbegründer der Zero-Foundation, aus. Noch bis März sind dort keramische Arbeiten zum Thema Feuer zu

sehen. Antonia Lindner von der Galerie Bode in Nürnberg ordnet Piene ein: „Ich halte ihn für den wichtigsten Künstler der Zero-Gruppe. Allerdings hat er sich nicht wie seine Kollegen jemals um den Kunstmarkt gekümmert. Deshalb sind seine Werke vergleichsweise günstiger.“ Die Galerie bietet ein Ölbild von Piene von 1988 an, das mit Rauch und Feuer bearbeitet ist. Grafiken aus der Serie „Pax“, Auflage 55, kosten 594 Euro, das Motiv „Butterfly blue“, Auflage 28, gibt es für 1045 Euro.

## **Strukturiertes Metall und Glas**

Galerist und Zero-Spezialist Holtmann räumt besonders Heinz Mack große Bedeutung ein. Im nächsten Jahr bekommt der im hessischen Lollar geborene Künstler zum 80. Geburtstag seine große Retrospektive in der Bundeskunsthalle in Bonn. Licht und Raum bestimmen das Werk Macks. Seit 1969 entwickelt er Lichtreliefs und kubische Objekte aus strukturiertem Metall und Glas, die auf die Brechung des Lichts zielen. Zum Teil sollten Motoren „das Licht zum Vibrieren“ bringen. Spektakulär war sein künstlicher Lichtgarten, den er 1968 auf elf Meter hohen Stelen in der Sahara installierte. Wie seine Zero-Kollegen nahm er an der Documenta in Kassel und der Biennale in Venedig teil. Seine Installationen für den deutschen



*Licht als künstlerisches Gestaltungselement:  
Otto Piene mit einem seiner leuchtenden Werke.*

Fotos: picture alliance

Pavillon bei der Weltausstellung in Osaka bescherten ihm eine Professur an der dortigen Universität. Seitdem Mack einen Teil seiner Zeit auf Ibiza verbringt, gestaltet er seine Bilder wieder farbig auf Leinwand. Er lässt Farben unmerklich ineinander übergehen – er folgt seinem Prinzip „der farbigen Chromatik“. Wie bei Piene und Uecker liegen die Preise für Werke aus der Zeit bis zum Trennungsjahr 1966 höher als für spätere Werke. Bei Holtmann kostet ein weißes Reliefbild „Weiße Vibration“ von 1958, Acryl auf Holz, 210 000 Euro, die „Silberflügel“ von 1963 liegen bei 30 000 Euro, farbige Grafiken von 1996 in 50er Auflage sind für 2 000 bis 3 000 Euro zu haben. Beim Auktionshaus Ketterer in München brachte ein Unikat mit dem Titel „Structure dynamique noire“, von 1962 im Juni dieses Jahres 73 200 Euro (inklusive Aufgeld).

## Mit Nägeln Schwingungen sichtbar machen

Der dritte im Bunde Günther Uecker feierte bereits im März 2010 seinen 80. Geburtstag. Geboren in Mecklenburg-Vorpommern kam er nach seinen Studien der Malerei in Wismar und Berlin 1955 nach Düsseldorf an die Kunstakademie. Dort ist er selbst seit 1974 als Lehrer tätig. Als Künstler beschäftigt er sich mit Lichtmedien, erforscht optische Phänomene, Strukturreihungen und Schwingungsbereiche, die den Betrachter aktiv mit einbeziehen. Bereits seit Anfang der sechziger Jahre, verstärkt aber seit dem Ende von Zero 1966, setzt er Nägel als sein Hauptgestaltungsmittel ein. Er übernachtet Möbel, Instrumente, Haushaltsgegenstände und kombiniert dann die Nägel mit seinem Lichtthema. Typisch für ihn ist die Spirale als Form in seinem Werk. Er will aber die Nägel nicht als solche verstanden wissen, sondern nutzt sie als Mittel um „eine Schwingung zu erreichen, die ihre geometrische Ordnung stört.“ Er orientiert sich stark an asiatischen Kulturen und ihrem Gedankengut. Ein Höhepunkt seiner Karriere dürfte die Gestaltung des Andachtsraums im Berliner Reichstagsgebäude gewesen sein.

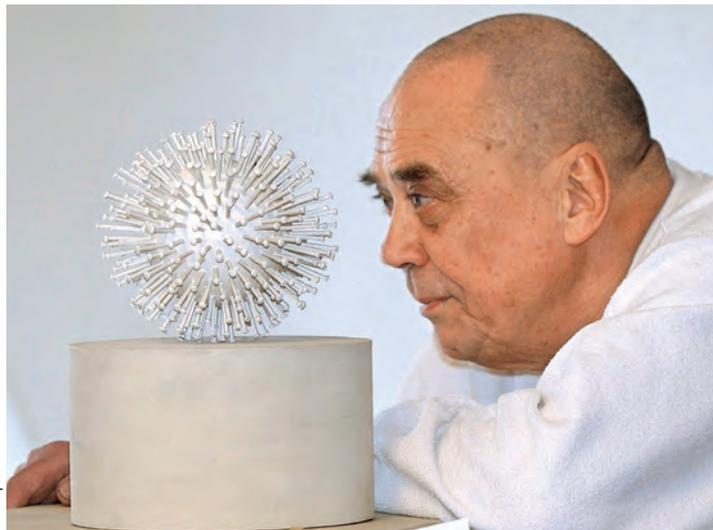


Foto: picture alliance

Mit Nägeln Kunst gemacht: Günther Uecker, der auch den Andachtsraum im Berliner Reichstagsgebäude gestaltete.

Wie seine Kollegen erzielt er auf dem Kunstmarkt hohe Preise. So fiel in der Juni-Auktion bei Ketterer der Hammer für ein Spiral-Bild von 1998 bei 170 800 Euro (inklusive Aufgeld). Der Schätzwert lag bei 80 000 Euro. Begehrt sind auch seine Grafiken. Diese Prägedrucke entstehen durch das Pressen von Nägeln gegen Büttenpapier. Das besonders schwere Papier erlaubt sehr gute Abdrücke. Die Preise dafür beginnen bei etwas mehr als 2 000 Euro (Galerie Zimmermann & Heitmann in Dortmund). Bilder von Uecker stehen aktuell immer wieder in den Auktionen bei Ketterer in München zum Gebot. Dann dürfte sich der Aufwärtstrend bestätigen.

## Auch frühere Werke begehrt

Ob die Preise für die jüngeren Werke gleichziehen werden, wird man sehen. Robert Ketterer, Chef des Auktionshauses, meint dazu: „Solange noch Arbeiten aus den 1960er Jahren auf dem Markt gehandelt werden, werden diese Spitzenstücke von internationalen Sammlern umkämpft sein und jüngere Werke haben das Nachsehen. Verknappt sich aber die Ware, dann stehen sicherlich die in den 1970er Jahren entstandenen Objekte auch bald auf den Einkaufslisten. Azyklische Sammler sehen sich daher schon jetzt die Arbeiten aus den siebziger und achtziger Jahren dieser Künstler sehr genau an.“

Die Kunsthistorikerin und Kunstvermittlerin Ilona Loseck, die einen Teil der Grafiken aus dem Bestand des Sammlers Hubertus Schöller verkauft, hat sich ebenfalls mit der Einordnung von Zero auseinandergesetzt. Sie kommt zu dem Resultat: „Sammler, die sich für die Werke der Zero-Künstler begeistern, bekommen Kunst, deren Wert nicht mehr sinken wird. Wer aber zum Beispiel 250 000 Euro für ein Bild von Jonathan Meese ausgibt, weiß nicht, ob er dieses Geld noch einmal zurückbekommen wird.“

Marlene Endruweit  
m.endruweit@netcologne.de

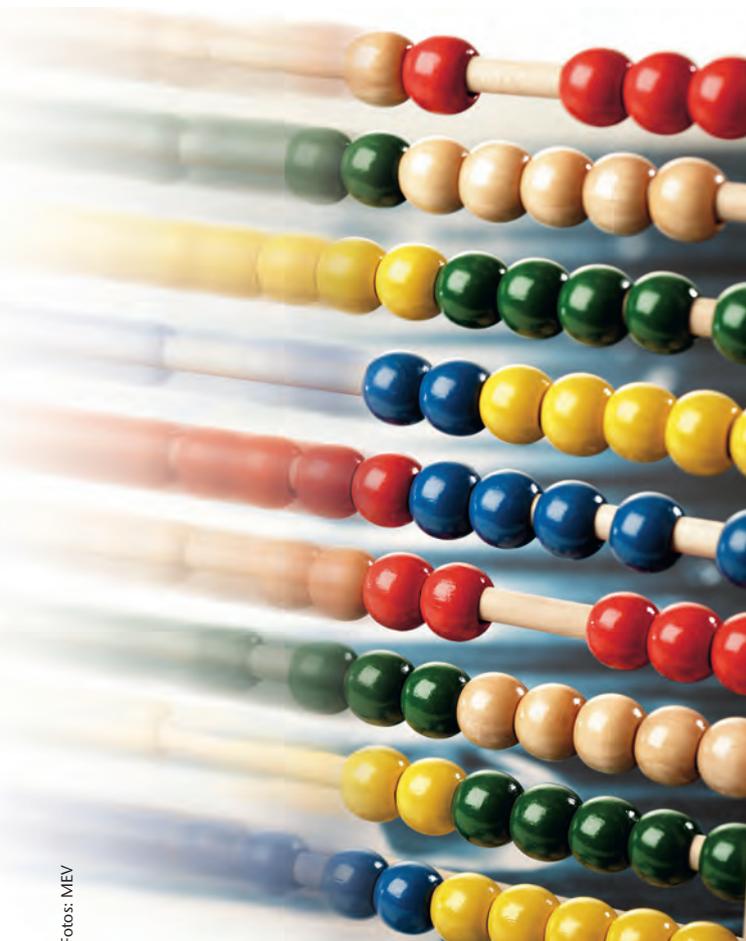
## zm-Info

### Adressen im Internet

- Zero-Foundation:  
[www.zerofoundation.de](http://www.zerofoundation.de)
- Auktionshaus Ketterer:  
[www.kettererkunst.de](http://www.kettererkunst.de)
- Galerie Bode:  
[www.bode-galerie.de](http://www.bode-galerie.de)
- Galerie Holtmann:  
[www.galerie-holtmann.de](http://www.galerie-holtmann.de)
- Galerie Zimmermann & Heitmann:  
[www.zimmermann-heitmann.de](http://www.zimmermann-heitmann.de)
- Leopold Hoesch Museum:  
[www.leopoldhoeschmuseum.de](http://www.leopoldhoeschmuseum.de)
- Kunstvermittlung Loseck:  
[info@artconsult-koeln.de](mailto:info@artconsult-koeln.de)

Controlling in der Zahnarztpraxis

# Betriebswirtschaftliche Erfolgsplanung



*Der Abakus und seine heutigen Nachfolger gehören ebenso existenziell zu den Arbeitsmitteln eines jeden Zahnarztes wie Spiegel und Sonde.*

anzusetzen und ein konsequentes Einnahmenmanagement zu betreiben. Dies bedeutet vor allem, eine betriebswirtschaftliche Erfolgsplanung in Form von Planzahlen aufzustellen und die tatsächlich erzielten Ergebnisse regelmäßig mit diesen Zahlen abzugleichen. Aus den Übereinstimmungen – und mehr noch aus den Abweichungen – werden die Erfolgspotenziale rasch sichtbar. Die Erkenntnisse führen zu Handlungsempfehlungen und konkreten Maßnahmen.

## Deckungsbeitragsrechnung

Die Deckungsbeitragsrechnung hat zum Ziel, das Praxisergebnis im Voraus zu berechnen. Dieses ergibt sich aus der Differenz der – ebenfalls vorab kalkulierten – Werte für Leistungen und Kosten der Praxis. Sie wird umso genauer, je detaillierter die enthaltenen Informationen sind. Eine solche Rechnung kann – vereinfacht dargestellt – etwa wie folgt aussehen:

**Die Zeit, in der eine Zahnarztpraxis „wie von selbst“ finanziell erfolgreich arbeitete, ist längst passé: Eine Praxis kann dies heute nur noch, wenn sie nach betriebswirtschaftlichen Kriterien geführt wird.**

Daher kommt es heute für jeden unternehmerisch denkenden Zahnarzt darauf an, innerhalb seines Praxisumsatzes einen soliden Anteil an Einnahmen aus Privat- und Zuzahler-Leistungen zu erzielen. Und mehr noch: Es bedarf einer sorgfältigen betriebswirtschaftlichen Planung, die Umsatz und Kosten der Praxis über das gesamte Geschäftsjahr im Auge hat und bei gravierenden Abweichungen zeitnah konkrete Korrekturmaßnahmen ermöglicht. Nur auf diese Weise kann die Praxis auf der Erfolgspur gehalten werden.

Zunächst ist davon auszugehen, dass die Kosten einer Zahnarztpraxis überwiegend

aus so genannten „Fixkosten“ (wie etwa Personal oder Miete) bestehen, bei deren Verminderung der einzelne Praxisinhaber nur wenig bis gar keinen Spielraum hat. Als weitaus sinnvoller erweist es sich, gedanklich auf der Einnahmenseite – genauer gesagt: bei den Leistungen –

### Deckungsbeitragsrechnung

für eine Beispielpraxis, in der vom Zahnarzt 1 568 Stunden und zusätzlich durch die Prophylaxe 1 598 Stunden im Jahr erbracht werden

		Praxis gesamt	Zahnarzt	Prophylaxe
<b>Leistung in Euro</b>	Zuzahlerleistungen	185 323	128 443	56 880
	Privat	67 834	54 154	13 680
	Kasse	160 843	141 403	19 440
	Honorar	414 000	324 000	90 000
	technische Leistungen	90 000	90 000	0
	Praxiseinnahmen	504 000	414 000	90 000
<b>Kosten in Euro</b>	<b>Gesamt</b>	<b>255 000</b>		
	Deckungsbeitrag I	249 000		
	Abschreibungen	20 000		
	Deckungsbeitrag II	229 000		

## Kostenplanung

Wenn man von der Kostenplanung für eine bestehende Praxis (keine Neugründung) ausgeht, lässt sich diese leicht aus den Kosten des Vorjahres ableiten. Etwaige Änderungen (wie etwa durch Beendigung laufender Verträge, Abschluss neuer Verträge, Investition in Geräte oder Modernisierung der Praxiseinrichtung) sollten hier unbedingt berücksichtigt werden.

Planungsrelevante Kosten sind zum Beispiel:

- Miete (einschließlich Nebenkosten)
- Personalkosten
- Versicherungen
- Kosten für persönliche Lebenshaltung (Privatentnahmen)
- Zinsen und Tilgung für Darlehen und andere Verbindlichkeiten
- Variable Kosten aus dem Praxisbetrieb (zum Beispiel Material und Fremdlabor)

## Umsatz- oder Leistungsplanung

Die Planung der Leistungen sollte sich grundsätzlich an den Kosten der Praxis orientieren, das heißt sie sollte unbedingt eine Mindestumsatzermittlung enthalten, um die Fragen beantworten zu können: Wie viel Umsatz muss die Praxis im Betrachtungszeitraum erwirtschaften, um kostendeckend arbeiten und den privaten Geldbedarf des Zahnarztes zu decken? Welcher Mindeststundensatz ergibt sich aus der Kostenstruktur? Aus diesen errechneten Größen kann das minimale Umsatzziel abgeleitet werden, das die Praxis erreichen muss.

Da die Praxis als Unternehmen möglichst einen Gewinn erzielen soll, muss der Umsatz oberhalb des errechneten Minimums liegen. Die Planung sollte sich sowohl an den Umsätzen aus der Vergangenheit als auch an dem Potenzial orientieren, das die Praxis besitzt. Das bedeutet, dass mindestens die Vorjahresumsätze der einzelnen Behandler als Planwerte für das kommende Jahr anzusetzen sind. Diese sollten dann um einen realistisch kalkulierten Wert er-

höht werden. Hierbei kommt es darauf an, das Ziel als machbare Herausforderung zu setzen, das heißt sportlich, aber nicht zu hoch, um bei der Umsetzung nicht ständig hinterherzuhinken.

Zudem empfiehlt es sich, die Umsätze auf die einzelnen Monate zu verteilen und dabei auch jeweils die tatsächlichen Arbeitstage als Grundlage zu nutzen. Dadurch sind Urlaube und Feiertage mit berücksichtigt. Ebenso sollten saisonale Schwankungen, zum Beispiel geringeres Patientenaufkommen in den Sommermonaten, eingeplant werden.

Neben der Periodisierung der Monate sollte die Umsatzplanung wie folgt gegliedert sein:

- Behandlungsschwerpunkte (etwa Kons, Prothetik, PA, Implantologie )
- Behandler (nur bei mehreren Behandlern)
- Profit-Center (etwa die Prophylaxe-Abteilung)
- Fremdlabor und Eigenlabor (falls vorhanden)
- Laser
- Einnahmensektoren (Kasse, privat, Zuzahlerleistungen)

### Beispiel Prophylaxe

Eine Beispielpraxis führte im vergangenen Geschäftsjahr durchschnittlich drei Prophylaxe-Termine pro Tag durch. Durch eine verbesserte Abstimmung der Patientenberatung, der Praxis-Außendarstellung und anderer Kommunikationsmaßnahmen auf die Patientenstruktur könnte die Praxis als Ziel für das nächste Jahr zwei Termine mehr pro Tag veranschlagen.

Dies bedeutet, dass im kommenden Jahr 400 Termine mehr durchgeführt werden. Bei einem Umsatz von 90 Euro je Prophylaxe-Termin ergibt sich daraus ein Umsatzplus allein in diesem Bereich von 36 000 Euro. Ähnlich können die Behandlungsschwerpunkte Inlays, Implantate oder anderen Leistungen geplant werden.

Umsatz	Ist 2010 in Euro	Soll 2011 in Euro	Veränderung in Euro
Prophylaxeumsatz	54 000	90 000	+ 36 000

## Soll-Ist-Abgleich

Im nächsten Schritt werden die realisierten Ist-Werte für Kosten und Leistungen mit den Planwerten abgeglichen. Dafür werden unterjährig den jeweiligen Planzahlen die tatsächlich angefallenen Kosten (aus der monatlichen Betriebswirtschaftlichen Auswertung, BWA) und die tatsächlich erzielten Umsätze (aus der monatlichen Leistungsstatistik, weil diese in der Regel aktueller ist als die BWA) in Form eines Soll-Ist-Abgleichs gegenübergestellt. Ein monatlicher Soll-Ist-Abgleich ist deshalb sinnvoll, weil nur so ein zeitnahes Controlling ermöglicht werden kann.

März				
	Soll in Euro	Ist in Euro	Abweichung in Euro	Abweichung in %
Zuzahlerleistungen	18 532	17 610	- 922	- 5,0
Privat	6 783	9 115	2 332	34,4
Kasse	16 084	16 787	703	4,4
Honorar	41 399	43 512	2 113	5,1
technische Leistungen	9 000	8 100	- 900	- 10,0
Praxiseinnahmen	50 399	51 612	1 213	2,4
<b>Kosten gesamt</b>	<b>27 556</b>	<b>29 455</b>	<b>1 899</b>	<b>6,9</b>
Deckungsbeitrag I	22 843	22 157	- 686	- 3,0
Abschreibung	1 667	1 667	0	
Deckungsbeitrag II	21 176	20 490	- 686	- 3,2

Zu sehen sind die Planwerte, die tatsächlichen Werte sowie die Abweichung (als Betrag und prozentual) für:

- die einzelnen Einnahmearten
- die einzelnen Kostenarten (in unserer vereinfachten Darstellung sind nur die Gesamtkosten aufgeführt)
- die technischen Leistungen
- den Deckungsbeitrag (Ergebnis vor Steuern)

Aus dem vorliegenden Soll-Ist-Abgleich ist zu erkennen:

- Der Einnahmehereich Zuzahlerleistungen liegt unter dem Planwert. Ein Grund kann der noch ausbleibende Erfolg in der Patientenberatung sein. Hier gilt es eine genauere Ursachenforschung zu betreiben.
- Die technischen Leistungen liegen unter

Plan, was bedeuten kann, dass zu wenig hochwertiger Zahnersatz umgesetzt wurde.

- Die Kosten liegen 6,9 Prozent über dem Planwert. Bei größeren Abweichungen lohnt sich eine genauere Analyse der einzelnen Kostenpositionen zur Ursachenforschung.

### Beispiel Prophylaxe

Stellt man am Beispiel der Prophylaxe im Monat März (siehe Tabelle rechts) den Planwerten die Ist-Werte gegenüber, kann man erkennen, weshalb sich die Einnahmen „Privat für Kasse“ unterdurchschnittlich entwickelt haben: Ursache ist, dass der Prophylaxeumsatz in dem Betrachtungszeitraum 900 Euro zu gering ausfiel. Dies bedeutet, dass im März zehn Einnahmen durch Professionelle Zahnreinigung (PZR) zu wenig erzielt werden konnten. Dies ist unter anderem der Grund dafür, dass die Zuzah-

lungsleistungen deutlich hinter Plan liegen. Die Angebote im Bereich PZR sind also noch weiter ausbaufähig.



## Wichtige Entscheidungsgrundlage

Aus einem solchen Abgleich wird deutlich, welche Behandlungsschwerpunkte, Einnahmehbereiche und Profit Center gut gelaufen sind und welche nicht.

März				
	Soll in Euro	Ist in Euro	Abweichung in Euro	Abweichung in %
Prophylaxe	7 740	6 840	- 900	- 11,6

Hieraus können kurzfristig Handlungsempfehlungen als Entscheidungsgrundlage gegeben werden, wie beispielsweise:

■ Beratungstrainings für Mitarbeiterinnen einzelner Leistungsbereiche, um den Beratungserfolg zu erhöhen

■ PR-Maßnahmen zur gezielten Förderung einzelner Leistungen, um entsprechende Patienten zu gewinnen

■ Einstellung zusätzlicher Fachkräfte bei besonders guter Auslastung einzelner Leistungsbereiche

■ Anpassen der Behandlungskonzepte

## Fazit

Ohne betriebswirtschaftliche Praxisplanung ist der wirtschaftliche Erfolg in der Zahnarztpraxis kaum zu realisieren. Zwar bedeutet die Auseinandersetzung mit dem Zahlenwerk der Praxis für den Zahnarzt einigen Zeitaufwand und fordert von ihm, etwaige Berührungspunkte vor dem Thema Betriebswirtschaft abzubauen. Allerdings lohnt sich die Arbeit: Sie gibt dem Praxisinhaber die Sicherheit und die Souveränität, die Entwicklung seiner Praxis aktiv beeinflussen und somit den eigenen Erfolg aktiv steuern zu können.

Werner Gink  
Jochen Kriens  
Unternehmensberater  
Mainzer Str. 57-59  
55411 Bingen

*Steuern im Jahr 2011*

## Änderungen beachten

**Die Bundesregierung will bis zum Jahr 2014 circa 80 Milliarden Euro einsparen und hat deshalb das Haushaltsbegleitgesetz verabschiedet. Demnach soll allein der Bund im Jahr 2011 rund 3 Milliarden Euro und bis 2014 knapp 20 Milliarden Euro weniger ausgeben. Auch für die Bürger ändert sich 2011 so manches, hier ein kurzer Überblick.**

### Häusliches Arbeitszimmer

Für Zahnärzte ist eine wichtige Neuregelung die steuerliche Abziehbarkeit der Aufwendungen für ein häusliches Arbeitszimmer. Seit dem Jahr 2007 konnten die Ausgaben für ein häusliches Arbeitszimmer nur noch dann steuerlich berücksichtigt werden, wenn das Arbeitszimmer den Mittelpunkt der gesamten betrieblichen und beruflichen Betätigung bildete. Das Bundesverfassungsgericht entschied aber im Juli 2010, dass ein häusliches Arbeitszimmer auch dann steuerlich abziehbar sein muss, wenn für die betriebliche oder berufliche Tätigkeit kein anderer Arbeitsplatz zur Verfügung steht. Diesen Beschluss setzt der Gesetzgeber nun um.

Ab dem Jahr 2011 kann ein Steuerpflichtiger anfallende Kosten für ein häusliches Arbeitszimmer als Betriebsausgaben oder Werbungskosten steuerlich geltend machen. Voraussetzung hierfür ist, dass entweder das Arbeitszimmer der Mittelpunkt der gesamten betrieblichen und beruflichen Betätigung darstellt, dann können die Kosten in unbegrenzter Höhe abgezogen werden, oder dem Steuerpflichtigen kein anderer Arbeitsplatz zur Verfügung steht, dann gilt die „alte“, bis zum Jahr 2007 gültige Regelung von maximal 1 250 Euro. Bei noch offenen Steuerfällen, das sind solche, bei denen noch kein Steuer- oder Feststellungsbescheid ergangen ist, ein Einspruchsverfahren noch läuft, oder die einen Vorläufigkeitsvermerk bezüglich des Arbeitszimmers beinhalten, gilt diese Regelung rückwirkend ab dem Jahr 2007.

### Steuerpflicht der Zinsen auf Erstattungen

Ebenfalls eine Anpassung der Gesetzgebung an die aktuelle Rechtsprechung gibt es bei den Erstattungszinsen. Im Juni 2010 entschied der Bundesfinanzhof, dass vom Finanzamt geleistete Zinsen auf Einkommen-



Foto: CC

*Rauchen für den Staatshaushalt? Zumindest soll die Erhöhung der Tabaksteuer fehlende Einnahmen bei der ökologischen Steuerreform ausgleichen.*

steuererstattungen nicht zu versteuern sind. Die Richter vertraten die Auffassung, dass dann, wenn vom Steuerpflichtigen gezahlte Zinsen für Steuernachzahlungen nicht als Sonderausgaben abgezogen werden können, der Staat umgekehrt auch für die Verzinsung einer Steuererstattung keine Steuern erheben darf.

Der Gesetzgeber plant, die geänderte Rechtsprechung (Steuerfreiheit von Erstattungszinsen) durch eine Gesetzesänderung außer Kraft zu setzen, die bisherige Rechtslage (Steuerpflicht der Erstattungszinsen) beizubehalten und im Gesetz zu verankern. Weiterhin können aber Nachzahlungszinsen, also Zinsen, die ein Steuerpflichtiger an das Finanzamt zahlt, nicht steuerlich geltend gemacht werden. Der Gesetzgeber will damit konsequent das Prinzip umsetzen, dass private Schuldzinsen nicht abzugsfähig, Guthabenzinsen aber steuerpflichtig sind. Zudem befürchtete der

Gesetzgeber, dass es durch die vom Bundesfinanzhof geforderte Änderung zu Steuermindereinnahmen in dreistelliger Millionenhöhe hätte kommen können.

### **Abschreibung für Wirtschaftsgüter nach Einlage in das Betriebsvermögen**

Auch bei den Abschreibungen gibt es ab Januar 2011 eine Änderung. Wird ein Wirtschaftsgut zunächst privat genutzt und dann in das Betriebsvermögen überführt (also in die Praxis eingebracht), wurde als Bemessungsgrundlage für die weitere Abschreibung der Wert zugrunde gelegt, der sich ergab, wenn man von den ursprünglichen Anschaffungskosten die bisher erfolgte Abschreibung abzog. Die weitere Abschreibung (jetzt als Betriebsausgabe in der Praxis) erfolgte somit von diesem „Restwert“.

Ab Januar 2011 soll die weitere Abschreibung von dem Wert vorgenommen werden, der sich nach der Differenz zwischen dem Einlagewert (dieser entspricht dem tatsächlichen Zeitwert zum Zeitpunkt der Einbringung) und den vor der Einlage bereits in Anspruch genommenen Abschreibungen bemisst.

Ist der Einlagewert, also der Zeitwert, geringer als der Restwert vor der Einlage (also die ursprünglichen Anschaffungskosten abzüglich der bereits in Anspruch genommenen Abschreibung), darf nur noch der niedrigere Einlagewert als AfA-Bemessungsgrundlage (Absetzung für Abnutzung) berücksichtigt werden.

### **Private Spekulationsgeschäfte**

Das Haushaltsbegleitgesetz regelt auch, dass der Verkauf von Gegenständen des täglichen Gebrauchs innerhalb der Spekulationsfrist von einem Jahr nicht zu versteuern ist. Dies gilt sowohl für Veräußerungsverluste als auch für Veräußerungsgewinne. Denn diese Gegenstände werden – so die Gesetzesbegründung – nicht mit dem Ziel der zeitnahen gewinnbringenden Veräußerung angeschafft. Etwas anderes – also Steuerpflicht – gilt nur in Ausnahmefällen wie bei der Veräußerung von Antiquitäten, Kunst-

gegenständen und Oldtimern. Die Änderung ist erstmals für solche Veräußerungen von Gegenständen anzuwenden, für die nach dem Inkrafttreten des Gesetzes ein Kaufvertrag abgeschlossen wurde.

### Elterngeld

Das Elterngeld wird ab Januar 2011 abgesenkt beziehungsweise ganz gestrichen. Hat der Bezieher von Elterngeld ein anzurechnendes Nettoeinkommen von über 1 240 Euro im Monat, reduziert sich das Elterngeld von 67 Prozent auf 65 Prozent. Gestrichen wird das Elterngeld bei Hartz-IV-Empfängern, aber auch bei Personen mit einem Einkommen von mehr als 250 000 Euro im Jahr (500 000 Euro bei Verheirateten).

### Handwerkerleistungen

Auch im Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen gibt es Konkretisierungen beziehungsweise Streichungen. Beauftragten Steuerzahler in ihrem Privathaushalt selbstständige Handwerker, zieht das Finanzamt auf Antrag immerhin 20 Prozent der abgerechneten Arbeitsleistung, höchstens jedoch 1 200 Euro im Jahr, von der Steuer-schuld ab.

Neue Regel: Ab dem Jahr 2011 sollen bestimmte öffentlich geförderte Maßnahmen aus der Steuerermäßigung ausgeschlossen werden. Damit soll eine doppelte steuerliche Förderung vermieden werden. Beispielsweise soll für Maßnahmen, die nach dem CO<sub>2</sub>-Gebäudesanierungsprogramm der KfW-Förderbank durch zinsverbilligte Darlehen oder steuerfreie Zuschüsse gefördert werden, die Steueranrechnung von 2011 an entfallen.

Empfehlung: Auftragsabschluss und Begleitung der Rechnung noch im Jahr 2010.

### Flugverkehrssteuer

Es wird eine Flugverkehrssteuer eingeführt, die pro Fluggast und nach Entfernung zwischen Abflug- und Zielflughafen berechnet wird. Vorgesehen sind folgende Steuersätze: Für Kurzstrecken bis 2 500 km 8 Euro, für Mittelstrecken zwischen 2 501 und 6 000 km

25 Euro und für Langstrecken ab 6 001 km 45 Euro. Jedoch sollen Flüge aus dem Ausland nach Deutschland steuerfrei bleiben. Ebenfalls steuerfrei bleiben unter bestimmten Umständen die Flüge zu den deutschen, niederländischen und dänischen Nordseeinseln.

### Gleichstellung von Lebenspartnerschaften im Erbfall

Auch bei den Lebenspartnerschaften ergab sich eine steuerliche Änderung. Diese sind beim Erbschaftsteuerrecht rückwirkend zum 1. August 2001 mit Ehen gleichzustellen. Auch diese Regelung wurde bereits vom Bundesverfassungsgericht angemahnt und nun umgesetzt.

### Versorgungsausgleich in Scheidungsfällen

Um den Sonderausgabenabzug für Ausgleichszahlungen im Rahmen des Versor-

gungsausgleichs zu erhalten, ist Voraussetzung, dass derjenige, der die Ausgleichszahlung erhält, unbeschränkt einkommensteuerpflichtig ist. Nunmehr sind nicht nur die Ausgleichszahlungen an den Berechtigten in Form einer schuldrechtlichen Ausgleichsrente, sondern auch ein Ausgleich in Form von Kapitalzahlungen als Sonderausgaben begünstigt. Dabei handelt es sich meist um betriebliche Anrechte oder um Anrechte aus Altersvorsorge- und Basisrentenverträgen, die eine (Teil-)Kapitalisierung vorsehen. Im Gegenzug stellen Einkünfte aus Versorgungsleistungen beim Empfänger der Ausgleichszahlung sonstige Einkünfte dar, unabhängig davon, ob sich der Abzug dieser Zahlung als Sonderausgaben beim Zahlungsverpflichteten steuerlich ausgewirkt hat. Das betrifft auch die Einkünfte aus Ausgleichszahlungen im Rahmen des Versorgungsausgleichs.

### Vorsteuererstattung für Eigenheim kippt

Zahnärzte, die ihr Eigenheim zu mindestens zehn Prozent für die Praxis nutzen, konnten das Gebäude ihrem Unternehmensvermögen zuordnen. Folge: Das Finanzamt erstattete die komplette Vorsteuer auf den Kaufpreis oder auf die Herstellungskosten. Im Gegenzug musste der Zahnarzt zehn Jahre lang Umsatzsteuer auf die Privatnutzung ans Finanzamt überweisen. Ein Steuerdreh, der sich bisher lohnte. Schließlich winkt nicht nur eine Steuerersparnis, sondern aufgrund der Erstattung der Vorsteuer fällt der Finanzierungsbedarf deutlich niedriger aus, die Zinslast sinkt.

Neue Regel: Wird ein Eigenheim mit betrieblichen Räumen von 2011 an angeschafft oder wird nach dem 31. Dezember 2010 mit dem Bau begonnen, gibt es die Vorsteuererstattung dem Grunde nach nur noch für den Praxisteil. Im Gegenzug wird natürlich auch keine Umsatzsteuer mehr für die Privatnutzung fällig.

### GmbH-Anteile:

#### Kein voller Kostenabzug bei Verkauf

Wer einen Anteil an einer Kapitalgesellschaft von mehr als einem Prozent im Privatvermö-



Foto: MEV

Bei den Handwerkerleistungen werden 2011 einige öffentlich geförderte Maßnahmen aus der Steuerermäßigung herausgenommen.

gen hält, muss seine Verkaufsgewinne mit dem Finanzamt teilen. Seit dem Jahr 2009 gilt jedoch das Teileinkünfteverfahren. Danach hat der Anteilseigner nur 60 Prozent seines Gewinns zu versteuern, darf im Gegenzug aber auch nur 60 Prozent seiner Ausgaben im Zusammenhang mit seiner Beteiligung bei der Steuererklärung geltend machen. Der Bundesfinanzhof erlaubte bisher jedoch den vollen Abzug der Ausgaben, wenn der private Anteilseigner niemals Einnahmen aus der Beteiligung erzielt.

**Neue Regel:** Das Jahressteuergesetz hebt die steuerzahlerfreundliche Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs aus. Danach dürfen von 2011 an nur 60 Prozent der Ausgaben abgezogen werden, sofern der private Anteilseigner die „Absicht zur Erzielung von Betriebsvermögensmehrungen oder Einnahmen“ hatte.

### **Lohnsteuerkarte 2010**

Die Pappkarte gilt auch für 2011 weiter. Sie ist noch nötig, weil Arbeitgeber erst ab dem Jahr 2012 Steuerklassen und Freibeträge für den Lohnsteuerabzug elektronisch abrufen können. Arbeitnehmer müssen Ende des Jahres selbst prüfen, ob die Einträge auch für 2011 stimmen.

### **ELStAM löst nach und nach die Lohnsteuerkarte ab**

Im Jahr 2009 wurde die letzte reguläre Lohnsteuerkarte gedruckt. Ihr Nachfolger wird als ELStAM bezeichnet und bedeutet nichts anderes als Elektronische Lohnsteuerabzugsmerkmale. Alle diese für die Lohnsteuer relevanten Merkmale werden in einer zentralen Datenbank des Bundeszentralamts für Steuern (BTSt) gespeichert.

Arbeitgeber können sie durch die einfache Abfrage mittels der Identifikationsnummer der Steuerpflichtigen abrufen. Bei seiner Einstellung muss ein Arbeitnehmer nunmehr also keine Steuerkarte, sondern eine Identifikationsnummer abgeben. Bei dieser Nummer handelt es sich um eine persönliche elfstellige Steuernummer, die alle Steuerpflichtigen bis zum 31. Dezember 2008 bereits erhalten haben. Diese Nummer ist

jedoch nicht mit der normalen Steuernummer zu verwechseln. Änderungen der Lohnsteuerabzugsmerkmale können mit der flächendeckenden Einführung der Methode ELStAM nur noch durch die Finanzämter erfolgen, die Gemeinde ist nicht mehr hierfür zuständig.

### **Bankenkontrolle**

Die Bank soll der Finanzbehörde künftig die Steuer-Identifikationsnummer von Kunden mitteilen, die Wertpapiere verschenken oder als Geschenk erhalten. Ab 2012 soll sie auch über Kunden informieren, die aufgrund einer Nichtveranlagungsbescheinigung Kapitalerträge steuerfrei erhalten. Zudem müssen Anleger spätestens ab 2015 die Steuer-Identifikationsnummer auf Freistellungsaufträgen angeben. Nur dann erhalten sie bis zu 801 Euro (Ehepaare 1 602 Euro) Kapitalerträge im Jahr steuerfrei.

### **Arbeitnehmersparzulage**

Die Zulage bekommt, wer nicht mehr als 20 000 Euro im Jahr versteuern muss, beim Bausparen 17 900 Euro. Rückwirkend ab dem Jahr 2009 sollen Einkünfte aus Kapitalvermögen nicht mehr mitzählen, wenn diese Grenzen geprüft werden.

### **Erhöhung der Tabaksteuer**

Energieintensive Unternehmen sollen auch weiterhin Steuervergünstigungen aus der ökologischen Steuerreform erhalten, jedoch nicht so hohe wie bisher geplant. Die dadurch zu erwartenden Steuermindereinnahmen sollen durch die geplante Erhöhung der Tabaksteuer teilweise wieder hereingeholt werden.

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

*Jürgen Stolz  
Dipl.-Finanzwirt, Steuerberater  
Hornberger Str. 72b  
47441 Moers*

Umfrage zum Gesundheitssystem**Sorge um die Zukunft**

Zwar sind Bevölkerung und Ärzte mit dem deutschen Gesundheitssystem überwiegend zufrieden, dennoch machen sie sich Sorgen um die Zukunft. Das ist das Ergebnis einer repräsentativen Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach mit Unterstützung der Bundesärztekammer.



Demnach bewerten 70 Prozent der Deutschen die Gesundheitsversorgung als „gut“ oder „sehr gut“; bei den Ärzten sind es sogar 88 Prozent. Pessimistisch zeigten

sich die rund 1800 Befragten jedoch, was die Zukunft des Gesundheitssystems angeht. Hier gaben 77 Prozent der Befragten an, sie seien skeptisch, dass es der Politik längerfristig gelingen wird, eine gute Gesundheitsversorgung zu sichern. Bei den rund 500 befragten Ärzten war der Anteil der Skeptiker mit 81 Prozent noch höher.

Zudem: Jeder zweite Arzt hatte bei der Umfrage angegeben, er habe schon aus Kostengründen auf Behandlungen verzichtet. „Dabei handelte es sich aber nicht um lebensnotwendige Behandlungen“, sagte der Vize-Präsident der Bundesärztekammer, Ulrich Montgomery. sg/dpa

Weihnachtsmarkt**Betriebsausflug ist abgesichert**

Im Rahmen von Weihnachtsfeiern sind grundsätzlich alle Betriebsangehörigen über die gesetzliche Unfallversicherung abgesichert – auch auf den direkten Wegen zur Feier und zurück nach Hause. Wird eine Feier von den Beschäftigten außerhalb der Arbeitszeit selbstständig ausgerichtet, erlischt der Schutz, auch

wenn dies vom Unternehmen gebilligt wurde.

Ein anderer Fall: Viele Beschäftigte besuchen nach der Arbeit noch den Weihnachtsmarkt, bevor es nach Hause geht. Auch wenn es nur ein kurzer Stopp ist, gilt: Ist der Arbeitsweg unterbrochen und es kommt zu einem Unfall, greift die gesetzliche Unfallversicherung nicht. „Wenn es sich nicht um einen sogenannten Wege-Unfall handelt, springt jedoch die Krankenkasse ein“, erläutert DAK-Sprecherin Nina Osmer. „Die ärztliche Versorgung ist also gesichert.“ sg/pm



Foto: MEV

Studie**Marketing verwirrt Mediziner**

Fast die Hälfte (47 Prozent) der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten meint, dass Marketing den Praxisalltag verkompliziert. Das ist das Ergebnis einer Studie der Stiftung Gesundheit, die die Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse durchführte. Hauptgrund für die kritische Haltung scheint die Rechtslage zu sein, die als unsicher empfunden wird. Der Aussage,

„Es ist undurchsichtig, was erlaubt ist“, stimmt die Hälfte der Befragten zu. Nur knapp 30 Prozent meinen, zumindest teilweise den Durchblick zu haben. Da überrascht es nicht, dass viele Ärzte noch Verbesserungspotenzial in Sachen Werbung bei sich erkennen. Nur 5, 8 Prozent sind überzeugt, dass sie ihre Marketingmöglichkeiten ausschöpfen. Rund ein Viertel stimmt dieser Aussage eher zu. sg/pm

Lebenserwartung**Deutsche werden immer älter**

Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, ist die Lebenserwartung in Deutschland weiter angestiegen. Sie beträgt nach der Sterbetafel 2007/2009 für neugeborene Jungen 77 Jahre und vier Monate und für neugeborene Mädchen 82 Jahre und sechs Monate. Dies ist der höchste Stand seit Berechnung der ersten Sterbetafel 1871/1881 für das Deutsche Reich. Im Vergleich zur vorherigen Sterbetafel 2006/2008 stieg die Lebenserwartung für neugeborene Jungen um zwei Monate und für Mädchen um einen Monat. Auch für ältere Menschen hat die Lebenserwartung um einen weiteren Monat zugenommen.

Nach der Sterbetafel 2007/2009 beläuft sich die künftig noch verbleibende Lebenserwartung von 60-jährigen Männern auf weitere 21 Jahre. 60-jährige Frauen können statistisch gesehen mit weiteren 24 Jahren und zehn Monaten rechnen. Aus der Sterbetafel



Foto: CC

2007/2009 lässt sich darüber hinaus ablesen, dass nach den aktuellen Sterblichkeitsverhältnissen statistisch gesehen jeder zweite Mann in Deutschland wenigstens 80 Jahre alt werden und jede zweite Frau sogar ihren 85. Geburtstag erleben kann. Zum Vergleich: Im Deutschen Reich betrug die durchschnittliche Lebenserwartung eines neugeborenen Jungen in der Berichtsperiode 1871/1881 nur 35 Jahre und sieben Monate, ein neugeborenes Mädchen konnte mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 38 Jahren und fünf Monaten rechnen. Demnach hat sich die Lebenserwartung der Neugeborenen in den vergangenen etwa 130 Jahren mehr als verdoppelt. sg/pm

*apoBank*

## Vermögensverwaltung ausgezeichnet

Die Vermögensverwaltung der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) ist im Oktober 2010 im Bankentest von Focus Money und n-tv mit dem Titel „Herausragende Vermögensverwaltung“ ausgezeichnet worden.



Abteilungsleiter Jürgen Wirtz wies darauf hin, dass die Bank in der Vermögensverwaltung mittlerweile ein starkes Standbein besitzt, was nicht überall bekannt sei. Aktuell würde ein Volumen von über einer Milliarde Euro betreut. Die wiederholte Auszeichnung belege, dass die Bank gute Arbeit leiste. sg/pm

*Vorsorge für Kinder*

## Früh planen und Angebote vergleichen

Wer über Vorsorge nachdenkt, stellt sich mitunter auch die Frage nach der Absicherung des Nachwuchses. Wer für Kinder vorsorgen will, kann von verschiedenen Möglichkeiten Gebrauch machen: „Neben einem Investment in Aktien oder Anleihen bieten sich unter anderem Investmentfonds oder Bausparverträge für die Vorsorge an. Auch die traditionelle Versicherungslösung eignet sich zur Kindervorsorge“, sagt Dieter Stroekens, Vorsorgeexperte der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank). Bei der Wahl der geeigneten Vorsorgeart empfiehlt es sich jedoch, einige Grundregeln zu beachten: So sollte man zum Beispiel berücksichtigen,

dass ein selbstständiges Engagement an den komplexen Aktienmärkten zeitintensiv ist und eine detaillierte Markt- und Sachkenntnis erfordert. Die Wahl einer Investmentfondslösung ist in diesem Fall die bessere Entscheidung. Hier ist das Portfolio breit gestreut und durch Spezialisten gemanagt. Eine herkömmliche Rentenversicherung zur Vorsorge gilt in der Regel als sicherste Lösung. Sie garantiert eine Verzinsung von mindestens 2,25 Prozent, die durch eine Überschussbeteiligung noch erhöht wird.

Bei der Entscheidungsfindung sollte man zudem darauf achten, dass zu bestimmten Anlässen, wie etwa dem 18. Geburtstag, Entnahmemöglichkeiten bestehen – möglichst auch gebührenfrei. Zudem sollte es den Eltern möglich sein, über die Verwendung des Geldes zu entscheiden – auch wenn das Kind volljährig wird. Unabhängig von der Wahl des Vorsorgeproduktes sollte man die Absicherung der Kinder früh ins Auge fassen. Denn je länger die Laufzeit, desto einfacher lassen sich die notwendigen Rücklagen bilden. sg/pm



Foto: CC

*Berufsausübungsgemeinschaft*

## Freie Mitarbeiter können teuer werden

**Das Bundessozialgericht (BSG) hat in einem neuen Urteil entschieden, dass die KZV in großem Umfang Honorar zurück fordern kann, wenn einer der Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft in Wirklichkeit ein Angestellter ist. Die Praxisverträge sollten umgehend geprüft werden.**



Foto: Cultura-vario images

*Um rechtlich auf der sicheren Seite zu stehen, sollte es arbeitsvertraglich in zahnärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften keine als freie Mitarbeiter betitelten Kollegen mehr geben.*

Das BSG hat in einem Urteil eine Honorarrückforderung einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gegen einen Radiologen in Höhe von 880 578,27 Euro bestätigt. Die darin vertretene Rechtsauffassung ist ohne Weiteres auf Vertragszahnärzte übertragbar. Im konkreten Falle ging es darum, dass der Radiologe mit einem anderen Arzt einen „Kooperationsvertrag“ schloss, nach dem dieser als „freier Mitarbeiter“ der „Gemeinschaftspraxis“ tätig werden sollte. Nach beiderseits befriedigendem Ablauf einer Probezeit sollte er „partnerschaftlich eingebunden werden, und zwar bei Herstellung paritätischer Gesellschaftsanteile“. Außerdem wurde unter anderem ein Festgehalt vereinbart. In der Präambel wurde bestimmt, dass ein „gegebenenfalls dem Zulassungsausschuss vorzulegender Vertrag“ zwischen den Vertragsparteien keine eigene Rechtswirkung entfalten solle, und schließlich,

dass der freie Mitarbeiter bei seinem Ausscheiden seinen Vertragsarztsitz unentgeltlich zu übertragen habe. Es kam nie zu dessen Einbindung nach einer Probezeit. Im streitgegenständlichen Zeitraum rechnete die so genannte Gemeinschaftspraxis Honorarzahungen in Höhe von über zwei Millionen Euro ab. Nach einiger Zeit hob die KV für diesen Zeitraum die Honorarbescheide auf und setzte das Honorar im Wege der Schätzung unter Zugrundelegung des Fachgruppenschmittes neu fest und forderte Honorar in Höhe von 880 578,27 Euro zurück, da die beiden Ärzte die Genehmigung zur gemeinschaftlichen Berufsausübung durch vorsätzlich falsche Angaben über die gesellschaftsrechtliche Beteiligung erlangt hätten. Die dagegen von dem Radiologen erhobene Klage wies das BSG in letzter Instanz zurück, das heißt die Honorarrückforderung muss geleistet werden.

### Scheinpartnerschaft

Das BSG stellte zwar fest, dass die Genehmigung zur Führung einer Gemeinschaftspraxis nicht rückwirkend zu beseitigen ist. Jedoch sei die KV auch dann zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung und damit zu Honorarrückforderungen berechtigt, wenn „der Vertragsarzt Leistungen unter Verstoß gegen Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgeführt und abgerechnet hat.“ Mit anderen Worten: Selbst Leistungen, die indiziert waren und korrekt erbracht und an sich richtig abgerechnet wurden, können unehonoriert bleiben, wenn eine so genannte Scheinpartnerschaft betrieben wird und ein Teil der Leistungen von einem Arzt erbracht wurde, der faktisch nicht selbstständiger Partner sondern Angestellter ist. Eine solche Honorarrückforderung könne neben Disziplinarmaßnahmen oder einer Zulassungsentziehung vorgenommen werden.

Das BSG führt aus, aus welchen Gründen der weitere Arzt im konkreten Falle Angestellter des Radiologen und nicht selbstständig war.

- Das Vertragsarztrecht kenne den Begriff des freien Mitarbeiters nicht, es gebe nur Selbstständige und Angestellte.

- Der weitere Arzt bezog ein Festgehalt, er trug also kein wirtschaftliches Risiko und war nicht am Erfolg der Praxis beteiligt.

- Die Praxis und deren Ausstattung wurden von einem anderen zur Verfügung gestellt, der sich erhebliche Einflussmöglichkeiten auf die Praxisausstattung und den Praxisbetrieb vorbehält.

- Der weitere Arzt habe keine Chance auf Verwertung des von ihm mit erarbeiteten Praxiswertes, da er diesen unentgeltlich zu übertragen hatte.

Da also der weitere Arzt nicht selbstständig „in freier Praxis“ tätig war, hätten die Voraussetzungen einer Gemeinschaftspraxis zur Zeit der Leistungserbringung nicht vorgelegen, deshalb sei eine sachlich-rechnerische Richtigstellung mit der Folge einer Honorarrückforderung rechtmäßig. Zwar war die vierjährige Ausschlussfrist teilweise überschritten, jedoch habe der Radiologe

Wenn der andere Zahnarzt selbstständig sein soll, müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Er muss gleichberechtigt sein. Das bedeutet unter anderem, dass er gleichberechtigt an Entscheidungen über Praxisorganisation, Praxisablauf und Arbeitszeiten beteiligt sein muss.
- Er muss das volle wirtschaftliche Risiko, also auch einen eventuellen Verlust, tragen. Damit verträgt sich kein Festgehalt, auch nicht, wenn es als „Tätigkeitshonorar“ oder „Gewinnentnahme“ bezeichnet wird.
- Er darf nach einer Probezeit von höchstens drei Jahren nicht gekündigt werden können.
- Er muss spätestens nach drei Jahren am immateriellen Wert beteiligt und im Falle seines Ausscheidens entsprechend abgefunden werden.

Das BSG hat in dem Urteil allerdings bestätigt, dass der andere Arzt nicht unbedingt am materiellen Vermögen der Gemeinschaftspraxis beteiligt sein muss. So könne zum Beispiel ein alteingesessener Arzt einen jungen Arzt, „der in fernerer Zukunft die Praxis übernehmen soll“, aufnehmen und mit diesem eine Gemeinschaftspraxis bilden, in der die gesamte Praxisausstattung dem alteingesessenen Arzt gehört.

Es kann nur jedem Vertragszahnarzt, der mit einem anderen Zahnarzt eine Gemeinschaftspraxis (heute: Berufsausübungsgemeinschaft) bildet, dringend geraten werden, den Praxisvertrag umgehend von einem spezialisierten Rechtsanwalt überprüfen zu lassen. Wenn nämlich tatsächlich eine Scheinpartnerschaft vorliegt, drohen schwere Sanktionen: Honorarkürzungen, wie im geschilderten Fall, Disziplinarmaßnahmen bis hin zum Ruhen der Zulassung, Zulassungsentziehung oder Strafverfahren.

BSG  
Urteil vom 23. Juni 2010  
Az.: B 6 KA 7/09 R

Dr. med. dent. Wieland Schinnenburg  
Fachanwalt für Medizinrecht  
Lerchenfeld 3  
22081 Hamburg



Die (zahn-)ärztliche Berufsausübung in Gemeinschaften geschieht immer auch im Rahmen rechtlicher Vorgaben.

Foto: Sonja Janson-Körwers/Fotolia.com

„grob fahrlässig“ gehandelt, deshalb sei die Honorarrückforderung auch nach Ablauf dieser Frist möglich.

Es soll an dieser Stelle offen bleiben, ob das Urteil des BSG überzeugend ist. Hiergegen spricht, dass zahlreiche indizierte und korrekt erbrachte Leistungen unhonoriert bleiben und nicht nur die Leistungen des Scheinselbstständigen sondern auch die des unzweifelhaft selbstständigen Radiologen teilweise gekürzt wurden.

## Nur noch Angestellte oder selbstständige Partner

Worauf muss also geachtet werden, um ein solches Desaster zu vermeiden? Zunächst sollten sich alle Vertragszahnärzte endgültig vom Begriff des „freien Mitarbeiters“ verabschieden. Sie können andere Zahnärzte nur als selbstständige Partner oder als Angestellte aufnehmen. In beiden Fällen müssen sie die Konsequenzen tragen: Ein Selbstständiger hat gleiche Rechte bei der Führung der Praxis, ein Angestellter kann alle Rechte des Arbeitsrechts für sich in Anspruch nehmen.

Berufsgeschichte zwischen Spaltung und Wiedervereinigung

## Das Konzept der freien Praxis siegt

20 Jahre nach der Wende geben die zm einen berufsständischen Rückblick in die Ära der deutschen Spaltung und Wiedervereinigung. Der dritte und letzte Beitrag beleuchtet die Entwicklungen bis zum Fall der Mauer. Zur Durchsetzung marxistischer Ordnungsvorstellungen scheut Ostberlin auch vor Pressionen namhafter Wissenschaftler nicht zurück. Viele harren unter widrigen Umständen aus – zwischen Kompromiss, Widerstand und Resignation. Der Glaube an Gemeinsamkeiten stellt sich aber gegen alle Schikanen – bis zum Prozess der Wiedervereinigung 1989/90 und zum Neuaufbau.

**Wir meinen Deutschland**

Betrachtungen zur 100-Jahrfeier und zum 14. Deutschen Zahnärztetag

Von Dr. Kurt M a r e t z k y

Einer seiner Ansprachen, die Kollege Gerhard L e u t k e, der Vorsitzende des Verbandes der Zahnärzte von Berlin, in seiner Eigenschaft als Vorsitzender des Ortsausschusses des 14. Deutschen Zahnärztetages während der ereignisreichen Tage in Berlin gehalten hat und die immer von viel echtem Humor getragen waren, schloß der Redner ungefähr mit folgenden Worten: Sie glauben, ich sprach von Berlin. Sie irren, ich sprach von Deutschland. Bei einer anderen Gelegenheit zitierte Kollege Leutke den verstorbenen Regierenden Bürgermeister von Berlin, Ernst R e u t e r, der einmal erklärt hat, nur von Berlin aus könne man zu ganz Deutschland sprechen. Diese beiden Worte scheinen uns wert, als kennzeichnend über die ganze Tagung gestellt zu werden; denn der 14. Deutsche Zahnärztetag war eine echte Begegnung zwischen West und Ost, der erfolgreiche Versuch, wenigstens auf unserem Gebiet

die Zusammengehörigkeit zu dokumentieren. Wir sprachen von Berlin aus zu ganz Deutschland; von den mehr als 5000 Teilnehmern war die Hälfte aus der Ostzone und aus Ost-Berlin gekommen.

So haben diejenigen recht behalten, die sich vor einem Jahr in der Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Düsseldorf dafür eingesetzt haben, daß unseren Kollegen aus Mitteldeutschland die Teilnahme an der Hundertjahrfeier und damit am 14. Deutschen Zahnärztetag so sehr wie nur möglich erleichtert werden müsse (s. ZM 1958, S. 726). Wenn man bedenkt, daß 35 000 deutschen Zahnärzten der Bundesrepublik und in West-Berlin nur 6000, höchstens 7000 in der Ostzone gegenüberstehen, so darf man wirklich sagen, wir haben nicht nur ganz Deutschland gemeint, sondern von Berlin aus auch zu ganz Deutschland gesprochen. Und wenn viel von Berlin und seiner Freiheit geredet wurde, auch Deutschland kann nur frei sein, wenn Berlin frei ist.

Das klang nicht nur aus vielen Reden, das konnte jeder erleben, der sich umsah, der Gelegenheit hatte, zu beobachten, wie man in den von uns getrennten Teilen Deutschlands lebt. Wir denken dabei weniger an unsere Kollegen, bei denen das Wiedersehen mit uns und damit die Freude im Vordergrund standen, und die vor allem sehen und hören wollten, als an Freunde und Verwandte, die wir trafen und deren seelische Not uns tief erschüttert hat. Wer an den Berliner Tagen teilgenommen hat, ohne mit der Erkenntnis zurückzukehren, daß Deutschland wieder einig sein muß, hat die Reise umsonst gemacht.

**Ein vorbildlicher Ortsausschuß**  
Wenn man die Hundertjahrfeier und den 14. Deutschen



Blick in den Kongressaal während der Festsitzung

Der letzte gesamtdeutsche Zahnärztetag fand 1959 in Berlin statt – hier der zm-Bericht von damals

Beim 14. – letzten gesamtdeutschen – Zahnärztetag 1959 in Berlin provoziert Professor Dr. Erwin Reichenbach aus Halle bei den SED-Oberern besonderes Misstrauen. Das ostdeutsche Gesundheitsministerium kreidet es den bundesdeutschen Organisatoren übel an, dass den Ostberliner und mitteldeutschen Zahnärzten die Kongressgebühren erspart werden. Auch das Grußtelegramm von Bundeskanzler Konrad

Adenauer, öffentlich verlesen, passt den SED-Machthabern ganz und gar nicht. Aufpasser belauern die Gruppierungen und ihre Gespräche, es folgen widerwärtige Schikanen. Reichenbach und Walter Hoffmann-Axthelm, die beiden ostdeutschen Mitveranstalter, werden ins Ministerium bestellt und müssen sich eine scharfe Abfuhr gefallen lassen. Bei diesem allerhöchsten Donnerwetter wird ihnen auf-

getragen, einen Protestbrief an ihre bundesdeutschen Kollegen zu verfassen und einen Durchschlag davon dem ostdeutschen Gesundheitsministerium zu apportieren.

Die beiden Herren feilen einen Nachmittag lang in der Staatsoper an dem Text, um ihn möglichst moderat und diplomatisch zu Papier zu bringen, er wird in Westberlin auch mit Augenzwinkern gelesen. Bundesdeutschen Zahnärzten wird anschließend der Besuch des Kongress-Programnteils in Ostberlin verweigert mit der Begründung, sie seien „unerwünscht“. Der Kontakt zwischen den organisierten Beziehungen der gesamtdeutschen Kollegenschaft war zerrissen. Dabei hatte dieser letzte gesamtdeutsche Zahnärztetag mit so großen



### Deutsche Spaltung und Wiedervereinigung

Die zm gehen 20 Jahre nach der Wiedervereinigung in einem dreiteiligen Rückblick auf die Geschichte des Berufsstandes zwischen 1945 bis 1990 ein. Beitrag 1 (erschieden in zm 18) skizzierte die Nachkriegsjahre und die Manifestation der Trennung von Ost und West. Beitrag 2 (erschieden in zm 21) beleuchtete Einzelschicksale in der Zeit des Kalten Krieges. Dieser dritte Beitrag bezieht sich auf Entwicklungen bis hin zum Umbruch durch die Wende.

**zm** Leser service

Die Literatur- und Quellenübersicht zum Gesamthema kann im Bereich Download auf [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) abgerufen werden.

Die Kongresshalle (West) und die Staatsoper (Ost) waren Veranstaltungsorte des Zahnärztetages in Berlin.



Fotos: akg images

## Keine offizielle Verbindung

Im Geschäftsbericht 1960 steht unter der Rubrik „12. Sowjetische Zone“: „Eine offizielle Verbindung zwischen den Berufsorganisationen diesseits und jenseits des Eisernen Vorhangs besteht nicht. Der Erfahrungsaustausch in der wissenschaftlichen Forschung wurde durch Vortragende bei wissenschaftlichen Veranstaltungen im bisherigen Maße aufrechterhalten. Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde als die umfassende wissenschaftliche Gesellschaft der Zahnärzte in der Bundesrepublik gab der engen Verbundenheit aller deutschen Zahnärzte dadurch Ausdruck, dass sie zu ihrem Jahrespräsidenten einen Wissenschaftler aus der Ostzone, Professor Reichenbach, Halle, wählte.“

„Die Fluchtbewegung aus der Zone in die Bundesrepublik hält an“, heißt es weiter in dem Geschäftsbericht. „In den Jahren 1954 bis 1959 befanden sich unter den Flüchtlingen 928 Zahnärzte. Im Jahre 1960 waren es 296. Die Zahl der Zahnärzte, die sich in den letzten drei Jahren aus der sowjetischen Zone abgesetzt haben, beträgt etwas über 300.“

Noch können nach diesem Eklat deutsche Zahnärzte in privat-individueller Verantwortung zu Kongressen in die DDR reisen und dort Vorträge halten, so etwa auch zur Herbsttagung der Medizinisch-Wissenschaftlichen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Halle am 28./29. Oktober 1961. Einige Tage später kommen Emissäre vom Ostberliner Gesundheitsministerium und

Hoffnungen begonnen. Dr. Erich Müller betonte in seinem Grußwort „nämlich die Tatsache, dass er in Berlin begangen wird, in Berlin, das uns Deutschen heute als Symbol der Einheit und Freiheit gilt. Der ‚Eiserne Vorhang‘ trennt zwar organisatorisch die deutschen Zahnärzte; aber die jubelnde Deutsche Gesellschaft [die DGZMK feierte gleichzeitig ihr 100-jähriges Bestehen, d. Autor] umfasst als Mitglieder Zahnärzte aus beiden Teilen des deutschen Vaterlandes, und so werden wir gerade in Berlin die Möglichkeit haben, Zahnärzte aus allen deutschen Gauen zu begrüßen ... Das Bekenntnis zu Berlin ist ein Bekenntnis zum ungeteilten und freien Deutschland“.

## Beteiligung mitteldeutscher Kollegen

Die Beteiligung der mitteldeutschen Kollegen war sorgfältig in die Wege geleitet worden: Dr. Carl Brodmann, Leipzig, hatte man ein Jahr vorher mit der Hermann-Euler-Medaille ausgezeichnet. Die Kollegen Reichenbach und Schönherr, Dresden, hatten die Veranstalter zu den vorbereitenden Sitzungen eingeladen, um den bewusst geplanten gesamtdeutschen Zahnärztetag 1959 auch als eine bewusst

gesamtdeutsche Kundgebung in der Verbandsgeschichte festzuschreiben. In langwierigen Verhandlungen mit den Ostberliner Behörden war es der DGZMK und der Bundeszahnärztekammer gelungen, die Feierlichkeiten sowohl in der Westberliner Kongresshalle als auch in der Ostberliner Staatsoper zu terminieren. Es half alles nichts: Ostberlin fürchtete den freiheitlichen Virus und hatte Gründe für den Riss provoziert, um den organisatorischen Schlussstrich zu ziehen.



Kollege Müller bei seiner Ansprache

Fotos: zm-Archiv

Szenen der Veranstaltung:  
Dr. Erich Müller (Altona) bei seiner Rede  
und Prof. Ewald Harndt  
bei der Verleihung der Hermann-Euler-Medaille



Prof. Harndt überreicht Dr. Witt die Hermann-Euler-Medaille



Foto: alkg images

DDR-Grenzpolizei bei Arbeiten an der Mauer, 1961.

werfen Reichenbach vor, er habe 50 westdeutsche Kollegen „eingeladen“ und sie „gewissermaßen subkutan eingeschleust“. Der Wind weht immer eisiger. Die Mauer steht in Berlin, im August zuvor errichtet. Ostberlin fürchtet wieder „Demonstrationen“ und liberale Infektion durch bundesdeutsche Gäste. Gesundheitsminister Max Sefrin, gleichzeitig stellvertretender Ministerpräsident der DDR, und seine Kalfaktoren drohen in Korrespondenz versteckt und setzen Reichenbach in Gesprächen unter Druck. Ihr Vorwurf: Reichenbach verweigere die Zusammenarbeit mit den „staatlichen Organen“. Schließlich stellt er seine Ämter zur Verfügung. Staatssekretär Dr. Wilhelm Girus nimmt an mit dem Kommentar, er, Reichenbach, sei unfähig, „den Erfordernissen der Ausbildung und Erziehung junger Ärzte für den sozialistischen Staat“ gerecht zu werden.

## Reichenbach erhält Hausverbot

Der unter Pressure gesetzte und entlassene Gelehrte hat noch Rückhalt bei der „Leopoldina“; ihre Laudationes und Ehrungen sind Beispiele, wie zwischen den Zeilen der Diktatur abgesagt wird – und die ein Zensor zähneknirschend passieren lassen muss, weil sie in ihren Formulierungen keine Handhabe zur Intervention bieten. Reichenbach wird untersagt, für die Dauer eines Jahres sein Klinikgebäude zu betreten.

Untersagt wird ihm auch der Besuch des FDI-Kongresses 1962 in Köln. Pro-

*DDR-Gesundheitsminister Max Sefrin bei einer Staatsrats-sitzung*



Quelle: Bundesarchiv/Bild 183-J1119-0025-001/Foto: Jung, Peter-Heinz/CC BY-SA

fessor Wolfgang Rosenthal und drei SED-Leute werden vom bundesdeutschen Nachrichtendienst abgewiesen und müssen zurückreisen. Reichenbach starb am 24. Januar 1973 an einer Lungenembolie; auf einem Augsburger Friedhof ist er im Familiengrab beigesetzt. Laut glaubwürdiger Quelle haben in der Bundesrepublik praktizierende Schüler von ihm für ihren in Not lebenden Lehrer in seinen letzten Jahren Geld gesammelt.

## Explosionsartiger Prozess

Im Gegensatz zu der phasenweisen Abwürgung der Kontakte zwischen der west- und ostdeutschen Kollegenschaft von 1945 bis 1960 durch Sowjetische Militäradministration, FDGB und SED vollzog sich der Prozess der Wiedervereinigung nach dem

Fall der Mauer 1989 zeitlich und organisatorisch fast explosionsartig und war 1992 im Großen und Ganzen abgeschlossen.

Im Geschäftsbericht der Bundeszahnärztekammer 1991/1992 heißt es: „80 Prozent der Zahnärzte in den neuen Bundesländern sind in freier Praxis niedergelassen, arbeitsfähige Zahnärztekammern sind aufgebaut“ [Seite 25]. Eine lapidare Bemerkung, die von Zeitzeugen, an diesem geschichtlichen Ereignis aktiv und per Person beteiligt, ohne Weiteres bestätigt werden kann. Das Konzept der freien Niederlassung siegte fast über Nacht; die Ambulatoriums-Wirtschaft und erstarrte Großbürokratie des kommunistischen Staates brachen, in ihrer Bedeu-



Foto: zm-Archiv

BDZ-Präsident Dr. Horst Sebastian kämpfte für eine wiedervereinigte Zahnärzteschaft.

tung und Struktur völlig vermorscht und defunktionalisiert, fast ebenso schnell zusammen. Die Wunden der Spaltung in beiden Landesteile verheilten nie und blieben latent-unterbewusst in berufspolitischer Erinnerung, auch wenn wenig oder kaum darüber gesprochen wurde. Viele Zahnärzte in Ost- und Westdeutschland pflegten ihre verwandtschaftlichen Bande oder gemeinsamen universitären Erinnerungen und ließen sich die freundschaftlichen Kontakte auch durch noch so kleinkarierte Schikanen der kommunistischen Gewaltherrschaft nicht zerstören.

## Dröhnender Beifall

Beifall dröhnte, als Bundeskammer-Präsident Dr. Horst Sebastian beim Deutschen Zahnärztetag 1986 in Köln in seiner Festansprache laut die Hoffnung auf eine in Freiheit wiedervereinigte Kollegenschaft äußerte („entweder erlebe ich es noch oder einer meiner Nachfolger ...“). Wenn bei FDI-Terminen nach dem Aufbegehren der Solidarność-Werftarbeiter in Danzig polnische Gäste auftraten – erste Indizien des Zu-



Foto: zm-Archiv

Tagungshotel der BDZ-Hauptversammlung in Timmendorf

sammenbruchs kommunistischer Herrschaft – trampelten die Auditorien der Festsäle Zustimmung.

In der Poststelle des Kölner Zahnärzthauses und auf den Schreibtischen der zm-Redaktion landeten – inzwischen leider verloren gegangene – Briefe und Karten aus der DDR, auf Um- und Irrwegen in den Westen gelangt, Hilferufe und Mitteilungen des Inhalts: Wir würden gerne zu Euch in die Bundesrepublik kommen, „aber diese Schurken lassen uns nicht reisen“ (so einmal wörtlich). Die westlichen Kollegen verfolgten die Zustände in der DDR aufmerksam.

## Stille Arbeit der Zusammenführung

Nach November 1989 schlug die Stunde der Bundeszahnärztekammer, sie war – wieder einmal – „da“.

Der Vorstand agierte ohne rhetorische Durchreißer. Die Kammer leistete bei der Zusammenführung meist stille Arbeit. Von oppositionellen Parade-sprechern als Versammlung von bedächtigen Honoratioren bespöttelt, bestand sie diese politische Probe glän-

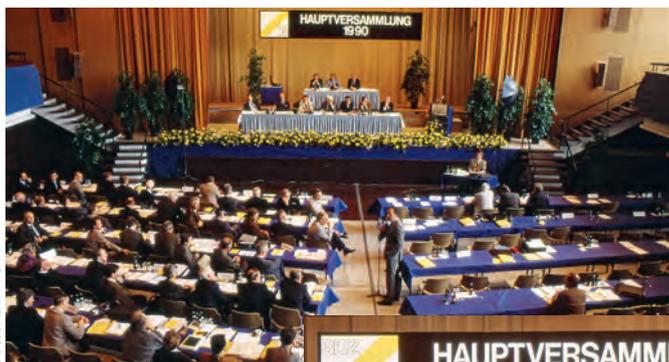


Foto: zm-Archiv

Dr. Dietmar Oesterreich, damals wie heute Präsident der Kammer Mecklenburg-Vorpommern und jetziger Vizepräsident der BZÄK: „Wir sind aufgerufen, über alle Unterschiede hinweg mit einer Stimme als Zahnärzte Deutschlands zu sprechen.“

zend; erst recht, als mitten in den brisanten Monaten der Wiedervereinigung im September 1990 in Timmendorf bei der Hauptversammlung ein Teil der Kammern dem BDZ die Kooperation versagte, ausschiede und eine so genannte „Arbeitsgemeinschaft“ gründete. Kurzsichtiger und leichtfertiger hätte von diesen Initiatoren, die zur Bewältigung der schwierigen politischen Probleme keinen einzigen Finger rührten, nicht gehandelt werden können.

Mit Bestürzung reagierten die Vertreter der assoziierten Kammern der neuen Bundesländer auf diese Entwicklung. Der damalige (und heutige) Präsident der Landes Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und jetzige BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich verlas eine entsprechende Erklärung. Er warnte angesichts der zusammenwachsenden politischen Einheit Deutschlands vor der Uneinigkeit der Zahnärzte:



Fotos: zm-Archiv

Auf der Hauptversammlung in Timmendorf 1990 tagten erstmals die zahnärztlichen Vertreter aus Ost und West wieder gemeinsam.







Foto: zm-Archiv

Auf dem DDR-Forum in Berlin ...

20. Februar 1990: Bundeszahnärztekammer, Verbände des deutschen Dentalhandels, der Dentalindustrie, Chefs der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer formulieren das „Modell BDZ“ zur Praxisgründung freiberuflicher Zahnärzte in der noch existierenden DDR. Die Apo-Bank stellt Kredite zur Verfügung, die ersten fünf Jahre frei von Tilgungsbeträgen.

### **Berliner Kammer in der Vermittler-Rolle**

2./4. März 1990: „DDR-Forum“ der Bundeszahnärztekammer im Seminargebäude der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Berlin. Informationsabende, Kontakte, Begegnungen, gegenseitiges Sich-Kennenlernen. Bei einem Gespräch mit den Leitern der Bezirksabrechnungsstellen werden Möglichkeiten und Probleme für die freie Niederlassung eruiert. Der BDZ fordert eine klare Absage an die Bindungen des „Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes“ als Voraussetzung für die direkte Hilfe der bundesdeutschen Organisationen.



Foto: zm-Archiv

... ging es um das Modell der freien Niederlassung.



Fotos: zm-Archiv

Viele Journalisten nutzten die BDZ-Pressereisen in die neuen Bundesländer für ihre Berichterstattung. Im Fokus: die Diskussion um Polikliniken, Ambulatorien und freie Niederlassung.



24. März 1990: Etwa 1 200 mitteldeutsche Zahnärzte sind gespannt-aufmerksame Zuhörer bei einem Einführungsseminar in das bundesdeutsche Berufsrecht. Der Berliner Kammerpräsident Dr. Raimund Harndt begrüßt und vermittelt einen Überblick. Eine turbulente Versammlung in den Schulteiss-Festsälen, Ostberlin.

Mai 1990: Die Bundeszahnärztekammer verabschiedet in ihrer Vorstandssitzung die „Grundsätze der Bundeszahnärztekammer (BDZ) zur zukünftigen Gestaltung des Gesundheitswesens in der DDR“. Diese Grundsätze werden auch von der kurz zuvor gegründeten „Ständigen Koordinierungskonferenz“ der im Aufbau befindlichen Zahnärztekammern in den künftigen neuen Ländern beraten und gebilligt.

29. Januar 1991: Das Niederlassungsgesetz gewährleistet die freie Niederlassung von Zahnärzten.

Es folgen rund 70 Informations- und Schulungsveranstaltungen; berufsständische Versorgungswerke werden aufgebaut; die Aus-, Weiter- und Fortbildung wird geregelt. Unvergessen ist die Vermittlerrolle der Berliner Zahnärztekammer, die aufgrund ihrer leidvollen Erfahrungen in der geteilten Hauptstadt bei der Zusammenführung der Kollegenschaften die Bundeskammer tatkräftig beraten und unterstützt hat.

## Zwischenmenschliche Begegnungen

Die zwischenmenschlichen Begegnungen sind unvergessen, aus denen Kontakte entstanden, die bis heute blieben. Es sei nur über einige wenige berichtet.

DDR-Forum März 1990 in Berlin: Ein Treffen im KBV-Seminargebäude und in der Kammer der Berliner Zahnärzte mit den ehemaligen Abteilungsleitern des untergehenden Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes und ihren Geschäftsführern. Sie wahrten und verwalteten in jahrzehntelanger Isolierung die Relikte der vom Regime auf den Aussterbe-Etat gesetzten freien Praxis. Es waren ehemalige Kollegen, Bekannte und Freunde der nach dem Krieg in der Kölner Verbandsgeschäftsstelle arbeitenden Abteilungsleiter Heinrich Schröder und Heinz Brodthuhn, die das Schicksal auseinander gerissen hatte und die nun wie diese selbst, alte Männer

geworden waren. Sie baten, den alten Freunden am Rhein Grüße auszurichten. Einer von ihnen fragte resigniert: „Was werden Sie mit uns machen, wenn Sie uns verinnahmt haben?“ Die Antwort: „Wir werden versuchen, Ihr Leben besser zu machen!“

Die Equipe Adolf Schneider erkundet die Situation in Ostdeutschland. Besucht wurden staatliche Praxen in Ostberlin und Umgebung. Die Hauseingänge waren verwahrlost, die Wartezimmer trostlos, die Bezüge auf den Stühlen rissig – wie hätte es auch anders sein können. Einer der zahnärztlichen Kollegen, schon ein älterer Herr, erklärte dem Präsidenten, er und seine Kollegen hätten Angst um die Altersversorgung und Rente. Präsident Schneider versucht zu beruhigen.

Die brandenburgische Sozialministerin Regine Hildebrandt ist bei der Gründungsversammlung der brandenburgischen Kammer Gastrednerin und bricht eine Lanze für die Ambulatorien, sie plädiert, diese Institutionen seien doch gar nicht so schlecht gewesen und man solle ihnen im Wettbewerb mit den freien Praxen auch noch eine Chance geben. Heiße Diskussionen folgen.

Bundeszahnärzte-Kammerpräsident Adolf Schneider betonte immer wieder: „Nutzen wir die Gunst der Stunde.“ Beide Seiten haben sie genutzt.

Dr. Ekkhard Häussermann  
Greifswalder Str. 9  
50737 Köln



Foto: zm-Archiv

Die brandenburgische Sozialministerin Regine Hildebrandt machte sich bei den Zahnärzten mit ihrem Plädoyer für Ambulatorien unbeliebt.

**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 Verfassernamen 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

**Produktmanagement:**

Christina Hofmeister  
Tel.: +49 2234 7011-355  
E-Mail: hofmeister@aerzteverlag.de

**Vertrieb und Abonnement:**

Tel. +49 2234 7011-467  
E-Mail: vertrieb@aerzteverlag.de

**Verantwortlich für den Anzeigenteil:**

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

**Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen:**

**Verkaufsgebiete Nord/Ost:** Götz Kneiseler  
Uhlandstr 161, 10719 Berlin  
Tel.: +49 30 88682873, Fax: +49 30 88682874,  
Mobil: +49 172 3103383  
E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

**Verkaufsgebiet Mitte:** Dieter Tenter  
Schanzenberg 8a, 65388 Schlangenbad  
Tel.: +49 6129 1414, Fax: +49 6129 1775,  
Mobil: +49 170 5457343  
E-Mail: tenter@aerzteverlag.de

**Verkaufsgebiet Süd:** Ratko Gavran  
Racine-Weg 4, 76532 Baden-Baden  
Tel.: +49 7221 996412, Fax: +49 7221 996414,  
Mobil: +49 172 2413276  
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 3. Quartal 2010:**

**Druckauflage: 84 933 Ex.**

**Verbreitete Auflage: 83 387 Ex.**

**100. Jahrgang**

**ISSN 0341-8995**

Herbstversammlung des Council of European Dentists

## Wichtige Weichenstellungen

**Die Wahl von Dr. Peter Engel, Präsident der BZÄK, zum Mitglied des CED-Vorstands und das satzungsbedingte Ausscheiden von Prof. Dr. Wolfgang Sprekels, Präsident der Landes Zahnärztekammer Hamburg, aus seinem Amt als langjähriger Vizepräsident des CED prägten aus deutscher Sicht die Herbstvollversammlung des europäischen Dachverbandes der Zahnärzte.**



Die *zm* berichtet regelmäßig über die Belange der Zahnärzte in Europa sowie über neue gesundheitspolitische Entwicklungen in der Europäischen Union.

schaft einzusetzen. Der Präsident des CED, Dr. Wolfgang Doneus aus Österreich, nutzte die Gelegenheit, um den scheidenden Vorstandsmitgliedern für ihre Arbeit zu danken. Allen voran hob er dabei Prof. Dr.

Tagesordnungspunkte waren Überlegungen zur internen Organisation sowie zur künftigen Interessen- und Öffentlichkeitsarbeit des Verbandes.

In der Folge berichtete Sprekels gemeinsam mit seinem bulgarischen Kollegen Prof. Dr. Nikolai Sharkov über die Tätigkeit der



Über 40 Delegierte aus 26 EU-Mitgliedstaaten sowie zahlreiche Beobachter und Gäste hatten sich am 18. und 19. November 2010 in Brüssel eingefunden, um in für die europäische Zahnärzteschaft wichtigen EU-Gesetzgebungsverfahren eine gemeinsame Standortbestimmung vorzunehmen. Höhepunkt der Vollversammlung stellte die Wahl von vier neuen Mitgliedern des insgesamt achtköpfigen CED-Vorstands dar. Neben Dr.

Peter Engel, der mit 41 von 41 abgegebenen Stimmen ein beeindruckendes Ergebnis einfahren konnte, wurden die Britin Dr. Susie Sanderson als Schatzmeisterin, die Finnin Dr. Pirkko Grönroos und der Franzose Dr. Roland L'Herron erstmals in den Vorstand gewählt, der als Lenkungsgremium die Geschicke des CED bestimmt. Engel bedankte sich bei den Delegierten für das große Vertrauen und versprach, sich mit aller Kraft für die Belange der Zahnärzte-



Fotos: Tanja Bagusat – Fotolia/CED

*Der CED-Vorstand mit neuen Mitgliedern (v.l.n.r.): Dr. Roland L'Herron (Frankreich), Dr. Peter Engel (Deutschland), Dr. Marco Landi (Italien), Dr. Wolfgang Doneus (Österreich), Dr. Francisco Rodríguez Lozano (Spanien), Dr. Pirkko Grönroos (Finnland), Dr. Susie Sanderson (Großbritannien), Prof. Dr. Nikolai Sharkov (Bulgarien)*

Wolfgang Sprekels hervor, der als Vizepräsident des CED die Geschicke des Verbandes in den vergangenen sechs Jahren maßgeblich beeinflusst und bereits davor die Vorläuferorganisation des CED geprägt hatte.

Begonnen hatte die Vollversammlung zunächst mit einem Bericht des CED-Präsidenten. Dabei gab Doneus einen Überblick über die zahlreichen Aktivitäten des Verbandes in den vergangenen Monaten. Weitere

Arbeitsgruppe Freie Berufe des CED-Vorstands. Diese Arbeitsgruppe, die auf Initiative der BZÄK gegründet worden war, hat sich, ausgehend vom Berufsstand der Zahnärzte, zum Ziel gesetzt, den Belangen der Freien Berufe im europäischen Gesetzgebungsverfahren mehr Gehör zu verschaffen. Mittelfristig ist dabei eine gemeinsame Positionierung aller europäischen Heilberufe angedacht. Die CED-Vollversammlung

billigte mit großer Zustimmung die ersten Ergebnisse der Arbeitsgruppe Freie Berufe. Den inhaltlichen Schwerpunkt der CED-Vollversammlung bildete die Diskussion über die aktuellen gesundheits- und binnenmarktpolitischen Gesetzgebungsvorhaben mit zahnärztlichem Bezug, die derzeit von den EU-Institutionen in Brüssel beraten werden.

### **Amalgam unverzichtbar**

Mit Blick auf die für Dezember 2010 geplante Revision der EU-Quecksilberstrategie betonten die Vertreter der Europäischen Zahnärzteschaft in einer mit großer Mehrheit angenommenen Resolution, dass Amalgam angesichts vielfältiger Vorteile als Füllmaterial unverzichtbar sei, solange unter den Gesichtspunkten der Kosten und der Haltbarkeit kein gleichwertiges Alternativmaterial zur Verfügung stünde.

Ferner wurde die für 2012 geplante Überarbeitung der europäischen Berufsanerkennungsrichtlinie diskutiert. Die Richtlinie ist maßgebliche Grundlage für die automatische Anerkennung zahnärztlicher Berufsabschlüsse in der EU. Die Delegierten sprachen sich für die Beibehaltung eines hohen zahnärztlichen Ausbildungsniveaus aus.

Das Brüsseler Büro des CED berichtete vom aktuellen Stand der Beratungen über die Richtlinie grenzüberschreitende Patientenrechte. Mit dieser Richtlinie ist beabsichtigt, auf Grundlage der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs einen allgemeinen Rechtsrahmen für die Erstattung ambulanter und stationärer Behandlungskosten in einem anderen EU-Mitgliedstaat zu schaffen. Bereits im Januar 2011 soll die Richtlinie, die derzeit in zweiter Lesung im Europäischen Parlament beraten wird, verabschiedet werden.

Schließlich wurden organisatorische Weichen auf der Vollversammlung gestellt. So wird eine neue CED-Arbeitsgruppe gegründet, die sich mit Fragen der Mundgesundheit befasst. Deutsches Mitglied wird Dr. Sebastian Ziller, Abteilungsleiter der BZÄK. Ferner wird die CED-Arbeitsgruppe Normung mit der Arbeitsgruppe Medizingeräte verschmolzen. Deutsches Mitglied ist hier Dr. Jens Nagaba, ebenfalls Abteilungsleiter der BZÄK.

Zu den deutschen Delegierten der Vollversammlung gehörte von KZBV-Seite Zahnarzt Ralf Wagner, KZV-Nordrhein, sein Ersatzdelegierter war Dr. Jürgen Braun-Himmerich.

*Dr. Alfred Büttner  
Leiter des BZÄK-Büros Brüssel  
Avenue de la Renaissance 1  
B-1000 Brüssel*

Deutscher Zahnärztetag 2010

# Ehrungen, Preise und Personalien

DEUTSCHER ZAHNARZTETAG

Frankfurt am Main 2010

## Poster Study Award

Für ihre Arbeit „Immunhistochemische Untersuchungen immunkompetenter Zellen im chronisch osteomyelitischen Kieferknochen“ wurden Dr. Tim Nolting, Dr. Kai Wermker, Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Ulrich Joos und Prof. Dr. Dr. Johannes Kleinheinz, alle Münster, mit dem mit 1 000 Euro dotierten „Poster Study Award“ ausgezeichnet.

Foto: Poblite-DGZMK



## Kavo-Preis

Den ersten Preis des Dental Education Award der Kurt-Kaltenbach-Stiftung (insgesamt 17 000 Euro) erhielten Prof. Dr. Marc Schmitter und Dr. Joachim Beck-Mußotter, beide Heidelberg, für ihre Arbeit „Ein moderner Studiengang auf dem Weg zur neuen Approbationsordnung – Zahnärzte“.

Der zweite Preis wurde gesplittet und ging an Dr. Richard Heym, München, für seine Arbeit zum Thema „Digitales Befundblatt für die Parodontitistherapie im Studentenkurs zur Verbesserung der prognostischen Einschätzung und therapeutischen Planung“, sowie an Wolfgang Bömicke aus Heidelberg für sein Projekt „E-Learning als Ersatz für die herkömmliche Wissensvermittlung durch Vorlesungen – eine echte Alternative?“ (Alle Geehrten: Gruppenfoto oben)

Einen Sonderpreis erhielt Oberarzt Dr. Günter Rau aus Tübingen für das Erarbeiten eines „Trainingsgeräts zum indirekten Präparieren“.

■ alle Meldungen: sp

## DZZ-Jahresbestpreis DGK verleiht Praktikerpreis

Der DZZ-Jahresbestpreis des Deutschen Ärzteverlags, dotiert mit 3 000 Euro, wurde vergeben an die Autorengruppe Dr. Sophia Victoria Seneadza, Anette Koob, Dr. Jens Kaltschmitt, Prof. Dr. Hans-Jörg Staehle, Prof. Dr. Peter Eickholz für ihren Beitrag „Digitale Bildbearbeitung zur Röntgendiagnostik von Approximalkaries“.

## Poster Award 2010

Der „International Poster Journal Award“ des Quintessenz Verlags, ist mit 1 000 Euro dotiert und wurde in diesem Jahr erneut vom Vorstand der DGZMK und dem Preisrichtergremium vergeben. Er wurde Dr. Frank Bäumchen, PD Dr. Hans-Georg Gräber, beide Aachen, und Dr. Daniel Koch aus Grevenbroich für das Poster zu ihrer Untersuchung „Structure design examinations of three-dimensional textile scaffolds using for tissue engineering in vitro“ zugesprochen.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) hat anlässlich ihres Praktikerforums im Rahmen des Deutschen Zahnärztetages den DGK-Praktikerpreis an Dr. Anna Wolff aus Heidelberg verliehen. Dr. Wolff erhielt die Auszeichnung für ihren Vortrag „Verbesserung der Compliance durch Gebärdensprache“. Der Preis wird jährlich mit Unter-



Foto: DGK

stützung der GABA GmbH, Spezialist für orale Prävention, vergeben.

## DGZ und GABA verleihen Praktikerpreis

Erneut hat die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) auf ihrer Jahrestagung den GABA Praktikerpreis der DGZ für herausragende praxisorientierte Arbeiten auf dem Gebiet der Zahnerhaltung verliehen. Die Auszeichnung ging an Dr. Ulrich Kern, Coburg, für seinen Vortrag „Zahnerhalt ‚fragwürdiger‘ Zähne bei aggressiver Parodontitis“, präsentiert auf der Jahrestagung der DGZ im vergangenen Jahr. Der Preis ist mit 3 000 Euro dotiert und wird jährlich von der DGZ in Zusammenarbeit mit GABA, Spe-



Foto: DGZ

zialist für orale Prävention, vergeben. Die Auszeichnung der besten Falldemonstration eines approbierten Zahnarztes oder Studierenden der Zahnheilkunde im Praktikerforum der DGZ erfolgt immer im Rahmen der DGZ-Jahrestagung im Folgejahr.

## Fotowettbewerb DGZMK

„Freude am Beruf“ war das Thema des diesjährigen Fotowettbewerbs der DGZMK, der zum dritten Mal ausgeschrieben wurde. Der erste Preis bestand aus der brandneuen Kamera Nikon D 3100 und dem ebenfalls neuen 85 mm Micro-Nikkor Objektiv plus einem Lichtzelt von Kaiser und einem Buch zum Thema



Foto: René Schmitz-DGZMK

Dentalfotografie des Quintessenz Verlages und ging an René Schnitz aus Besigheim für sein Bild Autodesign.

Dr. Angelika Senger, Berlin, erhielt den zweiten Preis für ihr Foto „Wandmaler“ und ist nun glückliche Besitzerin einer Nikon P 7000 plus Kaiser-Lichtzelt und Fotobuch von Quintessenz.

Der dritte Preis ging an Dr. Peter Schmitt, Hünfeld. Er erhielt einen Fortbildungsgutschein der APW über 500 Euro plus Kaiser Lichtzelt und Fotobuch von Quintessenz. Er nannte sein Foto „Lokomotive“.

## Jahresbestpreise der DGZ



Foto: DGZ

Alle Preisträger der DGZ-Jahresbestpreise von links nach rechts: Dr. Christina Steidle, Dr. Joachim Volk, Dr. Jörn Noetzel, Dr. Nadine Schlüter, PD Dr. Marianne Federlin, Dr. Joachim Vogel, Ayla Üsküdar, Prof. Dr. Werner Geurtsen. Die Preise werden von Procter & Gamble unterstützt.

## Wrigley Prophylaxe Preis 2010

Um den mit 10 000 Euro dotierten Wrigley Prophylaxe Preis bewarben sich dieses Jahr 16 Forschergruppen. Die Preisverleihung fand unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) statt. Im Mittelpunkt der drei prämierten Arbeiten steht die Mundgesundheit von Kindern aus sozialen Randgruppen. Den ersten Platz mit 5 000 Euro belegte das Team um Professor Klaus Pieper, Marburg. Die Arbeitsgruppe zeigte, dass besonders Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Verhältnissen von einem selektiven Intensivprophylaxe-Programm in der Schule profitierten.

Im Rahmen einer Querschnittsstudie untersuchten Dr. Anja Treuner und Zahnmediziner an der Universität Greifswald den Zusammenhang zwischen Mundgesundheitskompetenz und gesundheitsförderndem Verhalten von Fünftklässlern mit unterschiedlichem sozioökonomischem Hintergrund. Sie wurden hierfür mit dem zweiten Platz (3 000 Euro) ausgezeichnet. Für die gesunde Gebissentwicklung ihrer Kinder sind in erster Linie die Eltern verantwortlich. Um deren Mundgesundheitskompetenz frühzeitig zu stärken, evaluierte Dr. Julia Winter, Wilhelmshaven, gemeinsam mit dem Koautor Dr. Thomas Schneller, Hannover, eine mehrsprachige Elternbroschüre, die als Basis für Elternabend-Konzepte dienen soll. Sie erhielten hierfür den dritten Platz (2 000 Euro).

Der Preisstifter Wrigley Oral Healthcare Programs fördert mit dem Wissenschaftspreis seit 17 Jahren die Forschung und Umsetzung innovativer Programme in der präventiven Zahnmedizin.

Foto: Wrigley

## Neuer Vorstand bei der DGZ



Foto: privat

Anlässlich der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung wurde ein neuer Vorstand gewählt. Neuer DGZ-Präsident ist Prof. Dr. Wolfgang H.-M. Raab aus Düsseldorf. Die Wahl des Präsident-elect fiel auf Prof. Dr. Roland Frankenberg, Gießen und Marburg. Der langjährige Präsident Prof. Dr. Werner Geurtsen, Hannover, ist nun DGZ-Past-Präsident, die Vizepräsidentenschaft übernimmt der in

eigener Praxis tätige Prof. Dr. Birger M. Thonemann, Düsseldorf.

Für das Amt der Generalsekretärin wurde PD Dr. Michelle A. Ommerborn aus Düsseldorf auserkoren und als Schatzmeister wird PD Dr. Stefan Rüttermann, Düsseldorf, fungieren.

Dr. Carsten Appel, Niederkassel, übernimmt ab Januar 2011 das Amt des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie (DGET).



Firmenportrait Coltène/Whaledent GmbH + Co. KG

# Erfolgreich in Watte gepackt: Roeko wird 100

**Wer wie Roeko auf eine 100-jährige Firmengeschichte zurückblicken kann, hat allen Grund zum Feiern: Die Traditionsmarke ist mit ihren endodontischen Materialien, Hygiene- und Watteprodukten jedem Zahnarzt ein Begriff. Seit 2002 ist sie unter dem Firmendach von Coltène/Whaledent angesiedelt.**

Ob Watterollen, sterile Abdecktücher oder Endobürstchen – es gibt wohl kaum eine Zahnarztpraxis in Deutschland, die nicht mit Produkten von Roeko arbeitet. Qualität setzt sich eben durch, vor allem wenn sie mit Kompetenz und 100 Jahren Erfahrung gepaart ist. Trotz ihrer langen Geschichte gehört die Traditionsmarke aber nicht zum alten Eisen. Im Gegenteil: „Roeko steht für zukunftsweisende Innovationen“, sagt Andreas Meldau, CEO Coltène Schweiz.

Die Wurzeln von Roeko liegen im schwäbischen Langenau bei Ulm. Dort gründete August Roescheisen 1910 im ersten Stock des ehemaligen Schulhauses eine Bindenfabrik. Ihm erschien die Herstellung von Verbandstoffen auf der Basis gebleichter Baumwolle zukunftsfruchtig. Erst nach dem Zweiten Weltkrieg schwenkte die Firma auf Dentalprodukte um. Treibende Kraft für



## Geschätzte Klassiker

In den folgenden Jahren konzentrierte sich Roeko auf die Entwicklung von Produkten, die dem Zahnarzt das Arbeiten im Mundraum erleichterten. Dabei entstanden Klassiker, die sich im Praxisalltag schnell unentbehrlich machten. Mit Parotisroll kam 1964 die erste anatomische Watterolle mit

eintrat, wehte frischer Wind durchs Unternehmen. Er trieb die Entwicklung neuer sowie die Optimierung bereits bestehender Produkte voran. Außerdem drängte er auf den Ausbau des Geschäftsbereiches Endodontie. Wichtige Innovationen dieser Ära waren beispielsweise die Papierspitzen in Cellpack, die Comprecap Kompressionshütchen und der Wattekügelchen-Spender Solomat.

Das florierende Unternehmen blieb Langenau stets treu. Dort entstanden in den 1980er Jahren mehrere Produktionsgebäude und auch die Verwaltung verlegte ihren Sitz von Ulm dorthin. Parallel wurde die Produktion in Ungarn aufgenommen. Mit der Übernahme der Firma Hanel 1995 konnte Roeko seine Produktpalette um diverse Okklusionsprüfmittel ergänzen.

## Innovative 1990er Jahre

Für Roeko waren die 1990er ein Jahrzehnt voller Innovationen. Um die Umwelt zu schonen, stellte das Unternehmen auf chlorfrei gebleichte Watte um. Zum anderen festigte es seine Stellung im Endomarkt durch die Entwicklung wegweisender Produkte. Dazu gehören die farbcodierten Papier- und Guttaperchaspitzen sowie Endo-Rac, ein Träger für Wurzelkanalinstrumente. Erfolgreiche Neuerungen waren auch die Spitzen zur temporären Einlage in den Wurzelkanal: Den Anfang machten Calciumhydroxid-Spitzen, später folgten die activ point Chlorhexidin-Spitzen und die Calciumhydroxid Plus Spitzen. Weitere Highlights waren das Wurzelkanalfüllmaterial RoekoSeal, der Retraktionsfaden Stay-put sowie Surgi-Fil. Dieser chirurgische Faden ohne Nadel eignet sich aufgrund der mechanischen Eigenschaften besonders zur Ligatur und Umstechung, für Gefäßnähte



*Firmengründer August Roescheisen bewohnte das frühere Schulhaus in Langenau mit seinen Eltern und betrieb im oberen Saal eine Bindenfabrik.*

diesen Richtungswechsel war Sohn Dr. Hans Roescheisen, der 1945 ins Unternehmen eintrat und aufgrund seiner Berufserfahrungen in China auf Export und globalen Wettbewerb setzte.

integriertem Federstab auf den Markt, 1972 folgte die sterile Einmalkanüle Surgitip. Mit ihrer feinen Spitze ermöglichte sie das sichere Absaugen bei chirurgischen Eingriffen. Als Fred Loos 1976 in die Geschäftsführung

und den Wundverschluss. Und auch die sterilen Abdecktücher Steri-Quick, der latexfreie Mundschutz Protecta Quick non latex, der Watterollenspender Roll-o-mat und die latexfreien Kofferdam-Materialien Dental Dam Silicone non latex beziehungsweise Flexi Dam non latex sind in Zahnarztpraxen längst etabliert.

## Synergien nutzen

Seit 2002 gehört Roeko zur weltweit agierenden Coltène/Whaledent-Gruppe. Die Marke blieb bestehen, lediglich der Firmenname wurde angepasst. Mit dem Zusammenschluss eröffneten sich Synergieeffekte für beide Unternehmen - nicht nur im Bereich Forschung und Entwicklung, sondern auch im Marketing und Vertrieb: „Mit Roeko kann Coltène verstärkt als Komplettanbieter auftreten. Wir gehören bereits jetzt zu den führenden Entwicklern und Anbietern dentaler Verbrauchsmaterialien und planen weitere Sortimentsergänzungen und Innovationen“, so CEO Andreas Meldau.

Innovationen ließen nach dem Zusammenschluss in der Tat nicht lange auf sich warten: 2004 präsentierte Roeko mit GuttaFlow ein neuartiges Füllsystem für die Obturation von Wurzelkanälen, das zwei Produkte in einem vereint: Guttapercha in Form von Pulver mit einer Korngröße kleiner als 30 µm und Sealer. Auch in den letzten Jahren war die Ideenschmiede bei Roeko aktiv: Zu den jüngsten Coups zählen die CanalBrush, flexible Mikrobürstchen aus Polypropylen,



Die Coltène/Whaledent GmbH + Co. KG in Langenau

die während der Wurzelkanalbehandlung zur Entfernung von Dentin, Belägen und sonstigen Verunreinigungen im Kanal zum Einsatz kommen. Sie reinigen Teile des Wurzelkanals, die für Feilen unerreichbar sind, und können entweder manuell oder im Winkelstück angewandt werden.

## Die Qualität stimmt

Ebenfalls neu sind die Retention Points: Die oberflächenstrukturierten Guttapercha-Spitzen bieten GuttaFlow und anderen Sealern eine größere Kontaktfläche und damit eine bessere Retention. Und mit GuttaFlow Fast gelang 2008 die Weiterentwick-

lung des Kaltfüllsystems für Wurzelkanäle, das die Verarbeitungs- und Aushärtungszeit vor allem bei ein- oder zweikanaligen Zähnen deutlich verkürzt. Die Vorteile liegen auf der Hand: Das überschüssige Material an der Zugangskavität kann durch die schnellere Aushärtung des Materials zügiger entfernt und der temporäre Wurzelkanalstift kann in derselben Sitzung mit GuttaFlow Fast platziert werden.

## Neue Märkte

In Langenau arbeiten rund 140 Mitarbeiter; der Exportanteil liegt bei über 50 Prozent und verteilt sich auf 130 Länder. Coltène engagiert sich darüber hinaus auf neuen Märkten, etwa in Indien, China und Brasilien: „Diese geografische Expansion trägt zur Stärkung und zum Ausbau der Roeko-Produkte bei“, signalisiert CEO Meldau. Denn was deutsche Zahnärzte längst wissen, überzeugt auch weltweit: Im Bereich Endodontie, bei Hygiene- und Watterprodukten ist auf die Traditionsmarke Verlass. Roeko liefert eben Qualität, die stimmt – heute wie vor 100 Jahren.

Dipl. oec. troph. Dorothee Hahne  
Mozartstraße 9  
50674 Köln  
Hahne@hahne-redaktionsbuero.de



Von links:  
Andreas Meldau,  
CEO Coltène Schweiz,  
mit den drei  
Geschäftsführern der  
Coltène/Whaledent  
GmbH + Co. KG  
in Langenau  
Werner Mannschedel,  
Frank Müller  
und Alfred Bail  
in der heutigen  
Produktionsstätte

## Identifizierung

### Unbekannte männliche Leiche in der Asamklamm

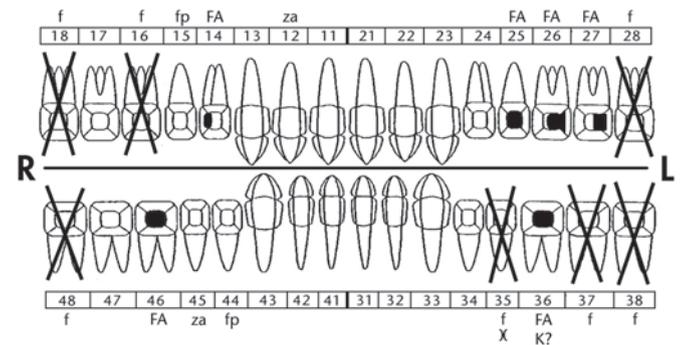
Am Sonntag, dem 17.10.2010, wurde in einer Gumpedecke der Asamklamm bei Eschenlohe, Kreis Garmisch-Partenkirchen, die Leiche eines unbekannten Mannes aufgefunden. Nach den vor Ort getroffenen Feststellungen war die Person in suizidärer Absicht von einer Brücke aus in die Klamm gesprungen. Es konnten keinerlei Identitätspapiere gefunden werden. In der Geldbörse befand sich lediglich ein Bargeldbetrag in Höhe von 136 Euro. Bisherige Versuche, die unbekannte Person zu identifizieren, blieben ergebnislos.

#### Personenbeschreibung:

männlich, circa 35 Jahre alt, schlanke sportliche Figur, 1,86 Meter groß, 84 Kilogramm schwer, graue Augen, kurze dunkelblonde bis braune glatte Haare, Geheimratsecken, ohne Bart, aber mit „Dreitagebart“.



#### Zahnstatus



f – fehlt, fp – fehlt (post-mortal), Za – Zahnabbruch, X – Lückenschluss, FA – Amalgamfüllung, K – Zahnkrone  
Zahn 36: zur Aufnahme einer Krone beschliffen, Krone fehlt (möglicherweise beim Sturz verloren)

#### Bekleidung:

blau-schwarze Wanderjacke/Trekkingjacke, schwarze Fleece-Jacke „Crane“ (Aldi-Artikel), dunkelbraune Schnürschuhe der Marke Landrover (Deichmann), auffälliges rotes T-Shirt mit schwarzen Ärmeln (vorne Aufdruck: groß die Zahl „66“, darunter quer „Wrangler“), blaue Jeans (Marke Lee) mit dunkelbraunem Ledergürtel, rote Unterhose (identic underwear), am linken Armgelenk schwarze „Casio“-Uhr.

#### Hinweise zur Identifizierung bitte an:

Kriminalhauptkommissar Hubert Deser,  
Kriminalpolizeistation Garmisch-Partenkirchen,  
Münchner Straße 80, 82467 Garmisch-Partenkirchen  
Az: BY1611-004731-10/6, Tel.: 08821/917-220  
hubert.deser@polizei.bayern.de

**Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte**

**Zehn Euro für mehr Menschlichkeit**

Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte  
für Lepra- & Notgebiete  
dzi

Das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte ruft alle Kolleginnen und Kollegen dazu auf, einen jährlichen Beitrag von zehn Euro – am besten per Dauerauftrag – zugunsten des Stiftungskapitals zu leisten.

Bankverbindung:  
Stiftung HDZ für Lepra- und Notgebiete  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Hannover  
Allgemeines Spendenkonto: 000 4444 000  
Konto für Zustiftungen: 060 4444 000  
BLZ 250 906 08

[www.hilfswerk-z.de](http://www.hilfswerk-z.de)

<b>American Dental Systems GmbH</b> Seite 23	<b>Euronda Deutschland GmbH</b> Seite 45	<b>Steinbeis-Transfer-Institut Management of Dental and Oral Medicine</b> Seite 15
<b>APW Akademie Praxis &amp; Wissenschaft</b> Seite 17	<b>ic med EDV-Systemlösungen für die Medizin GmbH</b> Seite 77	<b>SUPERMAX Deutschland GmbH</b> Seite 73
<b>Bai Edelmetalle AG</b> Seite 81	<b>IMEX Dental + Technik GmbH</b> Seite 21	<b>teamwork media Verlags GmbH</b> Seite 75
<b>Beycodent Beyer + Co GmbH</b> Seite 53	<b>INTER Versicherungen</b> Seite 39	<b>Trinon Titanium GmbH</b> Seite 83
<b>Bundeszahnärztekammer Arbeitsgemeinschaft der deutschen Zahnärztekammern e.V.</b> Seite 93	<b>KaVo Dental GmbH</b> Seite 4, 5 und 9	<b>Vita Zahnfabrik H.Rauter GmbH &amp; Co.KG</b> Seite 19
<b>Champions-Implants GmbH</b> Seite 89	<b>Korte Rechtsanwälte</b> Seite 81	<b>W &amp; H Deutschland GmbH</b> Seite 35
<b>Coltène/Whaledent GmbH &amp; Co.KG</b> Seite 7, 27 und 65	<b>Kuraray Europe GmbH</b> 3. Umschlagseite	<b>youvivo GmbH</b> Seite 43
<b>Dental Magazin</b> Seite 57 und 103	<b>mectron Deutschland Vertriebs GmbH</b> Seite 55	
<b>dentaltrade GmbH &amp; Co. KG</b> Seite 11	<b>Medentis Medical GmbH</b> Seite 79	
<b>Deutsche Apotheker- und Ärztebank</b> 2. Umschlagseite	<b>Permadental Zahnersatz</b> Seite 13	<b>Vollbeilagen</b> TEC 2 GmbH
<b>Deutscher Ärzte-Verlag GmbH</b> Seite 61	<b>Protilab</b> Seite 25	
<b>Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/ Leserreisen</b> Seite 41	<b>R-dental Dentalerzeugnisse GmbH</b> Seite 37	
<b>Doctorseyes GmbH</b> Seite 63 und 99	<b>Sinol Deutschland</b> 4. Umschlagseite	
	<b>Spectator/Sirona</b> Seite 71	

## Industrie und Handel

Servicekupon  
auf Seite 106

DÜRR DENTAL

### Speicherfolienscanner mit Display



Nach der Einführung des VistaScan Mini Plus zieht nun der VistaScan Perio nach. Das neue Modell VistaScan Perio Plus empfiehlt sich als zentrale Lösung für intraorale Aufnahmen und zeichnet sich wie der VistaScan Mini Plus durch ein Display aus. Dieses zeigt die wichtigsten Patientendaten und Informationen zum

Scan-Vorgang auf einen Blick und sorgt somit bei der Patienten-Bild-Zuordnung für mehr Sicherheit. Eine energiesparende Stand-by-Funktion wurde ebenso in die neue „Plus“ Version integriert. Die Speicherfolientechnologie bietet Bilder mit hoher Auflösung, die in ihrer diagnostischen Aussagekraft dem analogen Röntgen ebenbürtig sind. Das Ergebnis sind erstklassige Röntgenbilder mit hohem Kontrastumfang.

DÜRR DENTAL AG  
Höfigheimer Str. 17  
74321 Bietigheim-Bissingen  
Tel.: 07142 705-395, Fax: -441  
www.duerr.de  
E-Mail: kiesele.f@duerr.de

Garrison Dental Solutions

### Multi-Retraktionsfaden-Stopfer

In Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt Dr. Robert Margeas (Iowa, USA), der aus zahlreichen Vortragsreihen bekannt ist, hat Garrison Dental Solutions einen besonderen Retraktionsfadenleger (TN010) mit zwei Spateln an je einem Instrumentenende entwickelt. Aufgrund der konstruktiven Zusammenarbeit wird das Instrument auch „Bob's Double Cord Packer“ genannt. Es hebt sich durch die zwei dünnen gezahnten Spatel mit unterschiedlichen Winkeln an einem Ende und die zwei nicht gezahnten besonders dünnen Spatel, ebenfalls in unterschiedlichen Win-

keln am anderen Instrumentenende, von herkömmlichen Fadenlegern ab.

Diese Anordnung ermöglicht es, das Instrument einfach im aktuellen Blickfeld zu drehen und den Faden vollständig um den Zahn zu legen, ohne den Blick abzuwenden. Ein besonderer Vorteil ergibt sich bei der Arbeit mit Lupe Brillen oder der Benutzung eines Mikroskops.

Garrison Dental Solutions  
Carlstr. 50  
52531 Übach-Palenberg  
Tel.: 02451 971409  
Fax: 02451 971410  
www.garrisdental.eu  
E-Mail: info@garrisdental.net

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

breident medical

### Förderung des Nachwuchses



Erstmalig hat die Firma breident gemeinsam mit dem Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) einen kostenlosen Studentenworkshop mit dem Schwerpunkt Implantologie angeboten. 22 Teilnehmer wurden in das chirurgische und prothetische Protokoll der dentalen Implantologie eingeführt und trainierten am Phantomkopf.

Beim Workshop wurde den Studenten geboten, was sie so

geballt sonst nicht bekommen (Foto): Vorträge über Behandlungsabläufe und chirurgisches Vorgehen, Schnittführung, Nahttechniken und Setzen von Implantaten, Einschrauben von Abutments, Einsetzen von herausnehmbaren und festsitzenden Konstruktionen am Phantomkopf. Tipps und Kniffe verrieten neben den Kursleitern Jörg Lermer und Herbert Bibiza auch zahlreiche Zahnärzte, unter anderem Dr. Michael Weiss aus der Ulmer Opus DC und der Präsident der DGOI, Dr. Georg Bayer aus Landsberg am Lech.

breident medical GmbH & Co.KG  
Weissenhorner Straße 2  
89250 Senden  
Tel.: 07309 872-600, Fax: -635  
www.breident.com  
E-Mail: info-medical@breident.com

DENTAID

### Studienliste zum Abruf



Die Referenzliste mit allen Studien, die zu den DENTAID Produkten existieren, wurde kürzlich aktualisiert und kann beim Unternehmen angefordert werden. Auffallend ist die Anzahl der wissenschaftlichen Arbeiten. Zu der alkoholfreien Chlorhexidin-Mundspülung PERIO-AID wurden allein 24 Studien durchgeführt. Auch HALITA – ein Pflegesortiment gegen Halitosis – steht, was die Studienanzahl betrifft, ebenso gut da.

Neben der wissenschaftlichen Dokumentation sind aber auch

die Produktions- und Prüfbedingungen für die Qualität eines Produktes wichtig. DENTAID hat drei eigene Labore (mikrobiologisches Labor, Labor für Galenik, Labor für Stabilitätsanalysen und Qualitätskontrolle), die für die Güte garantieren. Das ganze Unternehmen ist – obwohl in Spanien – vom deutschen TÜV zertifiziert.

DENTAID GmbH  
Innstr. 34  
68199 Mannheim  
Tel.: 0621 842597-28, Fax: -29  
www.dentaid.de  
E-Mail: service@dentaid.de

Dentaurum

## Einbettmasse für hohe Präzision

Nach der Einführung der Spezial-einbettmasse rema TT für die Teleskoptechnik im edelmetallfreien Bereich, wurde der Beweis für höchste Präzision auch bei CoCr-Legierungen angetreten. Mit der Neuentwicklung rema CC stellt das Unternehmen eine universell einsetzbare Einbettmasse für alle Anwendungen vor. Gleich, ob EMF-Legierungen oder Legierungen aus Edelmetallen, auch bei Presskeramiken zeigt dieses Universalprodukt keine Schwächen. Passgenaue Konstruktionen, auch über größere Spannen, insbesondere im edelmetallfreien Bereich zu erzielen, war bisher keine Selbstverständlichkeit. rema CC besticht durch eine sehr



angenehme Verarbeitung. Dünnflüssigkeit, eine lange Verarbeitungszeit und ein sehr weiches Ausbettverhalten sind nur einige der Vorteile. Eine hohe Wirtschaftlichkeit wird durch gesenkte Vorwärmtemperaturen erreicht.

Dentaurum GmbH & Co. KG  
Turnstr. 31  
75228 Ispringen  
Tel.: 07231 803-0, Fax: -295  
www.dentaurum.de  
E-Mail: info@dentaurum.de

DENTSPLY Friadent

## Bohrschablonen mit lateralem Zugang



Die ExpertEase Bohrschablonen von DENTSPLY Friadent sind um eine entscheidende Innovation reicher: Ab sofort erhält der Anwender von ANKYLOS ExpertEase und XiVE ExpertEase mithilfe seitlich offener Bohrhülsen auch bei reduzierten Platzverhältnissen im Patientenmund, beispielsweise im Seitenzahnbereich, einen besseren Behandlungszugang. Die exklusiv angebotenen

seitlich offenen Hülsen bieten für viele implantologische Situationen die richtige Lösung und sorgen somit für hohen Komfort für Behandler und Patient. Das Indikationsspektrum wird durch den lateralen Bohrschablonenzugang erweitert und die Patientencompliance und -bindung erhöht. Die neuen nach vestibulär oder oral geöffneten Hülsen erleichtern den Zugang besonders im Seitenzahnbereich oder bei eingeschränkter Mundöffnung.

DENTSPLY Friadent  
Friadent GmbH  
Steinzeugstraße 50  
68229 Mannheim  
Tel.: 0621 4302-000, Fax: -001  
www.dentsply-friadent.com  
E-Mail: info@friadent.de

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

American Dental Systems

## Elektronische Längenmessung

Der Apex-Locator RomiApex A-15 von Romidan wurde zur exakten Messung der Wurzelkanal-Länge für jede Anwendung entwickelt. Er garantiert Sicherheit bei allen Wurzelkanal-Behandlungen und erhöht den Komfort für den Patienten, da eine zusätzliche Strahlenbelastung durch röntgenologisches Verfahren vermieden werden kann.



Durch seine attraktive und handliche Form reiht er sich in das moderne Design von Handy und Smartphone ein. Das LCD-Display bietet eine optimale Bildqualität. RomiApex A-15 funktioniert vollautomatisch. Der Mikro-Computer analysiert die Parameter und garantiert eine absolut exakte Lokalisierung des Apex. Die apikale Konstriktion ist in ihrer gesamten Länge und stark vergrößert auf dem Display des Apex-Locators zu sehen. Das Instrument ermittelt automatisch, wann die Messung beginnt, überprüft die Qualität der elektrischen Verbindung und die Leitfähigkeit des Wurzelkanals.

American Dental Systems GmbH  
Johann-Sebastian-Bach-Str. 42  
85591 Vaterstetten  
Tel.: 08106 300-300, Fax: -310  
www.ADSystems.de  
E-Mail: info@ADSystems.de

GlaxoSmithKline

## Fortbildung direkt in der Praxis

Wäre es nicht ideal, versteckte Entzündungen zu erkennen, bevor irreversible Schäden entstehen? Diese Möglichkeit bietet der neue chair-side PerioMarker aMMP-8 Schnelltest von Chlorhexamed. Zahnärzte und ihr Team erhalten jetzt in einer Praxisfortbildung zur Früherkennung und Risikoeinschätzung parodontaler Erkrankungen weiterführende Informationen zu diesem diagnostischen Ansatz und können den Test auch selbst durchführen. Prof. Dr. Nicole Arweiler, Philipps-Universität Marburg, und Dr. Dirk Ziebolz, Uni Göttingen, erläutern die Bedeutung des Enzyms Matrix-Metalloproteinase-8 (aMMP-8) für die



Diagnose von akutem parodontalen Gewebeabbau und klinische Konzepte zu den sich ergebenden therapeutischen Konsequenzen. Die Teilnahmegebühr für das mit drei Fortbildungspunkten bewertete Seminar beträgt für Zahnärzte 78 Euro und für Praxismitarbeiter 58 Euro.

GlaxoSmithKline  
Consumer Healthcare  
Bußmatten 1  
77815 Bühl  
www.chlorhexamed.de

Hu-Friedy

## Instrumenten-Recycling-Aktion



Wer beim Kauf neuer Scaler, Küretten, Piezospitzen oder Magneto-Einsätze alte Instrumente eintauscht, bekommt kostenlose Instrumente hinzu. Die abgenutzten Instrumente werden fachgerecht gesammelt und wiederverwertet. Zahnärzte können so aktiv zum Umweltschutz beitragen. Hu-Friedy bietet allen Zahnärzten, die ihre alten Instrumente recyceln, einen hohen Gegenwert.

Wer zum Beispiel beim Kauf von sechs EverEdge-Scalern oder -Küretten genauso viele gebrauchte Scaler oder Küretten abgibt, erhält zwei weitere EverEdge-Instrumente kostenlos dazu. Ein ähnliches Angebot gilt für den Kauf von fünf Piezospitzen aus der Symmetry-Reihe: Hier bekommen Zahnärzte zwei weitere Ultraschallspitzen nach Wahl, wenn sie fünf gebrauchte eintauschen. Die Aktion läuft noch bis zum Ende des Jahres.

*Hu-Friedy Mfg. BV  
European Headquarters  
Customer Care Department  
Rotterdam  
Tel.: 00800 48374339  
Fax: 00800 48374340  
www.hufriedy.eu  
E-Mail: info@hufriedy.eu*

Kuraray

## Komposit als Komplett-Kit



Insbesondere bei Restaurationen mit besonders hohen klinischen Herausforderungen ist das Komposit PANAVIA F 2.0 häufig erste Wahl für dauerhafte Adhäsivtechnik in den Bereichen der Vollkeramik-, Zirkonoxid- und Metallrestaurationen. Das in PANAVIA F 2.0 enthaltene patentierte MDP-Monomer ermöglicht eine

universelle Haftung an Schmelz, Dentin, Komposit, Keramik sowie EM- und NEM-Legierungen. Die anaerobe Aushärtung erlaubt einfache und bequeme Entfernung der Überschüsse und stellt einen zuverlässigen Haftverbund zwischen den Flächen sicher. Die hohe Qualität des Präparats wurde vom amerikanischen Institut „THE DENTAL ADVISOR“ mit dem Maximum von fünf Sternen bewertet. Das neue PANAVIA F 2.0 Complete Kit beinhaltet auch den Clearfil Ceramic Primer.

*Kuraray Europe GmbH  
BU Medical Products  
Industriepark Höchst/F 821  
65926 Frankfurt am Main  
Tel.: 069 305 35835  
Fax: 069 305 98 35835  
www.kuraray-dental.eu  
E-Mail: dental@kuraray.eu*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

KaVo

## Einfach, flexibel und wirtschaftlich

Die KaVo MULTI LED Systemlösung liefert auf einfache, flexible und wirtschaftliche Weise perfektes LED-Licht für alle KaVo Lichtinstrumente. Mit 5 500 K und echten 25 000 LUX an der Bohrspitze bietet sie eine optimale, augenschonende Tageslicht-Farbtemperatur und Beleuchtungsstärke. Die Lichtintensität lässt sich dabei an KaVo-Behandlungseinheiten mit Lichtstärkenregelung individuell anpassen. Die integrierte Optik sorgt für die ideale Fokussierung des Lichtstrahls und damit für die gute Ausleuchtung des Präparati-



onsfeldes ohne störende Lichtkränze oder Streulichtverluste. Für den Anwender sind selbst Präparationsgrenzen deutlich sichtbar. Die Umrüstung ist einfach: Der Anwender selbst tauscht die Hochdrucklampe in den vorhandenen MULTIflex-Kupplungen und Motoren gegen die hochqualitative KaVo MULTI LED aus.

*KaVo Dental GmbH  
Bismarckring 39  
88400 Biberach/Riss  
Tel.: 07351 56-0  
Fax: 07351 56-71104  
www.kavo.com  
E-Mail: info@kavo.com*

Ivoclar Vivadent

## Chlorhexidin-Schutzlack

Der Chlorhexidin-haltige Schutzlack Cervitec Plus von Ivoclar Vivadent wird dem „Plus“ in seinem Namen gerecht. Er ist wirksamer als sein Vorgänger. Dies bestätigt eine gemeinsame klinische Studie des Bezirkskrankenhauses in Halmstad, Schweden, und der Universität Kopenhagen, Dänemark.

Neu am Chlorhexidin-Thymol-Schutzlack Cervitec Plus sind die Rezeptur und die verbesserten Haftungseigenschaften. Der Lack ist bei der Bakterienbekämpfung noch wirksamer als sein Vorgänger. Die klinische Studie wurde während einer durchschnittlichen Dauer von 48 Wochen durchgeführt. Untersucht wurden die Zahlen der kariogenen Mutans-Streptokokken-Keime und die Entwicklung der Karies in



den Fissuren permanenter Molaren (Sköld-Larsson K, Sollenius O, Petersson LG, Twetman S.: Effect of topical applications of novel chlorhexidine-thymol varnish formula on mutans streptococci and caries development in occlusal fissures of permanent molars (J Clin Dent 2009; 20:223-226).

*Ivoclar Vivadent GmbH  
Postfach 11 52  
73471 Ellwangen, Jagst  
Tel.: 07961 889-0  
www.ivoclarvivadent.de  
E-Mail: info@ivoclarvivadent.de*

Heraeus

## Lokalantibiotikum für Paro-Therapie



Ligosan Slow Release unterstützt die Therapie chronischer und aggressiver Parodontitis bei einer Taschentiefe größer/gleich 5 mm. Es verbindet die Vorteile des Wirkstoffs Doxycyclin mit einer neuen, patentierten Darreichungsform. Es kann über Privat-rezept verschrieben oder über den Dentalhandel bezogen werden. Die Abrechnung erfolgt privat. Besonderheit ist die einmalige, einfache Applikation mit einer Zylinderkartusche. Die zu-

nächst fließende Konsistenz ermöglicht das Vordringen in tiefe, schwer erreichbare Bereiche der Parodontaltasche. Doxycyclin deckt ein breites Wirkspektrum ab und wirkt sowohl antibiotisch als auch anti-inflammatorisch. Die kontinuierliche Wirkstofffreisetzung in ausreichend hoher Konzentration erfolgt über mindestens zwölf Tage. Die Hydrogel Matrix ist bioresorbierbar und baut sich biologisch zu Milch- und Glykolsäure ab.

Heraeus Kulzer GmbH  
Grüner Weg 11  
63450 Hanau  
Tel.: 0800 4372-522  
Fax: 0800 4372-329  
www.heraeus-dental.de  
E-Mail: dental@heraeus.com

Zantomed

## Ergänzung für Parodontitis-Therapie

82 Zahnärzte aus Deutschland nahmen das Angebot eines deutschen zahnmedizinischen Fachverlages an und testeten jeweils sechs Wochen das antibiotikumfreie ChloSite Perio Schutz Gel.

Das mucoadhäsive Xanthangel ist in der Lage, sich an die subgingivale Schleimhaut zu heften. Dort bildet es einen Biofilm, der laut wissenschaftlichen Studien zwischen 15 und 21 Tagen dauerhaft das im Xanthangel deponierte Chlorhexidin mit einer Konzentration von 1,5 Prozent freigibt. Alle Tester gaben an, ChloSite auch in der Zukunft in ihrer Praxis verwenden zu wollen und bezeichneten das Gel als



ideale Ergänzung zur manuellen oder photodynamischen Therapie (aPDT) in der Behandlung von Parodontitis und Periimplantitis. Eine Zusammenfassung der jüngsten Studien, Abrechnungstipps und weitere Informationen gibt es direkt bei Zantomed.

Zantomed GmbH  
Ackerstr. 1  
47269 Duisburg  
www.zantomed.de

VOCO

## Anatomisch geformte Interdentalkeile



Mit Curvy präsentiert VOCO anatomisch geformte Kunststoff-Interdentalkeile für den Einsatz in der Füllungstechnik. Die Keile weisen eine Biegung („Kurve“) auf, und zwar einmal im Uhrzeigersinn und einmal gegen den Uhrzeigersinn. Mit dieser Biegung folgen die Keile wesentlich besser als gerade Keile der Anatomie des Zahnes. Der besondere

Vorteil liegt in der einfacheren Adaption im Interdentalraum und vor allem in der Berücksichtigung der anatomischen Strukturen am Zahnhals nahe der marginalen Gingiva. Curvy ist mit allen Matrizen-Arten und -Materialien anwendbar und ermöglicht durch seine Biegung und die drei Keilgrößen eine optimale Adaption der Matrize am Zahn. Die Curvy-Keile werden in sechs kreisrunden Trägern mit 52 Keilen je einer Sorte geliefert.

VOCO  
Anton-Flettner-Straße 1-3  
27472 Cuxhaven  
Tel.: 04721 719-0  
Fax: 04721 719-169  
www.voco.de  
E-Mail: info@voco.de

GC Germany

## Neue Flowables für stabile Ästhetik

Perfekte Fließ- und Handlingeigenschaften eines Flowables gepaart mit den exzellenten physikalischen Werten eines regulären Komposits: Mit G-ænial Flo und Universal Flo erweitert GC sein kürzlich eingeführtes Hybridkomposit-System G-ænial um zwei innovative Flowables – für eine stabile Ästhetik, aber auch für mehr Indikationen und weniger Komplikationen in der Füllungstherapie. Die fließfähigen Systeme verfügen über eine neuartige Mikrofüllertechnologie, die dem Behandler eine hohe Spannungs- und Abrasionsresistenz sowie eine besondere Transluzenz und Polierbarkeit garantiert. Wäh-



rend G-ænial Universal Flo für alle Klassen von I bis V Verwendung findet, eignet sich G-ænial Flo vor allem für Unterfüllungen, Tunnelpräparationen und kleinere Defekte.

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.

VITA Zahnfabrik

## Pop-Art-Kunst für Praxis und Labor

Kreative Künstler aus Köln waren aufgerufen, in der legendären Pop-Art-Manier eines Andy Warhol oder Roy Lichtenstein dentale VITA-Themen aufzugreifen und diese künstlerisch zu variieren. Herausgekommen sind vierzehn bunt beschwingte Bilder im Comic- oder Siebdruck-Stil. Auf der Webseite [www.vita-zahnfabrik.com/kalender](http://www.vita-zahnfabrik.com/kalender) können Interessenten den Kalender anschauen und anfordern, die ersten dreißig E-Mail-Einsender erhalten ihn gratis zugeschickt. Besondere Freunde der Pop-Art-Kunst können einzelne Bilder im Format 70 cm x 100 cm auf Leinwand bestellen. Jedes Motiv ist ein Unikat und nur über VITA erhältlich. Die Edition dieser individuellen Pop-Art-Kunstdrucke wird nur einmal aufgelegt und ist damit limitiert. An einen



Appetitmacher auf die Arbeit am PC ist auch gedacht. Von der VITA-Homepage lässt sich ein Pop-Art-Bildschirmschoner herunterladen.

VITA Zahnfabrik  
H. Rauter GmbH & Co. KG  
Spitalgasse 3  
79713 Bad Säckingen  
Tel.: 07761 562-0  
Fax: 07761 562299  
[www.vita-zahnfabrik.com](http://www.vita-zahnfabrik.com)  
E-Mail: [info@vita-zahnfabrik.com](mailto:info@vita-zahnfabrik.com)

Sirona

## Wirtschaftliches Abformverfahren

Das digitale Abformsystem CEREC AC ist für Zahnärzte eine gute Investition: Ab acht Abformungen pro Woche amortisieren sich die Anschaffungskosten bereits in der Abschreibungsphase. Zu diesem Ergebnis kommt eine Untersuchung des Beratungsunternehmens Weidhüner & Partner. Demnach ist CEREC AC über einen Zeitraum von fünf Jahren betrachtet kostengünstiger als das konventionelle Verfahren mit Abformlöffel und Silikonmasse. Aus der Berechnung von Weidhüner

& Partner ergibt sich bei durchschnittlich acht digitalen Abformungen pro Woche im Abschreibungszeitraum ein Stückpreis von 18,36 Euro. In diesen Preisen sind die Investitionskosten sowie alle Folgekosten enthalten. Bei der konventionellen Abdrucknahme wendet der Zahnarzt durchschnittlich 22,50 Euro pro Fall auf.

Sirona Dental Systems GmbH  
Fabrikstraße 31  
64625 Bensheim  
Tel.: 06251 16 0, Fax: -2591  
[www.sirona.de](http://www.sirona.de)  
E-Mail: [contact@sirona.de](mailto:contact@sirona.de)

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Tokuyama

## Bonding mit hoher Haftkraft

Bond Force ist ein selbsttätzendes Ein-Komponenten-Adhäsiv, das Fluorid freisetzt. Jegliche Vorbehandlungen entfallen. Es benötigt nur eine Applikation und überzeugt mit sehr guten adhäsiven Eigenschaften. Nach der Applikation ist lediglich eine Trocknungsphase sowie eine Lichthärtung von jeweils zehn Sekunden erforderlich. Die hohe Haftkraft basiert auf einem technologisch einzigartigen Monomer. Ein selbstverstärktes Monomer, das Mehrfachbindungen eingeht, bildet bereits vor der Lichthärtung Bindungen zum Apatit der Zahnoberfläche und den Kalziumionen der Zahnschicht. Diese Reaktion baut be-



reits vor der Lufttrocknung eine gleichmäßige, gelartige Bondingschicht auf. Nach der Lichthärtung entstehen weitere chemische Bindungen, die eine widerstandsfähige und reißfeste Adhäsivschicht bilden.

Tokuyama Dental  
Deutschland GmbH  
Siemensstr. 46  
48341 Altenberge  
[www.tokuyama-dental.de](http://www.tokuyama-dental.de)  
E-Mail: [info@tokuyama-dental.de](mailto:info@tokuyama-dental.de)

3M ESPE

## Garantieverlängerung geschenkt

Anwender des automatischen Mischgeräts Pentamix3 können durch Online-Registrierung von einer kostenlosen Garantieverlängerung profitieren. Das Unternehmen bietet dafür zwei zusätzliche Garantiejahre.

Anlässlich des zweiten Geburtstages von Pentamix 3 richtete das Unternehmen im Mai 2010 eine zusätzliche Zwei-Jahres Garantie ein – eine Aktion, die großen Anklang fand. Darum wurde sie nun verlängert: Innerhalb der üblichen Herstellergarantie von zwei Jahren können alle Anwender, die ein Pentamix 3 erworben haben, eine Garantieverlängerung erhalten. Hierzu ist eine Online-Registrierung unter [www.pentamix3-XXLwarranty.com](http://www.pentamix3-XXLwarranty.com) unter Angabe



der Seriennummer des Gerätes erforderlich. Anschließend wird eine Bestätigung per E-Mail geschickt, die in Verbindung mit dem Kaufbeleg als Garantieschein gilt.

3M ESPE  
ESPE Platz, 82229 Seefeld  
Freecall: 0800 2753773  
Freefax: 0800 3293773  
[www.3mespe.de](http://www.3mespe.de)  
E-Mail: [info3mespe@mmm.com](mailto:info3mespe@mmm.com)

Straumann

**Vertrieb eines Intraoral-Scannersystems**

Beim intraoralen Scannen mit Cadent iTero, dessen Vertrieb und Support das Dentalunternehmen Straumann übernommen hat, entfallen zahlreiche Schritte des analogen Prozesses. Und: Es bleiben mögliche Fehlerquellen gegenüber der herkömmlichen Abformung außen vor. Die bekannten Probleme beim Entnehmen der Abformung, beim Gießen der Modelle, beim Zuschneiden und An-

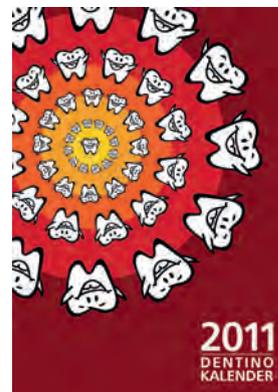
passen oder bei fehlerhaftem Abformmaterial sind damit passé. Präzise Abformungsergebnisse aufgrund genauer Vorlagen seien die Folge. Während der Abformung wird das Scanergebnis dem Behandler in Echtzeit auf dem Bildschirm dargestellt, so dass eventuelle Korrekturen sofort vorgenommen werden können. Als Spezialist für digitale Arbeitsabläufe sieht Straumann dieses System als optimale Ergänzung in den Prozessen der CAD/CAM Technologie.

Straumann GmbH  
Jechtinger Straße 9  
79111 Freiburg  
Tel.: 0761 45010  
Fax: 0761 4501490  
www.straumann.de  
E-Mail: info.de@straumann.com

dentaltrade

**Mit Dentino durch das Jahr 2011**

Das neue Jahr wird bunt, denn der hochwertige „Dentino“ Kunst-Kalender von dentaltrade bringt Farbe ins Wintergrau. Bisher dürften „Dentino“ und das gleichnamige Malbuch vor allem den kleineren Patienten bekannt sein. Dies könnte sich mit dem neuen Design-Kalender von dentaltrade, der speziell für Zahnarztpraxen konzipiert wurde, ändern. Mit seinen frischen Farben, der Teillackierung und dem angesagten Pop-Art-Style ist der Kalender ein optisches Highlight für jede Praxis und begeistert auch die Großen. Übrigens: Von jedem verkauften Kalender gehen fünf Euro an das Kinderhilfsprojekt „Ein Zuhause für Kinder“. Der „Dentino“ Ka-



lender ist ab sofort in limitierter Auflage über die dentaltrade Website [www.dentaltrade.de](http://www.dentaltrade.de) für 49,90 Euro zu beziehen

dentaltrade GmbH & Co. KG  
Grazer Str. 8  
28359 Bremen  
Tel.: 0421 247147-0  
Fax: 0421 247147-9  
[www.dentaltrade-zahnersatz.de](http://www.dentaltrade-zahnersatz.de)



**Absender (in Druckbuchstaben):**

---



---



---

Kupon bis zum 6. 1. 2011 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**

Ich bitte um Zusendung näherer Informationen zu den von mir angekreuzten Produkten. Mir ist bekannt, dass für die Zusendung der von mir gewünschten Informationen eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an die jeweiligen Firmen erforderlich ist, damit diese mir die Produktinformationen unmittelbar zusenden können. Ich bin damit einverstanden, dass die Deutscher Ärzte-Verlag GmbH meine nebenstehenden Kontaktdaten weitergibt.

- 3M ESPE** – Garantieverlängerung geschenkt (S. 105)
- American Dental Systems** – Elektronische Längenmessung (S. 101)
- breident** – Förderung des Nachwuchses (S. 100)
- DENTAID** – Studienliste auf Abruf (S. 100)
- dentaltrade** – Mit Dentino durch das Jahr 2011 (S. 106)
- Dentaurum** – Einbettmasse für hohe Präzision (S. 101)
- Dentsply Friadent** – Bohrschablonen mit lateralem Zugang (S. 101)
- DÜRR DENTAL** – Speicherfolienscanner mit Display (S. 100)
- Garrison** – Multi-Retraktionsfaden-Stopfer (S. 100)
- GC Germany** – Neue Flowables für stabile Ästhetik (S. 104)
- GSK** – Fortbildung direkt in der Praxis (S. 101)
- Heracus** – Lokalanthibiotikum für Paro-Therapie (S. 104)
- Hu-Friedy** – Instrumenten-Recycling-Aktion (S. 102)
- Ivoclar Vivadent** – Chlorhexidin-Schutzlack (S. 102)
- KaVo** – Einfach, flexibel und wirtschaftlich (S. 102)
- Kuraray** – Komposit als Komplett-Kit (S. 102)
- Sirona** – Wirtschaftliches Abformverfahren (S. 105)
- Straumann** – Vertriebs eines Intra-Oralscanners (S. 106)
- Tokuyama** – Bonding mit hoher Haftkraft (S. 105)
- VITA** – Pop-Art-Kunst für Praxis und Labor (S. 105)
- VOCO** – Anatomisch geformte Interdentalkeile (S. 104)
- Zantomed** – Ergänzung für Paro-Therapie (S. 104)

Studienfächer

## Auswahl nach Neigung und Fähigkeiten

**Vom Arbeitskräftemangel im naturwissenschaftlichen und technischen Bereich sollten Abiturienten sich bei der Wahl des Studium nicht beeinflussen lassen.**



Foto: www.einstieg.com

Die Zahl der Akademiker in Deutschland steigt so langsam, dass der Mangel an Arbeitskräften immer bedrohlicher für die Wirtschaft wird – vor allem im naturwissenschaftlichen, mathematischen und technischen Bereich. Die Zahl der Studienanfänger ist zwar dank verschiedener Maßnahmen von 26 Prozent eines Jahrgangs im Jahr 1996 auf 36 Prozent 2008 angestiegen (OECD-Studie „Bildung auf ei-

nen Blick 2010“). Dennoch prognostiziert Dieter Ecker-Lasser von der Bundesagentur für Arbeit allein für die Region Berlin/Brandenburg: „Wenn sich am Markt nichts dreht, können in drei Jahren 300 000 bis 400 000 qualifizierte Arbeitsplätze nicht besetzt werden.“

Sollten Abiturienten deshalb nun ihr Studienfach nach den Notwendigkeiten der Wirtschaft oder nach persönlicher Neigung wäh-

len? Diese Frage diskutierten Vertreter der Wirtschaft und Mitarbeiter von Studienberatungsstellen staatlicher Universitäten unter anderem bei einer Podiumsdiskussion im Rahmen der Messe „Einstieg Abi“ (Kasten) in Berlin. Dr. Michael Winteroll, Studienberatung der Technischen Universität (TU) Berlin warnt die zuhörenden Schüler beispielsweise davor, einfach ein Fach zu studieren, „das einem eingeredet wird“. „Die Abbrecherquoten sind sehr hoch, weil viele Studenten nicht genau schauen, was sie wollen.“ Als abschreckendes Beispiel nennt er den Fall einer Studentin, die nach bestandenem Bauingenieursstudium den Berufsalltag kennen lernte, sich dem rauen Ton auf der Baustelle und dem Umgang mit Handwerkern nicht gewachsen fühlte und einen ganz neuen sprachlich orientierten Studiengang wählte. „So et-

was sollte nicht passieren“. Thomas Klose, Studienberatung der Friedrich -Schiller Universität Jena empfiehlt, „sich zu überlegen, was Sie später den ganzen Tag machen wollen“. Man solle vor allem „bei sich selbst bleiben“. Auch für Sozial- und Geisteswissenschaftler gebe es immer noch gute Berufsaussichten. „Eine reine Marktorientierung, ohne auf die eigenen Fähigkeiten zu achten macht keinen Sinn“, warnt Klose. Der Vertreter der Bundesagentur Ecker-Lasser warnte indes davor, das Studienfach rein nach Neigung zu wählen. „Mit einem Abschluss in Philosophie hat man nur sehr wenige Möglichkeiten. „Neigung, Eignung und Marktsituation sollten zusammen reflektiert werden.“

Die Siemens AG beugt dem Fachkräftemangel bereits seit zehn Jahren vor, indem sie betriebseigene duale Studiengänge anbietet, zum Beispiel einen Bachelor in Maschinenbau, Elektrotechnik oder Betriebswirtschaftslehre. Ein Hochschulstudium wird dabei kombiniert mit einer strukturierten praktischen Berufsausbildung. „Wer bei uns anfängt, wird an die Hand genommen und bekommt jegliche Unterstützung.“ 100 000 bis 120 000 Euro kostet solch ein vierjähriger Studiengang – durch die enge Bindung während des Studium, bleiben viele Absolventen dem Unternehmen verbunden.

Ein Hochschulstudium lohnt sich in jedem Fall – darin waren sich alle einig. Akademiker verdienen am meisten und sind am seltensten von Arbeitslosigkeit betroffen – ihr Anteil an der Arbeitslosenzahl macht nur sechs Prozent aus. Die Studienberater empfehlen außerdem, sich auch kleine ostdeutsche Städte wie Greifs-

**zm-Info**

### **Chancenmarkt**

Die „Einstieg Abi“ ist eine Messe zur Zukunftsplanung für Abiturienten, die mehrmals im Jahr in verschiedenen deutschen Städten organisiert wird. Zwei Tage lang informieren Unternehmen, staatliche und private Hochschulen, private Ausbildungsanbieter, Anbieter von Au-Pair, Work and Travel sowie Sprachreisen über Möglichkeiten nach dem Abitur. Auch Anbieter von Studienkrediten und Studienplatzklagen gehören zu den Ausstellern. Zahlreiche Vorträge zu den Themen Berufsorientierung, richtige Bewerbung, Selbstpräsentation und Karriereplanung runden das Angebot ab. Die Messe richtet sich an Jugendliche der Jahrgangsstufen 11 bis 13, an Eltern und Lehrer.

Bei der gut besuchten Messe in Berlin waren rund 300 Aussteller am Start. Vor allem Schüler zog es in die Messehallen. Die Einstieg GmbH ist ein privatwirtschaftliches Unternehmen, das vor zehn Jahren in Köln gegründet wurde.

Informationen und die nächsten Messetermine im Internet:

[www.einstieg.com](http://www.einstieg.com) pb

wald, Chemnitz oder Magdeburg anzuschauen. Für manche Studenten, die sich an den Massenunis westdeutscher Großstädte oder Berlins verloren fühlen, können die übersichtlichen Universitätsstädte im Osten eine echte Alternative sein. „In manchen Fächern hat man dort fast Privatunterricht“, schwärmt TU-Mitarbeiter Winteroll. Sein Sohn hat in Chemnitz studiert.

Petra Bühring

Vorschlag der AOK gegen Ärztemangel

## Praxen in der Stadt aufkaufen lassen

Der AOK-Bundesverband schlägt vor, Arztpraxen in Städten zu kaufen und zu schließen, um den Mangel an Ärzten auf dem Land zu beseitigen. „Das Ziel sollte sein, die Zahl der Praxen in überversorgten Gebieten langfristig zu verringern“, sagte AOK-Chef Herbert Reichelt der „Welt“. Er könne sich vorstellen, dass Ärzte, die in überversorgten Gebieten aus Altersgründen aufhören, eine Art Abfindung für ihre Praxis erhielten, welche aus dem bestehenden Honorarvolumen finanziert wird. Reichelt sagte, die Überversorgung in den Städten werde mit dem Geld finanziert, das für die Bevölkerung auf dem Land benötigt werde. „Solange sich Ärzte weiter in überversorgten Gebieten niederlassen können, geht kaum einer freiwillig aufs Land“, zitiert ihn das „Deutsche Ärzteblatt“. So hält er Ge-



Foto: CC

spräche mit den KVen über die Abfindungen für sinnvoll und betont, es gehe ihm nicht darum, Ärzte zu enteignen. Für die Abfindungen müsse kein zusätzliches Geld in die Hand genommen werden. Nach dem Wegfall von Praxen könnte deren bisheriges Honorarvolumen den verbleibenden Ärzten zugutekommen. Insgesamt gebe es nach wie vor zu viele Mediziner in Deutschland. ck

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

## Neue Empfehlungen verabschiedet

Auf Einladung der Parlamentarischen Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz haben Akteure und Institutionen im Gesundheitswesen beim zweiten Runden Tisch „Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen“ gemeinsame Empfehlungen für die Praxis formuliert. Damit soll unter anderem erreicht werden, dass Hemmnisse in der Aus- und Weiterbildung von Berufen beseitigt und gezielt Information über gute Initiativen im Krankenhaus und in der Arztpraxis bereitgestellt werden. Zudem hat man erste Maßnahmen vorgestellt, um zusätzliches Personal für Alten- und Pflegeein-

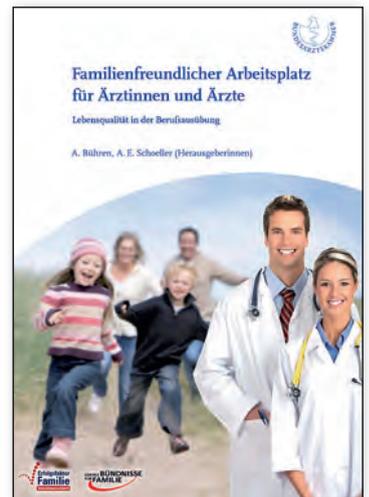
richtungen zu gewinnen. Widmann-Mauz sagte, schon heute zeichneten sich personelle Engpässe in Krankenhäusern ab. Auch in der Pflege und im ärztlichen Bereich gebe es Probleme bei der Rekrutierung von Mitarbeitern.

Man könne nicht auf gut qualifiziertes Personal verzichten, das aus dem Beruf aussteigen müsse, nur weil es keine entsprechenden Angebote gäbe. An den Gesprächen nahmen Vertreter aus Krankenhäusern, Ärzteschaft, Pflegeeinrichtungen, medizinischen Fachberufen, Gewerkschaften, Ländern und dem GKV-Spitzenverband teil. sf/pm

Familienfreundliche Arbeitsplätze

## Neue Checkliste für Ärzte vorgestellt

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat das Handbuch „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte – Lebensqualität in der Berufsausübung“ im Bundesgesundheitsministerium in Berlin vorgestellt. Der Bericht gebe einen Einblick, wie familienorientierte Arbeitsbedingungen für Ärzte künftig aussehen könnten, betonte Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) anlässlich der Vorstellung. In dem Handbuch wird unter anderem gezeigt, wie ein familiengerechter Arbeitsplatz im ambulanten Sektor aussehen könnte. Zudem gibt es Checklisten und Anforderungsprofile für familienfreundliche Einrichtungen. Ärztinnen und Ärzte können diese Checklisten nutzen, um einen geeigneten Arbeits- beziehungsweise



Studienplatz zu identifizieren. Arbeitgeber und Universitäten können anhand der Checklisten überprüfen, ob sie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf fördern, heißt es in einer gemeinsamen Erklärung des BMG und der Bundesärztekammer. zm/pm

www.bundesaerztekammer.de

## Kommentar

### Arzt abzugeben

Haben wir zu wenig Ärzte oder sogar zu viele? Eine Gretchenfrage. Während die KBV den Ärztemangel als gesetzt betrachtet, stellen ihn die Kassen nämlich prinzipiell in Frage.

Die KBV will die aktuelle Bedarfsplanung, wie sie vage formuliert, durch „eine intelligente, sektorenübergreifende Versorgungssteuerung“ ersetzen. Dagegen halten die Kassen den Praxisnotstand schlicht für eine Sache der Verteilung, nicht für eine Lücke. Dem Ärztemangel in der Uckermark stehe etwa eine Überversorgung am Starnberger See gegenüber.

Was tun? Fakt ist: Die Sicherstellung der Versorgung obliegt – noch – den KVen. Doch solange die Mediziner keine kostenverträglichen Vorschläge machen, wie sie das Problem in den Griff zu kriegen denken, laufen sie Gefahr, diese Zuständigkeiten aus der Hand zu geben. Philipp Rösler plant bereits ein Versorgungsgesetz, jetzt sinniert die AOK ganz pragmatisch über Praxisschließungen nach. Höchste Eisenbahn also für die Ärzte, das Thema wieder selber zu besetzen!

Claudia Kluckhuhn

Arzneimittelausgaben gesunken**Mehr gespart und weniger geimpft**

Pharma-Sparpaket sowie geringere Ausgaben für Vakzine und Erkältungsmittel haben die Ausgaben der gesetzlichen Kassen im Oktober um fast sechs Prozent im Vergleich zum Vorjahresmonat zurückgehen lassen.

Ärzte haben im Oktober 2010 für etwa 2,47 Milliarden Euro Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Kassen verordnet, schreibt die „Ärzte Zeitung“. Die Ausgaben seien damit gegenüber dem Vormonat praktisch konstant geblieben, meldet das Beratungsunternehmen IMS Health. Berücksichtigt man die Impfungen für rund 110 Millionen Euro nicht, dann beträgt der Rückgang im Oktober fünf Prozent. Eine Erklärung für den deutlichen Ausgabenrückgang ist der seit August von sechs auf 16 Prozent erhöhte



Foto: EyeWire

Zwangsrabatt zu Lasten der Hersteller, der sicherlich den größten Beitrag zur Kostendämpfung leistet. Von Januar bis Oktober 2009 betrug der Zwangsrabatt zu Gunsten der Kassen 766 Millionen Euro, im laufenden Jahr sind es 1,112 Milliarden Euro. Ein weiteres Motiv sind die Impfausgaben, die mit 884 Millionen Euro von Januar bis Oktober rund 16 Prozent unter dem Vorjahreswert liegen. Ursächlich dafür sind die starken Rückgänge bei FSME- und HPV-Impfungen im Vergleich zu 2008 und 2009. mp

Hormonpräparat Duogynon**Klage gegen Bayer Schering**

Der Vorwurf schwerer Missbildungen durch das Medikament Duogynon kommt 30 Jahren nach einem eingestellten Verfahren erneut vor Gericht. Ein von Geburt an behinderter Mann aus dem Allgäu verlangt in einer Musterklage von Bayer Schering Pharma Einsicht in sämtliche Unterlagen über das Hormonpräparat. Der Mutter des Klägers André Sommer war das Medikament 1975 als Schwangerschaftstest verabreicht worden, obwohl es in Großbritannien zu diesem Zweck schon nicht mehr benutzt werden durfte.

Bayer Schering weist die Vorwürfe zurück. Es sei kein Zusammenhang zwischen Duogynon und

Missbildungen bei Kinder festgestellt worden. Das stellen Sommer und 200 weitere Betroffene infrage und verlangen nun in einem zweiten Anlauf Aufklärung. In den 1960er und 70er Jahren hatten viele Mütter, deren Kinder mit schweren Fehlbildungen wie Wasserkopf, offenem Bauch, offenem Rücken oder Missbildungen der inneren Organe und Extremitäten, geboren wurden, in der Frühschwangerschaft das Medikament genommen.

Der Medizin-Fachanwalt Jörg Heynemann, der die Betroffenen und voran Sommer vertritt, nennt die Zahl von rund 1000 Geschädigten, die allein in Deutschland leben. mp/dpa

Fachkräftemangel im Pflegebereich**Rösler für bessere Bezahlung**

Der Fachkräftemangel in der Pflegebranche lässt sich nach Ansicht von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) nicht allein durch Zuwanderung lösen. Er plädierte dafür, die Pflegekräfte besser zu bezahlen. „Man darf die Sprachbarrieren und die kulturellen Hürden nicht unterschätzen, gerade in einem menschlich so sensiblen Bereich“, sagte Rösler dem Berliner „Tagesspiegel“. „Also ist es wichtig, sich um die Gewinnung von Fachkräften in Deutschland selbst zu bemü-

hen.“ Um den Beruf attraktiver zu gestalten, sollte die Ausbildung von Kranken- und Altenpflegern stärker verzahnt werden. „Das gibt dem Pflegenachwuchs mehr Möglichkeiten, in dem Pflegesektor mit immerhin rund 800 000 Beschäftigten einen reizvollen Arbeitsplatz zu finden“, sagte Rösler. An die Arbeitgeber appellierte er, ihre Mitarbeiter vernünftig zu bezahlen. Rösler: „Wer gute Mitarbeiter sucht, kommt nicht weit, wenn er nur den Mindestlohn zahlt.“ ck/dpa

Bayerische Landes Zahnärztekammer**Benz ist neuer Präsident**

Prof. Dr. Christoph Benz (Foto) ist neuer Präsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer. Benz setzte sich bei der Konstituierenden Vollversammlung der BLZK am 4. Dezember 2010 in München gegen den bisherigen Präsidenten Michael Schwarz durch, der die Kammer seit 2001 geführt hatte. Vizepräsident bleibt Christian Berger. Zugewählt in den Vorstand wurden Dr. Silvia Morneburg, Walter Wanninger, Dr. Christian Öttl und Dr. Klaus Aichinger. Neuer Versammlungs-



Foto: ZBV München Stadt und Land

leiter ist Dr. Martin Schubert, seine Stellvertreterin ist Dr. Ursula Frenzel. ck/pm

Ab 2011**PKV-Beiträge steigen kräftig**

Ab Januar verlangen viele private Krankenversicherer zwischen zwei und zwölf Prozent mehr von ihren Mitgliedern. Die Branche fordert, dass die Regierung den gesetzlichen Kassen das Geschäft mit Zusatzpolicen verbietet. Beim Marktführer Debeka müssen Bestandskunden im Schnitt zwischen fünf

und sieben Prozent mehr für ihre Vollversicherung zahlen, meldet die „Rheinische Post“. Die Allianz verlange von Neukunden im Durchschnitt zwölf Prozent mehr. Besonders teuer komme es für Versicherte in geschlossenen Tarifen, sagt Thorsten Rudnik vom Bund der Versicherten. ck

Rösler versus von der Leyen

## Zoff um Langzeitarbeitslose in der PKV

Die Regierung streitet sich darüber, ob privat versicherte Langzeitarbeitslose in der PKV bleiben dürfen. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) stellte sich dabei gegen Vorschläge von Arbeitsministerin Ursula von der Leyen (CDU), die Hartz-IV-Empfänger aus der PKV zu drängen und in einer gesetzlichen Krankenkasse anzumelden. „Es kann nicht sein, dass Belastungen am Ende bei der gesetzlichen Krankenversicherung hängen bleiben“, sagte Rösler der „Süddeutschen Zeitung“ zufolge. „Das war und ist meine Linie.“ Hintergrund des Disputs ist eine gesetzliche Regelung für die etwa 6000 PKV-Mitglieder, die von staatlichen Hilfeleistungen leben. Selbst wenn sie nur im Basistarif versichert sind, müssen sie laut Blatt 290 Euro im Monat an ihre Krankenkasse überweisen. Die Bundesagentur für Arbeit oder die Kommunen über-



Foto: AFA

nehmen davon nur 126 Euro, also den Betrag, den sie auch an die gesetzlichen Krankversicherer der Langzeitarbeitslosen überweist. Das bedeutet für die privat Versicherten, dass sie monatlich 164 Euro selbst zahlen müssen. Da ein Langzeitarbeitsloser insgesamt nur 359 Euro vom Amt erhält, wurde gegen die Regelung mehrfach geklagt. Ein abschließendes Urteil des Bundessozialgerichts wird für Anfang 2011 erwartet. Mit ihrer Initiative will die Ministerin diesem Urteil zuvorkommen – vielleicht weil sie befürchtet, dass die Richter die Jobcenter dazu verpflichten, den privaten Beitrag voll zu bezahlen. ck

Einschränkungen bei Behandlungen

## Ärzte verzichten aus Kostengründen

Jeder zweite Arzt musste aus Kostengründen schon auf medizinisch notwendige Behandlungen verzichten. Aus einer Studie von Allensbach und MLP geht hervor, dass 55 Prozent der 524 befragten Ärzte wegen zu hoher Kosten schon einmal Therapien unterlassen hätten. Bei zwölf Prozent der 524 bundesweit befragten Ärzte sei dies schon häufig, bei 42 Prozent der Mediziner hingegen bisher noch gar nicht vorgekommen, berichtet die „Bild“-Zeitung mit Verweis auf die Studie. Ihr zufolge haben demnach auch viele Patienten

den Eindruck, dass es Einschränkungen bei Behandlungen gibt. 35 Prozent von 1800 befragten Bürgern gaben an, dass sie beim Arztbesuch schon das Gefühl hatten, bestimmte Medikamente oder Behandlungen aus Kostengründen nicht zu erhalten. Bei den gesetzlich Krankenversicherten sähen 38 Prozent Einschränkungen bei Behandlungen, bei den privat Krankenversicherten hingegen nur neun Prozent. Insgesamt 70 Prozent der befragten Ärzte seien der Auffassung, dass sich Patienten häufig unnötig behandeln lassen. ck

Initiative proDente

## Kommunikationspreis ausgeschrieben

proDente schreibt den Kommunikationspreis 2011 für Zahnärzte und Zahntechniker neu aus. Dabei soll diesmal vor allem regionales Engagement belohnt werden. Die eingereichten Konzepte und Kampagnen sollen den Wert schöner und gesunder Zähne in den Fokus der Öffentlichkeit rücken. Bewerben können sich niedergelassene Zahnärzte, zahntechnische Innungsbetriebe, sowie lokale Vereine und Initiativen in den Kategorien Print oder Interaktiv. Zur Kategorie Print zählen Druckwerke jeglicher Art, unter die Kategorie Interaktiv fallen Veranstaltungen, Messen und Internet-Auftritte. Die Preisträger des Kommunikationspreises werden im Rahmen



einer öffentlichen Preisverleihung auf der IDS 2011 in Köln geehrt. Sie können ihre Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zukünftig mit einem hochwertigen Notebook inklusive einer Software für Bildbearbeitung planen und umsetzen. pr/pm

■ Detaillierte Angaben, sowie das Anmeldeformular können unter [www.prodente.de](http://www.prodente.de) im Fachbesucher-Bereich (Login Zahnärzte/Zahntechniker) heruntergeladen werden. Eingereicht werden können Beiträge, die im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2010 durchgeführt bzw. veröffentlicht wurden. Einsendeschluss ist der 15. Januar 2011.

Umfrage

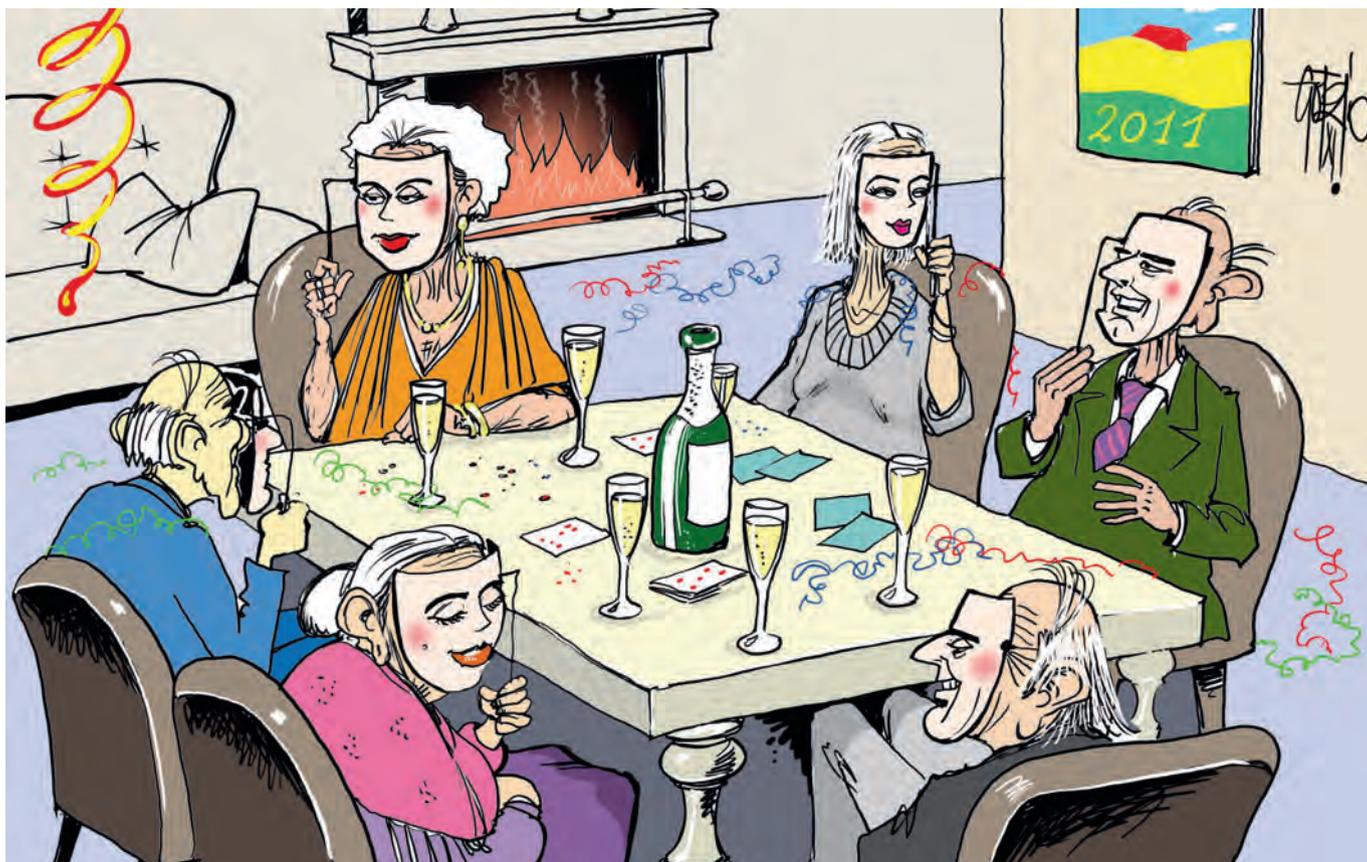
## Gesundheitspolitik fällt durch

Nach einer Befragung der Bundesärztekammer durch das Meinungsforschungsinstitut Allensbach glaubt nur ein Zehntel der Deutschen, dass die Finanzierung des Gesundheitswesens durch die aktuellen Reformen – Beitragsanhebung, Einfrieren des Arbeitgeberanteils, Erhebung von Zusatzbeiträgen – für längere Zeit gesichert ist. Drei Viertel der Befragten haben jedoch Zweifel. Bei den gleichfalls befragten Ärzten ist das Urteil noch vernichtender, berichtet die „Berliner Zeitung“. Hier glauben lediglich zwei Prozent, dass die Finanzierung hält. 93 Prozent haben Zweifel, der Rest äußerte sich jeweils unentschieden. Die schlechte Bewertung setzt sich auch bei der Frage nach der Lastenverteilung fort.



Foto: MEV

So sind 71 Prozent (Gesamtbevölkerung) beziehungsweise 74 Prozent (nur Ärzte) der Ansicht, dass die Belastungen ungerecht verteilt wurden. Zwei Drittel der Unzufriedenen meinen, dass die Versicherten durch den Beitragsanstieg zu stark draufzahlen müssen. Spiegelbildlich dazu benennt jeweils eine deutliche Mehrheit die Pharmawirtschaft als diejenige Gruppe, die zu wenig belastet worden sei. Es folgen die Apotheker, die Krankenkassen und die Ärzte. sf/pm



Anti-Aging

## Präventiver Reifenklau

Wie die Ärzte Zeitung berichtet, hat eine Ehefrau in Mönchengladbach mit einer drastischen Maßnahme verhindert, dass ihr Mann betrunken Auto fahren

konnte. Der 42-jährige hatte aufgebracht die Polizei alarmiert, weil die Vorderräder seines Autos gestohlen worden seien. Die Ermittlungen ergaben jedoch, dass

die Ehefrau die Räder abmontiert und in einem Kellerraum eingeschlossen hatte – vorsorglich. Auf eine Anzeige wegen Diebstahls wurde verzichtet. sg

## Vogel vor Gericht

Ein Kakadu hat in Österreich vor einem Richter sein Flugvermögen beweisen müssen. In dem kuriosen Rechtsstreit wirft ein Däne dem ursprünglichen Besitzer vor, ihm 2007 ein krankes Tier verkauft zu haben. Der Kakadu habe die Gicht und könne deshalb nicht richtig fliegen, sagt der Kläger. Immerhin habe ihn das Tier aber 12000 Euro gekostet. Der Kärntner Verkäufer habe ihm seinerzeit beste Gesundheit

und Eignung zu Zuchtzwecken zugesichert. Nun musste der Vogel vor dem Richter „vorfliegen“. sg/dpa



Foto: Victor Soares – Fotolia

## Kolumne

### Hör mal, wer da hämmert

Biete Reifenwechsel gegen Sinuslift, Implantate für to go und Veneers online für die Hälfte. Jawoll, ZE ist unterm Hammer. Bohren gibts gratis oben drauf. Was denn, was denn:

Therapien verhökert man nicht wie auf eBay? Mit dieser Meinung ist man seit dem

1.12. aber von gestern. Und zwar sowas von.

An diesem Tag urteilte nämlich der Bundesgerichtshof, dass der Patient den Heil- und Kostenplan im Internet versteigern darf. Dies sei sein gutes Recht und nebenbei auch zu seinem Wohle. Hat man bislang naiverweise geglaubt, zu eben

■ **Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de)**

diesem Wohle führe insbesondere der Behandlungsblick in den entsprechenden Patientenmund – falsch gedacht. Gründlich untersuchen und behandeln – passé! Online sein und mitbieten – so funktioniert Zahnmedizin heute.

Aber auch bei der Herz-OP und der neuen Hüfte geht preislich bestimmt noch was. Beim Blinddarm sowieso.

Hören wir mal, wer künftig alles mithämmert. Und wann der erste Patient die Keule schwingt, weil günstig halt doch nur die kleine Schwester von billig ist.

*Ihr vollkommener Ernst*