

Pflege 2011

**EU-Suchtpolitik:
Drogen auf der Spur**

**Pneumokokken:
Infektionsfolgen**



Foto: MEV

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

laut Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler steht das Jahr 2011 im Zeichen einer Pflegereform. Die Versprechen für das „Pflegejahr“ lauten auf Optimierung von struktureller Qualität und verbesserter, vor allem nachhaltiger Finanzierung.

Neues wird da nicht erfunden. Man kennt diese Art von Zusagen aus den zurückliegenden Gesundheitsreformen. Wer die letzten Jahre verfolgt hat, vermeidet Erwartungshaltungen. Letztlich verwalten die Politiker von heute auch hier den Mangel. Und zwar nicht nur den von heute, sondern vor allem den von morgen.

Wer sich die Szenarien der Altersgesellschaft bewusst macht, verliert schnell die Illusion, dass die Finanzierung der sozialen Aufgaben künftiger Jahrzehnte unter Beibehaltung bisheriger Rahmenbedingungen wirklich noch funktionieren kann. Gegen Prognosen, die ausmalen, dass schon in wenigen Jahrzehnten auf einen aktiven Zahler von Sozialleistungen drei Empfänger kommen, wirkt selbst Ex-Minister Norbert Blüms „Die Rente ist sicher“ wie langweiliges Kabarett.

Ergo? Die Lage ist ernst, aber nicht hoffnungslos? Mit solchen Klischees kommt

■ Heute planschen – übermorgen baden gehen? Auf diese Kinder wartet die kaum zu bewältigende Bürde einer überalterten Gesellschaft.

man nicht über den Berg. Aber sicher ist auch, dass sich diese Gesellschaft mit ihrem zunehmenden Hang öffentlicher Schwarzmalerei selbst lähmt. Wer die Hände mit der Begründung in den Schoß legt, er könne ohnehin nichts tun, macht alles nur noch schlimmer. Es gilt, Alternativen zu schaffen, quer zu denken, neue Wege zu gehen – sprich: sich den Dingen zu stellen.

Insofern ist Philipp Röslers Unterfangen eine wichtige, von allen Beteiligten anzugehende Aufgabe. Wollen wir die seit Beginn der Aufklärung weitestgehend gepflegte Verpflichtung zur Menschlichkeit bewahren, brauchen wir eine breite Diskussion, sicherlich auch den Mut für unkonventionelle Wege, aber auch die Bereitschaft, zugunsten humaner Zustände über ein Umlenken von Finanzierungsmöglichkeiten nachzudenken.

Alufelgen, Apps oder Alpakapullover sind kein Ersatz für eine vernünftige Alters- und Pflegeversicherung. Und die Konzepte werden sicherlich abfordern, dass wir selbst – und nicht die kommenden Generationen für unser Morgen vorsorgen müssen.

Dabei geht es nicht nur um die Verbesserung der Pflegesituation. Ob Vorschläge der Zahnärzte zur Verbesserung von Behandlung und Pflege in der Alters- und Behinder-

tenzahnheilkunde oder auch aktuelle Diskussionen um notwendige Maßnahmen zur Vermeidung von Unterversorgung in ländlichen Regionen Deutschlands, in denen die medizinische Betreuung älterer Menschen ein gesondertes Problem darstellt: Wenn wir es verpassen, endlich die Weichen für eine humane Alten- und Krankenpflege richtig zu stellen, wird die gegenwärtig hohe Lebensqualität unserer Gesellschaft zur schönen Erinnerung verkommen. Noch können wir handeln.

Mit freundlichen Grüßen



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: picture alliance Titelfoto: picture alliance ZB

Zum Titel

Philipp Rösler erklärte 2011 zum Pflegejahr. Zur Situation von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in Deutschland.

Seite 24



Foto: MEV

Mangelnde Transparenz bei Banken und Versicherungen wird von vielen Kunden beklagt. Honorarberater bieten einen Ausweg – mit neutralen Informationen.

Seite 78

Editorial

1

Fortführung der UPD:
Keinen Draht zum Rat

18

Fall: Komplexe Rehabilitation
mit Glaskeramik

34

Fall: Teamwork auf höchstem Niveau

42

Arbeitskreis Dentalinstrumente (AKDI):
Dampfsterilisationsverfahren und
ihre Validierung

48

Medizin

Allergieforschung:
Neues zur Nickelallergie

50

Auf Erkenntnissuche:
Dem Placebo-Effekt auf der Spur

52

Repetitorium: Pneumokokken-Infektion

54

Pädiatrie fordert Leitlinien:
Schlaganfall bei Kindern

60

Leitartikel

BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel
beleuchtet die Lage der PKV

4

Aus den Ländern

Berliner Zahnärztetag: Komplettpaket zur
Zahnerhaltung

22

Nachrichten

6

Titelstory

Pflege 2011

24

Gastkommentar

FAZ-Berlin-Korrespondent Andreas Mihm
zur gescheiterten Ausstiegskampagne des
Hausarztverbands und ihren Folgen

14

Zahnmedizin

 Der aktuelle klinische Fall:
Lidempysem nach neuro-
chirurgischer Pin-Fixation

30

Politik und Beruf

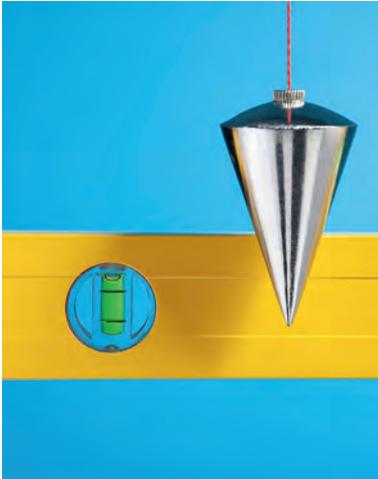
Gesundheitsmonitor der Bertelsmann
Stiftung: Das unbekannte Wesen GKV

16

Interaktive Fortbildung: Restaurationen
mit ästhetischem Anspruch

32

Foto: MEV



Ein Arbeitszeugnis auszustellen ist mitunter eine Gratwanderung zwischen Wahrheit und Wohlwollen. Die zm geben Hilfestellung.

Seite 82

Foto: Apple/DÄV - André Meinardus



E-Books kann man überallhin mitnehmen. Warum es trotzdem nicht sehr viele zahnmedizinische Werke in elektronischer Form gibt.

Seite 90

Foto: CC



In der interaktiven Fortbildung werden zwei Fälle vorgestellt, die zeigen, was restaurative Zahnmedizin heute alles kann.

Seite 32

Tagungen	
Symposium Zahnärztliche Schlafmedizin: Endlich raus aus den Kinderschuhen	62
Veranstaltungen	64
Finanzen	
Honorar für den Berater: Durchblick für den Kunden	78
Praxismanagement	
Arbeitszeugnis: Rechtssicher abfassen	82
Impressum	87

Recht	
Arbeitsrecht: Sonderurlaub exakt definieren	88
EDV und Technik	
E-Books und E-Book-Reader: Bibliothek im Taschenformat	90
Internationales	
Rauschgiftkonsum in Europa: Neuen Drogen auf der Spur	92
Persönliches	94
Neuheiten	96

Letzte Nachrichten	133
Zu guter Letzt	136





Foto: bzaek-pletschmann

Quo vadis, PKV?

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

dass die Gesundheitsreformen zur Rettung der gesetzlichen Krankenversicherung keine Erfolgsgeschichte abgeben, ist bedauerlich. Aber angesichts der vielen unzulänglichen Versuche überrascht es uns nicht mehr. Erstaunen kann allenfalls, dass es den in diesem System arbeitenden Menschen immer noch gelingt, die hohe Qualität der medizinischen Versorgung aufrecht zu erhalten. Die GKV können sie damit auf lange Sicht trotzdem nicht retten. Ein trauriger Fall!

Die privaten Krankenversicherer stecken aus übergeordneten Gründen in einem ähnlich strukturierten Dilemma.

Auch sie müssen ihre Antworten auf die demografische Herausforderung der kommenden Jahrzehnte finden. Dass die PKVen ausgetretene GKV-Pfade einschlagen, kann sich als eine der gravierendsten Fehlentscheidungen des deutschen Gesundheitswesens herausstellen.

Verständlich wird das erst durch die nüchterne Erkenntnis, dass das bundesdeutsche Gesundheitssystem davon lebt, neben den hohen Unzulänglichkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung über eine zwei-

te Säule zu verfügen, die in den zurückliegenden Jahren wenn nicht zufriedenstellend, so doch ohne existenzielle Gefährdung praktizieren ließ. Diese strukturell „gesündere“ Form der Patientenabsicherung hat dazu beigetragen, dass die Sparzwänge der GKV nicht ganz so brutal durchschlugen.

Aber wegen Niedrigzinsphasen, entsprechend sinkenden Rücklagen oder zu befürchtenden Profiteinbrüchen der Shareholder jetzt aus taktischen Erwägungen heraus angestammte Geschäftsgrundlagen zu ändern, könnte sich systemisch als ausgesprochen gefährlich erweisen.

Dass die durch schlechtere Erträge und mangelndes Neukundengeschäft „verunsicherten“ Privatversicherer jetzt meinen, sie könnten die Sparvorteile, die die Politik an die GKV austeilt, künftig auch für sich reklamieren, dass sie sich

sogar beschweren, als Melkkühe des Systems ausgenutzt zu werden, erzeugt in der entscheidenden Politik Erstaunen, in der bisher auf funktionierende Abläufe setzenden Ärzte- und Zahnärzteschaft Verärgerung und sorgt in den Reihen der Vollversicherten und potentiellen Kunden für starke Zweifel. Es kann nicht verwundern, dass sich die

aktuellen Diskussionen um die Kursänderungen in der PKV inzwischen hemmend auf das Versicherungsgeschäft auswirken. Die zunehmende Aggressivität einzelner Unternehmen im Neukundengeschäft – zum Beispiel durch Vergabe extrem hoher Abschlussprämien an Makler oder durch das Ausgleichen über wiederholt extrem hohe Beitragssteigerungen in unterschiedlichsten Tarifgruppen – ist eher kontraproduktiv, wenn es darum geht, diesen Markt zu stabilisieren und zukunftssicher zu gestalten.

Angesichts eines über Jahrzehnte erfolgreich praktizierten Konzepts, das mit generationenadäquatem Vorgehen auf Basis von individuell berechneten Kapitalrücklagen und einem im Gegensatz zur GKV uneingeschränkten Zugang zu medizinischem Fortschritt einen guten Weg zur Absicherung zahn-/medizinischer Behandlungskosten darstellt, wirkt es wie ein historischer Treppenwitz, dass die PKVen diesen Kurs wegen kurzfristig zu erzielender Vorteile aufs Spiel setzen. Und das fällt nicht nur in unseren eigenen Reihen auf.

Die in Fachkreisen und in den Medien gewachsene Skepsis gegenüber dem mit wehenden Fahnen betriebenen Kurs der PKV, auf eigentlich dem GKV-System zugeschriebenen Reformansätzen aufzusatteln, weicht inzwischen der ironischen Überspitzung: Die Privatversicherer seien auf dem besten Wege, sich selbst abzuschaffen.

So einfach sollte man es sich und anderen – ganz unabhängig von der gesellschaftlichen Verantwortung, die in der Systematik der privaten Krankenversicherung liegt – dann doch nicht machen. Denn hier geht es um weit mehr als die gegenwärtig auszulotenden Interessen von Zahnärzten und Ärzten versus PKV. Es gilt, das Opfern eines funktionsfähigen, auf Nachhaltigkeit ausgerichteten Versicherungssystems zu verhindern.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Peter Engel

Präsident der Bundeszahnärztekammer

Auslandsbehandlungen**EU-Parlament verabschiedet Richtlinie**

Die Europaabgeordneten haben grünes Licht für einheitliche Regeln zur Behandlung von Patienten im EU-Ausland angenommen. Die Richtlinie soll verhindern, dass Versicherte ihr Recht auf Kostenerstattung von Auslandsleistungen im Zweifelsfall einklagen müssen. Das Gesetz soll ferner zu mehr Transparenz über die angebotenen Leistungen und ihre Qualität in den einzelnen Mitgliedstaaten führen. Die neue Richtlinie schreibt vor, dass die Versicherung eines EU-Bürgers die Kosten für die medizinische Versorgung im Ausland übernehmen muss und zwar in Höhe der im Inland geltenden Erstattungssätze. Für stationäre und kostenintensive Leistungen gilt jedoch ein Genehmigungsvorbehalt. „Indem nur die Kosten zum Preis einer Behandlung im eigenen Land übernommen werden müssen, bleiben diese kontrollierbar“, so der Vizepräsident der Bundesärztekammer Dr. Frank-Ulrich Montgomery. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler zeigte sich ebenfalls erfreut über den Kompromiss: „Mit der Richtlinie erhalten alle Patienten in Europa ihre Rechte auf Inanspruchnahme von grenz-



Foto: CC

überschreitenden Gesundheitsleistungen schwarz auf weiß. Das ist ein großer Erfolg für die Versicherten und eine Chance für unser exzellentes Gesundheitssystem. Ich bin sicher, dass sich Deutschland dem europäischen Wettbewerb erfolgreich stellen wird.“

EU-Gesundheitskommissar John Dalli betonte, dass die Richtlinie nicht den Medizintourismus innerhalb der EU fördern solle. Er geht vielmehr davon aus, dass vor allem Grenzgänger, Patienten, die in ihrem Heimatland auf einer Warteliste stünden oder solche mit seltenen Erkrankungen von den neuen Vorschriften profitieren werden. pr/ps

AOK Bayern unter Beschuss**Patienteninitiative will klagen**

Die bayerische Patienteninitiative „Bürger-Schulterschluss“ plant anscheinend rechtliche Schritte gegen die AOK Bayern. Sie wolle die Krankenkasse sowie dessen Vorstandsvorsitzenden Helmut Platzer wegen des Verdachts des Betrugs und der Untreue zum Nachteil der Versicherten

anzeigen. Grund dafür sei laut dpa, auf die sich der „Ärzteliste“ bezieht, dass die AOK Bayern die Hausarztverträge „widerrechtlich gegenüber den Versicherten kündigt“ habe, sagte die Vorsitzende der Initiative, Renate Hartwig. mp

Kommentar**Ein kleiner Schritt**

Der Kompromiß zur Regelung der europäischen Auslandsbehandlungen ist speziell für deutsche Krankenversicherte keine Neuerung. Sie kennen das Prinzip der Kostenerstattung bei Auslandsbehandlungen. Der Straßburger Beschluss ist also eine Art Nachholeffekt für die europäischen Nachbarn. Das verschafft innerhalb der EU sicherlich mehr Freizügigkeit, ist also wohlthuend im ansonsten nur auf ökonomisch-wettbewerbliche Momente ausgerichteten Feld europäischer Politik. Wahrscheinlich profitiert

der eine oder andere regionale Grenzgänger von dieser künftig erweiterten freien Arztwahl. Massiven Patienten-Tourismus wird es aber wegen der auf die nationalen Maßgaben ausgerichteten Zahlungen nicht geben. Der Gang zum Arzt ist und bleibt Vertrauenssache. Hier geht es um soziale Umfeld, die nur aus sehr begründeten Motiven verlassen werden. Wer meint, dass die EU durch diesen Beschluss Transparenz in Sachen Qualität und Preisen schafft, braucht also sehr viel Geduld. Egbert Maibach-Nagel

Bayerns Kassen und Hausärzte**Verhandlungswillen bekundet**

Im Streit zwischen den bayerischen Hausärzten und Krankenkassen haben sich beide Seiten grundsätzlich auf neue Verhandlungen verständigt. Sie folgten damit Vermittlungsbemühungen von Bayerns Gesundheitsminister Markus Söder (CSU) und Landtagspräsidentin Barbara Stamm (CSU) bei einem Hearing. Diese hatten beide Seiten dazu aufgerufen, ihren Konflikt beizulegen. Bei der Anhörung sagte Söder, dass es keine Alternative zur hausärztlichen Versorgung gebe. Landtags-

präsidentin Barbara Stamm (CSU) forderte beide Seiten zu sachlichen Gesprächen auf. Im Dezember hatten die im Bayerischen Hausärzterverband organisierten Mediziner geplant, das System der gesetzlichen Krankenversicherung zu verlassen. Mehrere Krankenkassen kündigten daraufhin ihre besser honorierten Hausarztverträge. Eine Mehrheit der Hausärzte entschied sich bei einer Abstimmung gegen den Ausstieg. mp/dpa

Sachsen**KV eröffnet Arztpraxis**

Die KV Sachsen hat eine Hausärztliche Praxis in Arzberg eröffnet. Mit dem neuen Modell will sie Hausärzten die Arbeit auf dem Land attraktiver machen. Maximal zwei Jahre wird die Praxis danach von der KV getragen, bevor sie

als Niederlassung übernommen wird. Der jeweilige Arzt arbeitet bis dahin als Angestellter der KV. Mit dem Modell solle interessierten Ärzten auch die Scheu vor einer Niederlassung genommen werden, teilte die KV mit. ck/dpa

Andreas Köhler

Stärkere Praxis-Filialisierung gefordert



Foto: KBV

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Köhler, warnt vor einer „Verteufelung“ des Aufkaufs und der Schließung von Praxen. Diese seien notwendig, um die zu erwartenden Personalengpässe durch den „demografischen Wandel in der Ärzteschaft“ zu verhindern. Köhler sieht es als notwendig, dieser Herausforderung mit einer stärkeren Filialisierung

von Praxen, dem Ausbau der Telemedizin, der Delegation von Leistungen und der Förderung von Medizinischen Versorgungszentren zu begegnen. „Wir müssen weg von der Verteufelung dieser Instrumente“, erklärte er beim Spreestadt-Forum Berlin. Allerdings sei das Thema schwer durch die Gremien zu bringen, beklagte er. Wer in der Vertreterversammlung davon spreche, dem drohe die „Dekapitation“, zitiert ihn der „Ärztlichendienst“ *änd*. Köhler wehrte sich gegen den Vorwurf, diese Vorgehensweise der KBV stelle eine Enteignung dar. Der Handlungsdruck nehme angesichts von 80 000 fehlenden Medizinern bis zum Jahr 2025 weiter zu. Dem müsse begegnet werden. mp

Arzneimittelrabatte

Über eine Milliarde Euro gespart

Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Jahr 2010 womöglich mehr als eine Milliarde Euro an Rabatten auf ihre Arzneimittelausgaben erhalten. Das lasse sich aus den neuesten Statistiken des Bundesgesundheitsministeriums ableiten, so die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA). Die Abgabe so genannter Rabattarzneimittel in den Apothe-

ken führte zu Rabatten der Hersteller an die Kassen in Höhe von 679 Millionen Euro allein in den ersten drei Quartalen 2010. Die AOK sparte so 257 Millionen Euro. Die Ersatzkassen kamen insgesamt sogar auf 290 Millionen Euro. In den ersten neun Monaten 2010 erzielten sie somit höhere Rabatte als im gesamten Jahr 2009 (245 Millionen Euro), so die ABDA. mp/pm



Foto: TK

Wissenschaft**100 Jahre Max-Planck-Gesellschaft**

In diesem Jahr blickt die Max-Planck-Gesellschaft (MPG), die nach dem Zweiten Weltkrieg aus der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft (KWG) hervorging, auf 100 Jahre Grundlagenforschung zurück. Heute hat die MPG auf alle Bundesländer verteilt 80 Institute und Forschungseinrichtungen für Natur-, Bio-, Geistes- und Sozialwissenschaften. Rund 5000 Wissenschaftler und fast 10000 Mitarbeiter sind für sie tätig. Der Hauptsitz der MPG liegt in München. 2011 hat die MPG einen Etat von rund 1,3 Milliarden Euro zur Verfügung, die von Bund und

Ländern finanziert werden. 17 Mal haben Wissenschaftler der MPG den Nobelpreis nach Deutschland geholt. Zuletzt 2007 der Chemiker Gerhard Ertl, der am Berliner Fritz-Haber-Institut der MPG forschte. ck/dpa



Foto: Maximilian Dörbecker/Wikipedia

Gruppenprophylaxe**Die neue DAJ-Studie liegt vor**

Das neue Gutachten „Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009“ der Deutschen Arbeitsgemeinschaft zur Jugendzahnpflege (DAJ) liegt nun in gedruckter Form vor. Eckdaten wurden bereits zum Tag der Zahngesundheit 2010 veröffentlicht (siehe zm 20/2010, Seite 124f). Bei Kindern und Jugendlichen gibt es einen erfreulichen Karies-Rückgang bis zu 77 Prozent. Für die repräsentative bundesweite Er-

hebung, die seit 1994 zum sechsten mal durchgeführt wurde, zeichnet Prof. Dr. Klaus Pieper, Marburg, verantwortlich. pr

■ Mehr unter: www.daj.de.
Bezugsquelle: DAJ, Bornheimer Str. 35 a, 53111 Bonn, info@daj.de, ISBN: 978-3-926228-26
Preis: 4 Euro plus Versand.

AOK**Bessere Versorgung verlangt**

Die AOK fordert, Ärzte und Kliniken müssten den Versicherten „endlich mehr Leistung für mehr Geld“ bieten. Ärzte und Kliniken bekämen in diesem Jahr von jedem Versicherten 250 Euro mehr als noch im Jahr 2008. Dafür müssten sie Behandlungs-

qualität und Service verbessern. Der stellvertretende Vorstandschef des AOK-Bundesverbands, Jürgen Graalman warnte in „Welt online“ davor, den Versicherten dafür „erneut in die Tasche zu greifen.“ Er bedauerte, dass es den Kran-

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt**Förderpreis 2011 ausgeschrieben**

Die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt hat 2011 zum elften Mal den Erwin-Reichenbach-Förderpreis ausgeschrieben. Er wird für eine hervorragende, bisher noch nicht veröffentlichte und noch nicht mit einem Preis ausgezeichnete Arbeit aus dem Gebiet der gesamten Zahnheilkunde verliehen. Die Arbeit darf zur gleichen Zeit nicht für einen anderen Preis eingereicht worden sein. Der Preis wird für eine Arbeit vergeben, deren Aussagen für die praktische Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse wesentlich sind. Um den Preis können sich approbierte Zahnärzte bewerben, die das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Preis ist mit 2.500 Euro dotiert und wird anlässlich des 20. Zahn-Ärztetages der Zahnärzte-

kammer Sachsen-Anhalt am 28. Januar 2012 in Magdeburg überreicht. Einsendeschluss für die Arbeiten, die jeweils in siebenfacher Ausfertigung in deutscher Sprache und ohne Autorengabe vorliegen müssen, ist der 30. Juni 2011. Der Arbeit ist ein verschlossener Umschlag beizufügen, der ein Kennwort trägt. In ihm sind der Name/die Namen, die Anschrift des Verfassers sowie der Titel der Arbeit vermerkt. Die Arbeit ist zu senden an: Kuratorium Erwin-Reichenbach-Förderpreis der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt, Postfach 3951, 39014 Magdeburg. pr/pm

■ **Anfragen:**
telefonisch: 0391/7393911;
schriftlich Zahnärztekammer SAH,
PF 3951, 39014 Magdeburg,
info@zahnaerztekammer-sah.de;

Neujahrsempfang im Schloss Bellevue**BZÄK-Präsident zu Gast**

Bundespräsident Christian Wulff knüpfte an die Tradition seiner Vorgänger an, zum Jahresbeginn Vertreter des öffentlichen Lebens und engagierte Bürger zum Neujahrsempfang in das Schloss Bellevue einzuladen. Auch der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel (Foto Mitte), wurde am 13. Januar 2011 vom Bundespräsidenten und seiner Frau Bettina als Gast begrüßt. pr/pm



Foto: BZÄK - von Lingen

in diesem Zusammenhang bereit, Ärzte und Kliniken für bessere Qualität besser zu honorieren – umgekehrt würde dann bei Nichterfüllung bestimmter Standards Geld gekürzt, zitiert ihn die Zeitung. mp

Special Olympics

FVDZ unterstützt Special Smiles

Mehr als 150 Sportler mit geistiger Behinderung werden in diesem Jahr zu den Skiwettbewerben der Special Olympics (28. Februar bis 04. März 2011) im thüringischen Oberhof erwartet. Mitglieder des Zahnärztinnen-

Netzwerks ZoRA werden vor Ort die Mundgesundheit der Athleten untersuchen und Anleitungen für eine verbesserte Zahnpflege geben. Im Vorfeld der Winterspiele überreichten ZoRA-Zahnärztinnen während der Thüringer Langlaufwoche einen Scheck in Höhe von 1 000 Euro an einen Athleten und Dr. Imke Kaschke, Managerin von Healthy Athletes, dem Gesundheitsprogramm der Special Olympics. Neben dem Sport stehe die Gesund-

heit der Athleten im Mittelpunkt, erklärte Dr. Kerstin Blaschke, Vize-Vorsitzende des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V. und Vorsitzende des Netzwerks ZoRA „Auf diesem Gebiet herrscht großer Nachholbedarf. Häufig wissen Menschen mit geistiger Behinderung nicht, wie wichtig Zahnpflege ist und dass es für sie spezielle Zahn- und Interdentalbürsten gibt“, fuhr Blaschke fort. Special Smiles untersucht weltweit im Rahmen der Special Olympics den Zahnstatus von Sportlern mit geistiger Behinderung. Ziel ist es, die Mundgesundheit und Prophylaxe zu verbessern. sf



Foto: FVDZ Benkert

US-Gesundheitsreform

Abgeordnete votieren mit Nein

Das US-Abgeordnetenhaus hat erwartungsgemäß für die Rücknahme der Gesundheitsreform gestimmt, der bisher größten innenpolitischen Errungenschaft von US-Präsident Barack Obama. Allerdings hat das Votum nur eine symbolische Bedeutung. Im Abgeordnetenhaus haben die Republikaner bei der Kongresswahl im November eine satte Mehrheit erobert, aber den Senat kontrollieren weiter die Demokraten, wenn auch mit knappem Vorsprung. Bei Gesetzesvorhaben ist die Zustimmung beider Kammern nötig. pr/dpa

Großbritannien**Winterkrise im Gesundheitswesen**

Grippe und andere virale Infektionskrankheiten sorgen in den britischen Krankenhäusern derzeit für erhebliche Versorgungsengpässe. Wie aus aktuellen Zahlen des Londoner Gesundheitsministeriums hervorgeht, haben landesweit mehr als 60 Kliniken die Patientenaufnahme für nicht dringende Fälle gestoppt, da alle Betten belegt sind. Es handelt sich um die schwerste Versorgungskrise seit Jahrzehnten. Krankenhäuser in Liverpool, London, Norwich, Derby und Great Yarmouth haben sogenannte black alerts ausgegeben. Das sind Warnungen der höchsten Alarmstufe, die bedeuten, dass alle Betten auf den Intensivstationen und auch andere Stationen belegt sind. Daraufhin wurden tausende Operationen gecancelt. In zahlreichen Londoner Kliniken des National Health Service (NHS) müssen



Foto: DAK Wigger

Patienten in den Ambulatorien sechs Stunden oder noch länger auf eine fachärztliche Konsultation warten. Auf vielen Fluren der Stationen sind Notbetten errichtet worden, um alle Patienten unterzubringen.

Gleichzeitig wird aufgrund der Grippewelle das Personal in Einrichtungen des Gesundheitswesens knapp. Zahlreiche Zahnarztpraxen müssen die Sprechstunden kürzen, in den Kliniken werden landesweit immer mehr nicht dringend nötige Operationen abgesagt. Eine Blitzumfrage der zm in Londoner Zahnarztpraxen des NHS ergab, dass in jeder vierten Praxis inzwischen mehrere Mitarbeiter aus Krankheitsgründen abwesend sind. Das deckt sich mit Untersuchungen des Monitoring-Unternehmens First Care, wonach gegenwärtig 50 Prozent mehr Ärzte und Praxispersonal krank sind, als dies normalerweise zu erwarten wäre. Das Londoner Gesundheitsministerium bestätigte auf Anfrage den überdurchschnittlich hohen Krankenstand im staatlichen Gesundheitswesen. Es schätzt, dass derzeit „rund 18 000 NHS-Beschäftigte“ mit Grippe krank sind und nicht zur Arbeit erscheinen. ck

GKV-Versicherte**Wunsch nach Kostentransparenz**

Insgesamt 71 Prozent der gesetzlich Versicherten interessieren sich für die entstandenen Kosten ihrer medizinischen Behandlung. Nur gut ein Viertel will laut Alvensbach-Studie eher nicht wissen, wie teuer die Therapie ist. Besonders ausgeprägt ist der Wunsch nach Kostentransparenz

bei Besserverdienenden sowie Akademikern in der GKV: 77 Prozent der gesetzlich Versicherten mit einem Haushaltseinkommen von mehr als 3 000 Euro netto würden die Kosten ihrer medizinischen Behandlung gerne kennen, bei Akademikern sind es sogar 84 Prozent. ck

Medizin studieren**Anstieg bei Studienplatz-Klagen**

Immer mehr Schulabgänger reichen Klagen bei Universitäten ein, um einen Studienplatz in Medizin zu bekommen. Ein Phänomen, das Medien zufolge an fast jeder deutschen medizinischen Fakultät zu beobachten sei. Wie die „Süddeutsche Zeitung“ berichtet, gingen beim Verwaltungsgericht in Frankfurt im Jahr 2010 rund 1 060 Studienplatz-Klagen für das Fach Medizin ein, während es im Jahr zuvor knapp 400 waren. Es sei zu erwarten, dass die Zahl der Klagen sogar noch steigen wird. Zum einen falle die Wehrpflicht weg, zum anderen gebe es dieses Jahr in mehreren Bundesländern doppelte Abiturjahrgänge. Bereits für das Wintersemester 2010/2011 seien auf 8 629 Studienplätze insgesamt 40 387 Bewerber

für das Fach Medizin gekommen. Manche Abiturienten müssten zwölf Semester auf den Studienbeginn warten. Die Erfolgsaussichten einer Klage seien allerdings eher gering. Lediglich ein bis zwei Prozent der Kläger erhielten auf diesem Weg ihren Studienplatz. Die Universitäten selbst zeigten Verständnis für die zahlreichen Klagen, denn in Zeiten des Ärztemangels gebe es viel zu wenige Studienplätze für das Fach Medizin. ck



Foto: Uni Köln - Aleksander Perkovic

Kostenerstattung bei Ärztemangel**SPD kritisiert FDP-Vorschlag**

Die SPD hat den Vorschlag des FDP-Bundestagsabgeordneten Lars Lindemann, Patienten in Regionen mit zu wenig Medizinerinnen sollten ihre Ärzte zunächst selbst bezahlen, als „weltfremd“ bezeichnet. Das Prinzip der Kostenerstat-

tung mache es laut Lindemann für Ärzte attraktiver, in sogenannte Mangelgebiete zu gehen. Die stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion, Elke Ferner, hielt dagegen: „Unterversorgt sind strukturschwache Gegenden und sozial schwache Stadtviertel“. Ferner: „Wer dort nun Vorkasse erzwingen will, riskiert den völligen Zusammenbruch der Versorgung, weil die Menschen schlicht nicht mehr zum Arzt gehen können.“ Sie lobte zugleich den Vorschlag der Krankenkassen, Arztsitze in überversorgten Gebieten nur auf Zeit zu vergeben, um eine bessere Verteilung der Ärzte zu erreichen. mp/pm



Foto: MEV

Volkskrankheiten**Bund gibt 5,5 Milliarden Euro**

Mit einem milliardenschweren Forschungsprogramm will die Bundesregierung Volkskrankheiten wie Schlaganfall, Diabetes oder Krebs eindämmen. Bis 2014 gebe der Bund dafür 5,5 Milliarden Euro aus, teilte Forschungsministerin Annette Schavan



Foto: Sebastian Kaulitzki - Fotolia

(CDU) mit. Im Juni würden die Standorte für sechs Gesundheitszentren mit fachübergreifender Forschung präsentiert, sagte sie bei der Vorstellung des „Rahmenprogramms Gesundheitsforschung 2011“.

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) erläuterte, mit der Initiative solle die Frage beantwortet werden, „wie neue Therapien, neue Behandlungen möglichst schnell zu den Menschen kommen können“. Neue Arzneien und andere Medizinprodukte seien oft Kostentreiber. Deshalb sei es wichtig, bessere und effizientere Abläufe der Versorgung zu erforschen. mp/dpa

Dioxin-Skandal**Kabinett beschließt Aktionsplan**

Die Verbraucher sollen besser vor Dioxin und anderen Schadstoffen in Lebensmitteln geschützt werden. Das Kabinett beschloss einen Aktionsplan von Bundeslandwirtschaftsministerin Ilse Aigner (CSU). Für die Futtermittelbranche sollen schärfere Auflagen gelten. Dazu zählen unter anderem eine Zulassungspflicht, eine zwingende Haftpflichtversicherung zum Schutz der Bauern und eine Meldepflicht für Schadstoffe. Die

Kontrollen der Länder sollen ebenfalls verbessert werden. Geplant sind auch härtere Strafen für Futtermittelhersteller, wenn sie zum Beispiel Fett panschen. Bund und Länder hatten sich auf eine Erweiterung des Aigner-Plans geeinigt und einen 14-Punkte-Plan vorgelegt. Beabsichtigt ist ein Wettbewerb der Länder um die beste Kontrolle. Der Bund ist künftig an der Bewertung der Prüfungen beteiligt. ck

Bilanz**TK verzeichnet Zulauf**

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat 2010 ihr Wachstum beschleunigt. Sie sei um 288 000 Mitglieder und insgesamt 339 000 Versicherte gewachsen, teilte die zweitgrößte deutsche Krankenkasse mit. Damit seien 7,6 Millionen Menschen bei der TK versichert,

davon sind 5,4 Millionen zahlende Mitglieder. Im Vorjahr hatte die Kasse rund 110 000 Mitglieder neu aufgenommen. Die TK beziffert ihr Haushaltsvolumen für das laufende Jahr auf rund 19 Milliarden Euro. Einen Zusatzbeitrag schließt sie für 2011 aus. mp/dpa

Künstliche Befruchtung**Paare müssen Eigenanteil zahlen**

Ungewollt kinderlose Paare sollen nach dem Willen der Bundesregierung auch weiterhin die Hälfte der Kosten für eine künstliche Befruchtung zahlen. Forderungen des Bundesrates nach einer vollen Kostenübernahme erteilte die Regierung eine Abfuhr. Eine Mehrheit im Bundesrat hatte sich Anfang April einer neuerlichen Forderung von Thürin-

gen, dem Saarland und Sachsen angeschlossen. Nach deren Vorstellung sollten die gesetzlichen Krankenkassen den Paaren die künstliche Befruchtung wieder bezahlen. Seit die Behandlung für die gesetzlich Krankenversicherten um mehrere tausend Euro teurer wurde, ist die Zahl der künstlichen Befruchtungen bundesweit um bis zu 50 Prozent zurückgegangen. Grund ist die Kürzung der GKV-Zuschüsse im Jahr 2004 um die Hälfte. Es werden zudem nur noch maximal drei Behandlungen bezuschusst. Die Kosten betragen im Schnitt 3 200 Euro pro Behandlungszyklus – mit einem Eigenanteil von etwa 1 600 Euro für die Paare pro Behandlung. sf/dpa



Foto: AOK Mediendienst

Akromegalie**Genmutante entdeckt**

Ein internationales Forscherteam aus London und Mainz hat geklärt, welche Genmutation für die Akromegalie verantwortlich ist. Damit können Träger der Genmutante identifiziert und behandelt werden, bevor die Krankheit ausbricht und einzelne Körperteile – hier besonders die Akren – mit dem übermäßigen Wachstum beginnen. Für die Untersuchung, die unter Leitung von Wissenschaftlern der London School of Medicine and Dentistry entstand, hatte die Arbeitsgruppe Palaeogenetik des Instituts für Anthropologie der Universität Mainz das Skelett eines Patienten aus dem 18. Jahrhundert untersucht.

Dabei konnten die Wissenschaftler herausfinden, dass die ursprüngliche Mutation vor etwa 1 500 Jahren erfolgte und seitdem weitergegeben wurde, wie das „New England Journal of Medicine“ berichtete. Auf Grundlage der Studie steht nun ein genetischer Bluttest zur Verfügung, um Risikofamilien rechtzeitig erkennen zu können. sp/pm



Foto: D. Klingmüller

Zahnarztangst**Bohrergeräusch wird ausgeblendet**

Wem schon das Geräusch des Bohrers beim Zahnarzt Angst einjagt, der könnte es künftig angenehmer haben: Britische Wissenschaftler haben einen Kopfhörer entwickelt, der das durchdringende Sirren des Bohrers ausblendet. Die Patienten können trotz des Kopfhörers aber weiter hören, was der Zahnarzt sagt, berichten Wissenschaftler mehrerer Londoner Universitäten. Lediglich der hohe, im Wortsinn bohrende Ton werde herausgefiltert. Das Prinzip ist unter dem Namen Antischall bekannt: Ein Mikrofon nimmt die Außengeräusche auf, eine Elektronik erzeugt eine möglichst genau entgegengesetzte Schallwelle. Beide sollen sich nach dem physikalischen Prinzip der Interferenz auslöschen. Die Patienten kön-

nen so während der Behandlung ihre eigene Musik hören. Die Entwickler suchen nun nach einem Partner aus der Wirtschaft zur Weiterentwicklung und Vermarktung. Für den Einsatz in Flugzeugen oder lauten Umgebungen gibt es bereits kommerzielle Produkte. sp/dpa

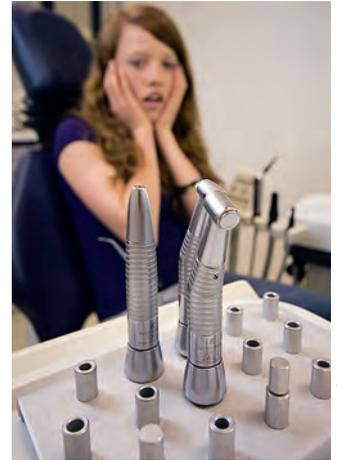


Foto: Fotolia

FDA**Dosislimit für Paracetamol**

In den USA wird die Dosis von Paracetamol in verschreibungspflichtigen Kombinationspräparaten auf 325 mg pro Tablette oder Kapsel beschränkt. Dies hat jetzt die Arzneibehörde Food and Drug Administration (FDA) verfügt. Der Grund ist die hohe Zahl schwerer Leberschäden, auf die künftig auch in umrahmten Warnhinweisen hingewiesen werden muss. Die FDA begründete die Verordnung, die die Hersteller in den nächsten drei Jahren umsetzen müssen, mit folgenden Zahlen: In den Jahren 1998 bis 2003 war Paracetamol die häufigste Ursache für ein akutes Leberversagen in den USA, wobei in fast der Hälfte der Fälle eine Überdosierung vorlag [He-

patology 2005; 42: 1364–72]. Die Centers for Disease Control and Prevention schätzen die Gesamtzahl der Patienten mit akutem Leberversagen in den USA auf 1.600 pro Jahr, wobei auch in dieser Quelle Paracetamol die häufigste Ursache war [Am J Gastroenterol. 2007; 102: 2459–63]. Nach einer weiteren Analyse aus drei unterschiedlichen Überwachungssystemen waren Paracetamol-Überdosierungen im Zeitraum von 1990 bis 1998 in den USA für 56 000 Notfallbehandlungen, 26 000 Hospitalisierungen und 458 Todesfälle verantwortlich [Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2006; 15: 398–405]. sp/pm

Organspende**Großer Erfolg im Jahre 2010**

Die Bereitschaft zu Organspenden hat im vergangenen Jahr zugenommen. 2010 spendeten 1 296 Menschen nach ihrem Tod Organe. Das waren 79 oder 6,5 Prozent mehr als 2009, wie die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) jetzt in Frankfurt am Main mitteilte. Damit sei die Zahl der Organspender so hoch wie nie zuvor gewesen. Demzufolge stieg auch die Zahl der gespendeten Organe – und zwar um 308 auf 4 205. Tatsächliche Organtransplantationen gab es 4 326 im vergangenen Jahr, 2009 waren es 4 051 gewesen. Weiterhin befinden sich aber rund 12 000 Patienten auf der

Warteliste für ein Spenderorgan. Die Nierenspende des SPD-Fraktionsvorsitzenden Frank-Walter Steinmeier habe im vergangenen Jahr für große Anteilnahme gesorgt und damit auch die öffentliche Diskussion über Organspende neu angestoßen, sagte der kaufmännische DSO-Vorstand Thomas Beck. Nun sei es nötig, politisch und gesellschaftlich „die Weichen richtig zu stellen“. Eine zentrale Forderung der DSO ist, dass die Rahmenbedingungen zur Meldepflicht der Krankenhäuser bundesweit vereinheitlicht werden.



Foto: BZgA

„Potenzielle Organspender müssen verlässlich erkannt und deren Wille umgesetzt werden. Deshalb brauchen wir mehr Verbindlichkeiten für alle Partner im System und mehr Kompetenzen für die DSO, um nicht erst auf Zuruf tätig werden zu können“, sagte der medizinische DSO-Vorstand Günter Kirste. Die DSO ist die bundesweite Koordinierungsstelle für die Organspende. sp

BSE und Creutzfeldt-Jakob
Luftverbreitung

Prionen, die Rinderwahnsinn und die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit übertragen, könnten auch durch die Luft übertragen werden, warnen Wissenschaftler aus Zürich und Tübingen. In Labors, Schlachthöfen und Futtermittelfabriken sollte deshalb über strengere Vorsichtsmaßnahmen nachgedacht werden, empfehlen die Experten. Keinesfalls zeigt die Studie, dass Creutzfeldt-Jakob-Patienten Prionen ausatmen. „Eine nur einminütige Exposition reichte aber aus, um 100 Prozent der Versuchstiere mit der Krankheit zu infizieren.“ sagte Studienleiter Adriano Aguzzi aus Zürich. sp/dpa

Implosion statt Explosion

Für die Hausärzte kam es zum Jahreswechsel knüppeldick: Erst kündigten AOK und andere Kassen in Bayern den gutdotierten Versorgungsvertrag, dann scheiterte der Aufstand des bayerischen Hausärzterverbands. Und Anfang Januar kassierte auch noch das Oberverwaltungsgericht in Schleswig einen Hausarztvertrag als rechtswidrig. Begründung: Die Weitergabe der Abrechnungsdaten an die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft verstoße gegen den Datenschutz. Alle Auswirkungen der Ereignisse können noch nicht überblickt werden. Klar ist: Der Hausärzterverband steht vor dem Scherbenhaufen einer aus Systemkritik, unrealistischen Erwartungen und Selbstüberschätzung getöpferen Politik. Bayerns Hausärztechef Hoppenthaller wusste, dass er mit dem Feuer spielte, als er zum Austritt aus der KV aufrief. Sein Plan, Politik und Krankenkassen mit einem virtuellen Versorgungsnotstand zu erpressen, scheiterte erneut. Sein Rücktritt konnte den Schaden nicht mehr wettmachen. Selbst den Hausärzten Wohlgesonnene wie Bayerns Gesundheitsminister Markus Söder (CSU) lassen sich nicht auf der Nase herumtanzen. Statt vor der explosionsartigen Verbreitung seines Einflusses steht der Verband vor der Implosion frisch gewonnener Macht.

Womit ein Verlierer der Schlacht schon benannt ist: Die Mitarbeiter der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft, die die Abrechnung organisieren. Stellenstreichungen und Entlassungen standen dort auf der Tagesordnung. Verlieren werden die teilnehmenden Hausärzte: Selbst wenn die Kassen unter politischem Druck einen neuen Vertrag anbie-



Foto: Fotolia [M] zm

ten, dürfte er an die guten Konditionen von bis zu 84 Euro Quartalspauschale nicht mehr heranreichen. Verlierer sind auch jene Hausärzte, denen zögerliche Kassen einen solchen Vertrag erst gar nicht anbieten werden. Zu den Verlierern könnten auch Patienten gehören, die sich in einem Hausarztvertrag besser aufgehoben fühlen. Allerdings fehlt hierfür noch jede Evidenz. Vergleichen-



Foto: privat

Deutschlands Hausärzterverbände haben in jüngster Zeit an Macht und Einfluss verloren. Dennoch wird der Gesetzgeber eine Antwort auf die wachsende Unzufriedenheit dieser Arztgruppe finden müssen, meint FAZ-Berlin-Korrespondent Andreas Mihm.

de Studien gibt es nicht. Nur Mutmaßungen wie die des baden-württembergischen AOK-Vizechefs Christopher Hermann, wonach die Behandlungsqualität steigen, die Kosten mit der Zeit sinken werden.

Dennoch werden viele Kassen die neue Entwicklung gutheißen. Die Bayern, denen finanziell das Wasser bis zum Unterkiefer steht, wollten die Ausstiegskampagne des Hausarztverbands nutzen, um sich von der Bürde des teuren Hausarztvertrags zu befrei-

en. Andere sehen die Chance, künftig günstiger davon zu kommen. Ihnen hilft schon die zum Jahreswechsel ins Sozialgesetzbuch eingefügte Auflage, nach der neue Hausarztverträge nicht teurer als die Regelversorgung sein dürfen. Damit hatte die Koalition dem alten System, in dem der Hausarztverband seine Forderungen durchsetzen konnte, schon das Rückgrat gebrochen.

Zu den Gewinnern der Auseinandersetzung gehört auf den ersten Blick das KV-System, auch wenn es an diesem Konflikt aktiv nicht beteiligt war. Ein Konkurrent wurde, wenn nicht ausgeschaltet, so doch geschwächt. War die Rolle der KV durch die jüngste Änderung der Hausarztverträge schon gestärkt worden, dürfte das Scheitern des versuchten Systemausstiegs ähnliche revolutionäre Gelüste für die nächsten Jahre ersticken. Deutschlands Ärzte bleiben, so sie nicht allein auf die Privatversicherten setzen, an ihre ungeliebte KV gebunden.

Allerdings sollte die Zustimmungsquote von 40 Prozent der bayerischen Hausärzte zum Austritt aus dem KV-System Ärztefunktionären, Kassen und Politik zu denken geben. Die Unzufriedenheit über die Arbeitsbedingungen ist groß, allein mehr Honorar reicht nicht. Das geplante Versorgungsgesetz muss auch darauf Antwort finden – über geplante neue Gängelungen wie Fristen für die Terminvergabe in der Praxis und die Bettenzahl in Krankenzimmern hinaus.

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung

Das unbekannte Wesen GKV

Der jüngste Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung bringt eine Analyse über den Kenntnisstand der deutschen Bevölkerung zu Leistungen, Finanzierung und weiteren Rahmenbedingungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Das Ergebnis: Es besteht eine generelle große Unkenntnis über grundlegende Fakten zur Versorgung.

Foto: adisa – Fotolia

Trotz zunehmender Bemühungen, das Geschehen im Gesundheitswesen transparenter zu machen, fehlen bei vielen Bürgern grundlegende Kenntnisse über das System der Krankenversicherung. Das hat die Bertelsmann Stiftung (Bernard Baum und Gerd Marstedt, „Die GKV, das unbekannte Wesen“, Gesundheitsmonitor 4/2010) in einer Mitte Dezember veröffentlichten Studie herausgearbeitet. Das Konzept des „informierten Patienten“ sei zwar angestrebt, tatsächlich zeigten sich aber erhebliche Wissenslücken zur Versorgung. Bei der Erhebung, die im Mai 2010 stattfand, wurden 1 789 Bürger im Alter von 18 bis 79 Jahren befragt. Hier die Kernaussagen des Gesundheitsmonitors:

■ Rahmenbedingungen bei GKV und PKV: PKV-Versicherte zeigen ein fundierteres Wis-

sen, was ihr Krankenversicherungssystem angeht. Überraschend ist, dass gut ein Drittel der Befragten nicht über das Äquivalenzprinzip, also die Beitragsbemessung in Abhängigkeit vom persönlichen Risiko, informiert ist. Jeder Vierte weiß nicht, dass die PKV-Mitgliedschaft ein Bruttoeinkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze voraussetzt. Was die Rahmenbedingungen in der GKV betrifft, sind die dort Versicherten nur geringfügig oder gar nicht besser informiert. So nehmen die Befragten fälschlicherweise an, dass Beiträge wie auf einem Sparkonto individuell angesammelt und dann für die Bezahlung medizinischer Leistungen ausgezahlt würde und dass bei einem Kassenwechsel diese ersparten Guthaben verloren gingen. Knapp 60 Prozent der GKV-Versicherten kennen die

sozialen Ausgleichsmechanismen bei der Beitragsverwendungs- und -erhebung nicht genau.

■ Detailwissen über die GKV:

Hier weiß nur jeder dritte befragte GKV-Versicherte Bescheid. Kenntnisse über Beiträge fallen am besten aus. Am wenigsten fundiert ist das Wissen über besondere Tarife wie das Hausarztmodell oder Disease Management Programme (DMP), hier zeigen sich besonders viele Irrtümer und Unwissen über die Angebote. Im mittleren Bereich liegen Kenntnisse über Kassenleistungen.

■ GKV-Reform:

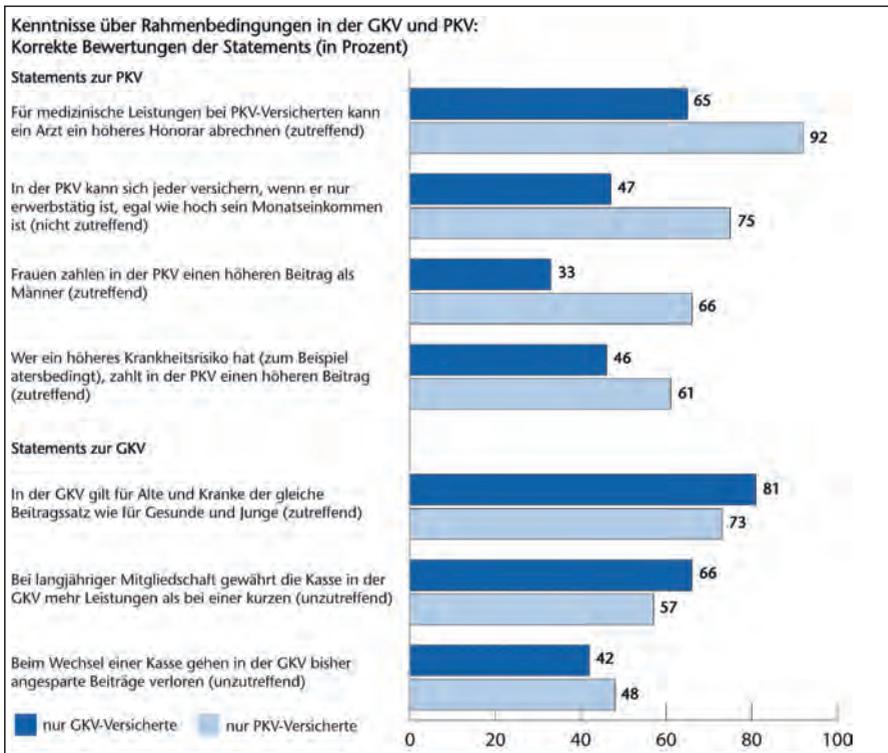
Das Wissen über grundlegende politische Reformvorhaben wie „Kopfpauschale“ beziehungsweise „Gesundheitsprämie“ oder „Bürgerversicherung“ ist bei den Befragten defizitär. Selbst bei FDP-Anhängern weiß man über das Konzept der Gesundheitsprämie nur lückenhaft Bescheid.

■ Einflüsse auf die Kenntnisse zur Krankenversicherung:

Die häufige Lektüre von Krankenkassen-Zeitschriften führt bei den Befragten nur begrenzt zu besseren Kenntnissen über das Krankenversicherungssystem. Es zeigte sich auch, dass mit zunehmender Schulbildung das Wissen über Krankenversicherungsaspekte steigt. Bei Bevölkerungsgruppen mit fundierter Kenntnis über das Krankenversicherungssystem ist eine stärkere Befürwortung des Solidarsystems in der GKV erkennbar.

Die Autoren der Studie ziehen unter anderem folgende Schlüsse: Den im Durchschnitt recht ordentlichen Kenntnissen über Beitragsaspekte stünden mangelhafte Kenntnisse über die Rahmenbedingungen gegenüber. Das entspreche etwa auch der Medienberichterstattung, die mehr auf Beitragssatzdiskussionen als auf Basisinformationen über die Prinzipien der GKV eingehe. Der Wissensfundus der Bevölkerung spiegele also wider, was in den Medien verbreitet werde. Für Krankenkassen und deren Entscheidungsträger empfehle es sich, Studien zu erstellen, die Hintergründe für Irrtümer und Wissensdefizite aufzeigten. Dass die neuen Wettbewerbsparameter der GKV bislang wenig Resonanz gefunden hätten, werfe auch Fragen in Hinblick auf die Informationspolitik der Kassen auf.

pr/pm



Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2010, N=1.673-1.715, Bertelsmann Stiftung

Fortführung der UPD

Keinen Draht zum Rat

Die Leitungen der Hotline der Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) waren in den ersten Wochen des Jahres tot. Und das, obwohl das Verbundprojekt zum 1. Januar 2011 per Gesetz von einer Modell- auf Regelförderung umgestellt wurde. Doch das europaweite Ausschreibungsverfahren, über das ein neuer Träger für die kommenden fünf Jahre gefunden werden soll, war noch nicht abgeschlossen. Die zahnärztliche Patientenberatung bleibt davon jedoch unberührt.

Mit Hilfe der UPD kann sich jeder Bürger bundesweit kostenlos und anonym telefonisch, im Internet oder persönlich zu gesundheitlichen Fragen informieren. So steht es im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) geschrieben. Soweit die Theorie. In Wirklichkeit war Anfang des Jahres auf upd-online zu lesen: „Der Beratungsbetrieb wird zurzeit neu organisiert. Aus diesem Grund können wir Ihnen vorübergehend leider keine Beratung anbieten (...)“. Seit Ende Dezember stand das kostenfreie Beratungstelefon still. Die 22 regionalen Beratungsstellen haben bundesweit seit 2006 über 250 000 Informationsgespräche durchgeführt. 74 Mediziner, Juristen und Sozialpsychologen waren im Einsatz. Jetzt stehen Patienten vor verschlossenen Türen. Die Finanzierung des bisherigen Modellprojektes erfolgte – laut Gesetz – mit rund 5,1 Millionen Euro pro Jahr über den GKV-Spitzenverband. Dessen Pressesprecher Markus Lanz erklärte im Gespräch mit dem *zm*: „Ich gehe davon aus, dass wir im Laufe des Januars eine Entscheidung treffen können“. Der GKV-Spitzenverband bestimmt gemeinsam mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Wolfgang Zöllner

MdB, sowie mit Patientenorganisationen, Wissenschaftlern und privaten Krankenversicherern, wer die UPD weiterführen soll. Auch eine Trägerschaft wie gehabt, wäre denkbar: also durch den Sozialverband VdK Deutschland e.V., die Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. und den Verbund unabhängige Patientenberatung e.V.

BZÄK steht hinter der UPD

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) bewertet die Patientenorientierung im Gesundheitswesen als richtigen Schritt. Im Juni 2010 hatten BZÄK und UPD eine entsprechende Kooperationsvereinbarung unterzeichnet. „Von einer kompetenten Patientenberatung profitieren alle Versicherten. Sie erhalten professionelle und transparente Informations- und Beratungsangebote und werden darin gestärkt, ihre Rechte selbstständig und mündig wahrnehmen zu können“, bekräftigte der BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich insbesondere mit Blick auf die zahlreichen Aktivitäten in den Patientenberatungsstellen der zahnärztlichen Organisationen. Einige arbeiten bereits mit der UPD zusammen. Gerade im

zahnmedizinischen Bereich sei der Patient durch die unterschiedlichen wissenschaftlich anerkannten Therapieoptionen und die gesetzlichen Entscheidungen zur Kostenbeteiligung stärker in die Behandlungsabläufe involviert. Speziell diese finanziellen Aspekte führen häufig zu Nachfragen seitens der Patienten.

Auch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat die Belange der Patienten im Blick. Ihr stellvertretender Vorstandsvorsitzender Dr. Wolfgang Eßer erklärte: „Die Vertragszahnärzte in Deutschland haben im Jahr 2009 rund 60 Millionen Patienten behandelt. Das entspricht circa 200 Millionen Patientenkontakten.“ Dabei unterstützte der Berufsstand das Recht der Patienten auf souveräne Therapieentscheidungen mit vielfältigen Informationsangeboten. Bei den zahnärztlichen Patientenberatungsstellen hätten im ersten Halbjahr 2010 annähernd 20 000 Patienten Rat zu zahnmedizinischen Fragen gesucht. Eßer: „Die Evaluierung zeigt bei der überwiegenden Mehrheit der Ratsuchenden eine denkbar hohe Zufriedenheit mit dem Beratungsergebnis“. Alles Gute ließe sich aber noch verbessern. Daher kann sich der KZBV-Vize als Erweiterung dieses Angebotes auch eine Kooperation mit anderen Beratungseinrichtungen vorstellen.

Regionale Leuchttürme

Exemplarisch stand in den letzten Jahren die Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit für die Stadt Heidelberg und den Rhein-Neckar-Kreis (AGZ-RNK) den Mitarbeitern der regionalen UPD-Beratungsstellen als spezialisierte Anlaufstelle für Fragen rund um die Zahngesundheit zur Seite. Im Interview mit dem *zm* erklärte Organisationsleiterin Cornelia Wagner: „Für uns steht der Patient im Vordergrund. Die Arbeit an der Basis erscheint uns wichtig. Momentan bekommen wir auch noch viele überregionale Zuschriften.“ Die könnten nun allerdings nicht mehr beantwortet werden. Wagner betont, dass in den letzten Jahren über diverse Kanäle viel erreicht worden sei. So habe man etwa Patientenbroschüren und Flyer herausgegeben. In den Gesprächen gehe es nicht

Foto: CC

immer nur um Beschwerden. „Wir nehmen den Patienten auch den Wind aus dem Segel, damit sie nicht gleich mit ihrem Problem zum Anwalt laufen“, erklärt sie. Ein Thema tauche häufig auf: die Schwierigkeit, die im Heil- und Kostenplan angegebene Endsumme zu stemmen. Speziellen Beratungsbedarf sieht sie diesbezüglich vor allem bei den hochbetagten Patienten: „Nicht jeder Rentner hat das Geld für ein Implantat, traut sich aber oftmals nicht, dies seinem Zahnarzt offen zu sagen“. Hier habe man in den vergangenen Jahren angesetzt und aufgezeigt, welche Möglichkeiten und Alternativen es gibt. „Es wäre aber noch viel zu tun“, bekräftigte Wagner und sprach sich für weitere Kooperationen aus.

In Berlin betreibt die Zahnärztekammer ihre Patientenberatung gemeinsam mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bereits seit 2000 – ein Pionier auf diesem Gebiet. Seit der Gründung haben mehr als 10 000 Patienten die persönliche Beratung durch Zahnärzte in Anspruch genommen. Darüber hinaus werden rund 2 000 telefonische Patientenfragen pro Monat bearbeitet. Finanziert wird das Projekt ausschließlich von der Berliner Zahnärzteschaft. Das Beratungsspektrum umfasst alle Themengebiete rund um die Zahnbehandlung. Von A wie Amalgam bis Z wie Zahnersatz. Bundesweit finden sich Nachahmer dieser regionalen Leuchtturmprojekte der Zahnärzteschaft. sf

■ Bei Redaktionsschluss lag das Ergebnis der Ausschreibung noch nicht offiziell vor.

zm-Info

Die UPD ...

... gGmbH ist ein Modellverbund, der im April 2006 seine Aufbauarbeit begonnen, im Januar 2007 seine Arbeit offiziell aufgenommen hat und vom GKV-Spitzenverband im Rahmen eines Modellvorhabens zur Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung auf der Grundlage von Paragraph 65 b Sozialgesetzbuch V finanziert wurde.

■ www.gkv-spitzenverband.de

25. Berliner Zahnärztetag

Komplettpaket zur Zahnerhaltung



Fotos: Estrel Berlin / B. Dohlius

Das gesamte Spektrum der Zahnerhaltung stand im Fokus des Berliner Zahnärztetages, der am 14. und 15. Januar mit rund 1000 Teilnehmern sein 25. Jubiläum feierte. Neben wissenschaftlichen Aspekten kamen auch standespolitische Diskussionen nicht zu kurz. Die Verbindung von theoretischen und praktischen Aspekten bot der Kollegenschaft eine attraktive Gelegenheit, ihr Wissen aufzufrischen und zu vertiefen.

Neben ihrem 25-jährigen Jubiläum begingen die Berliner gleichzeitig den 21. Zahntechnikertag und den 40. Fortbildungskongress für die Zahnmedizinische Fachangestellte. „Als Gesamtpaket ist das bundesweit einmalig“, betonte Kammerpräsident Dr. Wolfgang Schmiedel in seiner Begrüßung. Die Veranstaltung zeige die große Palette der gesamten Zahnerhaltung und die Entwicklung der Zahnmedizin hin zur Medizin. Mit Stolz verwies er anhand der hohen Besucherzahlen auf den ungebrochenen Willen der Kollegenschaft nach freiwilliger Fortbildung und auf das Interesse des Berufsstandes nach fachlich fundiertem und aktuellem Wissen. Ein Punkt, den der frisch wiedergewählte KZV-Vorsitzende Dr. Jörg-Peter



Rundumschlag der Wissenschaft

Alles, was den Zahn im Mund erhält, wurde anlässlich des 25. Berliner Zahnärztetages im Kongresszentrum Estrel thematisiert. Die teilnehmenden Kollegen wurden in Sachen Endodontologie, Parodontologie, Prophylaxe, Kinderzahnheilkunde und natürlich neuen Methoden der Füllungsmaterialien und -techniken unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Andrej Kielbassa, Berlin, auf den neuesten Stand gebracht. Sie trafen sich nicht nur zur Fortbildung, sondern auch zum intensiven Kollegenaustausch und um Erfahrungen und Tipps weiterzugeben. Gleichzeitig fanden ihre Mitarbeiterinnen und Zahntechnikerkollegen, die aus Berlin und den angrenzenden Bundesländern angereist waren, Möglichkeiten des Wissenszuwachses in Seminaren und Vorträgen. sp

Husemann nur unterstreichen konnte. Auch aus KZV-Sicht spiele die Fortbildung eine wichtige Rolle, betonte er. Husemann gab zu Beginn seiner neuen Amtsperiode einen Ausblick auf kommende Herausforderungen. Nicht nur dürfe man auf die Ergebnisse von sieben Landtagswahlen im Verlauf des Jahres und deren Einfluss auf gesundheitspolitische Entwicklungen gespannt sein. Auch berufsintern seien wichtige Themenfelder zu bearbeiten. Dazu gehöre beispielsweise die GOZ, die Honorarangleichung Ost/West, aber auch der Umgang mit der Richtlinie zum einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagement und der Richtlinie zur sektorenübergreifenden

Qualitätssicherung.

Dr. Wolfgang Schmiedel (l.) und Dr. Jörg-Peter Husemann begrüßten zahlreiche Teilnehmer, auf dem Jubiläumskongress in Berlin.

Es gelte, „den Ball flach zu halten“ und für den Berufsstand die Gefahr von Überregulierung abzuwenden. Berufskunde unter ganz praktischen Aspekten boten die beiden Parallelveranstaltungen zum Wissenschaftskongress mit dem Titel „KZV aktuell“ beziehungsweise „Kammer aktuell“. Vertreter der KZV Berlin referierten zu Themen, die vielen Zahnärzten unter den Nägeln brennen. Es gab eine Übersicht über verschiedene Praxis-Kooperationsformen mit deren Vor- und Nachteilen, eine Übersicht zum Qualitätsmanagement, das seit Januar 2011 Pflicht in allen Zahnarztpraxen ist, den aktuellen Stand zur elektronischen Gesundheitskarte sowie eine Präsentation über die Online-Abrechnung mittels des Serviceportals der KZV. Kammerseitig referierten Mitglieder des Vorstandes über aktuelle Entwicklungen zur Hygiene in der Zahnarztpraxis, stellten neue Aspekte aus dem Berufsrecht (wie Werbemaßnahmen und Internet, Beschilderung, Schlichtung), vor und skizzierten die Problematik des Fachkräftemangels in Bereich des Praxispersonals. Highlight des Tages war die Verleihung der Ewald-Harndt-Medaille an Prof. Dr. Dr. h. c. Georg Meyer, Greifswald (mehr dazu Seite 94). pr

Es gab eine Übersicht über verschiedene Praxis-Kooperationsformen mit deren Vor- und Nachteilen, eine Übersicht zum Qualitätsmanagement, das seit Januar 2011 Pflicht in allen Zahnarztpraxen ist, den aktuellen Stand zur elektronischen Gesundheitskarte sowie eine Präsentation über die Online-Abrechnung mittels des Serviceportals der KZV. Kammerseitig referierten Mitglieder des Vorstandes über aktuelle Entwicklungen zur Hygiene in der Zahnarztpraxis, stellten neue Aspekte aus dem Berufsrecht (wie Werbemaßnahmen und Internet, Beschilderung, Schlichtung), vor und skizzierten die Problematik des Fachkräftemangels in Bereich des Praxispersonals. Highlight des Tages war die Verleihung der Ewald-Harndt-Medaille an Prof. Dr. Dr. h. c. Georg Meyer, Greifswald (mehr dazu Seite 94). pr

Highlight des Tages war die Verleihung der Ewald-Harndt-Medaille an Prof. Dr. Dr. h. c. Georg Meyer, Greifswald (mehr dazu Seite 94). pr

Pflege 2011



Foto: picture alliance

Claudia Kluckhuhn

Waschen, Wickeln, Füttern im Minutentakt versus Demenz, Chaos, Einsamkeit – der Alltag im Pflegeheim. Natürlich mag sich niemand vorstellen, später als Pflegefall zu enden, aber selbst in dem Beruf zu arbeiten, kommt nur noch für die wenigsten in Frage. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) hat daher 2011 zum Pflegejahr erklärt. Sein Ziel: die Reform der Pflegeversicherung.

Meine Oma starb 2003 – zwei Tage vor ihrem 92. Geburtstag. Zuvor erlitt sie zwei Schlaganfälle. Nach dem letzten lag sie im Bett und musste gepflegt werden. Ab dann kam zur Betreuung durch meine Mutter zusätzlich eine Frau vom Pflegedienst ins Haus, die sie wickelte und wusch.

Alt und dement

So wie uns damals ergeht es den meisten Familien. Noch 2009 wurden mehr als 69 Prozent der insgesamt 2,25 Millionen Pflegebedürftigen in den eigenen vier Wänden versorgt. Davon übernahmen, so steht es im Familienreport der Bundesregierung, in

zwei Dritteln der Fälle die – in der Regel weiblichen – Angehörigen die anfallenden Arbeiten ganz allein, in einem Drittel half ein ambulanter Pflegedienst.

Doch wir, die kommenden Alten, waren in Sachen Fertilität leider weniger produktiv, und falls wir Töchter haben, sind sie meist berufstätig. Entscheidend ist jedoch, dass wir im Unterschied zu unseren Eltern und Großeltern später nicht nur körperlich abbauen, sondern aller Wahrscheinlichkeit nach auch geistig.

Schon heute leiden in Deutschland rund eine Million Menschen unter Demenz, jährlich kommen 250 000 neu dazu. Im Jahr 2050 wird es in unserem Land voraussichtlich 2,62 Millionen Alzheimer-Kranke ge-

ben. Die Pflege daheim: ein Auslaufmodell? Richtig ist, dass es sich Experten zufolge immer weniger rechnet, wenn Familienmitglieder diese Aufgabe selber stemmen. Gerade, weil die Zahl der Pflegebedürftigen unaufhaltsam steigt. 2030 werden es 3,4 Millionen sein – 50 Prozent mehr als noch 2007, wie das Statistische Bundesamt ausrechnete. 2050 endet jeder Dritte als Pflegefall.

Großes Geschäft

Zahlen, die zumindest den Pflegediensten und -heimen zupass kommen: Eine solche Prognose verheißt viele Kunden. Auch wenn die vorrangig gemeinnützigen und kirch-

lichen Träger das Thema Geld gern ausparieren: Die Pflege ist eben auch ein Geschäft. Wir sprechen von einem Markt, einem Wachstumsmarkt. Auch die privaten Firmen haben diesen Markt entdeckt: Mittlerweile befindet sich jeder dritte Pflegeplatz in privater Hand. Die blühende Wirtschaft ist freilich nur die eine Seite. Wie der Pflegealltag aussieht, eine ganz andere.

Beißender Uringeruch, abgestandene Luft: Mit dem Wechseln der Windeln beginnt normalerweise der Arbeitstag im Heim. Nicht selten ist eine Pflegefachkraft für 30 Bewohner zuständig. Zwölf bis 15 Minuten darf das Waschen des Unterkörpers dauern, zum Haare kämmen müssen ein bis drei Minuten reichen, für das Anziehen werden maximal acht bis zehn Minuten eingeräumt. Mit anderen Worten: Mobilisiert der Pfleger eine Schlaganfallspatientin etwas länger als es die Norm erlaubt, fällt das Haare waschen bei dem nächsten Bewohner flach. Jemand klagt über starke Schmerzen, ein Mann ist gerade gefallen, und nebenan liegt ein anderer einsam im Sterben. Wem soll der Pfleger in seiner Schicht gerecht werden? Er hetzt von einem zum nächsten. Minutenpflege par excellence. Demenz und die damit einhergehenden Probleme haben in dieser strikten Einteilung keinen Platz. Auf der Strecke bleibt der Mensch. Wer dem Job trotzdem treu bleibt, braucht eine Menge Idealismus.

Das Gehalt scheint jedenfalls kein Grund zu sein: 1 950 Euro brutto pro Monat verdient ein Pfleger im ersten Jahr – nach dreijähriger Ausbildung. Im Durchschnitt liegt der Tariflohn zwischen 1 700 und 2 700 Euro brutto. Kein Wunder, dass das Gros sich über kurz oder lang beruflich anders orientiert. Oder?

Notstand in der Pflege

Auf 50 000 fehlende Pflegekräfte beziffert der Präsident des Deutschen Pflegerats, Andreas Westerfellhaus, die Lücke heute. Das Statistische Bundesamt prognostiziert, dass 2025 insgesamt 152 000 Pflegekräfte in Krankenhäusern sowie ambulanten und (teil-)stationären Einrichtungen fehlen. Bernd Meurer, der Präsident des Bundesverbandes privater Anbieter, geht sogar von

einem Mangel von 400 000 bis 2020 aus. Steigt die Zahl der Pflegefälle in den nächsten 20 Jahren wirklich auf über drei Millionen, droht eine dramatische Zuspitzung. Dass eine Reform der Pflegeversicherung dringend ansteht, haben deshalb längst alle begriffen – ob Politiker, Pflegeverbände oder Kassen. Wie diese aussehen soll, ist freilich strittig.

Neudefinition gesucht

Konsens herrscht allenfalls darüber, dass Demenz bislang nur unzureichend berücksichtigt wird. Der Grad der Selbstständigkeit eines Menschen soll darum in Zukunft als Maßstab für die Pflegebedürftigkeit gelten. Ausschlaggebend dabei: die Weiterentwicklung des Pflegebegriffs. Ein großes Manko der jetzigen Pflegeversicherung besteht Fachleuten zufolge nämlich darin, dass sich die Leistungen strikt danach bemessen, wie viel Zeit die Hilfe am Patienten in Anspruch nimmt: etwa das Waschen, das Umbetten, die Verabreichung von Medikamenten. Schon der von der großen Koalition – genau: von Ulla Schmidt – eingesetzte Pflegebeirat hatte festgestellt, dass das heutige Raster weder den pflegenden Angehörigen noch den professionellen Kräften gerecht

wird. Und gefordert, Pflegebedürftigkeit nicht länger ausschließlich anhand körperlicher Gebrechen zu bestimmen, sondern auch Geisteszustand, Selbstständigkeit und gesellschaftliche Teilhabe mit einzubeziehen. Statt der Verengung auf medizinisch-somatische Einschränkungen sei eine ganzheitliche Orientierung erforderlich. Eine, die auch die psychisch-kognitiven Schwächen erfasst. Und damit die Realität abbildet, in der bekanntlich Demenz einen immer größeren Raum einnimmt. „Die Pflege soll dazu beitragen, die Selbstbestimmung älterer Menschen zu verbessern“, erläutert Jürgen Gohde, Vorsitzender des Beirats und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, das Ziel des neuen Pflegebegriffs. Wie kompetent und selbstständig ein Pflegebedürftiger ist, will der Beirat in den Mittelpunkt rücken und daraus den typischen Aufwand ableiten. Er plädierte zudem dafür, aus den heute fünf Pflegestufen drei zu machen, um von der Minutenpflege wegzukommen und der Altersdemenz besser gerecht zu werden.

Finanzierung am Ende

Nachdem diese Vorschläge bislang auf Eis lagen, überraschte Rösler Ende 2010 die Gesundheitspolitik mit seinem Vorhaben, den



Haare kämmen – in der Pflege im Akkord, Ziepen inklusive.

Foto: picture alliance ZB

Foto: picture alliance



Früher wurden wir einfach nur alt und gebrechlich, heute in den meisten Fällen noch dazu dement.

Foto: KKH-Allianz



Heute werden die meisten Bedürftigen zuhause versorgt. Das wird sich ändern, weil immer mehr an Demenz leiden, es mehr Pflegefälle, jedoch weniger Kinder gibt, die sie betreuen können.

Schmidtschen Beirat wieder zu aktivieren. Seine Aufgabe: „die Pflege attraktiver zu gestalten und umfassend zu reformieren“. „Wir wollen das Jahr 2011 zum politischen Pflegejahr in der Koalition machen“, kündigte Rösler in dem Zusammenhang an. Geplant ist eine Reform, bestehend aus drei Bausteinen. In einem ersten Schritt will der Minister das Berufsbild von Pflegekräften verbessern, danach die Pflegebegutachtung, also den Pflege-Tüv, neu gestalten. Erst Ende 2011, wenn der künftige Pflegeaufwand und der Finanzierungsbedarf ab-

zuschätzen sind, beginnt demzufolge der Aufbau einer kapitalgedeckten Komponente – „verpflichtend, individualisiert und generationengerecht“. Im Koalitionsvertrag der schwarz-gelben Regierung steht bereits, dass die umlagefinanzierte Pflegeversicherung um einen Kapitalstock ergänzt werden soll.

Dieses privat angesparte Geld dient demnach dazu, die vermeintlich drohenden Milliardenlöcher in den Pflegekassen zu stopfen. Einig ist man sich in der Regierung im Übrigen darin, die Alten, Kranken- und

Kinderkrankenpflege als einheitliches Berufsbild zusammenzufassen. Verbandsvertreter und Experten plädieren zudem dafür, die aus dem Konjunkturpaket finanzierte Umschulung von Arbeitslosen zu Pflegekräften fortzusetzen.

Fraglich ist nun, ob Rösler das Projekt in der Form überhaupt durchziehen kann. Laut einer Prognose seines eigenen Ministeriums wird sich nämlich der Anteil, den Arbeitnehmer in die gesetzliche Pflegeversicherung einzahlen, bis 2014 lediglich auf 2,1 Prozent des Monatseinkommens erhöhen. Spätestens dann müsse der Beitragssatz freilich steigen, selbst wenn es keine zusätzlichen Leistungen geben soll.

Klar ist aber auch: Die Demografieprobleme fangen erst 2040 an. Weil dann statistisch jeder dritte der über 80-jährigen ein Pflegefall ist. Deckungsgleich dazu kommt der Sachverständigenrat zu dem Schluss, dass der Satz bis 2050 auf 3,5 Prozent steigt, wenn man sich an der Preis- und Lohnentwicklung orientiert. Bernd Raffelhüschen, Ökonom der Universität Freiburg, denkt sogar, dass aufgrund steigender Pflegelöhne und dementer Patienten selbst 4,5 Prozent optimistisch gerechnet sind. Die FDP setzt daher auf individuelles Sparen, spricht auf ein Polster, mit dem der wachsende Finanzbedarf abgedeckt wird. Parallel dazu, gehöre der aktuelle Beitragssatz eingefroren.

Umlage oder Kapitalstock

Bedenken gegen diese kapitalgedeckte Zusatzversicherung äußerte derweil Koalitionspartner CSU. Für einen „Minimalbeitrag“ lohne sich der Aufwand einer kapitalgedeckten Finanzierungssäule nicht. Die Bürokratiekosten müssten in einem angemessenen Verhältnis stehen, sagte der CSU-Politiker und Unionsvorsitzende im Bundestag Johannes Singhammer. Falle der Beitrag höher aus, müsse wiederum ein Sozialausgleich für Geringverdiener greifen – der aber sei kompliziert. Außerdem entließe man bei einer Pflegeprämie die Arbeitgeber aus der Pflicht zur Mitfinanzierung.

Auch die Opposition lehnt den Kapitalstock ab. Zusatzbeiträge, die für später angespart werden, würden der umlagefinanzierten

gesetzlichen Pflegeversicherung de facto Geld entziehen, heißt es in einem Positionspapier der SPD. Ihr Konzept für eine Pflegereform: via „Pflegebürgerversicherung“ alle Versicherten einzubeziehen, die je nach Höhe ihres Einkommens einzahlen. Die Sozialdemokraten sind ohne Wenn und Aber dafür, das Umlageverfahren zu stärken. Aufheben will man dagegen die heutige Trennung zwischen privater und gesetzlicher Pflegekasse. Zwingend sei, dass die Pflegeleistungen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern paritätisch finanziert werden, sagte SPD-Chef Sigmar Gabriel. Auf der SPD-Klausur in Potsdam stimmte der Vorstand einstimmig für ein Sechs-Punkte-Papier:

- Die SPD will einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einführen, um die Pflegequalität zu erhöhen und auf die Bedürfnisse Dementer auszurichten.

- Sie will die Situation der häuslichen Pflege verbessern, indem pflegende Angehörige stärker unterstützt werden.

- Sie plant, die Arbeitsplatzsituation und Ausbildung in der Pflege zu verbessern.

- „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“, das Versorgungsmanagement soll gepusht werden.

- Stärkung der solidarischen Finanzierung mit der Bürgerversicherung in der Pflege

- Die Reform der Pflege sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und in der Zuständigkeit der Kommunen.

Ungleiches Risiko

Für die Grünen gilt die Einführung einer Bürgerversicherung ebenfalls in der Pflege als gesetzt. Eine private Zusatzversicherung „wäre nicht nur der Anfang vom Ende der Solidarität in der Pflegeversicherung“, betont die pflegepolitische Sprecherin der Grünen, Elisabeth Scharfenberg, vielmehr „ökonomisch fragwürdig“ und verursache „erhebliche zusätzliche Bürokratie und Schnittstellenprobleme“. Auch die Linke nimmt gemäß ihrer Pflegeexpertin Kathrin Senger-Schäfer an, dass eine Kapitaldeckung in der Pflege „keines der Probleme löst, sondern nur neue schafft“. Eine Pflegezusatzpolice wäre darüber hinaus jeder politischen Kontrolle entzogen und bedeute ei-

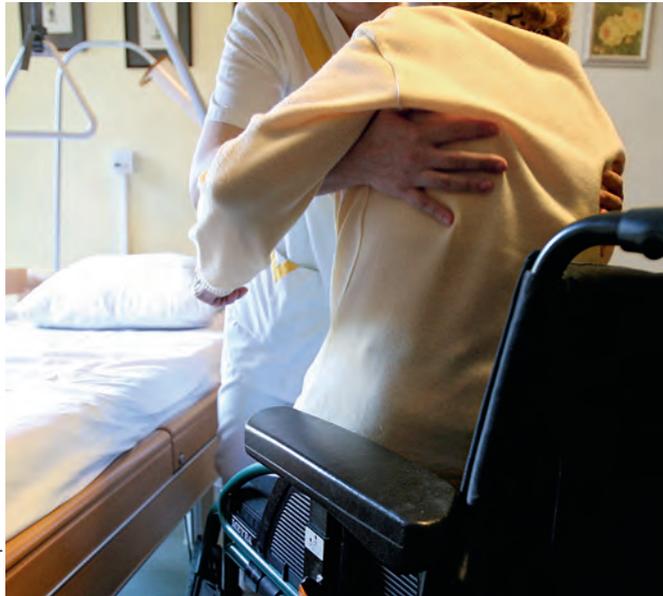


Foto: picture alliance

Wer in der Pflege arbeitet, muss auch körperlich ran. Verschleiß ist die Folge.



Foto: picture alliance

Schwerstpflegefälle müssen rund um die Uhr betreut werden. Die Frage ist, wie man diese Pflege so gestaltet, dass den Menschen ihre Würde nicht genommen wird.

ne „weitere Entsolidarisierung, Privatisierung und Individualisierung sozialer Sicherheit“. Gute Pflege dürfe aber „nicht vom privaten Geldbeutel abhängig“ sein. Das Risiko, pflegebedürftig zu werden und der Grad der Hilfsbedürftigkeit seien ungleich in der Bevölkerung verteilt, hält auch Gernot Kiefer, Vorstandsmitglied im GKV-Spitzenverband, dagegen. Nur mit einem kollektiv aufgebauten Kapitalstock lasse sich der erwartete Beitragsanstieg für alle Versicherten abfedern. Kiefer: „Ein individuelles Ansparen würde dem solidarischen Gedanken der

Pflegeversicherung nicht gerecht werden!“ Auf Seiten der Privaten unterstützt man hingegen die Pläne Röslers: In der Pflege sei der sofortige Einstieg in die Kapitaldeckung unausweichlich. „Notwendig wäre eine verpflichtende kapitalgedeckte Zusatzversicherung, da die umlagefinanzierte gesetzliche Pflegeversicherung ihre Grenzen erreicht hat“, argumentiert PKV-Chef Reinhold Schulte. Dass er diesen Stock bei der PKV ansiedeln will, ist logisch. Ihm zufolge wäre es ordnungspolitisch falsch, diese Police bei der GKV anzudocken, weil nur in der PKV

der lebenslange Schutz gelte. Vor allem aber seien Kapitalrücklagen nicht sicher vor Zugriffen der Politik. Schulte: „Finanzminister Hans Eichel hat zweimal Pensionsrückstellungen für Postbeamte in Milliardenhöhe verschnerbelt!“ Die Idee der Pflege-Bürgerversicherung hält er für „Wirklichkeitsverweigerung“. Schulte: „Es verharmlost die absehbaren demografischen Probleme der Pflegeversicherung und wiegt die Bürger in einer fatalen Schein-Sicherheit.“ Durch die demografische Entwicklung werde sich der Beitrag zur gesetzlichen Pflege bis 2060 mehr als verdoppeln – die angekündigten Ausweitungen der Pflegeleistungen noch nicht eingerechnet. Die Einbeziehung der PKV löse überdies kein einziges Finanzierungsproblem. „Die große Mehrheit der heute Privatversicherten würde keineswegs den Höchstbeitrag in einer Pflege-Bürgerversicherung zahlen“, so Schulte. „Aber sie würde lebenslang die gleichen Kosten verursachen wie alle anderen – nur ohne kapitalgedeckte Vorsorge.“ Das Ausgabenproblem bliebe davon völlig unberührt und würde sich nur um die Kosten für 9,5 Millionen weitere Versicherte verschärfen. Die ergänzende kapitalgedeckte Pflegeversicherung – für Schulte ein zentrales Projekt „für eine Gesellschaft, die in Würde altern will“.

Rationierte Zuwendung

Studierende des berufsbegleitenden Bachelorstudiengangs Pflege an der Fachhochschule Hannover stellten indessen Röslers fachliche Einordnung in Frage. Sie wehren sich gegen die Einschätzung, der Umgang mit Leid, Sterben und Tod sei die größte Belastung in dem Job. Das Kernproblem, weswegen die meisten kaum länger als acht Jahre im Beruf bleiben, sei vielmehr, dass auch Pflegekräfte täglich Entscheidungen über Rationierungen von pflegerischer Versorgung und Zuwendung zu treffen haben, die sie mit ihrem Gewissen aushandeln müssen. Auch dass Rösler die Bürokratie eindampfen will, stößt auf Ablehnung. An der Dokumentation dürfe nicht gespart werden, da sie Grundstein professioneller Pflege sei. Auch nicht, indem man sie Hilfskräften überlässt:



Pflege in Zahlen

1999 wurde in Deutschland die gesetzliche Pflegeversicherung eingeführt. Sie gilt als die fünfte Säule nach der Kranken-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung. Grund war der steigende finanzielle Druck auf die Kommunen, die als Auszahler der Sozialhilfe mit den Kosten der Pflegepatienten überfordert waren. Analog zu den anderen Sozialkassen wird die Pflege nach dem Umlageverfahren finanziert, und zwar zur Hälfte von den Arbeitnehmern und Rentnern sowie von den Betrieben und Rentenkassen. Sie kommt für 90 Prozent der Pflegefälle auf. Zur Gegenfinanzierung wurde übrigens ein Feiertag gestrichen: Der Buß- und Betttag fiel dem Rotstift zum Opfer. Der Beitragssatz beträgt 1,95 Prozent bis

zur Bemessungsgrenze von 3 712,50 Euro, Kinderlose von 23 bis 65 Jahren zahlen 0,25 Prozent mehr. Etwa 2,2 Millionen Menschen sind pflegebedürftig, ungefähr 1,5 Millionen davon werden zuhause versorgt, 693 000 leben im Heim. 2009 gab es laut Statistischem Bundesamt ungefähr 600 000 Pflegekräfte, darunter 388 000 Altenpfleger. Seit August 2010 haben sie Anspruch auf einen Mindestlohn: 8,50 im Westen, 7,50 Euro im Osten. Die Pflegebedürftigkeit gliedert sich in drei Stufen plus eine Härtefallkategorie: In der Pflegestufe I gibt es 440 Euro für die häusliche Pflege, 225 Euro Pflegegeld und 1 023 Euro bei vollstationärer Versorgung (Stufe II: 1 040/430/1 279, Stufe III: 1 510, 685/1 510).

Ein Bruch in der Versorgungskontinuität und ein höherer Zeitaufwand seien die Folgen. Kritik übte auch der geschäftsführende Vorstand der Hospiz Stiftung, Eugen Brysch. Demenzkranke erhielten immer noch zu selten die Pflege, die sie benötigen. Nötig sei ein „nationaler Demenzplan“, der nicht nur Pflegekräfte im Blick habe, sondern insbesondere Ärzte, die oft zu wenig über Diagnose und Therapie wüssten. Mittlerweile

sei recht gut erforscht, welche Pflege und welche medizinischen Therapien den Kranken helfen, fügte Brysch hinzu. In der Praxis werde dieses Wissen jedoch zu selten angewandt. „Stattdessen erhält jeder dritte Patient Beruhigungsmittel, obwohl bekannt ist, wie gefährlich diese Medikamente sind.“ Sie könnten zu Lungenentzündungen, Herzinfarkten und Schlaganfällen führen. ■



*Alt, krank, einsam?
So möchte niemand
seinen Lebensabend
verbringen. Die
geplante Pflegereform
geht uns alle an.*

Foto: picture alliance - picturedesk

Differentialdiagnose einer unklaren Gesichtsschwellung

Lidempysem nach neurochirurgischer Pin-Fixation

Martin Kunkel, Georg Fröhöfer



Abbildung 1:
Klinischer Aspekt bei der Erstvorstellung. Es zeigt sich eine Schwellung vor allem des Oberlides mit leichter Gefäßinjektion. Bei der Palpation spürt man ein leichtes Knistern durch kleine Luftbläschen unter der Haut.

Foto: M. Kunkel

Eine 45-jährige Patientin stellte sich zunächst in einer hals-nasen-ohrenärztlichen Facharztpraxis vor, nachdem sie eine plötzliche Lidschwellung bemerkte. Die Schwellung war spontan nach dem Schnäutzen der Nase aufgetreten. Nachdem keine Unfallverletzung zu eruieren war, ergab die gezielte Anamnese, dass einige Wochen zuvor eine neurochirurgische stereotaktische Biopsie unter Verwendung einer externen Fixierungseinrichtung durchgeführt worden war. Dabei war im Bereich der linken Stirn ein Verankerungspin gesetzt worden.

Zur weiteren Diagnostik und insbesondere zum Ausschluss einer infektiösen Ursache der Schwellung wurde die Patientin der Klinik zugeleitet. Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich eine weiche Auftreibung des Oberlides im Sinne eines Hautempysem (Abbildung 1), allerdings auch

eine geringgradige Gefäßinjektion der Haut. Beim Eindrücken der Haut war ein charakteristisches Knistern durch die Verschiebung von Luftbläschen in der Subcutis zu spüren.

In der DVT-Darstellung ließen sich deutliche Lufteinschlüsse im Weichgewebe, insbesondere im oberen Anteil der Orbita erkennen (Abbildung 2). Damit war ein Luftempysem der Orbita als Ursache der Schwellung gesichert. Bei der Suche nach einer potentiellen Eintrittspforte fand sich schließlich, korrespondierend zur Position der vorangegangenen Pin-Fixation eine Perforation der Stirnhöhlenvorderwand (Abbildung 3). Damit ergab sich abschließend die ungewöhnliche Diagnose eines Luftempysem in Oberlid und Orbita verursacht durch eine iatrogene Perforation der Stirnhöhle.

Therapeutisch wurde eine prophylaktische



antibiotische Therapie eingeleitet und die Spontanresorption abgewartet. Nach fünf Tagen hatte sich das Luftempysem vollständig zurückgebildet. Überraschend zeigte sich drei Monate nach diesem Ereignis nach erneuter Druckbelastung des Sinus frontalis beim Schnäutzen noch einmal eine kurze Episode eines Emphysem, das sich aber ebenfalls spontan zurückbildete.

Diskussion

Emphyseme der Gesichtshaut treten zwar insgesamt selten auf, sind dann aber in der Regel akute Ereignisse, die den Patienten erheblich beunruhigen. Die typischen Ursachen sind auf zahnärztlichem Gebiet die endodontische Behandlungen oberer Eckzähne und Prämolaren (Abbildung 4) und auf traumatologischem Gebiet die Frakturen

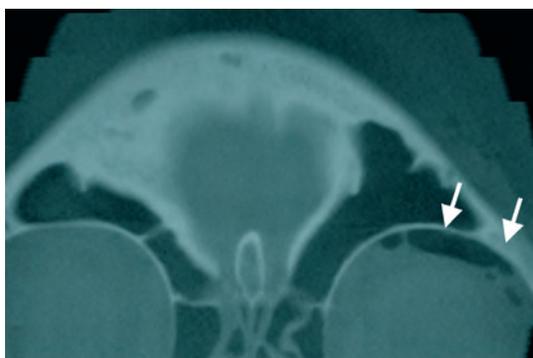


Abbildung 2:
Die DVT-Untersuchung belegt eindeutig Luftpneumothorax in der Orbita und im Lidapparat.

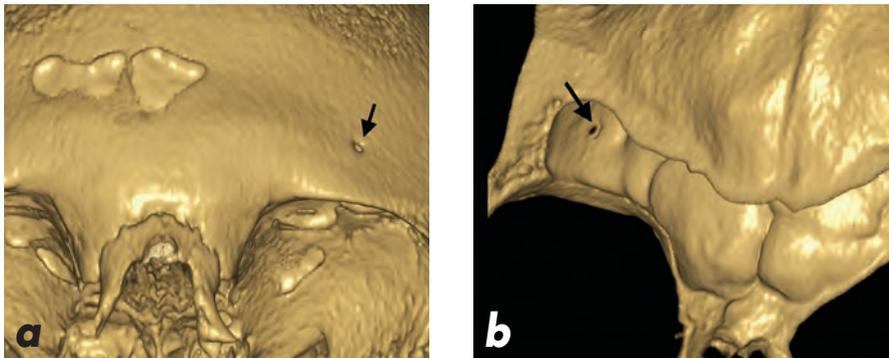


Abbildung 3: In der 3-D-Rekonstruktion des DVT Datensatzes (a) zeigt sich die Durchtrittsstelle des Fixations-Pins, der eine Perforation des Sinus frontalis verursacht hatte. Der Blick von der Innenseite des Sinus (b) zeigt den aufgeworfenen Rand des Knochens an der Perforationsstelle.

der Sinuswände. Seltene Varianten sind „spontane“ Emphyseme, die allein durch ein intensives Schnäuzen auftreten. Geringe Luftmengen in den Weichgeweben des Lidapparates sind, abgesehen von der Gefahr einer Keimverschleppung aus der ursächlichen (beispielsweise dentalen) Pathologie überwiegend harmlos und erfordern lediglich eine Beruhigung des Patienten

ergänzt werden sollten. Kritischer sind ausgedehnte Luftmengen in der Orbita selbst, da hier tatsächlich Schädigungen des N. opticus und eine Okklusion der A. centralis retinae möglich sind [Roselle und Herman 2010]. Rein pragmatisch liegt die größte Bedeutung für die zahnärztliche Praxis in der Abgrenzung eines Lidemphysems von den sehr viel häufigeren entzündlichen Schwell-



Abbildung 4: Eindrucksvoller Befund eines Lidemphysems nach endodontischer Behandlung eines oberen Eckzahnes und versehentlicher Verwendung von Druckluft.

ten und eine kurzfristige prophylaktische antibiotische Behandlung, die bei ursächlicher Beteiligung des Nasennebenhöhlensystems durch abschwellende Maßnahmen

lungen des Lides im Rahmen einer Begleit-ödems (zum Beispiel bei der Sinusitis maxillaris) oder sehr selten einer primären Infektion des Lidapparates oder der Orbita. Richtungsweisend ist hier der klinische Befund der Palpation (verschiebliche Luftbläschen, Knistern) und die initial praktisch völlige Schmerzfreiheit des Luftemphysems.

Demgegenüber ist die ursächliche Unterscheidung im Hinblick auf Folgen einer zahnärztlichen Behandlung und Auswirkungen einer eventuell verkannten Verletzung ein eher seltenes Problem. Tatsächlich kön-

- Die akute Lidschwellung ist meist Ausdruck einer Entzündungsreaktion.
- Plötzlich, zum Beispiel beim Schnäuzen oder bei der Anwendung von Druckluft aufgetretene Schwellungszustände ohne Entzündungszeichen sind typisch für ein Luftemphysem.
- Klinisch charakteristisch ist der Palpationsbefund, bei dem ein leichtes Knistern unter der betroffenen Hautoberfläche wahrnehmbar ist.
- Sofern kein unmittelbarer Bezug zur zahnärztlichen Behandlung besteht, sollte dringend nach der Ursache geforscht werden.
- Therapeutisch sind in der Regel eine prophylaktische antibiotische Abdeckung und, bei Beteiligung des Nasennebenhöhlensystems, abschwellende Maßnahmen ausreichend.

nen Verletzung des Orbitabodens oder der medialen Orbitawand beim älteren Menschen mit eingeschränktem Sehvermögen weitgehend symptomarm bleiben und erst sekundär anhand eines Emphysems klinisch auffällig werden.

Für die zahnärztliche Praxis soll der Fall daran erinnern, dass verschiedene, manchmal auch kuriose Ursachen zu einem Emphysem im Gesicht führen können. In aller Regel gilt es dabei zunächst, den Patienten zu beruhigen. Dennoch sollte in jedem Fall die konkrete Ursache ermittelt werden, um seltene, risikobehaftete Zustände zu erkennen.

Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel
Klinik für Mund-, Kiefer-
und plastische Gesichtschirurgie
Ruhr-Universität Bochum
Knappschafts Krankenhaus
Bochum-Langendreer
In der Schornau 23-25
44892 Bochum
martin.kunkel@ruhr-uni-bochum.de

Dr. med. Georg Fronhöfer
Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Unterstr. 6
44892 Bochum
Dr.Fronhoefer@gmx.de

Literatur:

Roselle, H.A., Hermann, M. (2010) A hearty Sneeze. *Lancet* 376: 1872



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

Komplexe Restaurationen mit ästhetischem Anspruch

Diese Interaktive Fortbildung zeigt erneut zwei Patientenfälle, die verdeutlichen, was restaurative Zahnmedizin heute alles leisten kann. Mithilfe eines umfangreichen Konzeptes und einem wohl funktionierenden Team – damit ist nicht nur die Zusammenarbeit mit einem modernen Labor gemeint – ist es heute möglich, komplexe Behandlungskonzepte zu realisieren. Diese Fälle aus dem Bereich der Prothetik dokumentieren, dass ein Patientenwunsch nach ästhetischerem Aussehen immer mit der Wiederherstellung der Funktion einhergehen muss.



Professor Dr.
Elmar Hellwig

Foto: privat

Restaurative zahnärztliche Maßnahmen sollen die Kaufunktion wieder herstellen, aber gleichzeitig müssen sie bei entsprechender Indikation nicht selten auch hohen ästhetischen Ansprüchen genügen. Die beiden nachfolgend dargestellten komplexen Behandlungsfälle verdeutlichen, dass diese Anforderungen nur durch eine umfassende Planung, ein ein-

gespieltes Team aus Zahnarzt und Zahntechniker und ausreichender Erfahrung zu erfüllen sind. Das Autorenteam **Prof. Daniel Edelhoff, Oliver Brix** und **Dr. Rodin Peseschgsadeh** stellen eine komplexe Rehabilitation vor, bei der insbesondere wenig invasive Verfahren zum Einsatz kommen. Mit glaskeramischen Restaurationen gelingt es so heute vorhersehbar Form,



Foto: Kurhan – Fotolia

Auch für diesen zm-Fortbildungsteil können Sie Fortbildungspunkte sammeln.
Die Fragen finden Sie bei www.zm-online.de unter Fortbildung.

Verantwortlich für den Fortbildungsteil:

Prof. Dr. Elmar Hellwig
Prof. Dr. Detlef Heidemann
Susanne Priehn-Küpper

Funktion und Ästhetik auch bei stark geschädigten Zähnen zu realisieren. In der Diskussion dieses Falles wird auch deutlich, dass man mit den modernen Verfahren Restaurationen mit langer Lebensdauer herstellen kann.

Die Versorgung einer Einzelzahnlücke im Oberkiefer mittels Implantat und Keramikkrone bedeutet für den behandelnden Zahnarzt nicht selten eine große Herausforderung, speziell wenn die natürlichen Nachbarzähne noch vorhanden sind und nach dem Zahnverlust ein ausgedehnter Hartgewebsdefekt vorhanden ist. **PD Dr. Florian Beuer** verdeutlicht mit dem von

ihm vorgestellten Fall eindrucksvoll, dass es möglich ist, durch die Anwendung von speziellen implantologischen Verfahren mit denen Hart- und Weichgewebe wieder hergestellt werden, der Auswahl entsprechender Implantatsuprastrukturen und dem Einsatz moderner CAD/CAM-Verfahren, ein ästhetisch und funktionell optimales Ergebnis zu erzielen. Elmar Hellwig

Komplexe Rehabilitation mit Glaskeramik

Daniel Edelhoff, Oliver Brix, Rodin Peseschgsadeh

Vollkeramische Restaurationen werden in der Zahnheilkunde mittlerweile routinemäßig eingesetzt. Präzise aufeinander abgestimmte Vorgehensweisen wie eine sorgfältige Behandlungsplanung unter Einbeziehung des Zahntechnikers, eine korrekte Keramikauswahl sowie eine werkstoffgerechte Präparation und Verarbeitung sind wichtige Voraussetzungen für einen langfristigen zuverlässigen Einsatz. Ein Fallbericht mit Verlaufskontrolle.



Ausgangssituation

Eine 42-jährige Patientin stellte sich mit dem Wunsch vor, ihre stark abradierten Zähne restaurieren zu lassen. Sie gab an, in den letzten Jahren erhöhte Empfindlichkeiten gegenüber Temperatur- und Säurereizen festgestellt zu haben und klagte über die ästhetischen Beeinträchtigungen, die durch das Erscheinungsbild ihrer Zähne hervorgerufen würden (Abbildung 1). Bei der zahnmedizinischen Anamnese berichtete die Patientin, dass Sie insbesondere auf Fotos der letzten Jahre eine negative Veränderung ihres Untergesichtes und der Lippenfülle beobachtet habe.

Nach Auswertung des Befundes und der Anamnese wurden eine zum Teil erhebliche Destruktion der Zahnhartsubstanz mit massiven Veränderungen der Zahnproportionen festgestellt, die primär infolge abrasiver Prozesse entstanden waren und die zu einer Reduzierung der Vertikaldimension der Okklusion (VDO) geführt hatten (Abbildungen 2 a, 2 b und 2 c). Bei der Funktionsanalyse konnten keine Auffälligkeiten im Bereich des Kiefergelenkes festgestellt werden. Allerdings war ein Verlust der Eckzahnführung zu verzeichnen (Abbildungen 3 a und 3 b).

In der Fachliteratur wird bei einer erheblichen Veränderung der VDO auf die Bedeutung einer zeitnahen Therapie verwiesen, da diese ansonsten zunehmende Beeinträchtigungen der Sprache, der Mastikation, der Funktion des Kiefergelenkes sowie der Ästhetik nach sich ziehen könnte [Johnston et al. 2005, Mack 1991]. Als mögliche Restaurationskonzepte werden in Abhän-

Abbildung 1:
Ausgangssituation:
Portrait – stark beeinträchtigt
ästhetisches Erscheinungsbild durch Absenkung der Vertikaldimension der Okklusion (VDO) und Entstehung einer negativen Lachlinie infolge ausgedehnter Zahnhartsubstanzverluste.



Alle Fotos: Edelhoff, Brix

Die rasanten materialtechnischen Entwicklungen auf dem Gebiet der Glaskeramiken sowie der Adhäsivtechnik haben zu einer Erweiterung des Behandlungsspektrums geführt, die sich vor allem in weniger invasiven Präparationsgeometrien widerspiegelt. Nur durch eine enge Verzahnung der Behandlungsschritte zwischen Zahnarzt, Zahntechniker und Patient kann die exakte Festlegung und Realisierung des jeweiligen Behandlungsziels erreicht werden. Als effiziente Hilfsmittel für die Kommunikation, die

Entscheidungsfindung und die anschließende Präparation haben sich ein analytisches Wax-up, daraus abgeleitete diagnostische Schablonen, eine dem Wax-up entsprechende Repositionsschiene sowie modifizierbare temporäre Versorgungen erwiesen. Im vorliegenden Artikel wird die komplexe Rehabilitation einer Patientin mit umfangreichen Zahnhartsubstanzverlusten unter Einsatz glaskeramischer Restaurationen dargestellt und nach über sechsjähriger klinischer Tragedauer bewertet.



Abbildung 2 a: Ausgangssituation Oberkiefer: Die Zahnhartsubstanzverluste im Seitenzahnbereich haben zu traumatischen Kontakten im Frontzahnbereich mit umfangreicher Dentinexposition geführt.



Abbildung 2 b: Ausgangssituation Unterkieferseitenzähne vierter Quadrant: Insuffiziente Füllungen und Abrasionen im Molarenbereich haben im Bereich der Stützzonen zu einer Absenkung der Vertikal-dimension geführt.



Abbildung 2 c: Ausgangssituation Unterkieferseitenzähne dritter Quadrant: Die okklusalen Schmelz-anteile sind im Kontaktpunktbereich der Molaren auf ein Minimum reduziert.

gigkeit vom Destruktionsgrad der Zähne der Einsatz von Kronen [Malkoc et al. 2009, Mizrahi 2008], von glaskeramischen Veneers [Milosevic 1990, Walls 1995] und Onlays [Rawlinson und Winstanley 1988, Yatani et al. 1998] sowie von direkten Kompositrestaurationen [Schmidlin et al. 2009] oder deren Kombination [Allen 2003] empfohlen. Zudem wird ausdrücklich auf die hohen Herausforderungen solcher komplexen Rehabilitationen hingewiesen und werden verschiedene Lösungsansätze mit vorher-sagbarer Prognose aufgezeigt [Stewart 1998, Vailati und Belser 2008]. Die besonderen Herausforderungen des vorliegenden

Patientenfalles bestanden in der Komplexität der Rehabilitation, dem Wunsch der Patientin nach einer zeitnahen Verbesserung der augenblicklichen klinischen Situation, der Schaffung einer adäquaten Zahn-morphologie und damit einer Rekonstruktion der VDO sowie der dauerhaften Befestigung der Restaurationen an der vorgeschädigten Zahnhartsubstanz.

Therapieplanung

Vor der definitiven Therapieplanung wurden Füllungstherapien an den Zähnen 11, 14, 17, 27, 36, 37, 46 und 47 mit einem adhäsiv-

ven Kompositssystem vorgenommen (Abbildung 2 a bis 2 c). Durch diese Füllungsmaßnahmen konnte der Umfang der Destruktionen und damit die Lokalisation potentieller Präparationsgrenzen besser eingeschätzt werden. Einen wichtigen Hinweis zur Einschätzung des Destruktionsgrades der Zähne lieferte zudem das Ausmaß der Dentinexposition. Zur ästhetischen und funktionellen Rehabilitation der Patientin wurden als Behandlungsziele die Wiederherstellung einer adäquaten Zahnmorphologie auf Grundlage der Breiten-Längen-Verhältnisse der Zähne [Magne 2003 a], eine Front-Eckzahngeschützte dynamische Okklusion und



Abbildung 3 a: Ausgangssituation: Rechtslateralansicht bei dynamischer Okklusion. Der Verlust der Eckzahnführung und starke Destruktionen an den Frontzähnen des Ober- und Unterkiefers



Abbildung 3 b: Ausgangssituation: Linkslateralansicht bei dynamischer Okklusion. Die traumatischen Kontakte haben massive Veränderungen der Zahnmorphologie nach sich gezogen.

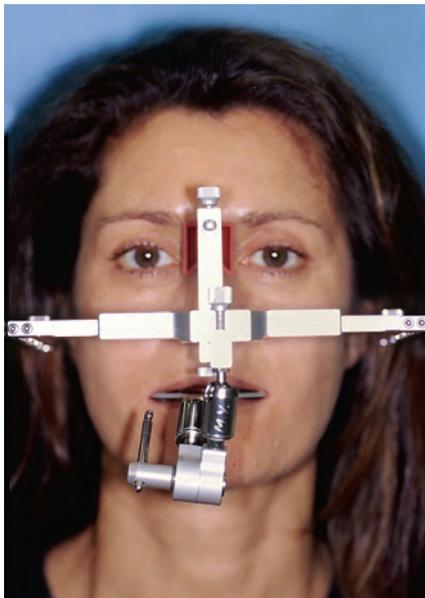


Abbildung 4: Portraitaufnahme mit Gesichtsbogen. Durch die Aufnahme mit Gesichtsbogen lässt sich für den Zahntechniker die Bipupillarlinie einfach mit der Kauebene korrelieren.

damit eine Erhöhung der VDO definiert. Der Destruktionsprozess der Zähne sollte aufgehoben und eine über viele Jahre stabile Okklusion geschaffen werden. Die Rehabilitation sollte nach Wunsch der Patientin möglichst dauerhaft und wenig invasiv mit zahncolorierten Restaurationen erfolgen. Um dem Zahntechniker einen ersten Eindruck der Ausgangssituation zu übermitteln wurden zunächst Portraitfotos sowie intraorale Bilder angefertigt (Abbildungen 1, 3 a,

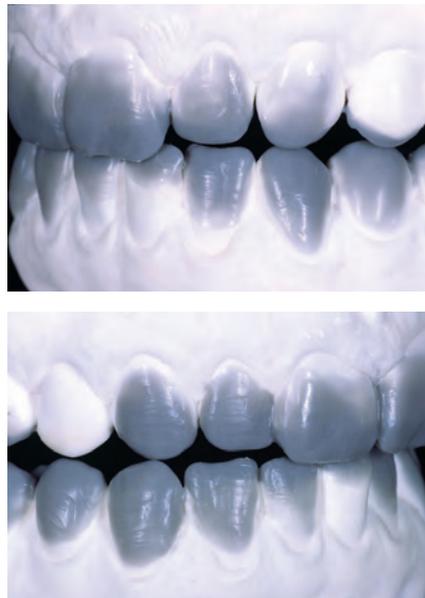


Abbildung 5 a und 5 b: Erstellen eines analytischen Wax-ups zur Rekonstruktion der Funktion und der Ästhetik

3 b). Zur weiteren Planung erfolgten Alginateabformungen beider Kiefer für die labortechnische Herstellung diagnostischer Modelle. Zudem wurden ein Zentrikregistrat sowie eine arbiträre Gesichtsbogenübertragung durchgeführt (Abbildung 4). Nach labortechnischer und klinischer Analyse sowie Abwägung aller Vorzüge und Risiken alternativer Restaurationsmöglichkeiten legten sich die Patientin und das Behandlungsteam auf folgenden Therapieplan fest:

Zur definitiven Restauration der zum Teil stark geschädigten Zähne sollten vor allem adhäsiv befestigte glaskeramische Veneers und Onlays sowie bei hohen Destruktionsgraden unter Umständen auch glaskeramische Kronen (13 bis 23) eingesetzt werden. Da die ausgeprägten ästhetischen und funktionellen Veränderungen mit einer veränderten VDO kombiniert sein sollten, entschied sich das Behandlungsteam zu folgendem **Behandlungsablauf**:

1. Erstellen eines analytischen Wax-ups zur Schaffung einer ästhetisch und funktionell adäquaten Zahnmorphologie sowie dessen Umsetzung in eine diagnostische Schablone
2. Ästhetische Evaluierung des Wax-ups intraoral durch die Patientin mit Hilfe der diagnostischen Schablone
3. Übertragung der durch das Wax-up determinierten Erhöhung der VDO in eine Repositionsschiene zur funktionellen Evaluierung
4. Präparation der Zähne unter Führung durch die diagnostischen Schablonen und wechselseitige Kieferrelationsbestimmung mit geteilter Repositionsschiene
5. Probetragen direkter Provisorien auf der Basis der im Wax-up erstellten Außenkontur
6. Abformung und zeitnahe labortechnische Herstellung der definitiven glaskeramischen Restaurationen
7. Einprobe und definitive adhäsive Eingliederung der Restaurationen aus Glaskeramik



Abbildung 6: Ästhetische Evaluierung des Wax-ups durch eine mit Komposit gefüllte diagnostische Schablone



Abbildung 7: Kieferrelationsübertragung mit geteilter Repositionsschiene. Nach funktioneller Evaluierungsphase wurde die erprobte Kieferrelation in der Präparations Sitzung durch eine geteilte Repositionsschiene übertragen.



Abbildung 8 a: Das Provisorium diente der Überprüfung der Schichtstärken für die spätere glaskeramische Restauration.



Abbildung 8 b: Portraitaufnahme nach Eingliederung der nach dem Wax-up erstellten direkten Provisorien

Klinisches Vorgehen

Vorbehandlung und Präparation

Nach Erstellen eines analytischen Wax-ups wurde dieses in diagnostische Schablonen (Duran 0,5 mm, hart-transparent, Scheu-Dental, Iserlohn) überführt (Abbildung 5 a und 5 b). Diese Schablonen konnten aufgrund des additiven Vorgehens mit Komposit gefüllt auf die mit dünnflüssiger Vaseline isolierten Zähne aufgesetzt werden (Abbildung 6). Die ästhetische Evaluierung des Restaurationsentwurfs durch die Patientin verlief positiv. Daraufhin wurde die Vorbehandlung durch eine zwölfwöchige Therapie mit einer Repositionsschiene für den Unterkiefer eingeleitet. Durch die Schiene konnte die im Wax-up erarbeitete Veränderung der VDO präzise in den Mund der Patientin überführt und funktionell überprüft

werden. Nach erfolgreicher funktioneller Testphase der rekonstruierten VDO wurde mit der Umsetzung des Wax-ups in ein direktes Provisorium begonnen: Sämtliche Präparationen und die Kieferrelationsbestimmung mit geteilter Schiene wurden auf einen Behandlungstag gelegt. Zunächst wurden der erste und der vierte Quadrant präpariert und die durch die geteilte Schiene vorgegebene Kieferrelation durch ein Registrat zwischen den beiden präparierten Quadranten fixiert (Abbildung 7). Dies diente wiederum nach Präparation der restlichen Pfeilerzähne als Referenz für das Registrat zwischen dem zweiten und dritten Quadranten. Die diagnostische Schablone wurde während der zahlreichen Präparationen als Orientierungshilfe eingesetzt und ermöglichte dadurch eine Ökonomisierung des Zahnhartsubstanzabtrages entspre-



Abbildung 9: Onlayrestorationen aus leuzit-verstärkter Glaskeramik (Maltechnik)



Abbildung 10: Kofferdam für die adhäsive Eingliederung der Unterkieferseitenzahnrestaurationen



Abbildung 11 a: Ausgangssituation der Unterkiefer-Frontzähne. Deutlich sind die erheblichen Zahnschmelzverluste zu erkennen, die eine Dentinexposition nach sich gezogen haben.



Abbildung 11 b: Postoperative Situation der Unterkieferfrontzähne nach der Versorgung mit geschichteten keramischen Veneers. Die verlorenegegangene Zahnhartsubstanz konnte ästhetisch und funktionell zufriedenstellend rekonstruiert werden.

chend der im Wax-up vorgesehenen Außenkontur der Restaurationen.

Provisorische Versorgung

Die Anfertigung der direkten Provisorien erfolgte chair-side mit Hilfe der mehrfach verwendbaren diagnostischen Schablone und einem Bis-GMA basierten provisorischen Restaurationsmaterial. Die Provisorien enthalten wichtige Hinweise zu den verfügbaren Schichtstärken für die glaskeramischen Restaurationen und können für diesen Zweck mit einem Taster überprüft werden (Abbildung 8 a). Im Seitenzahnbereich wurden die wenig retentiven Onlay-Provisorien verblockt belassen und mit Bonding eingegliedert, das zuvor mit einem Pinsel auf die finierten, ungeätzten Präparations-

flächen sowie auf die Innenflächen der Onlayprovisorien aufgetragen wurde. Anschließend wurde die Bondingschicht durch die provisorische Restauration hindurch mit Licht ausgehärtet.

Mit der Eingliederung des Provisoriums begann für die Patientin die „Testphase“. Das Provisorium enthielt sämtliche durch das Wax-up gewonnenen Informationen beziehungsweise Veränderungen und stellte damit ein Schlüsselement für den Dialog zwischen dem Behandlungsteam und der Patientin dar. Von Patientenseite gewünschte Modifikationen konnten in dieser Phase mit wenig Aufwand additiv oder substraktiv umgesetzt werden, bis es allen Anforderungen entsprach. Erst als die Patientin vollends mit der Funktion und der Ästhetik der Provi-

sorien zufrieden war, wurde nach etwa vier Wochen die Abformung für die definitive Restauration eingeleitet. Zunächst wurde eine Alginateabformung über die Provisorien genommen, um dem Zahntechniker die Modifikationen gegenüber dem von ihm zuvor erstellten Wax-ups zu übermitteln. Die Präzisions-Abformungen (Doppelmischabformung mit Polyethermassen), die wechselseitig angefertigten Registrate zur Übertragung der durch die Schiene festgelegten Kieferrelation, der Übertragungsbogen, das neu angefertigte Oberkiefer-Situationsmodell sowie ein Porträt-Foto mit den modifizierten Provisorien wurden an das zahntechnische Labor gesendet (Abbildung 8 b). Die Anfertigung der vollkeramischen Restaurationen war zuvor mit dem Zahntechni-

Abbildung 12 a, 12 b und 12 c: Okklusalansichten nach der adhäsiven Eingliederung der definitiven glaskeramischen Restaurationen



12 a: Okklusalansicht des gesamten Oberkiefers



12 b: Okklusalansicht der Unterkieferseitenzähne im 4. Quadranten



12 c: Okklusalansicht der Unterkieferseitenzähne im 3. Quadranten

Abbildung 14: Portraitfoto nach definitiver Restauration im Jahr 2004. Die ästhetischen und funktionellen Anforderungen der Patientin konnten zur vollen Zufriedenheit erfüllt werden.

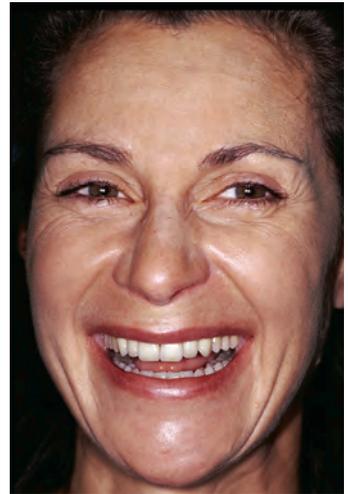


Abbildung 13 a: Frontalansicht der Ausgangssituation während der Protrusion



Abbildung 13 b: Frontalansicht nach definitiver Restauration während der Protrusion. Die Zahnmorphologie konnte in ästhetischer und funktioneller Hinsicht rekonstruiert werden.

ker abgesprochen und erfolgte daher sehr zeitnah, ohne Rohbrandeinprobe. Durch die ausgedehnte Testphase konnte eine sehr hohe Vorhersagbarkeit des Endergebnisses erzielt werden. Am Ende dieser Phase fand im Wesentlichen nur noch eine Überführung des in provisorischem Material geprüften Restaurationsentwurfes in das definitive Restaurationsmaterial (Keramik) statt, unter Beibehaltung der bereits durch das Provisorium erprobten funktionellen und ästhetischen Vorgaben (Abbildung 9).

Einprobe und Eingliederung

Nach Entfernung der temporären Versorgungen wurden die Präparationsflächen mit Hilfe von Reinigungsbürsten und einer fluoridfreien Reinigungspaste von Resten des temporären Befestigungsmaterials befreit. Zur Kontrolle der Form- und Farbgebung wurden die Restaurationen mit eingefärbtem Glyceringel (Try-in Paste) einprobiert. Die Kontrolle der Randschlussqualität und die Überprüfung der statischen und dynamischen Okklusionskontakte erfolgten mit einer niedrigviskosen A-Silikonmasse und Shimstock-Prüffolien. Zur definitiven Eingliederung wurden die Innenflächen der Restaurationen aus leuzit-verstärkter Glaskeramik mit einem fünf-prozentigen Fluorwasserstoffsäure(HF)-Gel für 60 Sekunden

angeätzt und anschließend silanisiert. Im Seitenzahnbereich wurden vollanatomisch aus leuzit-verstärkter Glaskeramik gepresste Onlays in der Maltechnik verwendet, die eine Mindestschichtstärke von 1,5 Millimetern aufwiesen (Abbildung 9). In der Oberkiefer-Frontzahnregion wurden Kronen auf der Basis von Lithium-Disilikat-Keramik in der Schichttechnik und in der Frontzahnregion des Unterkiefers auf feuerfesten Stümpfen geschichtete glaskeramische Veneers verwendet. Lithium-Disilikat-Keramik darf aufgrund der spezifischen Zusammensetzung nur für 20 Sekunden mit HF-Gel angeätzt werden. Zahnseitig wurde ein Mehrschritt Dentinadhäsiv-System in der Total-etch-Technik verwendet. Die Befestigung erfolgte mit einem dual-härtenden,



Abbildung 15: Portraitfoto im Jahr 2010. Im Bereich der Kronen 11 und 21 ist die Bildung eines geringfügigen Diastemas erkennbar.



Abbildung 16: Veneers im Unterkiefer-Frontzahnbereich nach mehr als sechsjähriger Tragedauer. Es hat sich eine ausgeprägte Schliiffacette an Veneer 43 gebildet (siehe Abbildung 11b).



Abbildung 17: An dem glaskeramischen Onlay 24 wurde nach mehr als sechsjähriger Tragedauer eine Rissbildung festgestellt.

niedrig-viskösen Befestigungskomposit, wenn möglich unter Kofferdam (Abbildung 10). Durch die ausgedehnte provisorische Phase konnte die Rekonstruktion der VDO ausreichend überprüft und damit eine hohe Vorhersagbarkeit für die definitive Versorgung erreicht werden (Abbildungen 11 a und 11 b, 12 a bis 12 c). Durch diese Vorbehandlungphase konnten bei der Überführung in die glaskeramischen Restaurationen die ästhetischen und funktionellen Erwartungen der Patientin zur vollen Zufriedenheit erfüllt werden (Abbildungen 13 a, 13 b, 14).

Recall nach sechs Jahren

Bei der Kontrolle nach mehr als sechs Jahren klinischer Funktion fielen drei wesentliche Punkte ins Auge:

1. Bei der Betrachtung des Porträtfotos ist die Bildung eines minimalen Spaltes zwischen den Kronen 11 und 21 im Oberkiefer zu erkennen (Abbildung 15). Diese Veränderung war dem Behandler bereits nach etwa zwei Jahren klinischer Tragedauer aufgefallen. Daraufhin wurde für die Patientin zur Stabilisierung der Zahnpositionen eine Schutzschiene mit minimaler Schichtstärke für den Oberkiefer angefertigt.
2. Bei genauer Inspektion der Veneers im Unterkiefer-Frontzahnbereich fiel eine ausgeprägte Schliffacetten an Veneer 43 ins Auge (Abbildung 16). In diesem Bereich bestand wie auch an den übrigen Veneers ein direkter Kontakt zu den im Oberkiefer-Frontzahnbereich eingegliederten Kronen

auf Basis von Lithium-Disilikat-Keramik.

3. Weiterhin wurde eine Rissbildung an dem glaskeramischen Onlay des Zahnes 24 entdeckt (Abbildung 18). Dieses Onlay wurde bereits Jahre zuvor aufgrund eines Retentionsverlustes adhäsiv wiederbefestigt.

Diskussion

Die gewählte Versorgungsform bietet durch die zahnschmelzähnlichen Eigenschaften der Glaskeramik eine dauerhafte Versorgungsmöglichkeit zur Wiederherstellung der Biomechanik, Ästhetik und Funktion, bei gleichzeitig nur geringfügiger Schädigung der biologischen Strukturen [Chun 2010, Edelhoff 2002]. Positive klinische Langzeitergebnisse mit vollkeramischen Seitenzahnrestaurationen sind in vielen Untersuchungen beschrieben und bestätigt worden [Frankenberger et al. 2008, Otto und de Nisco 2002]. Als Risikofaktoren werden unter anderem Parafunktionen sowie ein unzureichendes Angebot an Zahnschmelz herausgestellt [Walls 1995]. Vor diesem Hintergrund hat sich die im vorliegenden Fall verwendete additive Vorgehensweise über ein Wax-up bewährt, das, begleitet durch eine diagnostische Schablone, einen schonenden Umgang mit den noch verbliebenen Schmelzstrukturen während der Präparation erlaubt. Zudem finden sich in einer In-vitro-Untersuchung ermutigende Hinweise zur Stressverteilung keramischer Onlay-Restaurationen [Magne 2003b]. Die Kavitätenübergänge sollten jedoch weich und abgerundet gestaltet

werden, um Belastungsspitzen zu vermeiden [Ahlers et al. 2010]. In den letzten Jahren verwenden die Autoren vornehmlich glaskeramische Onlays auf der Basis von Lithium-Disilikat-Keramik in der Maltechnik [Edelhoff und Brix 2009]. Die höhere Festigkeit dieser Glaskeramik lässt eine Reduzierung der Mindestschichtstärke auf einen Millimeter zu. Dies erlaubt eine weitere Reduzierung der Abtragsrate bei der Präparation. Glaskeramische Onlayschalen erscheinen aufgrund der extremen Steifheit und des optimalen Grenzflächenverhaltens gut geeignet, abraderte und erodierte Seitenzähne zu rekonstruieren. Damit bieten sie die Möglichkeit, erheblich invasivere traditionelle prothetische Maßnahmen zu umgehen [Edelhoff 2002], die, gemessen an der Invasivität, höhere biologische Misserfolgsrisiken aufweisen: In einer retrospektiven klinischen Studie zu Kronenversorgungen wurde bereits nach fünf Jahren eine endodontische Komplikationsrate von zehn Prozent festgestellt [Kerschbaum 1979].

*Prof. Dr. med. dent. Daniel Edelhoff
Leitender Oberarzt
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Ludwig-Maximilians-Universität
Goethesstraße 70
80336 München
daniel.edelhoff@med.uni-muenchen.de*

*Dr. med. dent. Rodin Peseschgsadeh
Zahnärztliche Praxis, Düsseldorf*

*Zahntechniker Oliver Brix
Innovatives Dental Design, Wiesbaden*



Foto: privat

Prof. Dr. med. dent. Daniel Edelhoff

1979 bis 1982 Ausbildung zum Zahntechniker, 1982 Gesellenprüfung, 1986 bis 1991 Studium in Aachen, 1992 Approbation, 1993 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Zahnärztliche Prothetik Aachen. 1994 Promotion, 1998 Tagungsbestpreis der DGZPW, 1999 bis 2001 DFG-Forschungsaufenthalt am Dental Clinical Research Center in Portland, Oregon, USA. 2002 OA Klinik für Zahnärztliche Prothetik der RWTH Aachen, 2003 Habilitation, 2006 Ruf auf die W2-Professur für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde Universität München.
Schwerpunkte: Adhäsivtechnik, vollkeramische Restaurationen, Intraoral-Scanner, CAD/CAM-Technologie, Hochleistungspolymere, Aufbau endodontisch behandelter Zähne, metallfreie Wurzelstifte, Implantatprothetik.

zm Leser service

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

Teamwork auf höchstem Niveau

Florian Beuer et al.

Das Einzelzahnimplantat zum Ersatz zentraler Oberkieferschneidezähne zählt immer noch zu den großen Herausforderungen an das Team aus Implantologen, Prothetiker und Zahntechniker. Der Einsatz moderner Technologien und Werkstoffe hat die Herstellung von implantatgetragenen Zahnersatz revolutioniert und vereinfacht. Sowohl die Implantologie als auch der Einsatz von CAD/CAM-Technologien in Zahnmedizin und Zahntechnik gehören zu den wachstumsstärksten Segmenten des Dentalbereiches. Eine Fallbeschreibung dokumentiert die unmittelbare Verzahnung diverser interdisziplinärer Bereiche.



Foto: S. Beuer

Abbildung 1: Ausgangssituation mit eingegliedertem provisorischer Klebebrücke zum Ersatz des Zahnes 11

Die Schnittstellen beider Bereiche sind derzeit in der Implantatplanung, der Schablonen geführten Implantatnavigation sowie im Bereich der Implantatabutments zu sehen. Letztere bieten aufgrund der rasanten Entwicklung im Bereich der CAD/CAM-Systeme vielseitige Möglichkeiten zur Herstellung individueller Abutments aus innovativen Materialien.

Die Implantathersteller und die CAD/CAM-Anbieter bieten dazu verschiedene Lösungsansätze an. Trotz des Einsatzes modernster Technologien ist allerdings ein eng verzahntes Zusammenarbeiten von Spezialisten eine absolute Grundvoraussetzung für den klinischen Erfolg in anspruchsvollen Situationen.

Keramische Werkstoffe und deren Verarbeitung haben alle Bereiche der restaurativen Zahnheilkunde entscheidend beeinflusst [Beuer et al., 2008; Beuer et al., 2009; Beuer et al., 2010; Edelhoff et al., 2002; Edelhoff et

al., 2008; Fischer et al., 2008]. Neben den zahnähnlichen optischen Eigenschaften haben sich die hervorragenden biokompatiblen Eigenschaften als besonders gewebeverträglich erwiesen [Denry et al., 2008; Kelly et al., 2008; Takami et al., 1997]. Dies ist vor allem dann entscheidend, wenn zwischen Restaurationsmaterial und Zahnfleisch unmittelbarer Kontakt besteht, wie es im Durchtrittsbereich implantatgetragener



Foto: S. Beuer

Abbildung 2: Nach Darstellung des Alveolarfortsatzes imponierte ein ausgedehntes bukkales Knochendefizit.

Versorgungen durch das Weichgewebe der Fall ist [Sailer et al., 2009; Sailer et al., 2009]. Als geeigneter Werkstoff für keramische Abutments hat sich Zirkonoxid herausgestellt, da es neben den positiven keramischen Eigenschaften auch die höchste mechanische Stabilität der in der Zahnmedizin verwendeten Keramiken bietet [Sailer et al., 2009; Sailer et al., 2009]. Moderne Implantatsysteme bieten die Möglichkeit der Verknüpfung mit CAD/CAM-Systemen, indem die Abutments individuell aus dem gewünschten Material gefertigt werden können. Diese Innovation stellt eine der wichtigsten Weiterentwicklungen in der Implantatprothetik dar [Sailer et al., 2007]. Die Ausformung des Weichgewebes durch das Abutment bietet zum einen den Vorteil des biokompatiblen Materials Zirkonoxid im

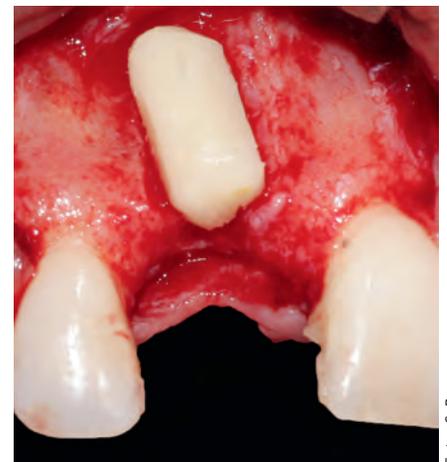


Foto: S. Beuer

Abbildung 3: Aufgelagerter, getrimmter retromolarer Knochenblock in situ vor Fixierung mit Osteosyntheseschrauben



Foto: S. Beuer

Abbildung 4: Übersichteter Knochenblock mit Knochenersatzmaterial-Eigenblutgemisch als Resorptionsschutz

direkten Schleimhautkontakt, zum anderen wird die Überschussentfernung bei zementierten Lösungen deutlich erleichtert, da sich der marginale Rand der Restauration nun in den gut zugänglichen intrasulkären Bereich legen lässt.

Die Verbindung zwischen vollkeramischem Abutment und Titanimplantat ist derzeit Punkt intensiver Forschung und Diskussion. Werden Zirkonoxidabutments einteilig ohne Zwischenstruktur gefertigt, bietet dies den Vorteil, dass sich keine Klebe- oder Fügmaterialien im Sulkus der implantatgetragenen Restauration befinden. Es ist allerdings auch zu bedenken, dass alle Implantat-Abutment-Verbindungen für Titanimplantate mit der Prämisse der Rotations-sicherung und für metallische Werkstoffe konstruiert wurden. Scharfe Kanten, dünne Wandstärken und konische Verbindungen sind zwar mit modernen CAD/CAM-Systemen auch aus keramischen Werkstoffen präzise herstellbar. Die Geometrien sind aber wenig keramikgerecht, daher sind Spannungsspitzen und klinisches Versagen in vielen Fällen vorprogrammiert [Magne et al., 2010]. Ein weiteres Problem ist der Schraubensitz, denn durch das Verschrauben einer Keramik auf einem Metall entsteht irgendwo in der Keramik, je nach Geometrie, Zugspannung welche auch zum klinischen Versagen führen kann. Sicher ist die Stabilität dieser einteiligen Zirkonoxidabutments von vielen Faktoren abhängig, die in günsti-

gen Fällen nicht zum Versagen des Aufbaus führen müssen. Lange Kronen, geringe Implantatdurchmesser verbunden mit geringen Schichtstärken der Aufbauteile und scharfkantige Übergänge zwischen einzelnen Elementen der Rotationssicherung sind als mögliche Risiken zu nennen. Des Weiteren muss bedacht werden, dass es sich bei Zirkonoxid und Titan um zwei grundsätzlich unterschiedliche Werkstoffe handelt, die sich auch in ihren physikalischen Eigenschaften deutlich voneinander unterscheiden [Denry et al., 2008]. Kommt es beispielsweise zu einer Schraubenlockerung kann sich die unterschiedliche Härte der Materialien fatal auf die Innengeometrie des weicheren osseointegrierten Implantats auswirken, da hier eine mögliche Abrasion und Schädigung nur an der Titanfläche des Implantats zu erwarten ist.

Eine zweite Möglichkeit ist die Verwendung einer Titan-Mesostruktur, die in das Titanimplantat greift und auf der ein individueller



Foto: S. Beuer

Abbildung 5: Verdickung des bukkalen Weichgewebes durch Freilegung des Implantates mit Rollappenplastik und Einschrauben des Sulkusformers

Aufbau aus Zirkonoxid befestigt werden kann. Dabei kann der Aufbau mittels CAD/CAM-Technik oder auch mit Kopierfräsv erfahren hergestellt werden. Der entscheidende Vorteil dieser Methode ist die Verwendung des gleichen Materials in der Kontaktzone zwischen Implantat und Abutment. Dadurch werden unterdimensionierte Keramikanteile im Inneren des Implantates vermieden. Es darf von höherer mechanischer Stabilität ausgegangen werden. Sicher ist das Verkleben oder keramische Verlöten zwischen der Titanbasis und dem keramischen Aufbauteil ein Punkt, den man genau-

er betrachten muss. Neben möglichen biologischen Komplikationen durch das Befestigungskomposit auf der Höhe der Implantatschulter, wird die Dauerhaftigkeit der Verklebung angezweifelt. Sowohl Daten aus In-vitro-Studien, als auch langjährige eigene Erfahrung können diese Bedenken nicht bestätigen [Ebert et al., 2007]. Deshalb ist die Kombination einer Titanklebebasis mit einem Zirkonoxidabutment die derzeit von den Autoren bevorzugte Art der Herstellung individueller keramischer Abutments. Das Vorgehen soll dabei im folgenden Patientenfall erläutert werden.

Ausgangssituation und chirurgisches Vorgehen

Die 29-jährige Patientin stellte sich nach der Entfernung eines nicht mehr erhaltungswürdigen zentralen Oberkieferschnidezahnes mit einer provisorischen Klebebrücke in einer Mund-Kiefer-Gesichtschirurgischen Praxis vor (Abbildung 1). Der Zahn 11 ging aufgrund einer Längsfraktur verloren. Kamm- oder strukturerhaltende Maßnahmen wurde durch den behandelnden Zahnarzt nicht durchgeführt, sondern die Heilung sich selbst überlassen. Wie in der Literatur beschrieben, war vor allem der bukkale Knochenanteil einer deutlichen Resorption unterworfen [Araujo et al., 2005]. Bei der Planung der Implantation imponierte deshalb ein ausgedehntes Hartgewebsdefizit in der Alveolarkammbreite (Abbildung 2). Dies wurde in einem ersten Eingriff durch die Augmentation eines Knochenblocks aus der Retromolarregion des Unterkiefers korrigiert (Abbildung 3) [von Arx et al., 2006]. Der Vollblock wurde aus der Linea Obliqua



Foto: J. Schweiger

Abbildung 6: Digitalisierung des Meistermodells mittels Streifenlichtscanners

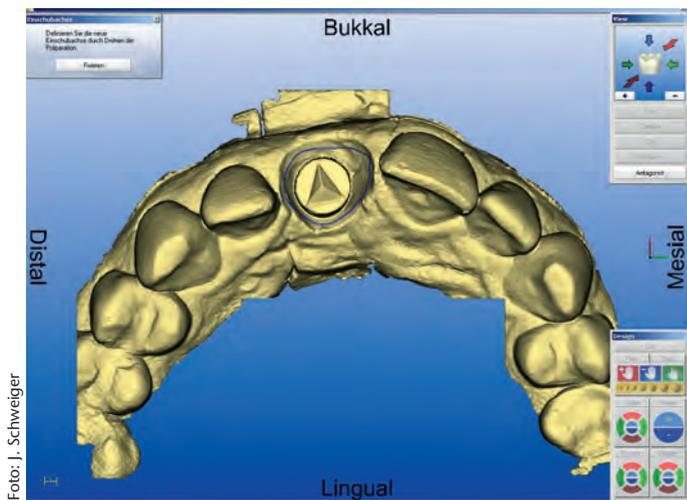


Foto: J. Schweiger

Abbildung 7: Virtuelle Ausformung des Emergenzprofils mit Hilfe des CAD-Programms

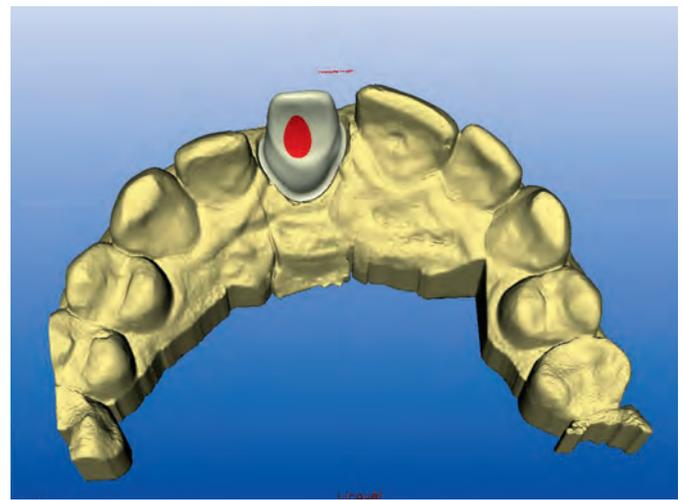


Foto: J. Schweiger

Abbildung 8: Virtuelle Gestaltung des individuellen Abutments. Auf eine 1 mm intrasulkuläre Präparationsgrenze wurde geachtet.

entnommen, wobei der entstehende Defekt mit einem Kollagenfließ (Kollagen-Resorb, Resorba, Nürnberg) ausgekleidet wurde. Um das augmentierte Knochenvolumen möglichst dauerhaft zu erhalten, wurde partikuliertes xenogenes Knochenersatzmaterial (Bio-Oss, Geistlich, Baden-Baden) auf den autologen Knochenblock aufgelagert (Abbildung 4) und das gesamte Augmentat mit einer Kollagenmembran (BioGide, Geistlich) abgedeckt [von Arx et al., 2006]. Nach einer Einheilzeit von sechs Monaten konnte nun ein enossales Schraubenimplantat aus Titan (Screwline Promote Plus 4,3mm Durchmesser, 13 mm Länge, Camlog Biotechnologies, Basel, Schweiz) inseriert werden. Die genaue dreidimensionale Insertion wurde anhand einer Orientierungsschablone und der Schmelz-Zement-Grenze der Nachbarzähne vorgenommen. Entscheidend ist dabei das approximale Knochenniveau, da es über die Ausbildung der Interdentalpapillen bestimmt [Tarnow et al., 1992; Tarnow et al., 2003]. Anschließend erfolgte der spannungsfreie Nahtverschluss des Operationsgebietes. Nach weiteren drei Monaten wurde das Implantat mit einer Rollappenplastik zur Verdickung des bukkalen Weichgewebes (Abbildung 5) [Gunay et al., 1988] freigelegt und eine erste Abformung der Situation genommen. In dieser Sitzung wurde der Sulkusformer eingebracht. Nach einer Woche konnte eine provisorische

Krone, die auf dem provisorischen Aufbau teil des Implantatsystems erstellt wurde, eingegliedert werden. Diese Krone diente als therapeutischer Zahnersatz zur Ausformung des Weichgewebes und der Überprüfung von Ästhetik und Funktion der Krone. In der Folgezeit wurde an das provisorische Polyetheretherketon (PEEK)-Abutment lichthärtendes Kompositmaterial (Tetric Eco Ceramic Flow, Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein) aufgebracht, um ein optimales Durchtrittsprofil des Abutments durch die Gingiva zu formen.

Prothetische Versorgung

Drei Monate nach der letzten Veränderung des Durchtrittsprofils wurde die Situation erneut abgeformt. Die Form des provisorischen Abutments wurde mit Hilfe eines Silikon Schlüssels auf den Abformpfosten übertragen. Zur Individualisierung des Abform-

pfostens kam ein Laborkunststoff (Patern Resin, GC Europe, Leuven, Belgien) zum Einsatz. Anschließend erfolgte die offene Abformung mit einem individuellen Abformlöffel und Polyether (Impregum Soft, 3M ESPE, Seefeld). Der Gegenkiefer wurde mit einem Silikonmaterial (Flexitime Monophasse, Heraeus, Hanau) in einem konfektionierten Metalllöffel abgeformt und die Oberkieferposition wurde mit einem arbiträren Gesichtsbogen übertragen.

Nach einer Rückstellzeit von 24 Stunden wurde ein Meistermodell aus kunststoffverstärktem Superhartgips (Resin Rock, Whipmix Deutschland, Dortmund) mit einer Silikonmaske um das Laboranalog des Implantates erstellt. Ebenso wurde ein Gegenkiefermodell aus demselben Gips erstellt und die Modelle in einem teiljustierbaren Artikulator montiert.

Das Meistermodell wurde mit einem Scanspray (Scan Spray Blue, Dentaco, Bad Homburg) versehen, um mögliche Reflexionen während der optischen Digitalisierung zu vermeiden und der Scankörper (Scankörper für die CAMLOG-Implantatbasis Titan CAD/CAM, Sirona, Bensheim) für das entsprechende Implantatsystem wurde aufgesetzt. Dann erfolgte die Digitalisierung des Meistermodells und des Okklusionsregistrates (Metal-Bite, R-Dental, Hamburg) mithilfe eines Streifenlichtscanners (InEOS, Sirona, Bensheim) (Abbildung 6). Im



Foto: J. Schweiger

Abbildung 9: Einsetzfertiges individuelles Abutment. Die Titan-Mesostruktur und das Zirkonoxidaufbauteil sind verklebt.

Foto: F. Beuer



Abbildung 10:
Einprobe des
individuellen
Abutments und
Kontrolle der
Präparationsgrenze.

Foto: F. Beuer



Abbildung 11:
Definitiv eingesetzte
Krone drei Wochen
nach Eingliederung

weiteren Vorgehen wurde ein individuelles Abutment im CAD-Programm konstruiert und darauf geachtet, dass sich die Präparationsgrenze der späteren Krone rund 1 mm intrasulkär befand (Abbildungen 7 und 8). Der so entstandene Datensatz wurde an die CAM-Ausgabeeinheit des Systems versendet. Dort wurde aus eingefärbtem, vorgepresstem und vorgesintertem Zirkonoxid (Weißling) das Abutment in vergrößerter Form ausgeschliffen. Der Schraubenkanal für die Befestigungsschraube, sowie eine Nut zur Rotationssicherung waren hierbei schon vom Hersteller des Rohlings (InCoris ZI Meso, Sirona) eingearbeitet. Nach dem Schleifprozess wurde das Abutment vom Rohlingshalter abgetrennt und bei 1350 °C über sechs Stunden im Sinterofen (inFire HTC, Sirona) für Zirkonoxid gesintert. Dabei erhielt das Abutment sowohl seine endgültige Farbe, als auch seine endgültige Festigkeit und Dimension.

Das Verkleben des Zirkonoxidabutments mit der Titanklebebasis wurde nach Vorbehandlung beider Oberflächen durchgeführt. Dazu wurden sowohl die Zirkonoxidklebefläche, als auch die Titanklebefläche mit 50 µm Aluminiumoxid und einem Druck

von 1 bar bei einer Entfernung von 20 mm abgestrahlt und dann mit einem Silan (Zirconia Primer, Kuraray Europe, Frankfurt am Main) versehen [Ebert et al., 2007]. Anschließend wurden beide Komponenten mit einem Befestigungskomposit (Panavia 21, Kuraray Europe) verklebt (Abbildung 9). Nach einer Einprobe des Abutments im Patientenmund zur Überprüfung des Verlaufs der Präparationsgrenze wurde nun die Krone erstellt (Abbildung 10).

Anschließend wurde das Meistermodell mit aufgeschraubtem Abutment erneut digital erfasst und ein Kronengerüst aus Zirkonoxid nach oben beschriebenem Vorgehen hergestellt. Zur Verblendung des Gerüsts wurde die Krone während des Schichtens der Verblendkeramik (Creation ZR, AmannGirrbach, Pforzheim) und zwischen den einzelnen Bränden immer wieder im Mund der Patientin einprobiert, um eine möglichst exakte Imitation der Nachbarzähne zu erzielen. Bei der Gestaltung der Approximalflächen wurde die Höhe des krestalen Knochens ins Labor übertragen und das Gesetz nach Tarnow zur Ausbildung der späteren Papillenstruktur beachtet [Tarnow et al., 1992; Tarnow et al., 2003]. In der Eingliede-



Foto: F. Beuer

Abbildung 12: Lippenbild der Patientin. Die Restauration fügt sich harmonisch ein.



Foto: F. Beuer

Abbildung 13: Im Durchlicht zeigt die implantatgetragene Restauration gleiche lichtransluzente Eigenschaften wie der natürliche Nachbarzahn.

Die Restauration wurde zuerst das individuelle Abutment mit dem vom Hersteller vorgeschriebenem Drehmoment von 20 Ncm angezogen und der Schraubenkanal mit lichthärtendem Material in Sandwichtechnik (weiches Material im Schraubenkopf, hartes Material darüber) verschlossen. Dann wurde die Krone definitiv mit einem dualhärtenden semiadhäsiven Material (SpeedCem, Ivoclar Vivadent) befestigt. Dieses Befestigungsmaterial zeichnet sich durch hervorragende Überschusentfernung aus, da die Überschüsse 2 s mit der Polymerisationslampe ausgehärtet und dann sehr leicht entfernt werden können.

Diskussion

Einzelzahnkronen neben natürlichen Nachbarzähnen, speziell auf Implantaten, bleiben trotz modernster Techniken eine große Herausforderung, wenn ein ästhetisch und funktionell optimales Ergebnis erzielt werden soll. Die hier gezeigte Vorgehensweise stellt einen möglichen Lösungsansatz dar, wengleich der Aufwand hoch ist. Neuere Ansätze, ohne therapeutischen Zahnersatz zu arbeiten und gleich mit einem individuellen Abutment die Weichgewebeausformung vorzunehmen, lassen sicher Zeit und Kosten sparen. Allerdings bieten sie weniger Korrek-

turmöglichkeiten und Vorhersagbarkeit. Durch diese Vorbehandlungsphase wurden bei der Überführung in die definitive Restauration die ästhetischen und funktionellen Erwartungen der Patientin zur vollen Zufriedenheit erfüllt (Abbildungen 11 bis 13).

PD Dr. Florian Beuer
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Goethestr. 70
80336 München
Florian.beuer@med.uni-muenchen.de

Dr. Stephan Beuer, M.Sc.
Praxisklinik Münchnerau
Weiherbachstr. 2
84034 Landshut
beuer@praxisklinik-muenchnerau.de

ZT Josef Schweiger
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Goethestr. 70
80336 München
josef-schweiger@t-online.de

ZTM Peter Schaller,
Esthetic Concept
Fraunhoferstr. 23 i
80469 München
Peter.Schaller@mac.com

Prof. Dr. Daniel Edelhoff
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Goethestr. 70
80336 München
Daniel.edelhoff@med.uni-muenchen.de

zm Leser
service

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



Foto: privat

PD Dr. med. dent. Florian Beuer

11/1994 bis 02/2000 Studium Zahnmedizin in München; 02/2000 Approbation, 03/2000 bis 12/2001 Vorbereitungsassistent in Moosburg, seit 01/2002 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Poliklinik für ZÄ Prothetik München, seit 04/2004 hier Funktionsoberarzt, 09/2005 Zertifizierung zum Spezialisten für Implantologie (DGI), 09/2006 3. Preis Dental Talent Award (3M ESPE), 11/2007 bis 06/2008 Visiting Professor am Pacific Dental Institute in Portland, Oregon, USA, 06/2008 Förderpreis der BLZÄK 2007, 04/2009 Habilitation, 05/2009 Erhalt der Lehrbefugnis für das ZMK mit dem Schwerpunkt ZÄ Prothetik, 09/2009 1. Preis Robert-Frank-Award (CED of IADR), 09/2009 Vizepräsident der DGÄZ, ab 10/2009 Studium Master in Medical Education (MME) in Heidelberg (Stipendium), 4/2010 Spezialist für zahnärztliche Prothetik (DGPro), 1/2011 Herausgeber Teamwork-Journal for Dental Education (Deutscher Ärzteverlag)

Arbeitskreis Dentalinstrumente (AKDI)

Dampfsterilisationsverfahren und ihre Validierung

Der Arbeitskreis Dentalinstrumente hat eine aktuelle Stellungnahme zur Validierung von Dampfsterilisationsverfahren herausgegeben, die hier in vollem Wortlaut veröffentlicht wird.



Die Aufbereitung von Medizinprodukten hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Umfangreiche Regelwerke sind erschienen. Die Grundlagen dafür bilden allzu oft die Empfehlungen von Gremien, die sich mit der Sterilgutaufbereitung in Krankenhäusern befassen.

Die zahnmedizinischen Medizinprodukte unterliegen jedoch berufsbedingt spezifischen Aufbereitungsabläufen und müssen daher unter anderen Risikogesichtspunkten bewertet werden als die in Krankenhäusern verwendeten Medizinprodukte. Der bei der Bundeszahnärztekammer angesiedelte Arbeitskreis Dentalinstrumente untersucht die fachspezifischen Besonderheiten bei der Aufbereitung von Medizinprodukten und erarbeitet Empfehlungen für Zahnarztpraxen.

Basierend auf der gründlichen Analyse des aktuellen Standes von Wissenschaft und Technik, sowie der gesetzlichen Anforderungen gibt der AKDI folgende Empfehlungen zur Validierung von Dampfsterilisationsverfahren.

Notwendigkeit der Validierung von Sterilisationsverfahren

Gemäß § 4 Abs. 2 der MPBetreibV sind „Reinigung, Desinfektion und Sterilisation von Medizinprodukten ... unter Beachtung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist und die Sicherheit und Gesundheit von Patienten, Anwendern oder Dritten nicht gefährdet wird“.

Die Methoden zur nachvollziehbaren Gewährleistung des Erfolgs des Verfahrens

werden in Normen beschrieben. Diese besitzen keine Gesetzeskraft, geben aber in der Regel den Stand von Wissenschaft und Technik wieder.

Definition und theoretische Grundlagen der Validierung

Unter Validierung versteht man „... den dokumentierten Nachweis, dass ein bestimmter Prozess mit einem hohen Grad an Sicherheit kontinuierlich ein Produkt erzeugt, das vorher definierte Spezifikationen und Qualitätsmerkmale erfüllt“ (U.S. Food and Drug Administration, 1986).

Kein Sterilisationsverfahren hat aus statistischen Gründen eine absolute Sicherheit. Es wurde daher normativ geregelt, dass das Risiko, dass ein Produkt unsteril sein kann, maximal 1 : 1 000 000 betragen darf (DIN EN 556-1). Diese theoretische Sicherheit ist der so genannte SAL (Sterility Assurance Level) von kleiner gleich 10^{-6} , der die Spezifikation (das Ziel) eines Sterilisationsverfahrens von Medizinprodukten darstellt. Der SAL gilt trotz des unterschiedlichen Infektionsrisikos verschiedener invasiver Eingriffe in allen medizinischen Fachdisziplinen bei den jeweils eingesetzten Medizinprodukten. Die Validierung eines Sterilisationsverfahrens muss das Erreichen dieses Sicherheitslevels reproduzierbar nachweisen.

Die Validierung von Sterilisationsverfahren mit feuchter Hitze (Dampfsterilisationsverfahren) wird durch die harmonisierte Norm DIN EN ISO 17665-1 geregelt. Diese beschreibt drei aufeinanderfolgende Schritte:

- Abnahmebeurteilung (Installational Qualification IQ). Diese ist ein Beleg über die Eignung des Gerätes zur Sterilisation von Medizinprodukten und stellt sicher, dass der Dampfsterilisator und dessen Zubehör



Foto: MELAG

Die Dampfsterilisation gehört zum Praxisalltag und dient der Sicherheit der Patienten.

ordnungsgemäß geliefert und installiert wurden.

- Funktionsbeurteilung (Operational Qualification OQ): Überprüfung der Funktion des Gerätes unter den Bedingungen am Aufstellort.

- Leistungsbeurteilung (Performance Qualification PQ): Überprüfung der Sterilisationsleistung bei den zur Sterilisation vorgesehenen Sterilisiergütern.

Durchführung der IQ und OQ:

- Bei Neugeräten nach DIN EN 13060 mit internem Prozessbeurteilungssystem und dokumentierter Werksprüfung kann die OQ als Vergleich der vom Gerät registrierten Daten mit Referenzdaten erfolgen. IQ und OQ können im Rahmen der Aufstellung des Sterilisators vorgenommen werden. Die entsprechenden Nachweise sind zu dokumentieren.

- Bei der Validierung von Dampfsterilisatoren, die nicht der Norm DIN EN 13060 entsprechen, ist mit geeigneten Methoden nachzuweisen, dass das Gerät die techni-

schen Voraussetzungen für Dampfsterilisationsverfahren besitzt (zum Beispiel Dampftemperaturen, Einwirkzeiten, Dampfqualität, Stabilität der Verfahren).

■ Eine Wiederholung von IQ und OQ ist nur nach mess-, steuer- und/oder regeltechnischen Veränderungen am Dampfsterilisateur erforderlich.

Durchführung der PQ:

Eine PQ des Sterilisationsverfahrens wird bei Neuinbetriebnahme des Gerätes nach erfolgreicher IQ und OQ durchgeführt. Die bei diesen Überprüfungen gewonnenen Daten können für die PQ verwendet werden. In angemessenen Zeitabständen (zum Beispiel gemäß Angaben des Geräteherstellers) ist zu bestätigen, dass sich keine unbeabsichtigten prozessrelevanten Veränderungen ergeben haben. Diese periodischen Prüfungen können mit der Wartung zeitlich koordiniert werden.

■ Die PQ ist durch qualifizierte Personen, die die Sachkenntnis, Voraussetzung und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung dieser Aufgabe besitzen, durchzuführen. Ein entsprechender Untersuchungsbericht ist anzufertigen. Dieser muss dem verantwortlichen Betreiber die geprüften Sterilisationsverfahren und die Beladungsmuster definieren sowie eine eindeutige Bewertung des Prüfergebnisses beinhalten. Für die Definition der Be-

ladungsmuster können die in einem zertifizierten Prüflabor geprüften Referenzbeladungen herangezogen werden.

■ Die PQ muss das Erreichen des SAL von kleiner gleich 10^{-6} durch mikrobiologische Überprüfung oder thermoelektrische Messungen der Sterilisationsparameter Dampfdruck, Dampftemperatur sowie Einwirkzeit bei der schwierigsten Prüfbeladung nachweisen. Bei der Erstaufstellung von Sterilisateur nach DIN EN 13060 mit entsprechenden internen Prozessbeurteilungssystemen und dem Nachweis der Prüfung von Referenzbeladungen in einem zertifizierten Prüflabor kann dies mittels interner Messgeräte geschehen.

■ Gibt der Hersteller keine geprüften Referenzbeladungen an oder weicht der Anwender von diesen ab, muss der SAL der Beladung überprüft werden. Dies erfolgt durch den Nachweis der Abtötung von thermoresistenten Sporen von *Geobacillus stearothermophilus* (Bioindikatoren nach DIN EN 11138-3: 2009) oder durch thermoelektrische Messung. Bioindikatoren oder Thermosteile müssen sich dabei im Inneren der Sterilverpackung oder in geeigneten Prüfkörpern befinden. Die Eignung derartiger Prüfkörper muss nachgewiesen sein.

■ Werden Dampfsterilisationsverfahren ausschließlich zur Desinfektion von Medizinprodukten der Klassen semikritisch A oder B eingesetzt, können bei thermoelektrischen

Messungen die in der DIN EN 15883-1 genannten Temperatur-Zeit-Relationen (A0-Wert) zur Bewertung benutzt werden. Die ebenfalls als Alternative mögliche Prüfung durch Inaktivierung der oben genannten Sporenstrips kann im Vollzyklus erfolgen. Auch hier ist der Einsatz von Medizinprodukte-Simulatoren für Medizinprodukte der Klasse semikritisch B notwendig.

Dokumentation der Verfahrensparameter:

■ Die für die Wirksamkeit der Dampfsterilisation kritischen Prozessparameter Dampfdruck und -temperatur sowie Sterilisierzeit sind messtechnisch bei jedem Zyklus zu überwachen und zu dokumentieren.

■ Ist dies nicht möglich, sind bei jedem Zyklus Chemoindikatoren der Klasse 5 (DIN EN ISO 11140-1) mitzuführen. Bei Medizinprodukten der Klassen kritisch A sind die Chemoindikatoren offen zu exponieren. Bei der Sterilisation von Medizinprodukten der Risikoeinstufung kritisch B müssen die Chemoindikatoren in einem für zahnärztliche Übertragungsinstrumente repräsentativen Prüfkörper deponiert werden.

Berlin, Dezember 2010

*Arbeitskreis Dentalinstrumente (AKDI)
Chausseest. 13, 10115 Berlin*

Allergieforschung erfolgreich

Neues zur Nickelallergie

Die Nickelallergie ist die häufigste Kontaktallergie überhaupt. Forscher haben jetzt den Schlüsselfaktor für allergische Reaktionen auf Nickel entdeckt.



Foto: Klinik Dermatologie Universität Würzburg

Besonders an Stellen, an denen das nickelhaltige Metall mit der Haut Kontakt hat, treten die Hautirritationen auf. Schweiß verstärkt das Erscheinungsbild dann noch erheblich.

Nickel ist ein Metall, das in Uhren, Schmuck, Brillen, Jeansknöpfen, Reißverschlüssen, Essbesteck, Konservendosen, Münzen, teilweise in Kosmetika vorkommt. In sehr alten Prothesenwerkstoffen sind immer noch Reste von Nickel auffindbar. Auf Grund des bereits vor mehreren Jahrzehnten erkannten Allergiepotentials wurden später nur noch nickelfreie Metalle wie Titan oder auch Gold verwendet. Dabei ist Nickel sehr gut wasserlöslich, was zur Folge hat, dass besonders im Sommer, wenn jeder schwitzt, viele Nickelallergien auftreten. „Die Nickelallergie oder genauer das allergische Kontaktekzem auf Nickel ist eine der häufigsten Kontaktallergien“, berichtet Professor Dr. Thilo Jakob, Leiter der Allergieabteilung und der klinischen Forschergruppe Allergologie an der Hautklinik des Klinikums Freiburg.

„Manche allergische Reaktionen, wie beispielsweise Heuschnupfen oder allergisches Asthma, entstehen unmittelbar nach dem Kontakt mit dem Allergen, andere wie das allergische Kontaktekzem erst mit zeitlicher Verzögerung – es können bis zu 72 Stunden vergehen. Dann ist es für Allergiker und ihre Ärzte besonders schwer, den Auslöser herauszufinden.“ Ob eine Nickelallergie vorliegt kann der Hautarzt mit Hilfe eines Pflastertests, dem so genannten Epikutantest, herausfinden.

Neueste Ergebnisse aus der Forschung

Einen wesentlichen Beitrag zur Entschlüsselung der allergiefördernden Eigenschaften von Nickel haben jetzt Wissenschaftler der

Universität Gießen mit Kollegen der Universitäts-Hautklinik Freiburg und den Universitäten Mannheim, Münster und München geleistet. Die Wissenschaftler konnten klären, auf welche Weise Nickel eine Entzündung der Haut hervorruft, die einem sichtbaren Ekzem vorausgeht. Diese Ergebnisse, die für innovative Prophylaxe- und Therapieansätze von Bedeutung sein können, wurden in der renommierten Fachzeitschrift „Nature Immunology“ veröffentlicht.

Natürliche Immunität

Die Forscher konnten zeigen, dass Nickel einen Rezeptor der so genannten „natürlichen Immunität“ aktiviert und so in der Zelle Signalübertragungswege in Gang setzt, die zur Bildung

von entzündungsfördernden Botenstoffen führen. Zwar ist bereits seit längerem bekannt, dass die Nickelallergie zu der Art von Allergien gehört, die nicht durch Antikörper ausgelöst wird, sondern durch T-Zellen, eine Form der weißen Blutkörperchen. Eine Sensibilisierung findet nur statt, wenn neben der T-Zell-Mobilisierung noch ein weiteres entzündungsförderndes Signal vorhanden ist. Dessen Identität war bisher jedoch unbekannt.

Der jetzt identifizierte Rezeptor, Toll-like receptor 4 (TLR4), wurde bereits 1998 entdeckt, ist aber bislang vor allem als Erkennungsstruktur für bestimmte von Bakterien freigesetzte entzündungsfördernde Substanzen bekannt. „Natürlicherweise spielt TLR4 eine Schlüsselrolle bei der Abwehr von Bakterien und verhindert durch Aktivierung

des angeborenen Immunsystems bei bakteriellen Infektionen deren übermäßige Vermehrung“, erklärt Professor Dr. Stefan Martin von der Forschergruppe Allergologie der Universitäts-Hautklinik Freiburg. Die Forscher beobachteten erstmals, dass Nickel seine entzündungsfördernden Eigenschaften im Menschen entscheidend über TLR4 vermittelt, dass aber die Zielstruktur für Nickel eine andere ist als jene, die von bakteriellen Lipopolysacchariden (LPS) benutzt wird.

Beobachtung gilt als Durchbruch

Diese Beobachtung könnte einen Durchbruch bei der Therapie der bislang nur schwer behandelbaren Nickallergie bedeuten, da es prinzipiell möglich erscheint, spezifische TLR4-Hemmstoffe zu entwickeln, welche die Aktivierung des Rezep-

tors durch Nickel blockieren, ohne damit die wichtige natürliche Abwehrfunktion von TLR4 bei bakteriellen Infektionen zu beeinträchtigen. Überraschenderweise ergaben weiterführende Untersuchungen, dass nur humane TLR4-Rezeptoren, nicht aber solche aus der Maus, durch Nickel aktiviert werden, da dem entsprechenden Maus-Rezeptor die bindungsrelevanten Aminosäuren fehlen.

Die Wissenschaftler vermuteten, dass dies die Erklärung für die bislang mysteriöse Beobachtung ist, dass Mäuse keine Nickelallergien entwickeln und es bisher nicht gelungen ist, ein experimentelles Mausmodell für diese häufigste aller Kontaktallergien zu etablieren. Gemeinsam mit der Arbeitsgruppe von Prof. Marina Freudenberg vom Max-Planck-Institut für Immunbiologie in Freiburg konnte die Arbeitsgruppe um Professor Martin jetzt erstmals ein Mausmodell etablieren, in dem Tiere, die anstelle des

Maus-TLR4 den menschlichen TLR4-Rezeptor besitzen, eine allergische Reaktion auf Nickel entwickeln.

„Diese Daten belegen nicht nur, dass Beobachtungen aus Tiermodellen nur begrenzt auf die menschliche Situation übertragbar sind, sondern identifizieren mit Nickel das erste anorganische Kontaktallergen, das den immunologisch wichtigen TLR4-Rezeptor des angeborenen Immunsystems direkt aktivieren kann. Diese Arbeiten erweitern auch unsere Befunde, dass organische Chemikalien, die Kontaktallergien verursachen, ebenfalls den TLR4 und den TLR2 aktivieren. Die Kontaktallergene tun dies aber auf ganz andere Weise: Sie lösen die Bildung oder Freisetzung von körpereigenen Faktoren aus, die an diese TLR binden“, so Professor Martin. Die Ergebnisse haben die Freiburger Forscher bereits 2008 in der renommierten Fachzeitschrift „Journal of Experimental Medicine“ publiziert. sp/pm

Auf Erkenntnissuche

Dem Placebo-Effekt auf der Spur

Rund 30 Prozent der Wirkung von Arzneimitteln dürfte Studien zufolge auf einen Placebo-Effekt zurückgehen. Was sich konkret hinter diesem Phänomen verbirgt, wird derzeit im Rahmen eines DFG-Forschungsprojektes untersucht.



Foto: creativ collection

Auch „Milchzuckerpillen“ können ihre Wirkung zeigen.

Obwohl der schmerzgeplagte Patient lediglich ein wirkungsloses Scheinpräparat erhalten hat, gibt er an, die Schmerzen seien deutlich gebessert. Wie ist das möglich? Placebo-Effekt, so lautet der Name des Phänomens, dessen Hintergründe immer noch nicht enträtselt sind. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) hat nunmehr 2,6 Millionen Euro für das dreijährige Forschungsprojekt „Expectations and conditioning as basic processes of the placebo and nocebo response – from neurobiology to clinical applications, FOR 1328“ bereitgestellt, mit dem die Hintergründe des Placebo-Effekts erhellt werden sollen. Mit dem Projekt soll anhand verschiedener experimenteller

und klinischer Modelle die Wirksamkeit von Placebos erforscht und versucht werden, daraus Konsequenzen für den medizinischen Alltag zu ziehen. Konkret ist geplant, die Mechanismen hinter der Placebowirksamkeit zu analysieren und das beim akuten, experimentell induzierten Schmerz bei gesunden Probanden wie auch bei chronisch Schmerzkranken und bei Patienten mit Morbus Parkinson. Untersucht werden soll ferner die Wirkung von Placebo bei Störungen der Magen-Darm-Funktion, bei immunologischen Störungen und bei Patienten vor und nach einer Herzoperation. Mit auf dem Prüfstand steht dabei der Nocebo-Effekt, also die dem Placebo-Effekt entgegenstehende krankmachende Wirkung eines Scheinpräparates.

Internationale Spitze in der Placebo-Forschung

Leiter des Projektes ist Professor Dr. Paul Enck vom Universitätsklinikum Tübingen, beteiligt sind ferner Forscher der Universitäten in Essen, Düsseldorf, Hamburg, Mannheim und Marburg. Das Projekt schließt an ein bereits 2008 von der Volkswagenstiftung gefördertes dreijähriges Forschungsprojekt an, an dem neben der Universität Tübingen auch die Universität in Turin/Italien beteiligt war. Das von der DFG unterstützte Vorhaben ist laut Professor Enck damit nunmehr das zweite Großprojekt zum Thema Placebo hierzulande und stellt Deutschland da-

mit auf internationaler Ebene an die Spitze der Placeboforschung.

Derzeit wird davon ausgegangen, dass die Placebowirkungen durch die aktuellen Erwartungen der Patienten ausgelöst werden und durch frühere Erfahrungen mit einer Erkrankung und ihrer Behandlung mit beeinflusst sind. Auch kann wahrscheinlich die „Droge Arzt“ eine Rolle spielen und insbesondere die Arzt-Patienten-Interaktion. So kann eine spezielle Wirkung eines vermeintlichen Medikamentes möglicherweise vom Arzt hervorgerufen oder verstärkt werden, indem er den Patienten bewusst oder unbewusst beeinflusst und seine Erwartungen zum Beispiel durch Heilsversprechen bestärkt. Im Rahmen des neuen Forschungsprojektes ist nicht geplant, Placebos quasi als Medikamentenersatz zu entwickeln. Vielmehr geht es um die Frage, warum Scheinmedikamente zum Teil ebenso gut wirken wie der echte Arzneistoff.

Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Berlin



Fotos: EyeWire

Pneumokokken-Infektion

Jährlich sterben weltweit rund zwei Millionen Menschen infolge einer durch Pneumokokken verursachten Erkrankung. Pneumokokken gehören damit laut WHO zu den weltweit bedeutsamsten bakteriellen Infektionserregern. Gefürchtet ist vor allem die Pneumonie, die insbesondere ältere Menschen und solche mit chronischer Grunderkrankung oder Immunschwäche gefährdet.

Die Pneumonie ist nur eine der Infektionskrankheiten, die durch Pneumokokken – oder wissenschaftlich ausgedrückt durch *Streptococcus pneumoniae* – verursacht werden. Gefürchtet sind auch die Meningitis sowie die Otitis media, zwei Infektionskrankheiten, die vor allem im Kindesalter auftreten und gravierende Komplikationen nach sich ziehen können, sowie die Sepsis. Bei älteren Personen steht bei Pneumokokken-Erkrankungen hingegen die Pneumonie im Vordergrund. Sie gefährdet Leib und Leben von Menschen in der zweiten Lebenshälfte und das insbesondere, wenn relevante Grunderkrankungen wie etwa eine Koronare Herzerkrankung oder eine chronische Nierenerkrankung vorliegen.

„Pneumokokken sind hinsichtlich Inzidenz, Morbidität und Letalität die bedeutendsten bakteriellen Erreger bei über 50-Jährigen“, heißt es in einer gemeinsamen Stellungnahme von Berufsverbänden und Fachgesellschaften unter Schirmherrschaft des Nationalen Referenzzentrums für Streptokokken (NRZ) in Aachen. Die Inzidenz einer invasiven Pneumokokken-Erkrankung liegt nach Angaben des NRZ in der Gesamtbevölkerung bei größer gleich 15 Fällen

pro 100 000 Einwohnern, bei den über 60-Jährigen jedoch bei größer gleich 50 pro 100 000. Bei den Pneumokokken handelt es sich um grampositive Bakterien der Gattung *Streptococcus*, die zur Ordnung der *Lactobacillales* gehört und von einer Polysaccharidkapsel umgeben sind. Der Aufbau der Kapselpolysaccharide ist entscheidend für den Serotyp und die Antigenität. Die Kapsel ist zudem für die Pathogenität des Erregers verantwortlich und schützt diesen vor der Phagozytose. Antikörper gegen den Erreger treten in aller Regel innerhalb von fünf bis acht Tagen nach der Infektion auf und richten sich gegen Kapselpolysaccharide. Allerdings ist die Immunreaktion B-Zell-abhängig, was erklärt, warum Kinder in den ersten beiden Lebensjahren keine serotypenspezifische Immunität aufbauen und daher besonders gefährdet sind. Morphologisch

handelt es sich bei den Pneumokokken um Diplokokken, weil die Bakterien paarweise angeordnet sind. Erstmals beschrieben wurde der Erreger 1881 parallel, aber unabhängig voneinander, durch Louis Pasteur in Frankreich und Georg Sternberg in den USA.

Krankheitsbild Pneumonie

Pneumokokken sind der wichtigste Erreger der infektiösen bakteriellen Pneumonie. Die Keime zeichnen für 20 bis 40 Prozent der ambulant erworbenen Pneumonien verantwortlich und jährlich gehen hierzulande schätzungsweise 8 000 bis 12 000 Todesfälle als Pneumoniefolge auf das Konto des Erregers. Bei der Hälfte der Betroffenen tritt der Tod trotz adäquater Antibiotikabehandlung



Foto: CC

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

Hohes Fieber ist ein wichtiges Indiz für eine Pneumokokken-Infektion.



Foto: sbarnes/fotolia.com

Über Wochen andauernder Husten und „Schlappheitsgefühl“ sind häufige Symptome.

bereits innerhalb der ersten 48 Stunden ein. Noch gravierender ist das Problem in den Entwicklungsländern. Es wird davon ausgegangen, dass weltweit jährlich rund eine Million Kinder unter fünf Jahren der Pneumokokken-Pneumonie zum Opfer fallen.

Doch Pneumokokken-Erkrankungen sind nicht nur mit einer hohen Mortalität behaftet: Sie bedingen in Deutschland jährlich rund 80 000 bis sogar 135 000 Klinikaufenthalte mit hochgerechnet insgesamt bis fast zwei Millionen Krankenhaustagen, so die Angaben im Positionspapier des NRZ für Streptokokken.

Typische Krankheitssymptome der Pneumonie sind plötzliches, hohes Fieber, Schüttelfrost, Husten, eitriger Auswurf und gegebenenfalls Thoraxschmerzen. Solche Symptome müssen jedoch nicht zwangsläufig auftreten, speziell im höheren Lebensalter ist die Symptomatik der Pneumonie oft weniger charakteristisch: Das hohe Fieber und der Schüttelfrost fehlen nicht selten, dafür leiden die Patienten häufig unter einer Dyspnoe, unter einer Tachykardie und einer Exsikkose. Auch bei Säuglingen macht sich die Infektion oft weniger „klassisch“ bemerkbar. Die Kinder leiden zumeist unter Symptomen eines Atemwegsinfektes sowie unter einer Trinkschwäche. Sie haben Fieber, einen hohen Puls und sind auffallend blass.

Es drohen die Bakteriämie und die Sepsis

Etwa jeder vierte Patient mit Pneumokokken-Pneumonie entwickelt in deren Gefolge eine Bakteriämie mit dem Risiko, dass es zu einem septischen Schock kommt. Die Letalitätsrate liegt bei der Bakteriämie bei älteren Menschen nach Angaben des NRZ bei 30 bis 50 Prozent. Ein dramatischer Verlauf droht insbesondere, wenn nicht rasch effektiv interveniert wird. Es gilt daher das „Hit hard, hit early“-Prinzip, was bedeutet, dass ohne zu zögern sofort eine potente Antibiotika-Behandlung eingeleitet werden muss entsprechend den von der Paul-Ehrlich-Gesellschaft erarbeiteten Therapiekriterien.

Liegt bereits eine Sepsis vor, so müssen außerdem Blutkulturen angelegt werden zur Keimbestimmung und zur Empfindlichkeitsprüfung hinsichtlich der antibiotischen Behandlung.

Otitis media

An der ebenfalls durch Pneumokokken bedingten Otitis media erkranken jährlich hierzulande rund 300 000 bis 600 000 Kinder unter sechs Jahren, wobei die Mittelohrentzündung in einigen Fällen mehrfach rezidiert. Bis zum Alter von sieben Jahren haben rund 80 Prozent aller Kinder mindestens eine Otitis media durchlebt. Die Infektion tritt meist einseitig auf, die Kinder haben Fieber und klagen über starke Ohrenschmerzen. Die Behandlung erfolgt durch Antibiotika und im Fall eines Paukenergusses kann die Einlage eines Paukenröhrchens notwendig werden.

Gefürchtet ist die Otitis media wegen der hohen Komplikationsgefahr bis hin zu direkt fortgeleiteten Infektionen wie etwa einer Meningitis.

Sinusitis

Neben der Otitis media kann sich auch eine Sinusitis ausbilden, wobei der Erkrankung oftmals ein Sekretstau vorangeht. Die Betroffenen – oft sind es Kleinkinder und sogar Säuglinge – weisen eine anhaltende Rhinitis

auf, eventuell auch Husten, Fieber und sie klagen über Kopfschmerzen, die Nasennebenhöhlen sind vereitert.

Meningitis

Als Erkrankung ist die Meningitis besonders gefürchtet, wobei Pneumokokken nach den Meningokokken die zweithäufigste Ursache der bakteriellen Meningitis darstellen. Die Erkrankung tritt bei Kindern oft im Gefolge einer Infektion der oberen Atemwege auf. Die Symptomatik ist abhängig vom Lebens-



Foto: DAK

Wird eine Grippe nicht vollständig auskuriert, droht eine Lungenentzündung.

alter der Kinder: Kinder unter einem Jahr sind unruhig oder auch apathisch, verweigern die Nahrungsaufnahme und es kann zu Krampfanfällen kommen. Bei Kindern, die älter als ein Jahr sind, tritt als charakteristisches Symptom einer Meningitis in aller Regel Nackensteifheit auf. Die Kinder klagen über Kopfschmerzen und reagieren möglicherweise mit Bewusstlosigkeit. Es kann zu erheblichen neurologischen Folgeschäden kommen wie einem Hörverlust, Lähmungen oder dem Auftreten einer Epilepsie. Beschrieben sind ferner Entwicklungsverzögerungen, vor allem eine psychomotorische Retardierung und in seltenen Fällen persistierende Hirnnervenausfälle sowie ein psychoorganisches Syndrom und ein Hydrocephalus. Die Letalität der Infektionskrankheit liegt bei etwa sieben bis acht Prozent und rund 20 Prozent der erkrankten

Kinder behalten bleibende neurologische Defizite von der Infektion zurück. Daher ist eine rasche, wirksame intensivmedizinische Behandlung der Kinder wichtig.

Endogene Infektion

Infektionen mit *Streptococcus pneumoniae* kommen praktisch nur beim Menschen und bei einigen wenigen Säugetieren vor. Die Erreger werden per Tröpfcheninfektion übertragen und besiedeln den Respirationstrakt, wobei bei Kindern eigentlich regelhaft eine Kolonisation der Nasen-Rachen-Schleimhäute mit Pneumokokken nachzuweisen ist. Seltener ist eine Keimbeseidlung dagegen bei Erwachsenen ohne Kontakt zu Kleinkindern.

Die Besiedlung mit den Bakterien bleibt normalerweise symptomlos. Zur manifesten Infektion kommt es als endogene Infektion vom Oropharynx ausgehend. Diese Gefahr besteht bei Störungen der lokalen oder der systemischen Abwehr zum Beispiel infolge einer vorangegangenen Virusinfektion oder bei abnehmender Immunkompetenz im Alter, möglicherweise forciert durch eine relevante Grunderkrankung oder durch eine bestehende Multimorbidität.

Erfolgreiche Behandlung der Infektion

Die Behandlung der Pneumokokken-Erkrankung erfolgt mittels Antibiotika, wobei vor allem den Penicillinen eine zentrale Rolle zukommt. Genutzt werden primär Aminopenicilline, da diese auch gegen *Hämophilus influenzae* und damit gegen einen weiteren weit verbreiteten Erreger wirksam sind. Allerdings sind Penicilline nicht liquorgängig, so dass bei der Meningitis auf andere Antibiotika wie die Cephalosporine zurückgegriffen werden muss.

Eine besondere Situation besteht bei einer Infektion mit einem penicillinresistenten Stamm, wobei die Penicillin-Resistenzen in verschiedenen europäischen Ländern deutlich zunehmen. So werden aus Spanien, Frankreich, Griechenland und Südosteuropa

bereits Resistenzraten von 30 Prozent gegenüber Penicillin berichtet. Die Resistenzlage ist in diesen Ländern zum Teil als dramatisch anzusehen, heißt es im Positionspapier des NRZ für Streptokokken. In Deutschland wird von einer deutlich günstigeren Resistenzrate von neun Prozent ausgegangen.

Im Falle einer verminderten Penicillin-Empfindlichkeit oder einer manifesten Penicillin-Resistenz kann statt mit einem Penicillin mit einem Cephalosporin behandelt werden und bei Erwachsenen mit einem Chinolon, bei Kindern dagegen auch mit Rifampicin oder Vancomycin.

Impfung

Mit der Pneumokokken-Impfung gibt es eine effektive Schutzmöglichkeit hinsichtlich der Pneumokokken-Erkrankung. Die ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfiehlt die Pneumokokken-Impfung als Standardimpfung bei Säuglingen und Kleinkindern zwischen dem 2. und dem 23. Lebensmonat. Die Impfung der Kinder soll zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen und am besten zeitgleich mit den anderen Impfungen im Säuglingsalter. Es wird hierzulande von der STIKO außerdem allen Menschen jenseits des 60. Lebensjahres zur Impfung geraten. Da bereits bei den über 50-jährigen eine deutliche Zunahme invasiver Pneumokokken-Erkrankungen festzustellen ist, wird in den USA allerdings zurzeit eine Erweiterung der Impf-

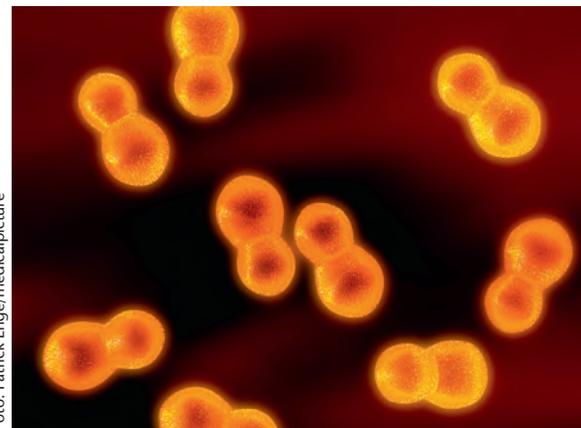


Foto: Patrick Enge/medicalpicture

Pneumokokken finden sich auch in der Zahnplaque.

Repetitorium



Aus Sicht der Zahnmedizin

Beatmungsassoziierte Pneumonien

Auf der Intensivstation wird die Prognose eines maschinell beatmeten Patienten vor allem von der eigentlichen Erkrankung sowie von dem Ansprechen auf die jeweilige Therapie bestimmt. Allerdings kann auch die Beatmung an sich ernsthafte Probleme verursachen. Hierbei sind vor allem infektiöse Komplikationen, insbesondere Pneumonien, zu nennen. Die Intubation erhöht das Pneumonierisiko um den Faktor 20. Beatmungsinduzierte Pneumonien (VAP), die bei bis zu 15 Prozent aller beatmeten Patienten vorkommen und somit die häufigste nosokomiale Infektion auf Intensivstationen sind, können die Sterblichkeit um bis zu 14 Prozent steigern.

Pneumonien assoziiert mit oralen Mikroorganismen

Plaque stellt eine hoch-komplexe Masse aus aeroben, anaeroben und fadenförmigen Mikroorganismen an den Oberflächen der Zähne und des umgebenden Weichgewebes dar. Pneumokokken sind hier bei nahezu jedem zweiten Menschen nachweisbar. Zu Infektionen führen diese aber in der Regel erst im Rahmen weiterer Infektionen (wie Viren) oder Risikofaktoren. Studien der letzten Jahrzehnte lassen Rückschlüsse des bedeutenden Einflusses der oropharyngealen Flora auf den Heilungsverlauf respiratorischer Infektionen zu. Bei der VAP scheint die oropharyngeale Kolonisation einen zentralen ätiologischen Faktor darzustellen. Dies wird dadurch erklärt, dass die besagten Bakterien durch den Speichel in den subglottischen Bereich transportiert werden. Hier kann es nach Ansammlung zur Aspiration durch kleine Spalten zwischen Trachealgewebe und der Plastikoberfläche der geblockten Endotrachealtubus kommen. Dies betrifft insbesondere Menschen mit Schluckstörungen und reduzierter Lungenbelüftung zum Beispiel im Rahmen einer Langzeitpflege. Eine mögliche Folgeerscheinung neben der Aspirationspneumonie ist die Pneumokokkeninfektion. Gerade bei den älteren Patienten ist der Verlauf der Infektion nicht so akut und kann leichter übersehen werden.

Schlussfolgerung

Auf Intensivstationen stellt die effiziente Mundpflege oftmals ein schwieriges Unterfangen dar, ein Zähneputzen der beatmeten Patienten gehört nicht überall zur Routine. In interventionellen Studien konnte teilweise gezeigt werden, dass Risiko und Inzidenz der VAP durch Reduktion der bakteriellen Kolonisation der oralen Kavität (Zähne, aber auch des subglottischen Bereichs) gesenkt werden. Somit stellt auf der Intensivstation insbesondere bei beatmeten Patienten die Aufrechterhaltung einer guten oralen Hygiene – auch durch alleinige Applikation von 0,12- oder 2-prozentigem Chlor-hexidin – eine wichtige Intervention dar. In gleicher Weise sollte dies aber auch für spontan atmende Patienten gelten.

Zur Impfung als weiterer Möglichkeit zur Prophylaxe sollte laut STIKO zusätzlich zu Kindern (vom zweiten Lebensmonat bis zweiten Lebensjahr) und Älteren (über 60 Jahre) insbesondere Patienten mit folgenden Grunderkrankungen geraten werden:

- chronische Erkrankungen der Lunge (einschließlich Asthma und COPD) und des Herzkreislauf-Systems
- chronische Leber- oder Nierenerkrankungen
- Diabetes mellitus und andere Stoffwechselerkrankungen
- Krankheiten der blutbildenden Organe
- angeborene oder erworbene Defekte des Immunsystems
- Patienten mit funktionsuntüchtiger oder fehlender Milz
- vor Beginn einer immunsuppressiven Therapie oder vor einer Organtransplantation
- Patienten mit neoplastischen Erkrankungen
- bei Krebserkrankungen
- bei HIV-Infektionen
- nach Knochenmarkstransplantation.

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

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

empfehlung auf alle Personen ab dem 50. Lebensjahr diskutiert.

Bei Risikopersonen werden außerdem Wiederholungsimpfungen alle fünf Jahre bei Erwachsenen und alle drei Jahre bei Kindern empfohlen. Zu den Risikopersonen gehören all jene mit angeborenem oder erworbenem Immundefekt sowie Patienten mit chronischer Nierenerkrankung.

Geimpft werden sollten als Indikationsimpfung ferner immungeschwächte Personen und Menschen, die an einer chronischen Erkrankung leiden wie etwa einer koronaren Herzkrankheit, einer chronischen Lungenerkrankung wie einem Asthma oder einer COPD sowie Personen mit einer chronischen Leber- oder Nierenerkrankung. Dies liegt nach Angaben des NRZ nicht nur an



Foto: DAK/Stock

Die Pneumokokken-Impfung ist besonders für immungeschwächte Patienten sinnvoll.

der Gefährdung durch die Pneumokokken-Erkrankung, sondern auch daran, dass diese das Grundleiden deutlich verschlechtern kann.

Auch bei Vorliegen eines Diabetes oder einer anderen Stoffwechselerkrankung, bei Erkrankungen der blutbildenden Organe sowie bei Tumorpatienten und solchen mit HIV, bei Patienten nach Knochenmarktransplantation oder solchen mit immunsuppressiver Behandlung nach einer Organtransplantation wird eindringlich zur Pneumokokken-Impfung geraten. Besonders wichtig ist laut NRZ die Impfung von Menschen mit funktionsuntüchtiger oder fehlender

Milz, da die Milz eine wichtige Rolle bei der Abwehr von Pneumokokken spielt: Sie eliminiert primär die im Blut vorkommenden Pneumokokken, was erklärt, warum bei Menschen mit fehlender Milz im Falle einer Pneumokokken-Erkrankung von einer Letalitätssrate von bis zu 50 Prozent auszugehen ist.

In den USA rät die Impfkommision darüber hinaus in ihren aktuellen Empfehlungen zur Impfung von Rauchern, nachdem sich gezeigt hat, dass Raucher gegenüber Nicht-Rauchern ein rund vierfach erhöhtes Risiko für eine Pneumokokken-Erkrankung aufweisen.

Eingesetzt wird ein Polysaccharid-Impfstoff, der 23 Pneumokokken-Serotypen umfasst. Allerdings ist dieser Impfstoff erst ab dem zweiten Lebensjahr zugelassen, da vorher mit dem Vakzin keine ausreichende Immunantwort zu erzielen ist. Bei Kindern erfolgt die Impfung daher mit einem Konjugat-Impfstoff, der sieben Pneumokokken-Serotypen abdeckt. Geimpft werden die Kinder meist zeitgleich mit der Kombinationsimpfung gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Haemophilus influenzae Typ b, Poliomyelitis und Hepatitis B.

Als potenzielle Nebenwirkungen und Komplikationen der Impfung ist mit Rötungen, Schwellungen und Schmerzen im Bereich der Injektionsstelle zu rechnen. Nicht selten kommt es zudem als Impfreaktion zu einem Temperaturanstieg – und das bei Kindern durchaus bis zu mehr als 39 Grad Celsius. Als weitere Reaktionen auf die Impfung können Müdigkeit und Abgeschlagenheit auftreten, Reizbarkeit, unruhiger Schlaf, verminderter Appetit und sogar Erbrechen und Diarrhoen. Die Reaktionen sind in aller Regel vorübergehender Natur. Allerdings sind auch allergische Reaktionen wie eine Urtikaria zu beobachten und in seltenen Fällen ist eine Thrombozytopenie beschrieben worden.

Rückgang invasiver Pneumokokkeninfektionen

Die beiden Impfstoffe bieten keinen hundertprozentigen Schutz gegenüber einer Pneumokokken-Infektion, da sie nicht

gegen alle der insgesamt 80 bekannten Serotypen wirksam sind. Andererseits schützen sie gegen die wichtigsten Vertreter der Pneumokokken, welche für rund 80 Prozent der Infektionen verantwortlich sind. Studien in den USA belegen dabei, dass die Rate invasiver Pneumokokken-Erkrankungen nach Einführung der Pneumokokken-Impfung bei den Kindern erheblich zurückgegangen ist.

Auch aus anderen Ländern gibt es Befunde, die für die Pneumokokken-Impfung von Kindern sprechen. So ist in Finnland nach Einführung der Impfung die Rate der Otitis media, bei der ein Paukenröhrchen gelegt werden muss, um knapp 40 Prozent zurückgegangen. Eine aktuelle Studie aus England hat jüngst belegt, dass seit Einführung der Pneumokokken-Impfung bei Säuglingen die Rate an Klinikeinweisungen von Kindern mit bakterieller Pneumonie um rund 19 Prozent rückläufig ist. Die Rate gefährlicher Empyeme sank im gleichen Zeitraum um 22 Prozent.

Schutzpotenzial wird nicht ausgeschöpft

Obwohl die Impfung gut verträglich ist, sind bislang den Schätzungen zufolge allerdings nur rund 20 Prozent der Menschen, bei denen eine klare Indikation zur Impfung besteht, tatsächlich auch geimpft. Dabei könnten theoretisch durch eine konsequente Umsetzung der Impfeempfehlungen rund 30 bis 40 Prozent der schweren Pneumonien und dadurch 80 000 bis 135 000 Klinikaufenthalte jährlich verhindert werden. Die Impfung kann außerdem dazu beitragen, dass das Risiko der Entwicklung bakterieller Resistenzen gegen Antibiotika deutlich minimiert wird.

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

Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln

Pädiatrie fordert Leitlinien

Schlaganfall bei Kindern

Eine intensivere Erforschung der Zusammenhänge und vor allem klare Leitlinien für die Diagnostik und Therapie fordern schwedische Wissenschaftler zum Thema „Schlaganfall bei Kindern“. Eine solche neurologische Komplikation ist bei Heranwachsenden zwar selten, stellt aber eine massive Bedrohung dar und beeinträchtigt den Alltag der Kinder, die das Ereignis überleben, erheblich.

Das Thema „Schlaganfall“ hat in den vergangenen Jahren zunehmend Beachtung erfahren – allerdings vor allem in der Erwachsenenmedizin. Denn der Schlaganfall gilt praktisch als eine Alterserkrankung. Er ist im Kindesalter selten, was wohl der Grund dafür sein dürfte, dass es bislang keine Leitlinien für die Diagnostik und Therapie des Schlaganfalls im Kindesalter gibt. Dieses Manko haben schwedische Mediziner jüngst in der Zeitschrift *Acta Paediatrica* angeprangert.

Dort berichten Dr. Sten Christerson und sein Kollege Dr. Bo Stromberg vom Centre for Rehabilitation Research und vom Universitätskrankenhaus Örebro, dass zudem Schlaganfälle im Kindesalter recht variabel verlaufen, was die konkrete Untersuchung erheblich erschwert. „Definiert ist der Apoplex im Kindesalter als ein zerebrovaskuläres Ereignis, das zwischen dem 28. Geburtstag und 18 Jahren auftritt“, erklärte Autor Christerson. Studien in Europa und den Vereinigten Staaten belegen nach seinen Angaben, dass pro Jahr zwischen 2,1 und 13 Kinder/100 000 betroffen sind.

Die beiden schwedischen Wissenschaftler haben im Rahmen einer eigenen Untersuchung die Situation bei 51 Kindern – 23 Jungen und 28 Mädchen – aus der Region Uppsala/Örebro, die in den vergangenen sieben Jahren einen Schlaganfall erlitten hatten, analysiert. Vier Kinder waren infolge des Schlaganfalls verstorben, die übrigen Kinder konnten bis zu rund acht Jahre nachverfolgt werden. Dabei zeigte sich, dass mehr als jedes zweite betroffene Kind einen arteriellen ischämi-



Auch kleine Kinder können einen Apoplex erleiden. Bei vielen jedoch wird die Diagnose zu spät gestellt und damit ist eine Lysetherapie oft nicht mehr möglich.

Foto: Image Source-DocStock

schen Schlaganfall erlitten hatte und 41 Prozent einen nicht-traumatischen hämorrhagischen Schlaganfall, so heißt es in einem Bericht der Zeitschrift „Monatsschrift Kinderheilkunde“.

Die betroffenen Kinder waren im Mittel 13 Jahre alt und etwa ein Drittel von ihnen litt vor dem Ereignis an einer chronischen Erkrankung, ein weiteres Drittel wies eine vasculäre Malformation auf. Bei den übrigen Kindern war dem Apoplex eine akute Infektion wie zum Beispiel eine Windpocken-erkrankung vorangegangen, eine Anämie oder ein Trauma im Halsbereich. Außerdem hatten sechs der betroffenen Mädchen orale Kontrazeptiva eingenommen, wobei drei von ihnen rauchten und bei zweien eine Eisenmangelanämie bestand.

Lediglich bei 31 Prozent der Kinder wurde die Diagnose „Schlaganfall“ innerhalb von sechs Stunden gestellt. Es zeigten sich zu-

dem hinsichtlich der Diagnostik wie auch der anschließenden Therapie deutliche Unterschiede, berichten die schwedischen Wissenschaftler. Sie fordern daher klare Leitlinien zur Diagnostik und Therapie des Schlaganfalls im Kindesalter, um so letztlich die Gefährdung der Betroffenen wie auch spätere Behinderungen möglichst zu minimieren. „Ein Schlaganfall ist ein ernster Zustand, der beachtliche gesundheitliche Langzeitfolgen hat und ernste funktionelle Einschränkungen nach sich zieht“, gab Christerson zu bedenken.

Auch dies belegt die aktuelle Untersuchung: 85 Prozent der Kinder waren nach dem Ereignis in ihrem Leben deutlich beeinträchtigt, 65 Prozent davon durch neurologische Folgeprobleme, wobei bei 15 Prozent eine schwere Behinderung bestand. Am häufigsten war dabei mit 43 Prozent eine halbseitige Lähmung. Davon abgesehen kam es bei

64 Prozent der Kinder nach dem Apoplex zu einem Abfall der schulischen Leistungen, wobei die Veränderung bei 17 Prozent als gravierend beurteilt wurde.

Die Untersuchung hatte ein weiteres Ergebnis: Die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen war nach dem Schlaganfall signifikant niedriger als bei ihren Altersgenossen. Mehr als die Hälfte der Eltern berichteten, dass ihre Kinder Schwierigkeiten bei alltäglichen Aufgaben hätten oder diese teilweise gar nicht ausführen könnten. Dies betraf die Bereiche Lernen, Kommunikation, Mobilität, Körperpflege, Interaktionen mit anderen Menschen und Familienleben.

*Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln*

10. Symposium für Zahnärztliche Schlafmedizin

Endlich raus aus den Kinderschuhen

Eingebettet in die 18. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) unter der Tagungsleitung von Prof. Dr. med. Svenja Happe, Bremen, Prof. Dr. Heidi Danker-Hoppe, Bremen, Berlin sowie Prof. Dr. Sylvia Kotterba, Westerstede, fand am 8. und 9. Oktober 2010 im Congress Centrum Bremen das 10. Symposium der Deutschen Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin statt. Das Fachgebiet hat sich inzwischen etabliert.



Prof. Colin Sullivan zeigt seinen ersten Patienten mit CPAP-Überdruckbeatmung vor 30 Jahren.

Verleihung des 6. Meier-Ewert-Preises:
v.l.: Dr. Hans-Georg Blanck,
Dr. Susanne Schwarting,
Prof. Sullivan, Dr. Dr. Jörg Schlieper,
Dr. Markus Heise.
Es fehlt Dr. Ulrich Hübers.



Prof. Dr. med. Geert Mayer, Schwalmstadt-Treysa, Präsident der DGSM, würdigte in seinem Grußwort zur Eröffnung des Jubiläumssymposiums die Entwicklung der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Schlafmedizin (DGZS), die mit zur Zeit über 800 Mitgliedern die nach der DGSM zweitgrößte schlafmedizinisch aktive deutsche Fachgesellschaft darstellt. Nicht nur das DGSM-Kongresssthema „Schlafmedizin interdisziplinär“, sondern auch die stete Mitwirkung am fachübergreifenden Austausch mit anderen medizinischen Disziplinen in der Behandlung schlafbezogener Atemstörungen offenbart das Zusammenwachsen der einzelnen Fachrichtungen und den speziell seit Veröffentlichung der S3-Leitlinie [Nicht erholsamer Schlaf / Schlafstörungen der DGSM (Somnologie 13, Suppl. 1, 2009)] fest etablierten Platz der Gesellschaft in der Schlafmedizin.

PD Dr. Anette Fransson, Universität Örebro, Schweden, Präsidentin der European Academy of Dental Sleep Medicine (EADSM,

www.eadsm.org), stellte die Ziele der noch jungen Europäischen Dachgesellschaft zur Förderung des interdisziplinären wissenschaftlichen Austausches und der Qualifikation in der zahnärztlichen Mitbehandlung schlafbezogener Atemstörungen vor. Gemäß dem Vorbild der American Academy of Dental Sleep Medicine (AADSM, www.aadsm.org) strebt die EADSM an, zu einer Plattform insbesondere zur Förderung des interdisziplinären wissenschaftlichen Austausches und der Qualifikation in der zahnärztlichen Mitbehandlung schlafbezogener Atemstörungen aufzusteigen.

Der Hauptvortrag, gehalten von Prof. Colin Sullivan, Medical School der Universität Sydney, Australien, präsentierte eine Zeitreise von den ersten therapeutischen Versuchen mit der nächtlichen Überdruckbeatmung vor dreißig Jahren bis zum heutigen Therapiestandard. Interessant waren die Ausblicke des international bekannten Schlafmediziners in aktuelle wissenschaftliche Fragestellungen zum

nicht erholsamen Schlaf und dessen Auswirkungen bei Kindern sowie bei Schwangeren. Hier sind insbesondere die Zusammenhänge zwischen Schnarchen und Hypertonie beziehungsweise Praeeklampsie zu nennen. Auch stellte er die Entwicklung von einfach zugänglichen Schlafapnoe-Screeningmöglichkeiten für große Populationen vor.

Weiterhin stellte Prof. Sullivan die aufstrebende Bedeutung der Zahnärztlichen Schlafmedizin in der Therapie schlafbezogener Atemstörungen dar. Im Anschluss an seinen Vortrag wurde

der Referent als nunmehr 6. Preisträger mit dem Meier-Ewert-Preis der DGZS geehrt.

PD Dr. Friedhart Raschke, Norderney, referierte über gesundheitsökonomische Aspekte der Schlafapnoe und verglich in Hochrechnungen die volkswirtschaftlichen Kosten behandelter mit unbehauelter Schlafapnoe. Die Auswertung seiner Daten ergab eindeutig, dass jeder behandelte Fall – unabhängig vom Ausmaß entstandener Kosten – wirtschaftlich günstiger ist, man mit der Behandlung schlafbezogener Atemstörungen (SBAS) also unter dem Strich Geld einspart.

Prof. Dr. Martin Konermann, Kassel, diskutierte in seinen Ausführungen die Definition von Behandlungserfolg bei Schlafapnoe und Rechtsanwalt Dr. Ingo Fromm, Koblenz, erläuterte die rechtlichen Konsequenzen für Patient und Behandler bei einer untherapierten Schlafapnoe. Von besonderem Interesse ist hier sicherlich der möglicherweise entstehende Konflikt bei der Beurteilung der Fahrtüchtigkeit von Berufskraftfah-

ren mit SBAS unter Einbeziehung der Folgen für den Betroffenen. Diese wären zum Beispiel eine erhöhte Unfallgefahr, Risiken und Unfallfolgen für andere sowie unter Umständen eine existenzielle Bedrohung für den Betroffenen bei Verlust des Arbeitsplatzes.

Es geht nicht ohne Interdisziplinarität

Die Mittagspause nutzten die Teilnehmer zum regen Informationsaustausch untereinander und zum Besuch der Industrieausstellung, wo verschiedene Systeme von Protrusionsschienen und Schlafapnoe-Screeninggeräte gezeigt wurden.

Der Nachmittagsabschnitt wurde von Prof. Dr. Svenja Happe, Bremen, mit einer Vorlesung über die Assoziation von schlafbezogenen Atmungsstörungen und Bewegungen eingeleitet.

Es folgte ein sehr interessanter dreiteiliger Vortrag zur Schienentherapie unter der Überschrift „neue Technologien, Entwicklungen, Fehlentwicklungen“. Der Zahnmediziner Dr. Marc Lefèvre, London, präsentierte im ersten Teil als neue Technologie das von Laboratoires Narval (seit Oktober 2009 zu ResMed gehörend) computergestützt (CAD/CAM) gefertigte O.R.M.-Gerät. Gleichzeitig stellte er den Algorithmus einer Versorgung mit Unterkieferprotrusionsschienen in Frankreich dar und erläuterte die bereits eingeführte Kostenerstattung für Protrusionsschienen in Frankreich. Kennzeichnend ist hier die Tatsache, dass ein Patient zwar mit einer Schiene versorgt werden kann, aber mit dem O.R.M. nur ein Therapiegerät für alle Patienten, unabhängig von anatomischen Besonderheiten, zur Verfügung steht.

Dr. Markus Heise, Herne, zeigte im Teil „Entwicklungen“ den Weg der IST-Geräte vom ISTclassic® über das ISTplus® zum ISTclassic neu® auf. Neben der Entwicklung der LAMItec®-Tiefziehtechnik zeigte der Referent die Veränderungen der Gerätemechanik vom auf Druck arbeitenden Herner Führungsteleskop über die interokklusale Verbindungsstege bis hin zu den vestibulären Verbindungsstegen auf. Beide letzt-

genannten Geräte arbeiten auf Zug und verhindern die Dorsalrotation des Unterkiefers bei Mundöffnung, wirken somit einer Verkleinerung des posterioren Luftraumes im Rachenbereich entgegen.

Last but not least demonstrierte Dr. Susanne Schwarting, Kiel, 1. Vorsitzende der DGZS, Fehlentwicklungen in der Schienentherapie. Hier ging sie insbesondere auf frei käufliche „over the counter-Produkte“ beziehungsweise sogenannte konfektionierte „boil & bite-Schienen“ ein. Sie zeigte in anschaulichen Kasustiken negative Folgen und ineffektive Behandlung bei der Anwendung solcher Produkte, wenn sie vom Patienten nach Kauf im Internet selbst oder von nicht fachgerecht ausgebildeten Behandlern eingesetzt werden.

Direkt im Anschluss stellte Prof. Marc Braem, Antwerpen, Ergebnisse aus seiner neuesten Studie „In-vitro Retention of a Custom-made versus a Thermoplastic Mandibular Advancement Device“ vor. Er bestätigte so noch einmal die Aussagen der Vanderveken-Studie aus dem Jahre 2007.

Es konnte erneut eindrucksvoll gezeigt werden, dass eine individuell nach Abdrücken im zahntechnischen Labor gefertigte Protrusionsschiene unter in vitro Bedingungen eine deutlich bessere Haftung auf den Kiefermodellen zeigt, als eine boil & bite Schiene dieses leisten kann, selbst wenn letztere von zahnärztlichem Fachpersonal angefertigt wird.



Adjustierbare TAP-Unterkieferprotrusionsschiene



Adjustierbare Unterkieferprotrusionsschiene

Foto: SomnoDent

Abschließend präsentierte PD Dr. med. Ludger Grote, Vorsitzender der schwedischen Schlafmedizingesellschaft, Göteborg, die eindrucksvolle Europäische Schlafapnoe-Datenbank ESADA. Der mittlerweile zur Verfügung stehende Datensatz von über 5 000 Patienten aus 14 europäischen Schlafmedizinzentren ist eine bedeutende Hilfe bei der Erforschung und Therapie der SBAS und den sich aus ihnen ergebenden gesundheitlichen Folgen für den Einzelnen aber auch daraus resultierenden sozioökonomischen Konsequenzen.

Im Rückblick auf die Tagung wurde die immense Bedeutung einer interdisziplinären Zusammenarbeit unter dem Aspekt eines qualifizierten fachübergreifenden Dialoges deutlich. In ihren abschließenden Worten ermutigte Dr. Schwarting alle Mitglieder, die DGZS-Zertifizierung zum schlafmedizinisch fortgebildeten Zahnmediziner und damit qualifizierten Partner der ärztlichen Kollegen zu absolvieren.

Dr. med. dent. Alexander Meyer
Friedrich-Ebert-Str. 21
42719 Solingen

Deutsche Gesellschaft
Zahnärztliche Schlafmedizin
Alte Jakobstr. 77
10179 Berlin
www.dgzs.de

Foto: Scheu-Dental



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Bremen	S. 66	Halitosis	LZK Rheinland-Pfalz	S. 68
	LZK Sachsen	S. 69	Homöopathie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 66
	ZBV Unterfranken	S. 70	Hygiene	ZÄK Bremen	S. 66
Akupunktur	KZV Baden-Württemberg	S. 65		LZK Rheinland-Pfalz	S. 68
	ZÄK Hamburg	S. 67	Hypnose	KZV Baden-Württemberg	S. 65
Allgemeine ZHK	KZV Baden-Württemberg	S. 65		DGZH	S. 74
	Universität Bern	S. 73	Implantologie	ZÄK Hamburg	S. 67
Arbeitssicherheit	LZK Rheinland-Pfalz	S. 68		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 70
	ZBV Unterfranken	S. 70	Kieferorthopädie	DGI	S. 73
Arzneimittel	ZÄK Bremen	S. 67		LZK Sachsen	S. 69
Bildgebende Verfahren	ZÄK Bremen	S. 67	Kinderzahnheilkunde	ZBV Unterfranken	S. 70
	ZÄK Hamburg	S. 67		LZK Berlin/Brandenburg	S. 66
	ZBV Unterfranken	S. 70		ZÄK Hamburg	S. 67
	RWTH Aachen	S. 73	Kommunikation	DGK	S. 73
Chirurgie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 66		LZK Berlin/Brandenburg	S. 66
	LZK Rheinland-Pfalz	S. 68	Notfallmedizin	ZÄK Bremen	S. 67
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 70	Parodontologie	ZÄK Niedersachsen	S. 68
Funktionslehre	LZK Berlin/Brandenburg	S. 66		ZÄK Bremen	S. 67
	ZÄK Bremen	S. 66		ZÄK Hamburg	S. 67
Ganzheitliche ZHK	KZV Baden-Württemberg	S. 65		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 70
				TU Dresden	S. 73
				DGP	S. 74
				KZV Baden-Württemberg	S. 65
			Prophylaxe	ZÄK Bremen	S. 66
				ZBV Unterfranken	S. 70
			Prothetik	LZK Sachsen	S. 69
				ZÄK Westfalen-Lippe	S. 70
			Psychologie	ZBV Unterfranken	S. 69
			Qualitätsmanagement	LZK Rheinland-Pfalz	S. 68
				ZBV Unterfranken	S. 69
			ZFA	KZV Baden-Württemberg	S. 65

Fortbildung der Zahnärztekammern Seite 65

Kongresse Seite 71

Hochschulen Seite 73

Wissenschaftliche Gesellschaften Seite 73

Freie Anbieter Seite 74

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

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

Fachgebiet: Prophylaxe
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
Kursgebühr: 195 EUR
Kurs-Nr.: 11/403

Fachgebiet: Ganzheitliche ZHK
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
Kursgebühr: ZA 730 EUR, ZFA, MA 700 EUR
Kurs-Nr.: 11/304

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

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

Fachgebiet: Praxismanagement
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
Kursgebühr: 444 EUR
Kurs-Nr.: 10/602E

Fachgebiet: Akupunktur
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
Kursgebühr: 525 EUR
Kurs-Nr.: 11/104

Auskunft und 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 Regionalstelle Stuttgart

Fachgebiet: Hypnose
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.: STRKHZ111

Fachgebiet: Hypnose
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

Fachgebiet: Hypnose
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
Kursgebühr: 490 EUR, 460 EUR für DGZH-Mitglieder

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Allergien reduzieren mit Hypnose
Referent: Eberhard Brunier
Termin: 18.03.2011: 14.00 – 20.00 Uhr
 19.03.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Stuttgart, Esslinger Str. 40
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: STRMAK110
Kursgebühr: 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
Fachgebiet: ZFA/Kons. ZHK
Thema: Zahnerhaltung und Patientenbetreuung im Team
Organisation: Dr. Peter Riedel
Termin: 06.05.2011
Ort: Schluchsee
Anmeldung:
 Frau Sabine Häring
 Tel. 0761/4506352
 Fax 0761/4506450
 sabine.haering@bzk-freiburg.de

36. Schwarzwaldtagung der südbadischen Zahnärzte
Fachgebiet: Konservierende ZHK
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

Fachgebiet: Zahnerhaltung
Thema: Der schwierige Kanal
 Klinisch bewährte Techniken in der Endodontie für die tägliche Praxis
Referent:
 Dr. Christoph Huhn, Dessau
Termin:
 25.02.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 26.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 6 + 8 + 1
Kurs-Nr.: 4046.1
Kursgebühr: 375 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Zahntrauma – kompakt aktuell – effektiv – praxisbezogen
Referent:
 Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel
Termin:
 25.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 0601.2
Kursgebühr: 285 EUR

Fachgebiet: Kommunikation
Thema: Update Team 2011:
 Das „Winning Team“ in der Zahnarztpraxis
Referent: Dipl. oec. troph.
 Susanne Wendel, München
Termin:
 26.02.2011: 09.00 – 15.30 Uhr
Ort: Berlin
Kurs-Nr.: 4550.1
Kursgebühr: 55,00 EUR

Fachgebiet: Kinder-ZHK
Thema: Curriculum Kinder- und Jugendzahnmedizin
Moderator: Prof. Dr. Christian H. Splieth, Greifswald
Termine:
 04.03.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 05.03.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
 insgesamt 10 Veranstaltungstage
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 80
Kurs-Nr.: 4020.5
Kursgebühr: 29 775,00 EUR
 Frühbucherrabatt möglich

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Strukturierte Fortbildung:
 CMD – interdisziplinär – Ganzheitliche Funktionsdiagnostik und -therapie
Moderatorin:
 Dr. Andrea Diehl, Berlin
Termine:
 18.03.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 19.03.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
 insgesamt 10 Veranstaltungstage
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 75
Kurs-Nr.: 6070.0
Kursgebühr: 2 110 EUR
 Frühbucherrabatt möglich

Fachgebiet: Zahnerhaltung
Thema: Direkte Ästhetik mit Kompositfüllungen – Intensiver Hands-on Kurs
Referent:
 ZA Wolfgang M. Boer, Euskirchen
Termin:
 18.03.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 19.03.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 6 + 8 + 2
Kurs-Nr.: 4016.6
Kursgebühr: 545,00 EUR

Fachgebiet: Homöopathie
Thema: Strukturierte Fortbildung:
 Homöopathie für Zahnärzte
Moderatorin:
 Dr. Andrea Diehl, Berlin
Termine:
 01.04.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 02.04.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
 insgesamt 8 Veranstaltungstage

Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 60
Kurs-Nr.: 6055.0
Kursgebühr: 1 750 EUR
 Frühbucherrabatt möglich

Fachgebiet: Zahnerhaltung
Thema: Update Zahnheilkunde 2011
Referenten: Dr. Wolfgang Bengel, Heiligenberg, Dr. Sebastian Hahnel, Regensburg, PD OA Dr. Jörg Neugebauer, Köln
Termin:
 17.09.2011: 09.00 – 15.30 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 4508.0
Kursgebühr: 75 EUR

Auskunft und Anmeldung:
 Philipp-Pfaff-Institut Berlin
 Alßmannshuserstraße 4-6
 14197 Berlin
 Tel.: 030/4147250
 Fax: 030/4148967
 info@pfaff-berlin.de
 www.pfaff-berlin.de

ZÄK Bremen



Fortbildungsveranstaltungen

Fachbereich: Prophylaxe
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 EUR

Fachbereich: Abrechnung
Thema: GOZ Teil I
Referentin: Alma Ott
Termin:
 09.02.2011: 13.00 – 19.00 Uhr
 Teil II: 09.03.2011
Ort: Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 11033
Gebühr: 135,00 EUR

Fachbereich: Praxismanagement
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

Fachbereich: Funktionslehre
Thema: Wellness für die Kiefermuskulatur – Tiefenentspannung mit der R.E.S.E.T.-Methode
Referent: Josef Stotten
Termin:
 19.02.2011: 09.30 – 17.00 Uhr
Ort: FobiZe Bremen, Westerstr. 35, 28199 Bremen
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11209
Gebühr: 185,00 EUR (ZÄ), 148,00 EUR (ZFA)

Fachbereich: Hygiene
Thema: Aufbereiten von Medizinprodukten – Hygiene-Update für die Instrumentenfreigabe
Referent: Dr. Hendrik Schlegel
Termin:
 04.03.2011: 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Kurs-Nr.: 11030
Gebühr: 95,00 EUR

Fachbereich: Abrechnung
Thema: GOZ Teil II – AufbauSeminar
Referentin: Alma Ott
Termin:
 09.03.2011: 13.00 – 19.00 Uhr
Ort: Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 11034
Gebühr: 135,00 EUR

Fachbereich: Kommunikation
Thema: Hilfe: Kritik! – Wie führe ich ein Feedback-Gespräch
Referentin: Brigitte Kühn
Termin:
 09.03.2011: 13.00 – 19.00 Uhr
Ort: Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 10005
Gebühr: 148,00 EUR

Fachbereich:
 Bildgebende Verfahren
Thema: Digitales Röntgen – leicht gemacht / Digital: alles anders
Referentin: Maren Ihde
Termin:
 11.03.2011: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 11054
Gebühr: 95,00 EUR

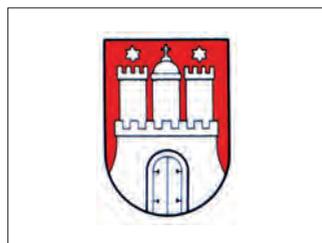
Fachbereich: Parodontologie
Thema: PSI 3 und PSI 4: Kopieren, nicht kopieren – Zufriedene Parodontitis-Patienten bleiben
Referentin: Annette Schmidt
Termin:
 18.03.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11024
Gebühr: 216,00 EUR

Fachbereich: Arzneimittel
Thema: Arzneimitteltherapie – Update für den Praxisalltag
Referent: Dr. Martin Göthert
Termin:
 19.03.2011: 10.00 – 16.00 Uhr
Ort: Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 11510
Gebühr: 230,00 EUR

Fachbereich: Kommunikation
Thema: Dental English – Treating the Patient – Fit in der Behandlung englischsprachender Patienten
Referent: Sabine Nemeč
Termin:
 26.03.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11208
Gebühr: 230,00 EUR (ZÄ), 184,00 EUR (ZFA)

Auskunft u. schriftliche Anmeldung:
 Zahnärztekammer Bremen
 Rubina Ordemann und
 Thorsten Hogrefe
 Universitätsallee 25
 28359 Bremen
 Tel.: 0421/33303-77
 Fax: 0421/33303-23
 r.ordemann@zaek-hb.de
 t.hogrefe@zaek-hb.de

ZÄK Hamburg



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Präprothetische Parodontologie: Wegbereiter für die rekonstruktive Therapie – Ein parodontalchirurgischer Hands-on Kurs am Tierpräparat
Referenten: Prof. Dr. Guido Heydecke, Hamburg, Dr. Tim Joda, Hamburg
Termin:
 04.03.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
 05.03.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Hamburg
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 40222 proth
Kursgebühr: 450 EUR

Fachgebiet: Akupunktur
Thema: Einführung in die Ohr- und Körperakupunktur für Zahnärzte
Referenten: Prof. h. c. VRC Dr. Winfried Wojak, Detmold
Termin:
 04.03.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
 05.03.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Hamburg
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 40223 inter
Kursgebühr: 270 EUR

Fachgebiet: Kinder-ZHK
Thema: Einführung in die Kinderzahnheilkunde
Referentin:
 Dr. Tania Roloff MSc, Hamburg
Termin:
 25.03.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
 26.03.2011: 09.00 – 12.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 40219 A kons
Kursgebühr: 270 EUR

Ort: Klinik am Klosterstern, Dr. Christian Siedler, Klosterstern 8, 20149 Hamburg
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 31046 impl
Kursgebühr: 110 EUR

Fachgebiet:
 Bildgebende Verfahren
Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz nach § 18 a RöV mit Erfolgskontrolle
Referent:
 Prof. Dr. Uwe Rother, Hamburg
Termin:
 23.03.2011: 14.30 – 19.30 Uhr
Ort: New Living Home, Julius-Vosseler-Straße 40, 22527 Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 70029 rö
Kursgebühr: 70 EUR

Fachgebiet: Kinder-ZHK
Thema: Aktualisierung Kinderzahnheilkunde: Minimal-invasive Kariestherapie
Referent: Prof. Dr. Christian H. Splieth, Greifswald
Termin:
 30.03.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Hamburg
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 20042 kons
Kursgebühr: 90 EUR

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

Fachgebiet: Kinder-ZHK
Thema: Einführung in die Kinderzahnheilkunde
Referentin:
 Dr. Tania Roloff MSc, Hamburg
Termin:
 25.03.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
 26.03.2011: 13.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 40219 B kons
Kursgebühr: 270 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Praktische Demonstration einer Sinusbodenelevation, Kieferaugmentation oder Distraction
Referent: Dr. Dr. Dieter H. Edinger, Hamburg
Termin:
 23.03.2011: 13.30 – 18.00 Uhr

Anzeige

ZÄK Niedersachsen**Fortbildungsveranstaltungen**

Fachgebiet: Praxismanagement
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
Kurs-Nr.: Z/F 1104
Kursgebühr: 425 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
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
Kurs-Nr.: Z/F 1105
Kursgebühr: 285 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
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

Fachgebiet: ZHK Notfallmedizin
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

Fachgebiet: Konservierende ZHK
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

Fachgebiet: ZHK Notfallmedizin
Thema: Update zahnärztliche Pharmakotherapie
Referent: Dr. Dr. Frank Halling
Termin:
 19.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: Z 1110
Kursgebühr: 165 EUR

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Der komplexe prothetische Fall: Planung und Therapie
 Ästhetische Aspekte von der Planung bis zur Umsetzung
 Prothetische Konzepte mit und ohne Implantate
Referent:
 Prof. Dr. Ralph G. Luthardt
Termin:
 26.02.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: Z 1112
Kursgebühr: 510 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Endo-Revision – ganz einfach. Die Entfernung von Wurzelfüllungen und –stiften
 Ein praktischer Arbeitskurs
Referent: Dr. Michael Cramer
Termin:
 02.03.2011: 13.00 – 20.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: Z 1113
Kursgebühr: 380,- EUR

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

LZK Rheinland-Pfalz**Fortbildungsveranstaltungen**

Fachgebiet: Arbeitssicherheit
Thema: BuS-Einführungsseminar für Praxisinhaber/-innen
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin:
 02.02.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Frauenklinik in Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 118121
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Hygiene
Thema: Hygiene-Workshop
Referentin: Sabine Christmann
Termin:
 09.02.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 118271
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS in der praktischen Anwendung – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem in der Umsetzung
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin:
 16.02.2011: 13.30 – 16.30 Uhr
Ort: Bildungszentrum der Handwerkskammer in Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 118281
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS-EDV-Grundlagen – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem in der Umsetzung
Referent: Dr. Holger Dausch
Termin:
 16.02.2011: 16.45 – 19.30 Uhr
Ort: Bildungs- und Technologiezentrum der Handwerkskammer in Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 118282
Kursgebühr: 80 EUR

Fachgebiet: Halitosis
Thema: Halitosis erfolgreich behandeln
Referent: Susanne Lauterbach
Termin:
 09.03.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 118291
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Oralchirurgisches Kompendium: Diagnose Krebs – was dann?
Referent:
 PD Dr. Dr. Daniel Rothamel
Termin:
 16.03.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 118111
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS in der praktischen Anwendung – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem in der Umsetzung
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin:
 16.03.2011: 13.30 – 16.30 Uhr
Ort: Bildungs- und Technologiezentrum der Handwerkskammer in Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 118283
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS-EDV-Grundlagen – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem in der Umsetzung
Referent: Dr. Holger Dausch
Termin:
 16.03.2011: 16.45 – 19.30 Uhr
Ort: Bildungs- und Technologiezentrum der Handwerkskammer in Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 118284
Kursgebühr: 80 EUR

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

Fachgebiet: Kieferorthopädie

Thema: Neue (revolutionäre) kieferorthopädische Behandlungsmethoden

Referent:

Dr. Heinz Winsauer, Bregenz (A)

Termin:

04.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr

05.02.2011: 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Fortbildungspunkte: 18

Kurs Nr.: D 08/11

Kursgebühr: 470 EUR

Fachgebiet: Prothetik

Thema: Alltägliche Probleme bei der herausnehmbaren Teil- und Totalprothetik

Referent:

Dr. Felix Blankenstein, Berlin

Termin:

05.02.2011: 09.00 – 15.00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Fortbildungspunkte: 8

Kurs Nr.: D 09/11

Kursgebühr: 165 EUR

Fachgebiet: Abrechnung

Thema: Sind Sie fit in der Umsetzung der Richtlinien? – Erfolgreich abrechnen und Honorar optimieren

Referentin:

Sandra Abraham, Mautitz

Termin:

09.02.2011: 13.00 – 19.00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Fortbildungspunkte: 8

Kurs Nr.: D 10/11

Kursgebühr: 130 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK

Thema: Moderne Füllungsmaterialien und -techniken (Komposite, Adhäsive, GLZ, minimalinvasive Verfahren, wann indirekte Restaurationen)

Referent: Prof. Dr. Reinhard Hickel, München

Termin:

09.02.2011: 14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Fortbildungspunkte: 5

Kurs Nr.: D 11/11

Kursgebühr: 160 EUR

Anmeldung:

Fortbildungsakademie der
Landeszahnärztekammer Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden
Fax: 0351 8066-106 oder
fortbildung@lzk-sachsen.de

Unser komplettes Fortbildungsangebot finden Sie im Internet:
www.zahnaerzte-in-sachsen.de.

ZBV Unterfranken



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Qualitätsmanagement

Thema: QM Teamkurs über die gesetzlichen Vorschriften hinaus

Referent: Dr. Thomas Reinhold

Termin:

01.02.2011: 20.00 – 22.00 Uhr

Ort: Salon Echter, Maritim Hotel Würzburg

Kursgebühr: 40 EUR

Fachgebiet: Psychologie

Thema: Angstpatienten

Referentin: Dr. Lea Höfel

Termin:

01.03.2011: 20.00 – 22.00 Uhr

Ort: Salon Echter, Maritim Hotel Würzburg

Kursgebühr: 40 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement

Thema:

Teamkurs Praxismanagement

Referent: Hans-Dieter Klein

Termin:

29.03.2011: 20.00 – 22.00 Uhr

Ort: Salon Echter, Maritim Hotel Würzburg

Kursgebühr: 40 EUR

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Endo Revision
Referent:
 Prof. Dr. Dr. Peter Gängler
Termin:
 05.04.2011: 20.00m – 22.00 Uhr
Ort: Salon Echter, Maritim Hotel
 Würzburg
Kursgebühr: 40 EUR

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Endodontie
Referent: Dr. Christoph Kaaden
Termin:
 10.05.2011: 20.00 – 22.00 Uhr
Ort: Salon Echter, Maritim Hotel
 Würzburg
Kursgebühr: 40 EUR

Fachgebiet: Abrechnung
Thema:
 Abrechnung Implantologie
Referent: Fr. Irmgard Marischler
Termin:
 18.05.2011: 13.30 – 17.00 Uhr
Ort: ZBV Seminarraum,
 Dominikanerplatz 3d, Würzburg
Kursgebühr: 40 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Praxismanagement am
 Beispiel einer Prophylaxepaxis
Referent: Dr. Klaus Bastendorf
Termin:
 07.06.2011: 20.00 – 22.00 Uhr
Ort: Salon Echter, Maritim Hotel
 Würzburg
Kursgebühr: 40,00

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Wie kann der Kiefer-
 orthopäde dem Zahnarzt das
 Leben erleichtern?
Referent: Prof. Dr. Ingrid Rudzki
Termin:
 12.07.2011: 20.00 – 22.00 Uhr
Ort: Salon Echter, Maritim Hotel
 Würzburg
Kursgebühr: 40 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Rund um die
 Kronenverlängerung
Referent: Dr. Daniel Engler-Hamm
Termin:
 20.09.2011: 20.00 – 22.00 Uhr
Ort: Salon Echter, Maritim Hotel
 Würzburg
Kursgebühr: 40 EUR

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Update
 Individualprophylaxe 2011
Referenten: Dr. Herbert Michel,
 Dr. Marco Kellner,
 Karin Schwengsbier DH
Termin:
 18.10.2011: 20.00 – 22.00 Uhr
Ort: Salon Echter, Maritim Hotel
 Würzburg
Kursgebühr: 40 EUR

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: DVT: Was kann ich aus
 einem DVT lesen, und was kann
 ich mit diesen Informationen
 anfangen?
Referent: PD Dr. Dr. Tobias Reuther
Termin:
 16.11.2011: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: ZBV Seminarraum,
 Dominikanerplatz 3d, Würzburg
Kursgebühr: 40 EUR

Fachgebiet: Arbeitssicherheit
Thema: Aktualisierung der
 Fachkunde im Strahlenschutz
 für Zahnärzte
Referenten: Dr. Rolf Strasen,
 Dr. Wolfgang Kipping
Termin:
 30.11.2011: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Salon Echter, Maritim Hotel
 Würzburg
Kursgebühr: 50 EUR

Anmeldung:
 ausschließlich über die
 Europäische Akademie für
 zahnärztliche Fort- und Weiter-
 bildung (eazf) GmbH
 Frau Kern
 Tel.: 089/ 72480190

Auskunft:
 ZBV Unterfranken
 Dominikanerplatz 3d
 97070 Würzburg
 Tel.: 0931/32114-0
 Fax: 0931/32114-14
 info@zbv-ufr.de
 www.zbv-ufr.de

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

Fachgebiet: Zahnerhaltung
Thema: Lückenschluss im
 Seitenzahnbereich durch Zahn-
 verbreiterung – als Alternative zu
 Brücken und Implantaten
Referent:
 Prof. Dr. Dr. Hans-Jörg Staehle
Termin:
 18.05.2011: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 11 740 038
Kursgebühr: 169 EUR
Anmeldung: ZÄKWL,
 Dirc Bertram,
 Tel. 0251/507 600
 Fax 0251/507 619
 Dirc.Bertram@zahnaerzte-wl.de

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Vom Access Flap bis zur
 Z-Plastik – Wieviel Chirurgie
 (v)erträgt ein Zahn?
Referenten: Dr. Inga Harks,
 Prof. Dr. Benjamin Ehmke
Termin:
 18.05.2011: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Paderborn,
 „Zu den Fischteichen“,
 Dubelohstr. 92. 33104 Paderborn
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11 750 016
Kursgebühr: 65 EUR
Anmeldung: ZÄKWL,
 Annika Brümmer,
 Tel. 0251/507 627
 Fax 0251/507 619
 Annika.Bruemmer@zahnaerzte-
 wl.de

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Integration der
 Implantologie in die Praxis und
 das Einzelimplantat
Referent: Dr. Bernhard Drüke
Termin:
 20.05.2011: 14.00 – 18.30 Uhr
 21.05.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster

Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 11 740 031
Kursgebühr: 439 EUR
Anmeldung: ZÄKWL,
 Dirc Bertram,
 Tel. 0251/507 600
 Fax 0251/507 619
 Dirc.Bertram@zahnaerzte-wl.de

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Komplikationen in der
 zahnärztlichen Chirurgie
Referent: Prof. Dr. Stefan Haßfeld
Termin:
 25.05.2011: 15.00 – 18.30 Uhr
Ort: Dortmund,
 Klinikum Dortmund-Nord,
 Klinik für MKG, Münsterstr. 240,
 44145 Dortmund
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 11 740 083
Kursgebühr: 189 EUR
Anmeldung: ZÄKWL,
 Dirc Bertram,
 Tel. 0251/507 600
 Fax 0251/507 619
 Dirc.Bertram@zahnaerzte-wl.de

Fachgebiet: Prothetik
Thema:
 Strategische Pfeilvermehrung,
 Implantat-/zahngetragene
 Teleskoparbeiten _
 Theoretische Grundlagen und
 prothetische Behandlungsabläufe
Referent: Dr. Tobias Ficinár
Termin:
 25.05.2011: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Dortmund,
 Kongresszentrum Westfalen,
 Rheinlanddamm 200,
 44139 Dortmund
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11 750 002
Kursgebühr: 65 EUR
Anmeldung: ZÄKWL,
 Annika Brümmer,
 Tel. 0251/507 627
 Fax 0251/507 619
 Annika.Bruemmer@zahnaerzte-
 wl.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Vertiefender QM-Work-
 shop für den Zahnarzt und sein
 Team: Teamgespräch – lästige
 Pflicht oder Kür?
Referent:
 Dozententeam der ZÄKWL
Termin:
 27.05.2011: 14.00 – 17.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 11 762 109
Kursgebühr:
 ZA: 179 EUR, ZFA: 119 EUR

Anmeldung: ZÄKWL,
Petra Horstmann,
Tel. 0251/507 614
Fax 0251/507 619
Petra.Horstmann@zahnaerzte-
wl.de

Fachgebiet: Zahnerhaltung
Thema: Direkte Seitenzahn-
versorgung – State of the Art -
Referent: Prof. Dr. Bernd Haller
Termin:
27.05.2011: 14.00 – 19.00 Uhr,
28.05.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Münster,
Akademie für Fortbildung,
Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 11 740 057
Kursgebühr: 539 EUR
Anmeldung: ZÄKWL,
Dirk Bertram,
Tel. 0251/507 600
Fax 0251/507 619
Dirk.Bertram@zahnaerzte-wl.de

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

Kongresse

■ Februar

**15. Jahreskongress
der Österreichischen Gesellschaft
für Mund-, Kiefer und Gesicht-
chirurgie**
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
Gebiss. 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

**40. Internationale Kieferortho-
pädische Fortbildungstagung**
Thema: Ästhetik – Funktion –
Behandlungskonzepte
Veranstalter: Österreichische
Gesellschaft für Kieferorthopädie
Wissenschaftliche Leitung:
Univ.-Prof. Dr. H.-P. Bantleon,
Univ.-Prof. Dr. H. Droschl,
Univ.-Prof. DDr. Martin Richte
Termin: 05. – 12.03.2011
Ort: Kitzbühel – K3 KitzKongress
Information:
Ärztzentrale Med.Info
Helferstorfer Str. 4, A-1014 Wien
Tel. +43/1/53116–38
Fax +43/1/53116–61
azmedinfo@media.co.at
www.oegkfo.at
Anmeldung:
Christine Lusser
Webergasse 13, A-6370 Kitzbühel,
Tel./Fax: +43/5356/64084
tagung-kitz@aon.at

43. Davoser Fortbildungskongress
Thema: Neue Technologien
im Praxistest.
Was bringen CAD/CAM & Co?
Leitung: Dr. Norbert Grosse
Termin: 06. – 11.03.2011
Ort: Davos
Fortbildungspunkte:
maximal 8 pro Tag
Auskunft:
Freier Verband
Deutscher Zahnärzte
Bundesgeschäftsstelle
Tel. 0228/855755
rs@fvdz.de
www.fvdz.de

21. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ)

Thema: Der geriatrische Patient – eine spezielle Patientengruppe in der Seniorenzahnmedizin
Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. Jürgen Becker, Düsseldorf
Termin: 12.03.2011
Ort: Karl-Häupl-Institut, Fortbildungszentrum der Zahnärztekammer Nordrhein, Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf
Auskunft: www.dgaz.org
Anmeldung von Kurzbeiträgen: bis 31.01.2011 unter sekretariat@dgaz.org.

57. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

Thema: Kopf- und Gesichtsschmerzen – 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 Gesichtsschmerzen – 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

DDHV-Fortbildungstagung 2011

Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V.
Termin: 02.04.2011
Ort: München
Fortbildungspunkte: 6
Gebühr: 240 EUR, Mitglieder 180 EUR
Auskunft: DDHV-Geschäftsstelle, Weichselmühle 1, 93080 Pentling
 Beatrix Baumann
 Tel.: 0941/91069210
 Beatrix.Baumann@gmx.de
 www.ddhv.de

1st Iraqi Dental Reunion IDA Annual Conference 2011

Thema: Breaking New Opportunities
Termin: 15. – 16.04.2011
Ort: Erbil, Iraq
Informationen und Anmeldung: Tel. +971/4/3616174
 Tel. mobil +971/50/2793711
 info@cappmea.com
 www.cappmea.com/idr2011

■ Mai

5th CAD/CAM and Computerized Dentistry International Conference

Termin: 12./13.05.2011
Ort: Dubai, UAE
Informationen und Anmeldung: Tel. +971/4/3616174
 Tel. mobil +971/50/2793711
 info@cappmea.com
 www.cappmea.com/cadcam5

Dritter Zahnärztinnen-Kongress

Thema: Frauen – die Zukunft der Zahnmedizin
Termin: 13./14.05.2011
Ort: Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen, Frankfurt am Main
Informationen: www.lzkh.de

Gemeinsame Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Arbeitswissenschaft und Zahnheilkunde (AGAZ) der DGZMK und der European Society of Dental Ergonomics (ESDE)

Termin: 27./28.05.2011
Ort: Biberach, Riß
Informationen und Anmeldung: Prof. Dr. drs. Jerome Rotgans
 Pauwelstr. 30, 52074 Aachen
 Tel. 0241/8088733
 mobil 0175/4004756
 Fax 0241/8082468
 jrotgans@ukaachen.de
 president@esde.org

■ Juni

Jahreskongress 2011 des DZOI

Deutsches Zentrum für orale Implantologie e.V.
Termin: 02. – 03.06.2011
Ort: München
Informationen und Anmeldung: DZOI-Geschäftsstelle
 Tel.: 0871 / 6600934
 office@dzoi.de
 www.dzoi.de

Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie

Thema: Wissen was geht ... Parodontologie und Allgemeinmedizin – Was geht chirurgisch? Was geht konservativ? Was geht mit dem Sinuslift?
Wissenschaftliche Leitung: Prof. DDr. Michael Matejka
Termin: 02. – 04.06.2011
Ort: Kitzbühl, Tirol
Anmeldung: über die Homepage www.oegp.at

40. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Dentale Technologie

Thema: Lebensqualität durch Zahnmedizin und Zahntechnik
Termin: 02. – 04.06.2011
Ort: Böblingen
Anmeldung: AG Dentale Technologie e.V.
 Frau Stockburger
 Hartmeyerstr. 62
 72076 Tübingen
 Tel. 07071/967696
 info@ag-dentale-technologie.de

25. International Congress CARS 2011

Joint Congress of CAR, ISCAS, CAD, CMI and EuroPACS
Thema: Computer Assisted Radiology and Surgery
Leitung: Michael W. Vannier, MD
Termin: 22. – 25.06.2011
Ort: Berlin
Auskunft: CARS Conference Office
 Im Gut 15, 79790 Küssaberg
 Tel.: 07742/922434
 Fax: 07742/922438
 office@cars-int.org
 www.cars-int.org

16. Greifswalder Fachsymposium

der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.
Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: Zukunftsperspektiven der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – Generalist oder Spezialist – pro und contra
Termin: 25.06.2011
Ort: Alfred-Krupp-Wissenschaftskolleg, Martin-Luther-Str. 14, 17489 Greifswald
Kursgebühr: Mitglieder 65 EUR, Nichtmitglieder 85 EUR
Anmeldung: Prof. Dr. Wolfgang Sümnick, Poliklinik für MKG-Chirurgie Ernst-Moritz-Arndt-Universität Rotgerberstr. 8, 17475 Greifswald
 Tel. 03834/867168
 Fax 03834/867302
 suemnick@uni-greifswald.de

■ Juli

Festspielgespräch 2011

Fachgebiet: Ganzheitliche ZHK
Thema: Interdisziplinärer Erfahrungsaustausch zur Gesamtschau des Menschen: „Wahrnehmung“ propriozeptive, neurophysiologische, quantenmedizinische Aspekte
Leitung: DDR. Irmgard Simma
Termin: 28. – 31.07.2011
Ort: Propstei St. Gerold, Vorarlberg
Fortbildungspunkte: 38
Veranstalter: Gesellschaft für ganzheitliche Zahnheilkunde der ÖGZMK
Anmeldung:
 Wiener Medizinische Akademie
 Mag. Hedwig Schulz
 +43/1/405138319
 hedwig.schulz@medacad.org

Hochschulen

RWTH Aachen

Universitätsklinikum Aachen

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: CEREC-Seminar
 Intensives HandsOn-Training im gesamten CEREC-Chairside-Indikationsbereich
Referent:
 Prof. Dr. drs. Jerome Rotgans
Termin:
 18.03.2011: 08.30 – 19.30 Uhr
 19.03.2011: 08.30 – 14.00 Uhr
Ort: Universitätsklinikum Aachen
 Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
Fortbildungspunkte: 20
Kurs-Nr.: A-03
Kursgebühr: 1 000 EUR
 oder Sirona-Gutschein
Anmeldung:
 Prof. Dr. drs. Jerome Rotgans
 CEREC-Hotline: 0175/4004756
 jrotgans@ukaachen.de
 www.zahnerhaltung.ukaachen.de

FH Nordwestschweiz

Hochschule für Angewandte Psychologie

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Führung und Zusammenarbeit in der Zahnarztpraxis
Leitung:
 Prof. Dr. Michael Dick
 in Zusammenarbeit mit der Akademie für zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Termine:
 11. – 12.02.2011
 11. – 12.03.2011
Ort: Olten, Schweiz
Kursgebühr: 2 750 CHF
Anmeldung:
 Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Angewandte Psychologie,
 Riggerbachstr. 16, CH 4600 Olten
 weiterbildung.aps@fhnw.ch
 www.fhnw.ch/aps/weiterbildung

Technische Universität Dresden

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: 15. Dresdner Parodontologie-Frühling
 Adjuvante antibakterielle Parodontitistherapie und Therapie der Mukositis/Periimplantitis
Referent:
 Prof. Dr. Andrea Mombelli, Genf
Termin:
 30.03.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Wechselbad, Maternistr. 17, Dresden
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 195 EUR
Anmeldung:
 Prof. Dr. Thomas Hoffmann
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
 Zentrum für ZMKHK
 Poliklinik für Parodontologie
 Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
 Tel. 0351/4582712
 Fax 0351/4585341
 thomas.hoffmann@uniklinikum-dresden.de

Universität Bern

Klinik für Zahnerhaltung, Prävention und Kinderzahnmedizin

Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: Zahnerhaltung, Prävention und Kinderzahnmedizin für den Familienzahnarzt
 Vorlesungen und Seminare
Termin: 20. – 26.03.2011
Ort: St. Moritz
Gebühr: 2 400 CHF
Fortbildungszeit: 36 Stunden
Auskunft: Frau Alexandra Tütsch
 Chöpfliweg 15
 CH-4114 Hofstetten
 Tel.: 0041/61/7313671
 Fax: 0041/61/7313614
 tuetsch@digicom.ch
 www.fortbildungunderholung.ch

Wissenschaftliche Gesellschaften

DGI

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

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Ästhetik in der Implantologie „Ueli Grunder live“
Referent: Dr. U. Grunder, Zürich
Termin: 04./05.03.2011
Kursort: Düren
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: SK1/11
Kursgebühren: 710 EUR + MwSt.
 für DGI-APW-Mitglieder
 810 EUR + MwSt.
 für Nichtmitglieder

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Conscious Sedation for Implantology – Sedationsverfahren in der Implantologie
Referent: Dr. Dr. W. Jakobs
Termin: 18./19.03.2011
Kursort: Speicher
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 04/11
Kursgebühren: 710 EUR + MwSt.
 für DGI-APW-Mitglieder
 810 EUR + MwSt.
 für Nichtmitglieder

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Minimalinvasive Risiken, Komplikationen und Misserfolge in der Implantologie und deren Management
Referenten: Dr. Dr. M. Bonsmann, Dr. W. Diener, Dr. H. J. Nickenig
Kursort: Düsseldorf
Termin: 19.03.2011
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 05/11
Kursgebühren: 355 EUR + MwSt.
 für DGI-APW-Mitglieder
 405 EUR + MwSt.
 für Nichtmitglieder

Anmeldung:
 DGI-Sekretariat für Fortbildung
 Ludwigshafen
 info@dgi-fortbildung.de

DGI-Landesverband 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

DGK

Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde

Fachgebiet: Kinder-ZHK
Thema: Frühjahrstagung
Termin: 25./26.03.2011
Ort:
 Universitätsklinikum Heidelberg
Information und Anmeldung:
 www.kinderzahnheilkunde-online.de

DGP

Deutsche Gesellschaft
für Parodontologie e. V.

Fachgebiet: Parodontologie
8. Workshop der ARPA-Wissenschaftsstiftung
Thema: Schnittstellen der chirurgischen Parodontitistherapie
Termin: 08. – 09.04.2011
Ort: Kollegengebäude 1, Platz der Universität, Freiburg

Anmeldung:
ARPA -Wissenschaftsstiftung
Neufferstr. 1, 93055 Regensburg
Fax: 0941/942799-22
www.arpa-stiftung.de

DGZH

Deutsche Gesellschaft
für Zahnärztliche Hypnose e. V.

Regionalstelle Stuttgart

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Schnupperkurs für Zahnärzte. Einführung in die medizinische Hypnose für Zahnärzte und Ärzte
Referent/in: Dr. A. Schmierer
Termin: 02.02.2011: 20.00 – 22.00 Uhr
Ort: DGZH-Regionalstelle Stuttgart, Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart
Fortbildungspunkte: 2

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Schnupperkurs für Zahnärzte. Einführung in die medizinische Hypnose für Zahnärzte und Ärzte
Referent/in: Dr. A. Schmierer
Termin: 09.02.2011: 20.00 – 22.00 Uhr
Ort: DGZH-Regionalstelle Stuttgart, Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart
Fortbildungspunkte: 2

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Curriculum Z1: Einführung in die medizinische Hypnose
Referenten: G. und A. Schmierer
Termin: 25.02.2011: 14.00 – 20.00 Uhr
26.02.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: DGZH-Regionalstelle Stuttgart, Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart
Fortbildungspunkte: 16
Kursgebühr: 490 EUR
460 für DGZH- Mitglieder

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Supervision mit Fallvorstellung per Video
Referent: Gudrun Schmierer
Termin: 01.04.2011: 09.00 – 12.00 Uhr
Ort: DGZH-Regionalstelle Stuttgart, Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart
Fortbildungspunkte: 4
Kursgebühr: 90 EUR

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Curriculum Z2: Grundlagen der zahnmedizinische Hypnose
Referenten: G. und A. Schmierer
Termin: 01.04.2011: 14.00 – 20.00 Uhr
02.04.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: DGZH-Regionalstelle Stuttgart, Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart
Fortbildungspunkte: 16
Kursgebühr: 490 EUR
460 für DGZH- Mitglieder

Auskunft: Marion Jacob
Esslinger Str. 40
70182 Stuttgart
Tel.: 0711/2363761
Fax: 0711/244032
e-mail: mail@dgzh-stuttgart.de
www.dgzh-stuttgart.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

Fachgebiet: Schlafmedizin
Thema: Workshop zu intraoralen Protrusionsschienen bei Schlafapnoe und Schnarchen
Veranstalter: IZS
Idsteiner Zentrum für Zahnärztliche Schlafmedizin
Referenten: Dr. J. Langenhan, Dr. S. Rahm
Termine: 12.02., 26.03., 09.04., 28.05., 18.06.2011
sowie nach Vereinbarung
Ort: Dentallabor
„Oral design“ Al Dente
Höhenweg 10, 65510 Idstein
Fortbildungspunkte: 11
Kursgebühr: 400 EUR
Anmeldung: IZS
Fax 06126/953857
info@zahnaerztliche-schlafmedizin.de
www.zahnaerztliche-schlafmedizin.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Die Zahnärztin im Cockpit – ein Seminar zur Führung und Kommunikation mit Übung im Flugsimulator
Veranstalter: ccm-Campus
Ort: Haus der Luft- und Raumfahrt, Bonn
Kursgebühr: 350 EUR
Anmeldung: ccm-Campus
Tel. 02171/3949754
www.ccm.campus.de

Fachgebiet: Restaurative ZHK
Thema: Expertenseminar Vollkeramik und Befestigung – Update 2011

Veranstalter: Ivoclar Vivadent GmbH
Termin: 23.02.2011: 14.30 – 20.15 Uhr
Ort: Hotel Müggelsee, Müggelheimer Damm 145, 12559 Berlin-Köpenick
Kursgebühr: 198 EUR
Anmeldung: Ivoclar Vivadent GmbH
Dr.-Adolf-Schneider-Str. 2
73479 Ellwangen
Jutta Nagler
Tel. 07961/889205
Fax 0761/6326
www.ivoclarvivadent.de

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Anspruchsvolle Ästhetik im Vita VM Konzept
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Manfred Grutschkuhn
Termin: 01. – 02.03.2011: 08.30 – 17.00 Uhr
Ort: Dentales Fortbildungszentrum der Kreishandwerkerschaft Hagen
Kursgebühr: 395 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Tel. 07761/562235
Fax 07761/562816
u.schmidt@Vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Doppelkronen Workshop
Veranstalter: Bego Training Center
Termin: 01. – 02.03.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Bremen
Kursgebühr: 290 EUR + MwSt.
Anmeldung: gloystein@bego.com
Tel. 0421/2028-372
Fax 0421/2028-395

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Expertenseminar „Vollkeramik und Befestigung – Update 2011“
Veranstalter: Ivoclar Vivadent GmbH
Termin: 02.03.2011: 14.30 – 20.15 Uhr
Ort: Four Points by Sheraton Königshof, Kreischaer Str. 2, 01219 Dresden
Kursgebühr: 198 EUR + MwSt.
Auskunft: Ivoclar Vivadent GmbH
Dr. Adolf-Schneider-Str. 2, 73479 Ellwangen
Jutta Nagler
Tel. 07961/889 – 205
Fax 07961/6326
www.ivoclarvivadent.de

Fachgebiet: Restaurative ZHK
Thema: Expertenseminar Vollkeramik und Befestigung – Update 2011
Veranstalter: Ivoclar Vivadent
Termin: 02.03.2011: 14.30 – 20.15 Uhr
Ort: Four Points by Sheraton Königshof, Kreischaer Str. 2, 01219 Dresden
Kursgebühr: 198 EUR
Anmeldung: Ivoclar Vivadent GmbH
 Dr.-Adolf-Schneider-Str. 2
 73479 Ellwangen
 Jutta Nagler
 Tel. 07961/889205
 Fax 0761/6326
 www.ivoclarvivadent.de

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Keramische Restaurationen – Schwerpunkt Oberflächen
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Alexander Schubert
Termin: 03.03. – 04.03.2011: 08.30 – 17.00 Uhr
Ort: Vita Leistungszentrum, 85445 Schwaig/München
Kursgebühr: 420 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel. 07761/562-235, Fax -816
 u.schmidt@vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Tif – Totalprothetik im Zeichen der lingualisierten Okklusion
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Karl-Heinz Körholz
Termin: 03.03. – 04.03.2011: 08.30 – 17.00 Uhr
Ort: Vita Leistungszentrum, 25421 Pinneberg/Hamburg
Kursgebühr: 399 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel. 07761/562-235, Fax -816
 u.schmidt@vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Prozessorientierte Leistungskomplexe als Instrument der Honoraroptimierung
Veranstalter: Dr. Walter Schneider Team GmbH
Referent: Alma Ott
Termin: 04.03.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Holzgerlingen
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 460 EUR pro Person, 690 EUR Teampreis
Anmeldung: Tanja Spatschek
 Tel. 07031/461869

Fachgebiet: Schlafmedizin
Thema: Anfertigung einer zweiseitigen und bimaxillären intraoralen Protrusionsschiene (BußLa)
Veranstalter: Zahntechnik Uwe Bußmeier
Referenten: Uwe Bußmeier, Dr. Jürgen Langenhan
Termin: 04. – 05.03.2011
Ort: Rathausstraße 27, 48268 Greven
Kursgebühr: 960 EUR
Anmeldung: Zahntechnik Uwe Bußmeier
 Rathausstraße 27, 48268 Greven
 Tel: 02571/5886585
 Fax: 02571/5886586
 info@schoene-zaehne.de
 www.schoene-zaehne.de

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: 6. Parodontologietag Recklinghausen
Veranstalter: Dr. med. dent. Udo Krause-Hohenstein
Referenten: Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Anton Sculean et al.
Termin: 04. – 05.03.2011
Ort: Festspielhaus Recklinghausen
Fortbildungspunkte: 8 und 9
Kursgebühr: Vorkongress 480 EUR, Parodontologie-Tag 250 EUR
Anmeldung: Dr. med. dent. Udo Krause-Hohenstein
 Cäcilienhöhe 176
 45657 Recklinghausen
 Monika Plaumann-Damberg
 Tel. 02361/901000
 Fax 02361/901002
 info@krause-hohenstein.de

Fachgebiet: Schlafmedizin
Thema: Schnarchen ist eine Krankheit
Veranstalter: Institut für zahnmedizinische Fortbildung Wissenschaft und Kultur
Referent: Dr. Christoph Bethge, HNO-Arzt
Termin: 09.03.2011, 19.00 Uhr
Ort: Ludwigkirchstr. 10a, 10719 Berlin
Anmeldung: Institut für zahnmedizinische Fortbildung Wissenschaft und Kultur
 ZÄ Beate Slominski
 Ludwigkirchstr. 10a, 10719 Berlin,
 Tel. 0163/8830320
 zahnaerztin.beateslominski@gmx.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Steigerung von Selbstzahlerleistungen
Veranstalter: Med:Smile Zahnärztliches Implantatzentrum
Referent: Errol Akin, dieberatungsakademie
Termin: 09.03.2011: 16.30 – 20.30 Uhr
Ort: Mannheim
Fortbildungspunkte: 3 – 5 Punkte
Kursgebühr: 49 EUR, für Überweiser 19 EUR
Anmeldung: Fax 0621/478441
 praxis@praxisjaeger.de

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Prophylaxe bei Implantat-Patienten – praktischer Arbeitskurs
Veranstalter: Haranni Academie
Referent: DH Birgit Rumberg
Termin: 09.03.2011: 14.00 – 17.30 Uhr
Ort: Haranni Academie, Herne
Kurs-Nr.: 3450
Kursgebühr: 225 EUR + MwSt
Anmeldung: Haranni Academie
 Schulstraße 30, 44623 Herne
 Tel. 02323/9468300
 Fax 02323/9468333
 info@haranni-academie.de
 www.haranni-academie.de

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz
Veranstalter: Haranni Academie
Referent: Dr. Kay Pehrsson
Termin: 09.03.2011: 14.00 – 18.30 Uhr
Ort: Haranni Academie, Herne
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 7000
Kursgebühr: 140 EUR + MwSt
Anmeldung: Haranni Academie
 Schulstraße 30, 44623 Herne
 Tel. 02323/9468300
 Fax 02323/9468333
 info@haranni-academie.de
 www.haranni-academie.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Himmel oder Hölle – Engel oder Teufel / erfolgreich und flexibel die eigenen Interessen vertreten
Veranstalter: Haranni Academie
Referent: Friedrich W. Schmidt
Termin: 11.03.2011, 09.00 – 17.30 Uhr
Ort: Haranni Academie, Herne
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 1012
Kursgebühr: 390 EUR + MwSt

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

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Additional Veneers
aus Vita PM 9
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H.
Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Joachim Magdanz
Termin: 11.03.2011:
08.30 Uhr – open end
Ort: Vita Leistungszentrum,
25421 Pinneberg/Hamburg
Kursgebühr: 298 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik
H. Rauter GmbH & Co. KG
Tel. 07761/562235
Fax 07761/562816
u.schmidt@Vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Einführung in die Kiefer-
orthopädie mit Richtlinien und
Frühbehandlung – 1. Kurs des
Curriculums Kieferorthopädie
Veranstalter: Haranni Academie
Referent: Prof. Dr. Rolf Hinz
Termin: 11. – 12.03.2011:
09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Haranni Academie, Herne
Fortbildungspunkte: 17
Kurs-Nr.: 2010
Kursgebühr: 700 EUR + MwSt
Anmeldung: Haranni Academie
Schulstraße 30, 44623 Herne
Tel. 02323/9468300
Fax 02323/9468333
info@haranni-academie.de
www.haranni-academie.de

Fachgebiet: Ganzheitliche ZHK
Thema: Das ABC der Schienen-
therapie
Veranstalter: Haranni Academie
Referent: Prof. Dr. Dr. h.c. Georg
Meyer
Termin:
11.03.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
12.03.2011: 09.00 – 16.30 Uhr
Ort: Haranni Academie, Herne
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 4700
Kursgebühr: 590 EUR + MwSt,
470,- 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

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Einsteigerkurs
„Abrechnung GOZ, GOÄ,
Festzuschüsse und BEMA“
Veranstalter: Feldmann Consulting
GmbH & Co. Beratungs KG
Referentin: Dina Lechler (ehem.
Volz), Abrechnungs-Service für
Zahnärzte
Termin:
12.03.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: MM Consulting, Kronprinz-
straße 19, 70173 Stuttgart
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 11028
Kursgebühr: 350 EUR + MwSt,
245 EUR + MwSt für Teilnehmer
aus Baden-Württemberg,
175 EUR + MwSt für Teilnehmer
über 50 Jahre aus
Baden-Württemberg
Anmeldung:
Feldmann Consulting GmbH &
Co. Beratungs KG
Wilhelmstraße 1, 76275 Ettlingen
Nicole Feldmann, Anna Münch
Tel. 07243-7254-0
Fax 07243-7254-20
info@feldmannconsulting.de
www.feldmannconsulting.de

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Minimalinvasive
Minidruckknopfimplantate für den
zahnlosen Kiefer
Veranstalter:
Dr. med. Dr. med. dent. Heinrich
Bültemann-Hagedorn
Referent: Manfred Grutschkuhn
Termin:
12.03.2011: 09.00 – 14.00 Uhr
Ort: Bremen
Kursgebühr: 195 EUR
Anmeldung: Praxis Dr. Dr. Bülte-
mann-Hagedorn und Dr. Thieme
Faulenstr. 54, 28195 Bremen
Tel. 0421/382212
Fax 0421/39099532
Praxis@MKG-HB.de

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Vita VMK Master
individuell
Veranstalter: Vita Zahnfabrik
H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Manfred Grutschkuhn
Termin: 16.03. – 17.03.2011
Ort: Vita Leistungszentrum,
63225 Langen/Frankfurt
Kursgebühr: 395 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik
H. Rauter GmbH & Co. KG
Tel. 07761/562235
Fax 07761/562816
u.schmidt@Vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: VitaBloccs RealLife Shading
Veranstalter: Vita Zahnfabrik
H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Michael Zander
Termin: 16.03.2011.2011:
13.00 – 18.00 Uhr
Ort: Vita Leistungszentrum,
25421 Pinneberg/Hamburg
Kursgebühr: 95 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik
H. Rauter GmbH & Co. KG
Tel. 07761/562235
Fax 07761/562816
u.schmidt@Vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Fit in schriftlicher
Kommunikation
Veranstalter: Dr. Walter Schneider
Team GmbH
Referent:
Dr. Hans-Dieter Grospietsch
Termin:
18.03.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Holzgerlingen
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 590 EUR pro Person,
890 EUR Teampreis
Anmeldung: Tanja Spatschek
07031 461869

Fachgebiet: Anästhesie
Thema: Dentale Sedierung mit
Lachgas [Fortgeschrittene]
Veranstalter: Institut für dentale
Sedierung
Referenten:
Dr. med. Frank G. Mathers,
Dr. med. Andreas Molitor,
Dr. med. dent. Msc. Gerald Thun,
Dr. jur. Christina Töfflinger
Termin:
18.03.2011: 13.30 – 19.00 Uhr
19.03.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Köln
Fortbildungspunkte: 15
Kursgebühr: 980 EUR + MwSt (ZA)
590 EUR + MwSt (ZMF)
Anmeldung:
Institut für dentale Sedierung,
Köln
Tel. 0221/1694920
Fax 0221/9651106
info@ids-sedierung.de
www.ids-sedierung.de

Fachgebiet: Ergonomie
Thema: „Volkskrankheit“ Rücken-
leiden, Prävention von Rücken-
schmerzen für das Zahnarztteam
Veranstalter: Feldmann Consulting
GmbH & Co. Beratungs KG
Referent: Thomas Klaas, Facharzt
für Orthopädie
Termin:
18.03.2011: 15.00 – 19.00 Uhr

Ort: Feldmann Consulting Fort-
bildungsakademie,
Kronenstraße 11, 76275 Ettlingen
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 11010
Kursgebühr: 265 EUR + MwSt:
1 Zahnarzt + 2 Mitarbeiter/innen
195 EUR + MwSt:
1 Zahnarzt + 1 Mitarbeiter/in
125 EUR + MwSt: 1 Zahnarzt
85 EUR + MwSt: 1 Assistent
Anmeldung:
Feldmann Consulting GmbH &
Co. Beratungs KG
Wilhelmstraße 1, 76275 Ettlingen
Nicole Feldmann, Anna Münch
Tel. 07243-7254-0
Fax 07243-7254-20
info@feldmannconsulting.de
www.feldmannconsulting.de

Fachgebiet:
ZFA / Praxismanagement
Thema: praxisDienste
ZMV-Aufstiegsfortbildung I
Veranstalter:
praxisDienste Fortbildungs GmbH
Referent: Manfred Grutschkuhn
Ort: Köln
Kursgebühr: 2950 EUR
Anmeldung:
praxisDienste Fortbildungs GmbH
Brückenstr. 45, 69120 Heidelberg
Tel. 06221/649971-0
Fax 06221/649971-20

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Einsteigerkurs
„Abrechnung GOZ, GOÄ,
Festzuschüsse und BEMA“
Veranstalter: Feldmann Consulting
GmbH & Co. Beratungs KG
Referentin: Dina Lechler (ehem.
Volz), Abrechnungs-Service für
Zahnärzte
Termin:
25.03.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Feldmann Consulting Fort-
bildungsakademie,
Kronenstraße 11, 76275 Ettlingen
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 11012
Kursgebühr: 350 EUR + MwSt,
245 EUR + MwSt für Teilnehmer
aus Baden-Württemberg,
175 EUR + MwSt für Teilnehmer
über 50 Jahre aus
Baden-Württemberg
Anmeldung:
Feldmann Consulting GmbH &
Co. Beratungs KG
Wilhelmstraße 1, 76275 Ettlingen
Nicole Feldmann, Anna Münch
Tel. 07243-7254-0
Fax 07243-7254-20
info@feldmannconsulting.de
www.feldmannconsulting.de

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Profikurs
 „Abrechnung GOZ und GOÄ“
Veranstalter: Feldmann Consulting GmbH & Co. Beratungs KG
Referentin: Dina Lechler (ehem. Volz), Abrechnungs-Service für Zahnärzte
Termin:
 26.03.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: MM Consulting, Kronprinzstraße 19, 70173 Stuttgart
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 11029
Kursgebühr: 350 EUR + MwSt, 245 EUR + MwSt für Teilnehmer aus Baden-Württemberg, 175 EUR + MwSt für Teilnehmer über 50 Jahre aus Baden-Württemberg
Anmeldung:
 Feldmann Consulting GmbH & Co. Beratungs KG
 Wilhelmstraße 1, 76275 Ettligen
 Nicole Feldmann, Anna Münch
 Tel. 07243-7254-0
 Fax 07243-7254-20
 info@feldmannconsulting.de
 www.feldmannconsulting.de

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Anspruchsvolle Ästhetik
 Vita VM 7/9
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Rosita Bacher
Termin: 31.03.-01.04.2011:
 08.30 – 17.00 Uhr
Ort: Vita LeistungsCenter, 85445 Schwaig/München
Kursgebühr: 395 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel. 07761 562235
 Fax 07761 562816
 u.schmidt@Vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Praxisneugründung, Kooperationseinstieg oder Übernahme
Veranstalter:
 Dr. Walter Schneider Team GmbH
Referent: Dr. Jens Schnieder
Termin:
 01.04.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Holzgerlingen
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 590 EUR pro Person, 890 EUR Teampreis
Anmeldung: Tanja Spatschek
 Tel. 07031 461869

Fachgebiet: Anästhesie
Thema: Dentale Sedierung mit Lachgas [Grundkurs]
Veranstalter:
 Institut für dentale Sedierung
Referenten:
 Dr. med. Frank G. Mathers,
 Dr. med. Andreas Molitor,
 Dr. med. dent. Msc Gerald Thun,
 Dr. jur. Christina Töfflinger
Termin:
 01.04.2011: 13.30 – 19.00 Uhr
 02.04.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 15
Kursgebühr:
 ZA: 1 180 EUR + MwSt
 ZMF: 690 EUR + MwSt
Anmeldung:
 Institut für dentale Sedierung,
 Köln
 Tel. 0221/1694920
 Fax 0221/9651106
 info@ids-sedierung.de
 www.ids-sedierung.de

Fachgebiet: Dentale Fotografie
Thema:
 Ästhetische Dentalfotografie
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Wolfgang Weisser
Termin:
 02.04.2011: 08.30 – 17.00 Uhr
Ort: Vita LeistungsCenter, 85445 Schwaig/München
Kursgebühr: 235 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel. 07761/562-235, Fax -816
 u.schmidt@Vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Dentale Fotografie
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: André Jung
Termin:
 02.04.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Vita LeistungsCenter, 63225 Langen/Frankfurt
Kursgebühr: 235 EUR
Anmeldung: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel. 07761/562-235, Fax -816
 u.schmidt@Vita-zahnfabrik.com

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Die rosa Ästhetik
Veranstalter: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Referent: Viktor Fürtig
Termin:
 02.04.2011: 08.30 – 17.00 Uhr,
 03.04.2011: 08.30 – 13.00 Uhr
Ort: Vita LeistungsCenter, 63225 Langen/Frankfurt
Kursgebühr: 383 EUR

Anmeldung: Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
 Tel. 07761/562235
 Fax 07761/562816
 u.schmidt@Vita-zahnfabrik.com
Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Praxismarketing und Preisgespräche
Veranstalter:
 Dr. Walter Schneider Team GmbH
Referenten: Alma Ott,
 Joachim Brandes
Termin:
 02.04.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Hamburg
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 460 EUR pro Person, 690 EUR Teampreis
Anmeldung: Tanja Spatschek
 Tel. 07031 461869

Fachgebiet:
 Praxismanagement / ZFA
Thema: Dental-Fachberaterin für Selbstzahlerleistungen
Veranstalter: Feldmann Consulting GmbH & Co. Beratungs KG
Referenten: Hans-Dieter Feldmann, Gabriele Oppenberg, Doris Roller
Termin: 04./05.04.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Feldmann Consulting Fortbildungsakademie, Kronenstraße 11, 76275 Ettligen
Fortbildungspunkte: 18
Kurs-Nr.: 11008
Kursgebühr: 975 EUR + MwSt; 682,50 EUR + MwSt für Teilnehmer aus Baden-Württemberg; 487,50 EUR + MwSt für Teilnehmer über 50 Jahre aus Baden-Württemberg
Anmeldung:
 Feldmann Consulting GmbH & Co. Beratungs KG
 Wilhelmstr. 1, 76275 Ettligen
 Nicole Feldmann, Anna Münch
 Tel. 07243/72540
 Fax 07243/725420
 info@feldmannconsulting.de

Fachgebiet: Prothetik
Thema:
 Praxisorientiertes Laserseminar
Veranstalter: Bego Training Center
Termin:
 05.04.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Bremen
Kursgebühr: 220 EUR + MwSt
Anmeldung: gloystein@bego.com
 Tel. 0421/2028 372
 Fax 0421/2028 395

Verlust von Kammerausweisen

LZK Baden-Württemberg

Dr. Annette Schifferdecker-Frey
 geb. 02.11.1965
 Mozartstr. 13
 79312 Emmendingen

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

Landes Zahnärztekammer
 Baden-Württemberg mit der
 Bezirkszahnärztekammer Freiburg

Merzhauser Str. 114 – 116
 79100 Freiburg
 Tel. 0761/4506-0
 Fax: 0761/4506450

ZÄK Niedersachsen

Nr. 6415
 von Dr. Yildiz Saritas

Nr. 5621
 von Dr. Doris Nieland

Nr. 6372
 von Dr. Carl-Heinz Stephan

Die Ausweise wurden verloren, gestohlen beziehungsweise nicht zurückgegeben und werden für ungültig erklärt.

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

Geldanlage: Honorar für den Berater

Durchblick für den Kunden

Tests haben es gezeigt: Die Beratung in den Banken und bei den Versicherungen lässt zu wünschen übrig. Schutz davor bieten neutrale Informationen über einzelne Geldanlagen gegen Honorar. Dabei bekommt der Kunde Empfehlungen für Produkte, die günstig sind und zu ihm passen. Die Interessen der Banken und Versicherungen bleiben außen vor.



Eine gute Beratung macht beide zufrieden, den Kunden wie auch den Anlagenexperten.

und bieten ihre Dienste gegen die Zahlung eines Entgelts an. Auf diese Weise können sie jedem Kunden die für ihn passenden Produkte empfehlen.

Provisionsverbot wie in Großbritannien

Rückenstärkung für dieses Modell gab es Anfang November letzten Jahres von unvermuteter Seite. Der Chef von Allianz Global Investors Deutschland (AGI) plädierte für ein neues Gebührenmodell im deutschen Finanzvertrieb. „Die Verkaufsprovisionen sind nicht förderlich, aber deswegen wird keine Bank sie abschaffen. Ich favorisiere deshalb ein Modell wie in Großbritannien.“ Auf der Insel sind Provisionen ab 2012 schlicht verboten. „Der Kunde wird dort ein Honorar bezahlen, das eine unabhängige Beratung ermöglicht“, so Dilworth.

Diese Worte sind Wasser auf die Mühlen der in Deutschland tätigen Honorarberater. Schon seit Jahren versuchen sie, die Vorteile der unabhängigen Kundenbetreuung in Finanzfragen breiter zu etablieren. Doch sie haben zwei Gegner. Zum einen kämpfen sie gegen die mächtige Finanzindustrie, die aus bekannten Gründen unbedingt am Provisionsmodell festhalten will. Andererseits weicht der Glaube der Verbraucher an die kostenlose Beratung nur langsam auf. Viele Studien haben in der Vergangenheit gezeigt, dass nur wenige dazu bereit sind, Geld für eine unabhängige Beratung auszugeben. Dieter Rauch, Vorsitzender des Verbunds Deutscher Honorarberater (VDH) kritisiert aber: „Die meisten dieser Untersuchungen wurden von Banken in Auftrag gegeben. Da weiß man schon im Voraus, was dabei herauskommt.“ Zu einem anderen Ergebnis kam im Mai 2010 eine Studie

Umsonst ist nur der Tod, für alles andere muss man bezahlen – diese düstere Feststellung trifft vielleicht nicht für persönliche Beziehungen zu, im Geldgeschäft stimmt sie auf jeden Fall. Nur glauben leider immer noch die meisten Bank- und Versicherungskunden, dass für sie die Beratung am Banktresen kostenlos wäre. Dass sie die vermeintlich gute Empfehlung aber sehr teuer zu stehen kommt, lässt sich anhand von Zahlen deutlich darstellen. So errechneten Niels Nauhauser und Werner Bareis, Autoren des Buches „Lexikon der Finanzirrtümer“, dass allein die Abschlusskosten für einen Aktienfondssparplan 2000 Euro betragen, für den Abschluss einer privaten Rentenversicherung sind es 1970 Euro. Unterstellt wird bei beiden Produkten, dass 20 Jahre lang jährlich 2000 Euro angelegt werden. Die jährlichen Verwaltungskosten bleiben dabei sogar unberücksichtigt. Sie beinhalten die Kickbacks – Beträge, die auch dem Verkäufer regelmäßig gut-

geschrieben werden. Auf diese Weise verlieren die Anleger große Summen bei der Geldanlage, von denen sie nichts ahnen. Hinzu kommt, dass die meisten Berater in den Banken jeden Montag ihre Anweisungen für die Woche bekommen, von welchem Produkt sie wie viel verkaufen müssen, um ihr Soll zu erfüllen. Kein Wunder, dass es sich dabei um möglichst provisorsträchtige und vor allem hauseigene Fonds oder Zertifikate handelt. Nur so konnte es passieren, dass sich nichts ahnende Kunden auf den Kauf der risikobehafteten Lehman-Papiere eingelassen haben. Im Vordergrund steht eben meistens das Wohl des Geldhauseins und nicht das der Kunden. Eine Untersuchung des Verbraucherministeriums ergab, dass die Sparer im Jahr aufgrund mangelhafter Beratung 30 Milliarden Euro als Verlust abschreiben können. Deshalb plädieren Verbraucherschützer und die Fachministerin Ilse Aigner für eine Stärkung der Honorarberater. Diese verzichten auf Provisionen

des Meinungsforschungsinstituts TNS Sofres. Auftraggeber war der Fondsanbieter Fidelity. Die Sparer wurden zu ihren Erwartungen an die Anlageberatung gefragt. Dabei zeigten sich 51 Prozent dazu bereit, für eine kompetente und unabhängige Beratung ein angemessenes Honorar zu zahlen. Als Gegenleistung erwarten die Kunden vollständige Gebührentransparenz, ganzheitliche Finanzplanung und die regelmäßige Anpassung der Anlagestrategie an die Lebensplanung. Diese Wünsche der Anleger zu erfüllen, haben sich seriöse Honorarberater auf die Fahnen geschrieben.

Klare Berufsbeschreibung für Honorarberater fehlt

Derzeit ist es für die Kunden aber nicht erkennbar, welcher Berater diese Wünsche erfüllen kann. Denn es gibt keine einheitliche Berufsbeschreibung. Deshalb nutzen noch viele Experten die Möglichkeit, zweigleisig zu fahren: Sie kassieren von den Kunden die Honorare und lassen sich gleichzeitig die Provisionen gutschreiben. Für Dieter Rauch ein Ding der Unmöglichkeit: „Leider gibt es auch bei den Honorarberatern schwarze



Foto: CC

Beratungen bei Banken beinhalten oft verdeckte Provisionen, die der Kunde mitbezahlt.

Schafe. Wir warnen vor denen, die unbedingt ein Produkt verkaufen wollen. Seriöse Berater tun das nicht.“

Ähnlich sieht es auch Dorothea Mohn, Finanzexpertin beim Verbraucherzentrale Bundesverband (VZBV) in Berlin. Sie fordert: „Es darf einfach nicht mehr möglich sein, dass sich ein Vermittler aussuchen kann, ob er eine Provision oder ein Honorar kassiert. Mischsysteme müssen ausgeschlossen sein.“

Umso wichtiger ist der Festlegung eines einheitlichen Berufsbildes. Nach Vorstellung von Dieter Rauch soll darin stehen:

- Der Berater bekommt sein Honorar nur für seine Zeit und sein Wissen.
- Er darf keine Provisionen annehmen. Im Anlagebereich müssen sie erstattet werden.
- Der Kunde soll nachhaltig betreut werden.
- Der Staat soll die Öffentlichkeitsarbeit unterstützen.
- Der Kunde soll die Vergütung für den Berater steuerlich absetzen dürfen.

Eigentlich wollte der Gesetzgeber bereits Ende letzten Jahres im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung des Anlegerschutzes und Verbesserung der Funktionsfähigkeit des Kapitalmarktes den Honorarberatern die Arbeit erleichtern. Bislang gelang es den Beteiligten jedoch nicht, sich zu einigen. Einer der Streitpunkte ist die Frage, unter

zm-Info

Tipps für die Suche

- Ein Honorarberater sollte umfassend qualifiziert sein: entweder durch eine Bankausbildung und langjährige Erfahrung oder etwa einen Abschluss zum Certified Financial Planner. So genannte Inhouse-Seminare wie sie die Vertreter der Strukturvertriebe (etwa AWB, MLP) aufweisen, reichen nicht aus.
- Er sollte sich ein genaues Bild der finanziellen Situation des Kunden machen, inklusive der Frage nach eventuellen Krediten.
- Er sollte schriftlich erklären, dass er keine Provision verlangt.
- Der Berater muss über eine Haftpflichtversicherung verfügen.
- Das Honorar liegt zwischen 100 und 300 Euro pro Stunde.

wessen Aufsicht die Honorarberater gestellt werden: Gewerbeamt oder Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

Verbraucherschützer fordern Aufsicht

Aus Sicht der Verbraucher wäre eine Kontrolle durch die BaFin von Vorteil. Denn die Berater würden dem Kreditwesengesetz (KWG) unterstellt. Die Berater fürchten allerdings die Kosten und die Auflage, dann keine Provisionen mehr annehmen zu dürfen, die sie ehrlicher Weise an ihre Kunden weiterreichen. Der VZBV befürwortet eine gesetzliche Verankerung aller Finanzvermittler im Kreditwesengesetz (KWG) und eine laufende Kontrolle durch die Finanzaufsicht BaFin. Expertin Mohn argumentiert: „Eine strenge gesetzliche Regelung ist erforderlich, verbunden mit einer klaren Kontrolle der Beratungsqualität.“

Wie nötig eine klare Regelung ist, zeigt das Ergebnis der Prüfung von 61 Beratungsprotokollen, die der VZBV in Banken durchgeführt hat. Nach Krediten und deren Höhe hat zum Beispiel kaum ein Berater gefragt, obwohl die Wohlverhaltensregeln des Wertpapierhandelsgesetzes (WpHG) dies verlangen. „Meines Erachtens ist das ein eindeutiger Beratungsfehler“, konstatiert Mohn. Gleichzeitig fehlt es den Kunden an Problembewusstsein. Um es zu schärfen, fordert sie: „Die Behauptung, die Beratung bei Banken und Versicherungen sei kostenlos, müsste einfach verboten werden. Der Preis der Beratung soll klar und deutlich in Euro und Cent auszuweisen sein.“ Allerdings setzen sich die Verbraucherschützer für eine abgespeckte Variante der Aufsicht ein. Denn die Honorarberater verwalten keine Kundengelder.

Um ihre Anliegen besser vertreten zu können, haben sich der VDH und die Quirin Bank zum Berufsverband deutscher Honorarberater (BDVH) zusammengeschlossen. Die Bank mit Sitz in Berlin bietet die Beratung gegen Geld seit vier Jahren an. Der Erfolg gibt dem Vorstandssprecher Karl Matthäus Schmidt Recht. In dieser Zeit stieg

die Anzahl der Kunden von 700 auf derzeit 7 500, die Bank verwaltet aktuell zwei Milliarden Euro Kundengelder. Das Erfolgsrezept steht in Paragraph vier der „Neuen Gesetze des Private Banking“, aufgestellt von Schmidt: „Sämtliche Ausgabeaufschläge, offene und versteckte Provisionen sowie von den Banken verschwiegene Kickbacks werden ab sofort dem Kundenkonto gutgeschrieben.“

Transparenz statt undurchsichtiger Geschäfte

Schmidt gründete seine eigene Bank, weil er den Erfahrungen, die er selbst als Bankange-



Foto: CC

Bezahlte Anlagenberatung – die Branche kämpft um ihre Seriosität und gegen interne schwarze Schafe.

steller gemacht hat, ein transparentes Modell entgegenstellen wollte. Für einen Pauschalpreis von 75 Euro im Monat bekommen Kunden eine detaillierte Finanzanalyse. Eventuelle Provisionen werden den Kunden gutgeschrieben. Das Angebot umfasst verschiedene Preismodelle. Eine Stunde Einzelberatungen kostet 150 Euro. Anders als bei herkömmlichen Instituten können die Berater ihren Kunden kostengünstige Produkte empfehlen wie zum Beispiel Indexfonds. Zertifikate, Optionsscheine oder geschlossene Fonds, mit denen Banken sonst gute Geschäfte machen, stehen nicht auf der Angebotsliste. Auch provisionsfreie Versicherungen können Kunden bei der Quirin Bank und bei den Mitgliedern des VDH abschließen. Dieter Rauch bestätigt, dass inzwischen 30 Gesellschaften zwei Tarife anbieten: mit und ohne

Provision. Für die Honorarberater ist das wichtig, denn es besteht noch immer ein Verbot für Versicherungen, das es ihnen untersagt, die Provisionen an ihre Kunden weiter zu reichen. Neben der Quirin Bank bietet auch der Internetablerger der Commerzbank die comdirect ein Honorarmodell an. Sie erstattet ihren Kunden alle Vergütungen, die sie von den Produktanbietern bekommt. Der Kunde muss dort ein Depot eröffnen und zahlt dafür monatlich eine Gebühr von 0,05 Prozent des Anlagevolumens oder mindestens 24,90 Euro. Zusammen mit seinem Berater legt er ein Risikoprofil fest. Auch die comdirect verzichtet auf Zertifikate und Optionsscheine. Gefällt dem Kunden die Beratung nach einem sechsmonatigen Test nicht, bekommt er das Geld für drei Monate zurück.

Dass es wirklich schwierig sein kann, die Kunden von den Vorteilen einer Honorarberatung zu überzeugen, zeigt das Beispiel Cortal Consors. Bei der Direktbank zahlt zum Beispiel ein Kunde mit einem Depotwert von 200 000 Euro 1 462 Euro für die Honorarberatung. Obwohl das Provisionsorientierte Angebot mit 2 300 Euro pro Jahr deutlich teurer ist, haben sich bislang nur knapp 300 Kunden für die günstigere Variante entschieden. Aber auch wenn noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten ist, der Zug zur Transparenz im Bankgeschäft lässt sich nicht mehr aufhalten. Die Regierungen in Großbritannien aber auch in den Niederlanden und in Skandinavien stützen diesen Trend. Da werden die Deutschen nicht hintanstehen.

Marlene Endrweit
m.endrweit@netcologne.de



Infos im Internet

Informationen über Honorarberatung findet man im Internet unter:

- www.berater-lotse.de
- www.honorarberater.eu
- www.comdirect.de
- www.cortalconsors.de
- www.quirinbank.de

Arbeitszeugnis

Rechtssicher abfassen

Ein Arbeitszeugnis muss wohlwollend, aber auch wahr sein. Dieser „Eietanz“ zwischen Wahrheit und Wohlwollen stellt eine Gratwanderung dar, die Arbeitgeber erfolgreich meistern können, wenn die folgenden Schritte bei der Erstellung eines Arbeitszeugnisses beachtet werden.

Wer das Zeugnis ausstellen darf

Bevor ein Arbeitszeugnis erstellt wird, sollte als Erstes geprüft werden, wer das Zeugnis ausstellen und unterschreiben soll. Zur Zeugniserteilung ist ein Arbeitgeber verpflichtet. Bei juristischen Personen (etwa GmbH) muss das Zeugnis durch den gesetzlichen Vertreter (etwa GmbH-Geschäftsführer) ausgestellt werden. Arbeitgeber können ein Arbeitszeugnis auch von einem Vertreter ausstellen lassen. Allerdings ist hier zu beachten, dass bei der Erteilung eines qualifizierten Zeugnisses nur eine betriebsangehörige Person mit Weisungsbefugnis vertretungsberechtigt ist.

Die Vorgesetztenstellung muss sich (durch entsprechenden Hinweis) unmittelbar aus dem Arbeitszeugnis ergeben. Sofern der Arbeitnehmer direkt der Geschäftsleitung unterstellt war, muss das Arbeitszeugnis von einem Mitglied der Geschäftsleitung unter Hinweis auf diese Position ausgestellt werden. Ein Betriebsfremder (etwa der Rechtsanwalt des Unternehmens) oder ein Betriebsangehöriger ohne Weisungsbefugnis kann den Arbeitgeber allenfalls bei der Erteilung eines einfachen Zeugnisses wirksam vertreten.

Die äußere Form

Ein Mitarbeiter kann das Zeugnis schon dann erfolgreich beanstanden, wenn der Arbeitgeber die äußere Form nicht wahrt. Daher sollte man einige Mindestanforderungen an die Zeugnisform beachten: Zur Zeugniserteilung das im Betrieb üblicherweise verwendete DIN-A4-Geschäftspapier verwenden; neben der vollständigen Firmenbezeichnung muss das Arbeitszeugnis auch die Geschäftsanschrift enthalten; das Papier muss sauber und unbeschädigt sein. Sofern der Arbeitnehmer sein Arbeitszeugnis nicht im Betrieb abholt, darf das Arbeits-

zeugnis gefaltet werden, um es dem Arbeitnehmer in einem Briefumschlag üblicher Größe zu übermitteln (nicht kleiner als C 5). Allerdings darf dadurch die Kopierfähigkeit nicht leiden, das heißt, die Knicke dürfen sich nicht durch Schwärzungen bei einer Kopie des Arbeitszeugnisses abzeichnen (Bundesarbeitsgericht (BAG), Aktenzeichen: 9 AZR 893/98).

Das Arbeitszeugnis darf zudem nicht von Hand geschrieben sein und keine Flecken, Radierungen, Verbesserungen, Streichungen oder Ähnliches enthalten. Die Zeugnissprache ist Deutsch, sofern mit dem Arbeitnehmer nichts anderes vereinbart wurde. Kleinere Mängel in Rechtschreibung, Grammatik respektive Satzbau sind unbeachtlich. Die Anschrift des Arbeitnehmers darf nicht im Adressbereich des vom Unternehmen verwendeten Geschäftspapiers erscheinen. Das Zeugnis ist kein Brief an den betreffenden Mitarbeiter. Die Anschrift darf deshalb nur dann erscheinen, wenn der Mitarbeiter damit einverstanden ist.

Passende Überschrift

Arbeitgeber sind zwar nicht verpflichtet, ein Arbeitszeugnis mit einer Überschrift zu versehen. Es genügt an sich, dass sich aus dem Schriftstück zweifelsfrei ergibt, dass es sich um ein Arbeitszeugnis handelt. Allerdings sollten Arbeitgeber zur Vermeidung von Verwechslungen aus Gründen der Rechtssicherheit folgende Überschriften für Ihr Arbeitszeugnis verwenden:

- Einfaches bzw. qualifiziertes Arbeitszeugnis: „Arbeitszeugnis“
- Zwischenzeugnis: „Zwischenzeugnis“
- Einfaches respektive qualifiziertes Arbeitszeugnis für einen Auszubildenden: „Ausbildungszeugnis“



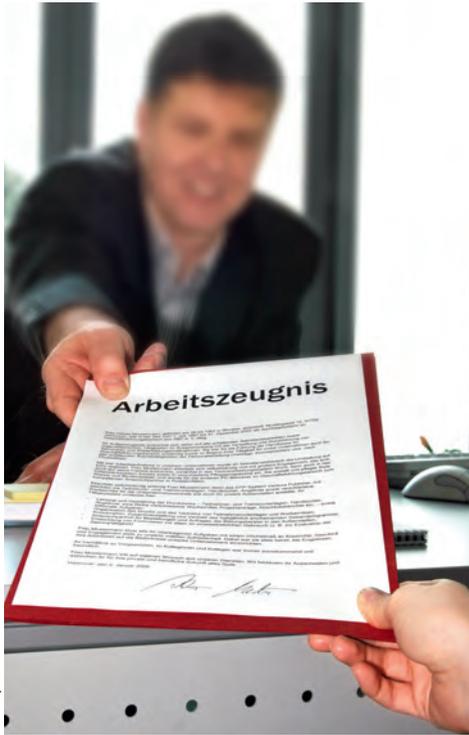


Foto: picture alliance

Ein korrektes und abgestimmtes Zeugnis trägt dazu bei, im Guten auseinanderzugehen.

■ Einfaches respektive qualifiziertes Arbeitszeugnis für einen Praktikanten: „Praktikantenzeugnis“ oder – „Praktikumszeugnis“

Arbeitgeber können die Überschrift linksbündig schreiben, aber auch zentriert setzen. Es spricht auch nichts dagegen, die Überschrift fett zu drucken. Auch ein größerer Schriftgrad (im Vergleich zum übrigen Zeugnistext) ist zulässig. Ein Ausrufezeichen sollte der Überschrift jedoch nicht angefügt werden. Wichtiger Hinweis: Arbeitgeber sollten sich unbedingt auf die genannten Überschriften konzentrieren. Grob falsch wäre es, das Zeugnis als Arbeitsbescheinigung, Arbeitsbeurteilung, Beurteilung, Bewertung oder Bestätigung zu bezeichnen.

Die richtige Struktur

Für Arbeitszeugnisse kann grundsätzlich folgende Grundgliederung verwendet werden: Einleitung, Tätigkeitsbeschreibung, Aussage zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses, Schlussformel (außer bei Zwischenzeugnissen). Hat der Arbeitnehmer ein qua-

liziziertes Arbeitszeugnis verlangt, sollten Arbeitgeber das Arbeitszeugnis wie folgt gliedern: Einleitung, Tätigkeitsbeschreibung, Leistungsbeurteilung, Führungsbeurteilung, Aussage zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses, Schlussformel.

Die Einleitung

Ein Zeugnis muss beginnen mit Angaben zur Person des Arbeitnehmers, Angaben zur Dauer des Arbeitsverhältnisses sowie einer Kurzbezeichnung der vom Mitarbeiter eingenommenen Position. Zu den Angaben zur Person gehören Vorname und Familienname, gegebenenfalls der Geburtsname, akademische Titel, Geburtsdatum und Geburtsort.

Für die Dauer des Arbeitsverhältnisses kommt es darauf an, wie lange das Arbeitsverhältnis mit dem Mitarbeiter rechtlich bestanden hat, nicht darauf, wie lange der Mitarbeiter tatsächlich gearbeitet hat. Eine Musterformulierung für die Einleitung des Zeugnisses könnte wie folgt lauten: „Herr Paul M., geboren am 03.10.1975 in Dresden, war vom 01.06.1997 bis zum 31.03.2010 in unserem Unternehmen als Buchhalter beschäftigt.“

Aufgaben- und Tätigkeitsbeschreibung

Die Aufgaben- und Tätigkeitsbeschreibung stellt einen wesentlichen Teil des Zeugnisses dar. Ein Arbeitszeugnis muss die vom Arbeitnehmer ausgeübten Tätigkeiten so genau und vollständig beschreiben, dass sich ein fremder Arbeitgeber ein klares Bild über die Eignung des Arbeitnehmers machen kann. Dabei können Arbeitgeber sich an folgenden Kriterien orientieren:

- Arbeitsplatz des Arbeitnehmers,
- Funktion, Aufgaben- und Verantwortungsbereich,
- Kompetenzen,
- Aufgabenschwerpunkte,
- Aufgabenwechsel,
- berufliche Entwicklung im Unternehmen,
- zusätzlich übernommene Aufgaben und Spezialaufgaben.

Arbeitgeber müssen selbstverständlich aus diesem Katalog nur diejenigen Punkte berücksichtigen, zu denen sie auch eine Aussage treffen können. Dabei müssen gegebenenfalls Auskünfte bei unmittelbaren Vorgesetzten des Arbeitnehmers eingeholt werden. Wesentliche und verantwortungsvolle Aufgaben sind vor unwesentlichen Nebenaufgaben anzuführen. Unwesentliche Tätigkeiten und Selbstverständlichkeiten müssen nicht in die Tätigkeitsbeschreibung aufgenommen werden.

Arbeitgeber erleichtern sich die Aufgaben- und Tätigkeitsbeschreibung, indem sie eine Aufzählung der wesentlichen Aufgaben in das Zeugnis wie folgt aufnehmen:

„Zu ihren/seinen Aufgaben zählten insbesondere ...“ Anschließend können die wesentlichen Aufgaben eines Mitarbeiters aufgezählt werden. Hierbei können Arbeitgeber ganze Sätze formulieren, aber auch eine tabellarische Form wählen. Die tabellarische Auflistung bietet dabei folgende Vorteile: Die Wahrscheinlichkeit, dass über bestimmte Formulierungen gestritten werden muss, ist geringer. Arbeitgeber stellen durch die Eingangsformel „im Wesentlichen“ oder „insbesondere“ von vornherein klar, dass sie nur die wesentlichen Aufgaben Ihres Mitarbeiters erwähnen. Etwaige Änderungen oder Ergänzungen können unproblematisch erfolgen.

Detaillierte Leistungsbeurteilung

Ein zentraler Punkt in einem qualifizierten Arbeitszeugnis ist die Leistungsbeurteilung. Hier sollten Arbeitgeber folgende Punkte ansprechen:

- Leistungsbereitschaft
- Arbeitsbefähigung
- Arbeitsweise
- Arbeitsergebnis
- besondere Arbeitserfolge
- abschließende Zufriedenheitsformel

Die Bewertung der **Leistungsbereitschaft** bezieht sich auf das „Wollen“ eines Mitarbeiters. Darunter fallen:

- die Arbeitsbereitschaft
- der Arbeitswille
- die Motivation und
- die Eigeninitiative.

Im Rahmen der **Arbeitsbefähigung** bewerten Arbeitgeber das „Können“ eines Mitarbeiters. Hierzu gehört insbesondere:

- die Auffassungsgabe
- die Belastbarkeit
- die Erfahrungen und Kenntnisse
- die intellektuellen Fähigkeiten und
- die Fähigkeit zur Problemlösung.

Innerhalb der Bewertung der **Arbeitsweise** benoten Arbeitgeber den „Stil“ ihres Mitarbeiters. Hierzu zählen:

- Diskretion
- Loyalität
- Selbstständigkeit
- Sorgfalt
- Vertrauenswürdigkeit und
- Zuverlässigkeit.

Das **Arbeitsergebnis** betrifft den „Erfolg“ eines Mitarbeiters. Dabei geht es um:

- die Arbeitsmenge
- das Arbeitstempo
- die Arbeitsqualität
- die Überzeugungskraft und
- das Verhandlungsgeschick.

Zu den **besonderen Arbeiterfolgen** gehören:

- Arbeitnehmererfindungen
- Beförderungen
- die Lösung besonderer Probleme
- die Übernahme oder der Aufbau einer Abteilung sowie
- Umsatz- und Gewinnsteigerungen.

Bei der **zusammenfassenden Leistungsbeurteilung** kommt es in besonderem Maße auf die Einschätzung des Mitarbeiters an. Es geht hier um die zusammenfassende Bewertung der Leistungen eines Mitarbeiters. In der Personalpraxis hat sich hierzu eine Wertungsskala herausgebildet, die den herkömmlichen Schulnoten entspricht. Diese Skala ist zum großen Teil auch von den Arbeitsgerichten anerkannt. Um Streitigkeiten aus dem Weg zu gehen, müssen Arbeitgeber an dieser Stelle besonders sorgfältig sein. Einem Mitarbeiter, mit dem man unter dem Strich mehr als zufrieden war und dem man eine überdurchschnittliche Leistung attestieren will, kann an dieser Stelle auch

durchaus die Note „gut“ gegeben werden. Je ausführlicher Arbeitgeber die Leistungsbeurteilung vornehmen, desto mehr Wertungen erhält ein Zeugnis. Je mehr Wertungen ein Zeugnis enthält, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mitarbeiter mit einer einzelnen Formulierung unzufrieden ist und man einen lästigen Zeugnisstreit führen muss. Dabei gilt der Grundsatz: Je zufriedener Arbeitgeber mit einem Mitarbeiter sind, desto ausführlicher sollte das Arbeitszeugnis sein. Daher sollten Arbeit-

urteilung vorzunehmen. Für die Richtigkeit einer unterdurchschnittlichen Leistungsbeurteilung trägt der Arbeitgeber aber die Beweislast.

■ Dies bedeutet, dass man im Streitfall in der Lage sein muss, darzulegen und zu beweisen, dass der Mitarbeiter Fehler gemacht hat und dass man ihn wegen dieser Fehler beispielsweise ermahnt oder abgemahnt hatte. Gelingt einem Arbeitgeber dies nicht, bleibt es beim Anspruch auf eine durchschnittliche Beurteilung. Hat der Mitarbeiter



Foto: Tyler Olson – Fotolia.com

Die Aufgaben und Tätigkeiten sind so zu beschreiben, dass sich ein anderer Arbeitgeber ein umfassendes Bild von ihnen machen kann.

geber sich auch knapp bei Einzelheiten der Leistungsbeurteilung befassen, wenn sie ihrem Mitarbeiter nur durchschnittliche oder gar unterdurchschnittliche Leistungen attestieren können. Notfalls sollte komplett auf eine detaillierte Leistungsbeurteilung verzichtet werden.

Über die Leistungsbeurteilung im Zeugnis wird häufig gestritten. Hier müssen Arbeitgeber gewappnet sein. Sie müssen daher die folgenden drei Grundsätze beachten:

- Im Zweifel hat der Arbeitnehmer Anspruch auf eine durchschnittliche Bewertung (LAG Köln, Aktenzeichen: 11 Sa 255/99).
- Der Mitarbeiter kann also die Zufriedenheitsformel „stets zu unserer Zufriedenheit“ verlangen. Dies gilt aber nicht ausnahmslos:
- Arbeitgeber sind nämlich berechtigt, eine unterdurchschnittliche Leistungsbe-

eine durchschnittliche Leistung im Zeugnis bescheinigt bekommen und will er eine gute Benotung, liegt es an ihm: Er muss aus seiner Sicht Tatsachen darlegen, die eine gute Benotung rechtfertigen. Arbeitgeber können dies durch Gegenteiligkeiten wieder entkräften.

Sozialverhalten/Führungsbeurteilung

Nach dem Gesetz müssen Arbeitgeber beim qualifizierten Arbeitszeugnis auf Wunsch ihres Mitarbeiters auch eine Aussage zu deren Führung machen. Arbeitgeber müssen also sein Verhalten beurteilen. Es geht hier um das betriebliche Zusammenwirken, nämlich das Verhalten des Mitarbeiters zu Vorgesetzten, gleichgeordneten Arbeitskollegen, nachgeordneten Mitarbeitern, aber auch gegenüber Geschäftspartnern und Kunden. Wichtiger Hinweis: Bei der Zeugnisbewertung sollten Arbeitgeber das Verhalten ihres

Mitarbeiters zu allen Personengruppen, mit denen er Kontakt hatte, in der Reihenfolge Vorgesetzte – Mitarbeiter – Kunden bewerten. Das Auslassen einer Personengruppe oder ein Umstellen der Reihenfolge kann als unzulässiges Geheimzeichen gewertet werden und daher zur gerichtlichen Aufhebung eines Arbeitszeugnisses führen. Soweit das Verhalten zu den verschiedenen Personengruppen unterschiedlich zu bewerten ist, ist die Führungsbeurteilung in der genannten Reihenfolge getrennt voneinander vorzunehmen.

Arbeitgeber sollten zudem exotische Formulierungen zur Führungsbeurteilung vermeiden. Jeder Streit um die Berichtigung eines Zeugnisses kostet Zeit und – vor allem bei einem Arbeitsgerichtsverfahren – viel Geld. Daher sollten alle Formulierungen vermieden werden, deren nachträgliche Beseitigung der Mitarbeiter verlangen könnte. Arbeitgeber sollten insbesondere nicht in

das Zeugnis aufnehmen, dass ihr Mitarbeiter:

- zur Verbesserung des Betriebsklimas beigetragen hat (Hinweis auf Alkoholprobleme)
- engagiert für die Interessen der Kollegen eingetreten ist (Hinweis auf Betriebsratstätigkeit)
- Einfühlungsvermögen für die Belange der Kollegen bewies (Hinweis darauf, dass der Mitarbeiter ständig sexuelle Kontakte im Kollegenkreis suchte).

Soweit der Mitarbeiter eine **Vorgesetztenfunktion** ausgeübt hat, müssen Arbeitgeber in einem qualifizierten Arbeitszeugnis Aussagen zur Mitarbeiter-Führungskompetenz treffen. Wichtige Führungsgesichtspunkte sind dabei:

- die Erfolge bei der Mitarbeiterauswahl,
- die Anzahl und Qualifikation der unterstellten Mitarbeiter,

- die Arbeitszufriedenheit bei den Untergebenen,
- die Delegation von Verantwortung,
- die erzielten Gruppen- und Abteilungsergebnisse,
- der Kompetenzumfang und
- die Fähigkeit zur Motivation und Förderung der Untergebenen.

Beendigung des Arbeitsverhältnisses

Eine Aussage zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses (Beendigungsgründe und Beendigungsmodalitäten) dürfen Arbeitgeber nur auf Wunsch ihres Mitarbeiters in einem Arbeitszeugnis erwähnen. Wurde das Arbeitsverhältnis einvernehmlich, also durch einen Aufhebungsvertrag, aufgelöst, dann kann der betreffende Mitarbeiter vom Arbeitgeber die Verwendung der folgenden Formulierung verlangen:

„Das Arbeitsverhältnis wurde im beiderseitigen Einvernehmen aufgelöst.“

Um sich den unnötigen Ärger einer etwaigen Berichtigung des Zeugnisses zu ersparen, sollten Arbeitgeber entweder von vornherein auf eine Aussage zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses ganz verzichten oder aber ihren Arbeitnehmer vor der Ausstellung des Arbeitszeugnisses fragen, ob er einen entsprechenden Hinweis wünscht.

Wichtiger Hinweis: Ein Mitarbeiter hat außer im Fall der Eigenkündigung keinen Anspruch darauf, dass Arbeitgeber im Zeugnis formulieren, er sei „auf eigenen Wunsch“ ausgeschieden. Arbeitgeber sollten deshalb auch nicht aus Gefälligkeit in das Zeugnis aufnehmen, dass das Ausscheiden auf eigenen Wunsch erfolgte, wenn keine Eigenkündigung vorliegt. Es besteht dann sogar die Gefahr, dass der Arbeitgeber wegen unwahrer Angaben im Zeugnis zur Rechenschaft gezogen wird, beispielsweise von einem zukünftigen Arbeitgeber des Mitarbeiters.

War die Beendigung des Arbeitsverhältnisses streitig, dürfen Arbeitgeber im Zeugnis nicht ausdrücklich mitteilen, dass ein solcher Streit bestand, etwa dass ein Kündigungsschutzverfahren beim Arbeitsgericht anhängig war. Die Durchführung eines Gerichtsverfahrens hat mit der Beurteilung der Leistung und Führung eines Mitarbeiters während der Laufzeit des Arbeitsverhältnisses nichts zu tun. In solchen Fällen können Arbeitgeber beispielsweise formulieren:

„Herr A. scheidet mit dem heutigen Tag aus unserem Unternehmen aus.“

Schlussformel

Häufig finden sich in Arbeitszeugnissen Schlussformulierungen. Der Arbeitgeber bringt beispielsweise zum Ausdruck, dass er das Ausscheiden des Mitarbeiters bedauert, ihm für die gute Zusammenarbeit dankt und ihm für die Zukunft alles Gute wünscht. Solche Schlussformeln gehören im Zeugnis hinter den Grund des Ausscheidens. Arbeitgeber sind nicht gezwungen, eine Schlussformel unter das Zeugnis zu setzen. Man kann auch darauf verzichten. Die neue Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts räumt einem Arbeitgeber bei der Verwendung von Schlussformeln Gestaltungsfrei-

heit ein. Im Einzelnen gilt Folgendes: Arbeitgeber sollten nicht bedauern, was sie erleichtert. Und: Arbeitgeber sind nicht verpflichtet, im Zeugnis ihr Bedauern über das Ausscheiden eines Mitarbeiters zum Ausdruck zu bringen.

Das Bundesarbeitsgericht hat auch klargestellt: Arbeitgeber sind nicht verpflichtet, ihrem Mitarbeiter im Zeugnis für die Zusammenarbeit zu danken (BAG, Aktenzeichen: 9

zm-Info

Mangelhafte Arbeitsleistung

Wollen Arbeitgeber im Ausnahmefall eine mangelhafte Arbeitsleistung dokumentieren, empfiehlt es sich manchmal, auf eine zusammenfassende Leistungsbeurteilung vollständig zu verzichten. Die Juristen sprechen hier von einem „beredten Schweigen“. Zwar sind Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet, eine Leistungsbeurteilung vorzunehmen. Doch gilt auch hier: Wo kein Kläger, da kein Richter. Wendet sich ein Mitarbeiter also nicht gegen das Zeugnis, bleibt es ohne eine zusammenfassende Leistungsbeurteilung in der Welt. Beschwerd sich der Mitarbeiter, sollten Arbeitgeber, um einen Rechtsstreit zu vermeiden, das Zeugnis aber um einen entsprechenden Hinweis ergänzen.

AZR 44/00). Schriftlichen Dank kann der Arbeitnehmer also auch dann nicht verlangen, wenn die Zusammenarbeit tatsächlich gut war.

Das Bundesarbeitsgericht hat auch klargestellt: Arbeitgeber sind nicht verpflichtet, ihrem Arbeitnehmer für die Zukunft alles Gute und Erfolg zu wünschen. Sofern Arbeitgeber sich für die Aufnahme einer Schlussformel entscheiden, müssen sie aber beachten, dass diese mit dem übrigen Zeugnisinhalt übereinstimmen muss, weil der Arbeitnehmer anderenfalls eine Zeugnisberichtigung verlangen kann. So wäre es unzulässig, einem Arbeitnehmer in der Leistungs- und

Führungsbeurteilung mit „sehr gut“ zu bewerten und lediglich eine „durchschnittliche (also „befriedigende“) Schlussformel zu verwenden.

Ausstellungsdatum

Zum notwendigen Inhalt eines jeden Arbeitszeugnisses gehört auch das Ausstellungsdatum. Dabei müssen Arbeitgeber eine Rückdatierung vornehmen, wenn sie mit der Erteilung des Arbeitszeugnisses in Verzug geraten sind. Gleiches gilt, wenn Arbeitgeber ein bereits von ihnen ausgestelltes Arbeitszeugnis, etwa wegen formaler Mängel, berichtigen. Hier müssen Arbeitgeber bei dem neu geschriebenen Arbeitszeugnis als Ausstellungsdatum das Datum des Ursprungszeugnisses einsetzen.

Wenn der Mitarbeiter ein Zeugnis erst später nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses wünscht, sind Arbeitgeber nicht verpflichtet, das Zeugnis zurückzudatieren. Hier kann also das aktuelle Datum verwendet werden.

Unterschrift

Zu guter Letzt ist das Arbeitszeugnis mit einer Originalunterschrift des Ausstellers, also vom Arbeitgeber oder dessen Stellvertreter, zu versehen. Dabei ist ein dokumentenechter Stift (Füllfederhalter oder Kugelschreiber) zu verwenden.

Für Ausbildungs- und Praktikantenzeugnisse gilt: Haben Arbeitgeber die Ausbildung nicht selbst durchgeführt, dann muss das Arbeitszeugnis auch vom Ausbilder unterschrieben werden.

Dietmar Kern
Wirtschaftsjournalist
Gebhard-Müller-Allee 5
71638 Ludwigsburg

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 Zeitungsbetragsgeld 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
www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH:

Jürgen Führer, Norbert Froitzeim

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

Key Account Dental:

Andrea Nikuta-Meerloo, Tel. +49 2234 7011-308
Mobil: +49 162 2720522, E-Mail: nikuta-meerloo@aerzteverlag.de

Leiterin Anzeigenmanagement Industrie und verantwortlich für den Anzeigenteil:

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

Leiterin Anzeigenmanagement Stellen-/Rubrikenmarkt:

Katja Höcker, Tel. +49 2234 7011-286
E-Mail: hoecker@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt:

Michael Laschewski, Tel. +49 2234 7011-252
E-Mail: laschewski@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: +49 179 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

Druckerei:

L.N. Schaffrath, Geldern

Konten:

Deutsche Apotheker- und Ärztekasse, Köln, Kto. 010 1107410
(BLZ 370 606 15), Postbank Köln 192 50-506 (BLZ 370 100 50).

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 53, gültig ab 1.1.2011.

Auflage Lt. IVW 3. Quartal 2010:

Druckauflage: 84 933 Ex.

Verbreitete Auflage: 83 387 Ex.

101. Jahrgang

ISSN 0341-8995

Arbeitsrecht

Sonderurlaub exakt definieren

Um einen unnötigen Rechtsstreit zu vermeiden, sollten Arbeitgeber genau festlegen, wann sie wie viel bezahlten Sonderurlaub gewähren.

Als Sonderurlaub versteht das Arbeitsrecht eine „Freistellung“ beziehungsweise „Arbeitsbefreiung“ bei Fortzahlung der Vergütung. Generell ist der Arbeitgeber nur dann verpflichtet, Sonderurlaub zu gewähren, wenn entsprechende Vereinbarungen im Arbeitsvertrag, in der Betriebsvereinbarung oder im Tarifvertrag getroffen wurden. So ist etwa der Anspruch auf Freistellung bei Umzügen nicht gesetzlich festgeschrieben, sondern oft arbeits- oder tarifvertraglich beziehungsweise durch eine Betriebsvereinbarung geregelt. Der Wechsel von einem Wohnort zum anderen ist aber kaum am Wochenende oder nach Dienstschluss zu bewältigen. Deshalb zeigen sich viele Arbeitgeber kulant und genehmigen auch bei Umzügen aus privaten Gründen einen oder zwei Tage Sonderurlaub.

In vielen anderen Situationen greift in der Praxis § 616 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB). Demnach hat ein Mitarbeiter dann Anspruch auf Sonderurlaub, wenn er aus persönlichen Gründen, unverschuldet und für verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit an der Arbeitsleistung gehindert wird. Diese Regelung bezieht sich allerdings nur auf die tatsächliche Arbeitszeit. Befindet sich der Arbeitnehmer gerade in Elternzeit oder im Erholungsurlaub, muss der Chef keinen Sonderurlaub gewähren. Ein Beispiel: Frau Meier hat zwei Wochen Urlaub. In dieser Zeit verstirbt plötzlich ihr Vater. Die Beerdigung findet während des Urlaubs statt. Frau Meier möchte den Sonderurlaub, der ihr normalerweise nach § 616 zustehen würde, „anhängen“. Das aber ist nicht rechtens. Denn während des Urlaubs besteht kein Anspruch auf Sonderurlaub.

Als wichtige persönliche Gründe, die einen Sonderurlaub rechtfertigen, gelten nach § 616 BGB:



Foto: MEV

Dieser Tag verdient es, anders als andere behandelt zu werden – auch vom Arbeitgeber.

- Besondere familiäre Ereignisse (eigene Hochzeit, Todesfälle naher Angehöriger sowie Geburten, Kommunion/Konfirmation der Kindes).
- Schwere Erkrankungen naher Angehöriger (Partner, Kinder, Eltern).
- Ladungen zu Behörden oder Gerichten im öffentlichen Interesse.

Der Grund für eine Freistellung muss sich individuell auf den Mitarbeiter beziehen. Hindert dieselbe Ursache zeitgleich mehrere Arbeitnehmer an ihrer Arbeitsleistung, fällt das aus dem gesetzlichen Rahmen einer bezahlten Freistellung. Nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts sind Chefs deshalb nicht verpflichtet zu zahlen, wenn Mitarbeiter etwa wegen Glatteis, Hochwasser

oder Verkehrsstörungen der Arbeit fernbleiben. Persönliche Unglücksfälle wie Einbruch, Brand oder unverschuldete Verkehrsunfälle haben Arbeitsrichter dagegen bereits als Hinderungsgründe anerkannt.

§ 616 BGB regelt nicht konkret, wie lange Arbeitgeber im Einzelfall bezahlten Sonderurlaub genehmigen müssen. Ausschlaggebend ist die für den Verhinderungsgrund objektiv aufzubringende Zeit. Bei familiären Ereignissen oder Umzug sind das in der Regel ein bis zwei Tage. Wenn das Kind des Mitarbeiters grippekrank zu Hause betreut werden muss, oder die Ehefrau nach einer Operation kurzzeitig Pflege benötigt, kann der Chef bis zu fünf Tage je Krankheitsfall gewähren. Es muss jedoch eine ärztliche Bescheinigung vorliegen, dass die Pflege des

Familienmitglieds unerlässlich ist. Für die Pflege von Kindern bis zu zwölf Jahren gibt es eine weitere Sonderurlaubsregelung: § 45 SGB V sieht dann eine – allerdings unbezahlte – Freistellung von bis zu zehn Tagen vor. Der Mitarbeiter erhält für diese Zeit Krankengeld von der Krankenkasse.



Foto: MEV

Bei Erkrankung eines Kindes darf ein Arbeitnehmer Sonderurlaub in Anspruch nehmen.

Für gewöhnliche Behördengänge müssen Arbeitgeber nach Informationen des „Verlags für die Deutsche Wirtschaft“ keinen Sonderurlaub geben. Ist dagegen das Erscheinen eines Angestellten vor Gericht – etwa als Zeuge oder Schöffe – im öffentlichen Interesse angeordnet worden, muss der Chef ihn zum festgelegten Termin freistellen. Sagt der Mitarbeiter als Zeuge aus, erhält er den Verdienstaufschlag meist über eine finanzielle Entschädigung durch das Gericht ersetzt. Der Arbeitgeber ist dann nicht verpflichtet, auch noch den Arbeitslohn zu entrichten. Bezahlte Freistellung muss der Arbeitgeber einem Angestellten nach § 629 BGB aber zur Stellensuche und Meldung bei der Agentur für Arbeit.

Sonderurlaub für Arztbesuche gibt es dagegen selten. Ist der Arbeitnehmer arbeitsunfähig, kommt § 616 BGB nicht zur Anwendung. Der Anspruch auf bezahlte Freistellung für die Dauer von sechs Wochen ergibt sich aus dem Entgeltfortzahlungsgesetz. Liegt zwar keine Arbeitsunfähigkeit vor, ein Arztbesuch ist aber dennoch medizinisch notwendig, dann besteht ein Freistellungsanspruch nach § 616 BGB. In al-



Foto: MEV

Auch bei schweren Gesundheitsprobleme eines (Ehe-) Partners wird gesetzlich geregelt für die Pflege freie Zeit gewährt.

len anderen Fällen sind Arzttermine auf die arbeitsfreie Zeit zu legen beziehungsweise bei einer Gleitzeitregelung außerhalb der Kernarbeitszeit.

Die im BGB festgeschriebenen Regelungen können im Arbeitsvertrag oder in den Betriebsvereinbarungen konkretisiert werden. Um einen unnötigen Rechtsstreit zu vermeiden, sollten Chefs genau festlegen, wann sie wie viel bezahlten Sonderurlaub gewähren; vorausgesetzt, der jeweilige Tarifvertrag sieht keine anderen Regelungen vor.

Dietmar Kern
Wirtschaftsjournalist
Gebhard-Müller-Allee 5
71638 Ludwigsburg

E-Books und E-Book-Reader

Bibliothek im Taschenformat

Zur Tagung fahren und alle wichtigen Fachbücher dabei haben – E-Books machen es möglich. Um in der digitalen Bibliothek zu stöbern, brauchen User spezielle Lesegeräte, sogenannte E-Book-Reader. Nicht alle Modelle leisten gute Arbeit. Vor dem Kauf ist es daher ratsam, sich ausführlich zu informieren. Zahnärzte, die sich aus beruflichen Gründen ein Lesegerät zulegen wollen, sollten sich zudem die Frage stellen: Wie viele zahnmedizinische E-Books sind zuzeit auf dem Markt?

Digitale Literatur bringt im Vergleich zum traditionellen Printbuch einen unbestreitbaren Vorteil mit sich: Sie spart Platz. Ein E-Book ist meist nur einige hundert Kilobyte groß, auf ein digitales Lesegerät passen je nach Modell mehrere Gigabyte – das entlastet das Bücherregal.

E-Books können auch auf den PC heruntergeladen werden. Um örtlich flexibel zu sein und während der Zugfahrt oder im Lieblingssessel zu schmökern, bieten sich aber mobile E-Book-Reader an. Zu den bekanntesten Modellen gehören der Kindle von Amazon und das iPad von Apple mit der iBook-Funktion. Darüber hinaus gibt es noch viele andere Geräte – die Funktionen, die sie erfüllen müssen, sind jedoch ähnlich.

Elektronische Tinte

Die meisten Reader wenden die E-Ink-Technologie an, das heißt, sie arbeiten – im Gegensatz zu Notebooks – ohne Hintergrundbeleuchtung. Um die „elektronische Tinte“ auf dem Schwarz-Weiß-Bildschirm lesen zu können, brauchen Leser Umgebungslicht – genauso wie beim traditionellen Buch. Vorteil dieser Technologie: Sie spart Energie. Die Akkus vieler Geräte halten bis zu zwei Wochen durch. Dem iPad mit seinem beleuchteten LCD-Bildschirm geht dagegen nach neun bis zehn Stunden die Puste aus.

E-Ink liefert außerdem bei allen Lichtverhältnissen gute Ergebnisse, bei wenig Licht wie auch bei großer Helligkeit. Voraussetzung

dafür ist allerdings, dass der Reader keine verspiegelte Oberfläche hat. Das iPad bereitet Lesern deswegen im prallen Sonnenlicht Probleme, in den schummerigen Abendstunden liest es sich aber wunderbar. Andere E-Book-Reader brauchen dann schon Unterstützung durch eine Leselampe. Digitale Lesegeräte lassen sich auf unterschiedliche Arten steuern. Manche haben eine Tastensteuerung, andere berührungsempfindliche Touchscreens, auf denen User mit speziellen Stiften oder den Fingern navigieren können.



E-Books sind teurer

Der Börsenverein des Deutschen Buchhandels forderte im vergangenen November, dass auch E-Books vom ermäßigten Mehrwertsteuersatz profitieren sollen. Derzeit gilt die Steuerermäßigung auf sieben Prozent nur für gedruckte Bücher, während auf elektronische Bücher der volle Satz von 19 Prozent erhoben wird.



Foto: Apple - DÄV [M] A. Meinardus

Vor dem Kauf eines E-Book-Readers empfiehlt es sich auszuprobieren, wie lange er zum Umblättern benötigt. Manche Geräte brauchen bis zu zwei Sekunden, das kann den Lesefluss stören. Dagegen ist ein Vorteil aller Reader: Die Schriftgröße ist variabel. Menschen mit Sehschwäche können die Buchstaben ihren Bedürfnissen anpassen, ohne dass das Schriftbild darunter leidet. Der Text bleibt weiterhin scharf.

Andocken und runterladen

E-Books auf das Lesegerät zu laden ist simpel. Einfach am Computer herunterladen, die beiden Geräte über die USB-Buchse verbinden und die Datei auf den Reader kopieren. Kindle und iPad können auch drahtlos über das Mobilfunknetz oder W-Lan laden. Problematischer ist es hingegen, sich im Wirrwarr der Formate und Kopierschutzverfahren zurechtzufinden. Die Mehrheit der E-Books verwendet das Epub-Format und in den meisten Fällen den Kopierschutz Adept von Adobe. Auch Amazon und Apple bieten Bücher als Epub an, aber mit einem anderen Kopierschutz. E-Books von Amazon und Apple laufen damit auf kaum einem der anderen Reader. Umgekehrt können die beiden Geräte Bücher, die einen anderen als ihren Kopierschutz verwenden, nicht darstellen. Das iPad kann allerdings mithilfe einer App E-Books von Amazon öffnen. Vor dem Kauf eines Geräts sollten User auf jeden Fall klären, welche Formate der Reader unterstützt.

Hype bleibt aus

Nicht zuletzt wegen der uneinheitlichen Formate steht der E-Book-Markt noch am Anfang. Zurzeit hat kaum ein Anbieter mehr



Kostenlose E-Books

Über 33 000 kostenlose E-Books hat das Project Gutenberg im Angebot. Die Bücher können umsonst heruntergeladen werden, weil sie entweder nie mit einem Copyright belegt waren oder es abgelaufen ist.

■ www.gutenberg.org

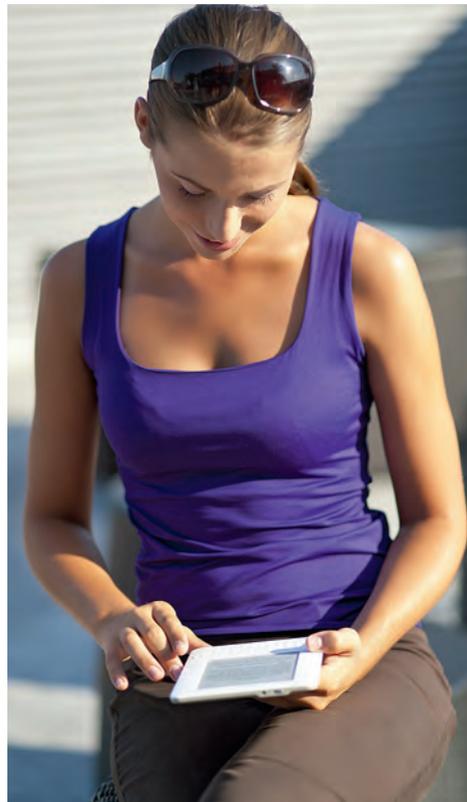


Foto: Fotex-Karl Thomas

Unterwegs in der Mittagspause, im Urlaub oder auf Seminaren sind immer alle Bücher dabei.

als 40 000 deutschsprachige Titel im Sortiment. Auch die Nachfrage hält sich in Grenzen. „Der Hype des E-Books spiegelt sich in den Verkaufszahlen bei deutschsprachigen Fachbüchern noch nicht wider. Zwar kristallisiert sich ein einheitliches Format für E-Books heraus, allerdings ist der Gerätemarkt noch recht heterogen – Verlage reagieren hier deshalb noch zurückhaltend“, sagt Renate Scheddin, Director Books bei „Springer Medizin“.

Zurzeit zählen vor allem große Bibliotheken oder Kliniken zu den Abnehmern, die dann ganze E-Book-Pakete kaufen, erklärt Scheddin. „Diese Kunden kaufen die Titel eines kompletten Jahrgangs. Dazu gehören alle gängigen Lehrbücher, aber auch Spezialliteratur.“ Die Nachfrage nach kleineren Paketen wird laut der Fachfrau größer, bisher könne man aber noch lange nicht alle Einzelbücher als E-Book kaufen.

Dennoch: Auf kaum einer Verlagshomepage fehlt heute noch ein Link zum Bereich „Digitale Medien“ oder „E-Books“, wo auch einzelne Titel zum Download bereitstehen.

Allerdings ist das Angebot für zahnmedizinische Fachliteratur noch nicht sehr weit ausgebaut. Der Quintessenz-Verlag hat zurzeit 30 Fachbücher im Angebot, die er über den iBook-Store von Apple anbietet – alle in englischer Sprache. Thieme verkauft über den Zwischenhändler ciando.com. Hier finden sich wenige zahnmedizinische Titel, alle sind jedoch in deutscher Sprache verfasst. Im iBook-Store liefert die Suche nach dem Begriff „Zahnmedizin“ null Treffer, der Suchbegriff „dental“ ergibt immerhin 14 Titel. Ebenfalls Fehlanzeige bei der Suche nach „Zahnmedizin“ im Kindle Store. Unter „dental“ fanden sich 239 Ergebnisse, viele davon aber zum Bereich „dental assistants“. Die momentane Ausbeute für Zahnärzte ist also eher mager.

Der Deutsche Ärzte-Verlag konzentriert sich bewusst auf eine Digitalisierung seiner Fachmagazine, die in E-Papern angeboten werden. Denn das Epub-Format hat einen großen Nachteil für medizinische Fachbücher: Grafiken und Bilder brauchen viel Platz und ma-

chen die Datei schnell sehr groß. Das ist für mobile Geräte unpraktisch, die Abbildungen sind für die Fachliteratur jedoch unerlässlich. Die entsprechenden Fachmagazin-Apps aber stehen dem Großteil der E-Book-Reader nicht offen.

Für Mediziner und Zahnmediziner sind digitale Fachbücher laut Einschätzung von Scheddin sowieso nur ein Übergangsmedium. „Ich glaube, dass es Datenbanken für Mediziner geben wird, die sich ständig erneuern. Ärzte haben keine Zeit mehr, linear zu lesen. In eine Datenbank können sie einen Suchbegriff eingeben und ganz schnell zum Kern der Sache kommen. Neue Informationen, zum Beispiel zu einem Medikament, können dann schnell ergänzt werden und man muss nicht auf die Neuauflage des Buches warten.“

Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln
SusanneTheisen@gmx.net

Rauschgiftkonsum in Europa

Neuen Drogen auf der Spur



Foto: lassedesignen - Fotolia

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) in Lissabon wacht über die Entwicklungen in der Sucht- und Drogenpolitik. Sie spiegelt Trends, trägt Daten zusammen und gibt Warnungen an die Länder heraus. Der 15. Jahresbericht zeigt: Während der Konsum von Cannabis stabil bleibt, sind neue synthetische Substanzen auf dem Vormarsch. Für die Fahnder von Europol oder des Bundeskriminalamtes (BKA) sind sie oftmals schwer auszumachen. Zu häufig ändern die Anbieter den Namen der Droge und das Verpackungsdesign.

Seit dem Jahr 2006 existiert auf EU-Ebene ein Frühwarnsystem. Es dient zur Aufdeckung von neuen psychoaktiven Substanzen, die in erster Linie über das Internet vertrieben werden. Im Jahr 2009 wurde der EBDD und Europol über dieses Warnsystem eine Rekordzahl neuer Drogen gemeldet: 24 neue psychoaktive Substanzen – ein neuer Negativrekord und doppelt so viele, wie im Jahr 2008. Alle Verbindungen waren synthetischer Art.

Einer der Umschlagplätze für neue Drogen sind Online-Shops. Im Jahr 2010 wurden europaweit 170 Shops ermittelt. Von denen boten 30 sowohl sogenannte Legal Highs, als auch halluzinogene Pilze an. Erstere umfassen eine Vielzahl nicht reglementierter synthetischer Verbindungen, die von Pflan-

zenmischungen über synthetische oder Designerdrogen bis hin zu „Partypillen“ reichen. Hierzu gehören synthetische Cathinone, synthetische Cannabinoide sowie neue synthetische, Kokain und Amphetaminen ähnelnde Substanzen. Geraucht, geschnupft oder inhaliert entfalten sie ihre

Wirkung. Die Vielfalt erschwert die Sammlung und Deutung des Konsums von Legal Highs. Für die Kontrolleure eine der größten Herausforderungen. Zum Vergleich: In den USA sitzen 38 Online-Shops, die primär Legal Highs anbieten, berichtet die EBDD.

Legal Highs – meist illegal

Diplom-Psychologe Ingo Kipke, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Therapieforschung (IFT) in München ist Mitautor des deutschen Berichts an die EBDD. Im Gespräch mit den zm erklärte er: „Oftmals sind im Internet angebotene Legal



Foto: Friedrich Pawel medicapicture

Rückläufig: Die Partypille Ecstasy wird weniger nachgefragt. Grund ist der bittere Geschmack des neuen Hauptwirkstoffs mCPP (meta-Chlorphenylpiperazin), einem Derivat von Piperazin.

Highs eben gar nicht legal. Selbst wenn bestimmte neue Substanzen (noch) nicht unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) fallen, könnten die Verteiler oftmals nach dem Arzneimittelgesetz (AMG) belangt werden.“

Nur wenige aktuelle Erhebungen melden Prävalenzdaten bezüglich des Konsums von Legal Highs. Eine polnische Studie (2008) unter 18-jährigen Schülern ergab, dass 3,5 Prozent bereits einmal Legal Highs konsumiert haben – 2,6 Prozent davon innerhalb eines Jahres. Die jüngste Erhebung des britischen Mixmag-Magazins, das sich an junge Clubbesucher richtet, kam zu dem Ergebnis, dass 56 Prozent der Befragten bereits Legal Highs konsumiert haben. Gefragt wurde auch, woher die Heranwachsenden die Substanzen beziehen. „Von Freunden“, sagten 95 Prozent, während 92 Prozent der Befragten auf Online-Shops verwiesen. „In Shops vor Ort“ sagten 78 Prozent, gefolgt von „Ständen auf Festivals“ mit 67 Prozent. Schließlich gaben 51 Prozent an, „bei Dealern“ gekauft zu haben. Mehrfachantworten waren möglich. Mephedron (4-Methylmethcathinon) wurde wegen

seiner Verbreitung und der gesundheitlichen Gefahren in Deutschland und 17 anderen EU-Ländern verboten und auf Bundesebene unter das BtMG gestellt. Die psychoaktive Substanz zählt zur Gruppe der Amphetamine und weist eine ähnliche Wirkung wie Ecstasy und Kokain auf. Gelegentlich wird es auch als Dünger oder Badesalz verkauft.

Spice – Synthetische Stoffe in Räuchermischungen

Laut der EBDD hält das sogenannte Spice-Phänomen an: Dahinter verbergen sich Substanzen auf Pflanzenbasis in rauchbarer Form, die mit synthetischen Cannabinoiden versetzt sind. Forensische Chemiker identifizierten die psychoaktiven Bestandteile von Spice. Dabei handelt es sich etwa um den Cannabinoidrezeptor-Agonist JWH-018, der die Wirkung des in Cannabis enthaltenen Tetrahydrocannabinol, kurz THC, nachahmt. Laut EBDD verändern sich sowohl die Namen, als auch die Verpackungen von Spice-ähnlichen Produkten ständig – eine Reaktion auf die neuen Kontrollmechanismen. Im Jahr 2009 wurden über das Frühwarnsystem neun neue synthetische Cannabinoide gemeldet. Die Ermittlung, Überwachung und nicht zuletzt die Bewertung des Risikos gestaltet sich aufgrund der Vielzahl von auf dem Markt befindlichen synthetischen Cannabinoide als schwierig. Eine zusätzliche Gefahr: Über die pharmakologischen und toxikologischen Profile der Bestandteile und deren Wirkung auf den menschlichen Organismus ist kaum etwas bekannt. Fest steht: Art und Umfang der zugesetzten synthetischen Cannabinoide können deutlich variieren. Ingo Kipke beobachtet in Zusammenhang mit dem steigenden Aufkommen synthetischer Drogen ein Phänomen: „Die Partydroge Ecstasy wird weniger nachgefragt. Grund sind der bittere Geschmack und Nebenwirkungen (u.a. Übelkeit und Erbrechen) des neuen Hauptwirkstoffs mCPP, einem Derivat von Piperazin.“ Noch bis 2008 sei MDMA, eine zur Gruppe der Amphetamine gehörende chirale chemische Verbindung, fast ausschließlich als psychoaktiver Wirkstoff in Ecstasy

zm-Info

EU-Beobachtungsstelle

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) sitzt seit 1995 als dezentrale Agentur der EU in Lissabon. Sie soll der EU und ihren Mitgliedstaaten einen sachlichen Überblick über die europäische Drogenproblematik vermitteln und solide faktengesicherte Grundlagen liefern. Sie versorgt politische Entscheidungsträger mit Datenmaterial zur Ausarbeitung fundierter Rechtsvorschriften und Strategien im Drogenbereich. Fachleute und Praktiker nutzen den Service der EBDD, um Projekte mit Modellcharakter und neue Forschungsgebiete aufzuzeigen.

■ www.emcdda.europa.eu

verwendet worden. Statistisch gesehen haben rund 11 Millionen Europäer schon einmal Ecstasy probiert – rund 2,5 Millionen allein im Jahre 2009. Generell werde der Ecstasymarkt, so der Tenor der EBDD, immer komplexer. Schuld seien Fluktuationen bei der Verfügbarkeit für den chemischen Grundstoff von MDMA (PMK).

GHB (Gamma-Hydroxybuttersäure) unterliegt seit 2001 internationalen Kontrollen, während Ketamin – ein medizinisches Produkt, von den Mitgliedstaaten im Rahmen der nationalen Drogen- oder Arzneimittelvorschriften kontrolliert wird. Der Konsum von Gamma-Butyrolacton (GBL), dass sich nach der Aufnahme schnell in GHB umwandelt, hat auf EU-Ebene jüngst ebenfalls Bedenken geweckt. Denn: GBL gilt als nicht erfasster Grundstoff und unterliegt dem freiwilligen Überwachungsprogramm für Drogen Grundstoffe. Die Prävalenz des Konsums von GHB und Ketamin ist, so der Tenor des Berichts, niedrig. In bestimmten Milieus und Regionen könne sie aber höher liegen.

In Deutschland zeigt sich: Mit Ausnahme von Cannabis werden illegale Drogen hier fast ausschließlich importiert. Wie das BKA berichtet, ist die Gesamtzahl der registrierten Sicherstellungsfälle von Rauschgift 2009 im Vergleich zu den Vorjahren gesunken. sf

zm-Info

Reitox-Knotenpunkte

Reitox ist das Europäische Informationsnetz für Drogen und Drogensucht. Es besteht aus nationalen Knotenpunkten in den EU-Mitgliedstaaten, Norwegen, den Kandidatenländern und bei der Europäischen Kommission. Die nationalen Knotenpunkte haben unter ihrer jeweiligen Regierung die fachliche Verantwortung für die Lieferung von drogenspezifischen Informationen an die EBDD. Knotenpunkt in Deutschland ist die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) sowie dem Institut für Therapieforchung (IFT) getragen wird.

■ www.dbdd.de

Ewald-Harndt-Medaille

„Der diesjährige Preisträger war schnell ermittelt“, mit diesen Worten leitete der Berliner Kammerpräsident Dr. Wolfgang Schmiedel (rechts im Bild) die Laudatio für die Übergabe der Ewald-Harndt-Medaille ein und übergab die höchste Ehrung der Landes Zahnärztekammer Berlin an den 13. Preisträger Professor Dr. Dr. h.c. Georg Meyer aus Greifswald. „Professor Meyer erhält diese Auszeichnung für das, was auch der Anfangsbuchstabe seines Namens ist: das große



Foto: Grundmann

„M“. Denn das große „M“ steht hier für die Wiedereingliederung der Zahnmedizin in die Medizin, was sich dadurch ausdrückt, dass ZahnMedizin immer öfter mit einem großen M in der Mitte geschrieben wird“, was Prof. Meyers großer Verdienst ist, so Schmiedel. Parallel zu seinem Studium der Landwirtschaft studierte Georg Meyer, Jahrgang 1948, nach Absolvierung seines Militärdienstes als Leutnant der Reserve Zahnmedizin in Göttingen. Nach seinem Staatsexamen und der Approbation wurde er wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie an der dortigen

Universitätszahnklinik bei Professor Motsch, der sein weiteres Berufsleben prägte. Denn noch heute lernen Zahnmedizinstudenten in Greifswald – freiwillig – Goldhämmerfüllungen zu legen. 1982 wurde Prof. Meyer Lehrer der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW), entdeckte seine Liebe zur Funktionslehre und erhielt 1987 dafür schließlich die Venia legendi.

Nach einem Zwischenstopp in Minnesota wurde Georg Meyer C2-Professor in Göttingen.

1993 entschied er sich, einen Ruf nach Greifswald anzunehmen. Seitdem begründet er dort mit seinen zahnärztlichen Fachkollegen das hervorragende Renommee dieser zahnmedizinischen Fakultät, die besonders durch ihre Shipstudie Weltruf erlangte. Die Liste von Prof. Meyers Tätigkeiten ist lang: Direktor der Greifswalder ZMK-Klinik, Präsident der DGZMK, Gutachter der DFG, Mitglied im Wissenschaftsrat der FDI und mehr.

Viele Preise, Ehrenmitgliedschaften, wie auch die der BZÄK, und eine Ehrenprofessur der Moskauer Universität runden sein Schaffen ab. sp

Tycho Jürgensen ist 70

Der langjährige Vorsitzende des GOZ-Senats bei der Bundeszahnärztekammer, Dr. Tycho Jürgensen, beging am 28. Januar 2011 seinen 70. Geburtstag. Der Flensburger Zahnarzt war von 1997 bis 2005 Präsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein. Auch nach seinem Ausscheiden aus dem Amt in Kiel hat Jürgensen bis dato im GOZ-Senat mitgewirkt. Seine umfassenden Erfahrungen in Sachen Gebührenrecht brachte er insbesondere bei der Entwicklung der Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ) ein. Der Vorstand der Bundeszahnärztekammer gratu-

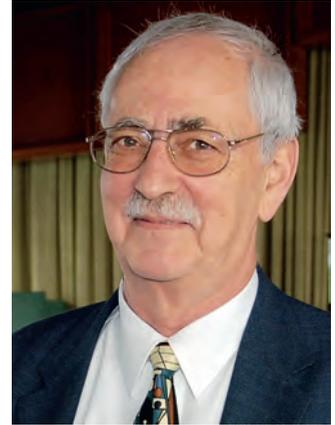


Foto: zäk-sh

liert seinem ehemaligen Mitglied und engagierten Kollegen und dankt ihm für die jahrelange wertvolle Arbeit für die deutsche Zahnärzteschaft. BZÄK

Dieter Weber verabschiedet

Diplom-Betriebswirt Dieter Weber, von 1993 bis Ende 2010 Geschäftsführer des Deutschen Ärzte-Verlages, wurde am 14. Januar im Rahmen eines Empfangs nach 37 Jahren Betriebszugehörigkeit feierlich verabschiedet. In einer Laudatio würdigte BÄK-Hauptgeschäftsführer Prof. Christoph Fuchs stellvertretend für die Verlagsgesellschafter die Leistungen des Mannes, der gemeinsam mit Hermann Dinse und später Jürgen Führer (ab 2004) den Verlag verantwortlich leitete. Der mit Beginn des Jahres von Norbert Froitzheim in der Geschäftsführung abgelöste Dieter Weber hat in der zurückliegenden Zeit die Geschicke der Verlages, seines Produkt-Portfolios wie auch die verlegerische Betreuung der von BZÄK und KZBV herausgegebenen zm fachlich fundiert und seriös begleitet. Hohe verlegerische



Foto: Dominik Pleitsch

Qualität und verlässlich gestaltete Kontinuität prägten Webers Stil in einer von branchenspezifischen Veränderungen und medialen Umbrüchen geprägten Zeit. Bundeszahnärztekammer, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und zm-Redaktion danken Herrn Weber für die jederzeit verlässliche und pragmatische Zusammenarbeit und wünschen ihm für seine außerhalb verlegerischer Aktivitäten stehende Zeit alles Gute. BZÄK/KZBV/zm

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 101

3M ESPE

Fräsmaschine für das Praxislabor



In diesen Tagen erweitert 3M ESPE die

Lava Präzisions-Lösungen um die neue Tischfräsmaschine Lava CNC 240. Die kleine Schwester der bewährten Lava CNC 500 eignet sich als besonders platzsparende Fertigungseinheit auch zur Installation in Praxislaboren. So besteht künftig nicht nur über die zertifizierten Lava Fräszentren Zugang zu dem bewährten Werkstoff Lava Zirkonoxid, sondern Zahnärzten wird zusätzlich

eine adäquate Lösung für die In-house-Bearbeitung in ihrem Praxislabor angeboten.

Mit der Lava CNC 240 können neben Lava Zirkonoxid auch Lava Wachs sowie Lava Glaskeramik als Teil des Lava Digital Veneering System (Lava DVS) präzise und effizient bearbeitet werden. Umgesetzt werden können Inlay- und Onlaybrücken, vollanatomische und anatomisch reduzierte Kronen und Brücken und individuelle Implantatabutments.

3M ESPE
ESPE Platz, 82229 Seefeld
Freecall: 0800 2753773
Freefax: 0800 3293773
www.3mespe.de
E-Mail: info3mespe@mmm.com

BPI

Zweiteiliges giebelförmiges Implantat

Ende 2010 stellte Dr. Wolfgang Dinkelacker, Geschäftsführer der BPI Biologisch Physikalische Implantate, sein Praxiskonzept „Imitate Nature“ vor. Mit dem Implantatsystem „bpi-systems“ (Foto) geht es



ihm um eine natürliche Rot-Weiß-Kosmetik sowie Langzeitstabilität. Die zweiteiligen Implantate besitzen die patentierte giebelförmige Implantat-Abutment-Verbindung, die Beweglichkeit im Implantat ausschließt und Rotations-sicherheit gewährleistet. Die

Titanoberflächen sind gestrahlt und geätzt, die nanostrukturierte Oberfläche des Keramikimplantats hydrophil, was die Anlagerung knochenbildender Zellen ermöglicht. Für 2011

kündigte Dinkelacker weitere Neuproduktentwicklungen an.

BPI Biologisch Physikalische
Implantate GmbH & Co. KG
Tilsiter Str. 8
71065 Sindelfingen
Tel.: 07031 76317-0, Fax: -11
www.bpi-implants.com
E-Mail: info@bpi-implants.com

Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

BEGO Implants

Implantologie-Mittelmeerkongress

Am 20. und 21. Mai 2011 findet der erste BEGO Mittelmeerkongress „Implantologie – the complete state-of-the-art: from planning to final rehabilitation“ in Sitges (36 Kilometer südwestlich von Barcelona) statt. Die Teilnehmerzahl der exklusiven Veranstaltung ist auf 300 Personen begrenzt. An beiden Tagen erhalten die Teilnehmer einen aktuellen Überblick zu den implantologischen Fragen: Von der 3D-Implantatplanung über navigierte Chirurgie bis hin zu komplizierten Augmentationstechniken und CAD/CAM in der Implantatprothetik seien nur einige The-



men erwähnt. Mehr als 15 international hochkarätige Referenten werden die Themen interessant und mit profundem wissenschaftlichem Hintergrund beleuchten. Die Kurssprache ist Englisch. Die frühzeitige Anmeldung wird empfohlen.

BEGO Implant Systems
GmbH & Co. KG
Wilhelm-Herbst Straße 1
28359 Bremen
Tel.: 0421 2028-267
Fax: 0421 2028-265
www.bego-implantology.com
E-mail:
info@bego-implantology.com

Sunstar

GUM Paroex bleibt kosmetisches Mittel

Der Bundesgerichtshof hat ein Urteil des Oberlandesgerichtes Frankfurt am Main vom 29.04.2008 aufgehoben. Das Gericht hat in dem vorgenannten Urteil die Einstufung des Produktes GUM Paroex 0,12 Prozent als kosmetisches Mittel bestätigt. Die Aufhebung dieses Urteils durch den Bundesgerichtshof dokumentiert, dass eine weitere Aufklärung des Sachverhaltes aus Rechtsgründen für erforderlich gehalten wird. Der Bundesgerichtshof hat jedoch das Produkt GUM Paroex 0,12 Prozent ebenso wenig wie andere Chlorhexidin-haltige Mundspüllösungen



als Arzneimittel qualifiziert. Vielmehr wurde ausdrücklich festgestellt – insoweit in Übereinstimmung mit dem Oberlandesgericht Frankfurt am Main –, dass das Produkt kein Präsentationsarzneimittel ist. Das Produkt kann durch den Zahnarzt und durch Apotheken oder den Einzelhandel weiter an Patienten abgegeben werden.

Sunstar Deutschland GmbH
Gutenbergstr. 5
65830 Kriftel
Tel.: 06192 9510855
Fax: 06192 9510844
www.sunstar.com
E-Mail: service.deutschland@
de.sunstar.com

Hager & Werken

Keine Angst vor Spritzen

Die Injektionskanüle Miraject aus dem Hause Hager & Werken ist seit mehr als 40 Jahren der beliebte Klassiker für schmerzfreie Injektionen. Die Kanüle zeichnet sich besonders durch ihre schmerzfreie Anwendung aus und „besticht“ durch ihre ausgefeilten Produkteigenschaften. Dazu zählen der dreifache, feine Lanzettenschliff, die Silikonbeschichtung für ein besseres Gleitverhalten und das Sterilitätsiegel. Die angebrachte Einstichmarkierung zeigt die optimale Einstichposition der Nadel



an, so dass der Einstich für den Patienten fast vollkommen schmerzfrei ist. Miraject Kanülen werden unter strengsten Qualitätskontrollen hergestellt und erfüllen damit die hohen Ansprüche der Injektionshygiene. Außerdem gibt es ein umfangreiches Sortiment an Spül- und Applikationskanülen.

Hager & Werken
GmbH & Co. KG
Ackerstraße 1
47269 Duisburg
Tel.: 0203 99269-0
Fax: 0203 2992-83
www.hagerwerken.de
E-Mail: info@hagerwerken.de

SHOFU Dental

Flowable für Seitenzahnbereich



Das Entwicklungskonzept von Beautifil Flow Plus basiert auf der Erzielung möglichst hoher mechanischer Kennwerte unter Beibehaltung der für Flow-Materialien typischen einfachen Handhabung. Beautifil Flow Plus steht in einer injektionsfähigen, aber absolut standfesten Variante „F00“ und einer moderat fließfähigen Variante „F03“ zur Verfügung. Beide können in den bekannten Flow-Indikationen, aber auch für die Füllungstherapie im

Front- und Seitenzahnbereich eingesetzt werden.

Als wesentliche Innovation ist die Freigabe dieser Flowables für okklusionstragende Klasse-I- und -II-Restaurationen anzusehen. Mit den Flow-Plus-Produkten ist das Beautifil-Restaurationssystem um ein Plus reicher: Die Beautifil-typischen ästhetischen Qualitäten können mit guten Handling-Eigenschaften und praxisökonomischen Arbeitsstrategien kombiniert umgesetzt werden.

SHOFU Dental GmbH
Am Brüll 17
40878 Ratingen
Tel.: 02102 8664-0, Fax: -65
www.shofu.de
E-Mail: info@shofu.de

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

dentaltrade

Attraktive Angebote zur IDS 2011

Fullservice Plus lautet das Motto mit dem sich dentaltrade auf der 34. IDS präsentiert. Als einer der drei führenden Anbieter von Zahnersatz aus internationaler Produktion wird dentaltrade erstmals gemeinsam mit dem eigenen Meisterlabor Expert Dental Lab (EDL) vor Ort sein (Halle 11.2, Stand P-033). Im Fokus steht das neue Fullservice plus Konzept mit attraktiven Angeboten für Behandler und Labore. Weitere Themen sind hohe Qualitätsstandards sowie das neue dentaltrade Fräszentrum.

Das Bremer Unternehmen bietet ein umfassendes prothetisches Leistungsspektrum, zu dem auch Zirkonversorgungen sowie Implantatprothetik gehören – und zwar zu äußerst attraktiven Kon-

ditionen, verbunden mit einem erstklassigen Service. So setzt dentaltrade in der Kundenbetreuung auf feste Ansprechpartner und bietet eine persönliche, schnelle und hochkompetente Beratung.

dentaltrade will mit einem speziellen IDS Angebot begeistern. Verbunden mit der Messepremiere von EDL, wird das Meisterlabor seine Dienstleistungen ausbauen und richtet sich mit attraktiven Angeboten nun auch explizit an Labore und Handelsgesellschaften im In- und Ausland.

dentaltrade GmbH & Co. KG
Grazer Str. 8
28359 Bremen
Tel.: 0421 247147-0
Fax: 0421 247147-9
service@dentaltrade.de
www.dentaltrade-zahnersatz.de

pluradent

Neues Material für Provisorien

Mit dem neuen fluoreszierenden Kompositmaterial „Pluradent C+B“ von Pluradent lassen sich einfach und schnell ästhetische provisorische Kronen und Brücken sowie Inlays und Onlays in der Tiefziehfolie herstellen. Optimal auf das Material abgestimmt ist der eugenolfreie, calciumhydroxidhaltige Befestigungszement „Pluradent C“.

Die Handhabung von Pluradent C+B und die Aushärtung im Patientenmund nehmen nur wenig Zeit in Anspruch. Die Basis- und Katalysatorpaste des Zwei-Komponenten-Systems werden mit einer handelsüblichen Doppelmischpistole gebrauchsfertig



und materialsparend angemischt. Im Patientenmund härtet das Komposit selbsttätig innerhalb einer Minute aus, danach ist es einfach zu finieren und zu polieren. Aus Pluradent C+B gefertigte Provisorien sind form- sowie farbstabil und langlebig.

pluradent AG & Co KG
Kaiserleistraße 3
63067 Offenbach
Tel.: 069 82983-0
Fax: 069 82983-271
www.pluradent.de/produkte
E-Mail: info@pluradent.de

Nobel Biocare

Für die herausnehmbare Versorgung



Nobel Biocare gibt jetzt die Einführung eines vielseitigen Produktes für die implantatgestützte Versorgung mit Prothesen bekannt. Replace Select TC ist ein zweiteiliges Implantat mit einer 3 mm hohen, maschinieren Schulter, wodurch der Zugang zur Plattform auf Weichgewebsebene ermöglicht wird. Gleichzeitig vereinfacht dessen farbkoodierte Drei-Kanal-Innenverbindung die genaue und schnelle Ermittlung sowie auch das Einset-

zen der prothetischen Komponenten. Der Implantatkörper des Replace Select TC basiert auf dem Bränemark System MK III, so dass es angesichts der vorzeigbaren klinischen Ergebnissen für alle Knochentypen und chirurgischen Protokolle bei der Ein-Schritt-Chirurgie geeignet ist. In einer retrospektiven Studie mit einer durchschnittlichen Nachbeobachtungszeit von drei Jahren, zeigten Implantate vom Typ Replace mit einer 3-mm-Schulter eine kumulative Überlebensrate von 99,2 Prozent.

*Nobel Biocare Deutschland
Stolberger Str. 200
50993 Köln
Tel.: 0221 50085-590
Fax: 0221 50085-333
www.nobelbiocare.com/de
E-Mail:
info.germany@nobelbiocare.com*

medentis

Wachstumsstarker Implantathersteller

In ihrem Ende 2010 veröffentlichten Bericht über den dentalen Implantatmarkt stuft die US-amerikanische Investmentbank Morgan Stanley das Wachstum der medentis medical GmbH auf 100 Prozent ein. Morgan Stanley bewertet damit die medentis medical GmbH mit dem stärksten Wachstum der taxierten Implantat-Hersteller. Für die medentis medical GmbH wäre dies bereits das vierte Jahr in Folge mit einem dreistelligen Umsatzwachstum. Die medentis medical GmbH ist als Hersteller des



ICX-templant Volksimplantats und mit dem Denta5-CAD/CAM-System für individuelle Abutments in weit mehr als 30 Ländern der Welt erfolgreich. Seit dem ersten Halbjahr 2010 gehört das ICX-templant Implantatsystem zu den zehn erfolgreichsten Implantatsystemen in Deutschland.

*medentis medical GmbH
Gartenstraße 12
53507 Dornau
Tel.: 02643 902000-0
Fax: 02643 902000-20
www.templant.de
E-Mail: info@medentis.de*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Zantomed

Intraorale Erleuchtung

Das kabellose Bite Light kombiniert erstmalig einen praktischen und für den Patienten bequemen Bißöffner mit einer starken LED Lampe und sorgt so für eine ideale Ausleuchtung des intraoralen Raumes ohne Schattenbildung.

Die Lampenreihe mit fünf LEDs arbeitet mit jeweils 8000 lux bei einer Farbtemperatur von 5500 K und sorgt für tageslichtähnliche Verhältnisse ohne Polymerisationsgefahr oder Überhitzung. Betrieben wird das System durch wiederaufladbare Lithiumionen-Akkus, die für eine dauerhafte Beleuchtung von zwei Stunden sorgen. Der Hersteller verspricht eine Lebensdauer von 50000



Stunden. Die in vier verschiedenen Größen erhältlichen Silikon Aufbissaufsätze sind austauschbar und autoklavierbar. Die Lampe selbst kann bei chirurgischen Einsätzen mit einem speziellen Überzieher aus Kunststoff abgedeckt werden und ist ansonsten mittels Alkohol desinfizierbar.

*Zantomed GmbH
Ackerstr. 1
47269 Duisburg
Tel.: 0203 8051045
Fax: 0203 8051044
www.zantomed.de*

Komet/Gebr. Brasseler

Klar strukturiertes Internetportal

Das Angebot des deutschen Herstellers für rotierende Instrumente ist beeindruckend – es besticht nicht nur durch Qualität, Systemgedanke und Service, sondern inzwischen auch durch einen enormen Umfang. Da heißt es: Überblick bewahren.

Die schnellste Grundlage dafür schafft ab sofort die neue Internetseite von Komet. Sie besticht durch Übersichtlichkeit und einfaches Navigieren. Bereits die Startseite trennt von Anfang an

klar zwischen dem zahnärztlichen und zahntechnischen Sortiment. News, Produktinfos, Katalog, Partner, Service, Presse und Shop: Die Gliederung auf wenige Punkte erleichtert das Surfen. Dabei liegt der neue Fokus eindeutig auf dem Produkt und dem Ziel, den Suchenden schnell zur umfassenden Antwort auf seine Fragen zu führen. So sind zahlreiche Produktinformationen mit wertvollen Videos hinterlegt, die Anwendung und Fortbildung elegant miteinander verbinden.



*Komet/Gebr. Brasseler
GmbH & Co KG
Trophagener Weg 25
32657 Lemgo
Tel.: 05261 701-700
Fax: 05261 701-289
www.kometdental.de
E-Mail: info@brasseler.de*

DÜRR DENTAL**Fluoreszenzmessung ausgezeichnet**

Im zahnärztlichen Alltag ist die visuelle Inspektion für die Kariesdiagnostik unverzichtbar, zunächst mit dem bloßen Auge. Zur genaueren Bestimmung, ob etwa eine Fissurenkaries besteht, empfiehlt es sich, weitere Verfahren hinzuzuziehen. Als nicht invasive Methode bietet sich die Fluoreszenzmessung an. Eine Studie zur Validierung der Kariesdiagnostik mit dem fluoreszenzbasierten Kamesystem VistaProof von Dürr Dental wurde jetzt mit dem Förderpreis Digitale Zahnmedizin ausgezeichnet. In dieser Studie zeigte sich: Das Verfahren kann als „gut“ eingestuft werden. Es stellte sich heraus, dass die Reproduzierbarkeit von Fluores-



zenzaufnahmen mit VistaProof im „guten Bereich“ liegt, was für die Alltagstauglichkeit ein wichtiger Faktor ist. Ebenfalls als „gut“ bewerteten die Autoren die diagnostische Qualität des Fluoreszenzverfahrens.

DÜRR DENTAL AG
Höpfigheimer Str. 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 07142 705-395, Fax: -441
www.duerr.de
E-Mail: kiesele.f@duerr.de

W&H**Mit exaktem Drehmoment Zeit sparen**

Der W&H Prothetikschrauber bietet im Gegensatz zu den herkömmlichen Eindreheinstrumenten von Implantatherstellern viele Vorteile: Der kabellose Prothetikschrauber IA-400 überzeugt mit einer sehr hohen Drehmomentgenauigkeit. Das ermöglicht ein exaktes, risikoloses Anziehen der Halteschraube, da das Drehmoment von 8 bis 40 Ncm in 1-Ncm-Schritten einstell-

bar ist. Durch die automatische Ausschaltfunktion des Prothetikschraubers bei Erreichen des voreingestellten Drehmoments ist eine Überlastung der Halteschraube ausgeschlossen. Der W&H Prothetikschrauber funktioniert mit maschinellen Eindreheinstrumenten, die einfach in das Spannsystem am Kopf geschoben werden. Dadurch wird die Drehmomentschlüssel- und Ratschenvielfalt der einzelnen Implantat-Systeme überflüssig.

W&H Deutschland GmbH
Raiffeisenstraße 4
83410 Laufen/Obb.
Tel.: 08682 8967-0, Fax: -11
www.wh.com
E-Mail: office.de@wh.com

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

VOCO**ProFluorid mit neuem Geschmack**

VOCO Profluorid Varnish Single-Dose ist jetzt in drei neuen Geschmacksrichtungen erhältlich: Caramel, Cherry und Mint. Das Präparat verfügt über einen Fluoridgehalt von 5 Prozent Natriumfluorid (22 600 ppm), ist einfach, schnell und besonders hygienisch zu applizieren und zeichnet sich durch eine gute Haftung selbst auf feuchten Oberflächen aus. Es dient neben der Behandlung von Hypersensitivitäten auch der Versiegelung der Dentintubuli nach Kavitätenpräparationen oder bei empfindlichen Wurzeloberflächen. Ebenso für die Behandlung der Zahnhäule nach der professionellen Zahnreinigung und Zahnsteinentfer-



nung empfiehlt sich dieser zahnfarbene Fluoridlack. Dieser zeichnet sich durch seine gute Haftung an der Zahnhartsubstanz und seine die Calciumfluoriddepots auffüllende Wirkung aus.

VOCO GmbH
Anton-Flettner-Straße 1-3
27472 Cuxhaven
Tel.: 04721 719-0
Fax: 04721 719-169
www.voco.de
E-Mail: info@voco.de

Ultradent Products**Blutstillendes Gel ausgezeichnet**

Aus vielen Zahnarztpraxen ist das Präparat nicht wegzudenken: ViscoStat, das blutstillende, retrahierende Gel auf Eisensulfat-Basis. Nun wurde sein Nutzen erneut bestätigt. Das US-amerikanische Institut „Dental Advisor“ bewertete ViscoStat mit 4,5 von 5 möglichen Pluspunkten. 95 Prozent der Tester empfahlen den Einsatz von ViscoStat. Bei den Tests in den Praxen wurde das Applikationssystem besonders hervorgehoben: Kleine 1,2 ml-Spritzen werden aus der 30 ml-Indispense-Spritze gefüllt; mit der kleinen Spritze und einem Dento Infusor Tip können

die Sulci gezielt ausgerieben werden. Nach der Anwendung wird überschüssiges ViscoStat sowie beim Einbürsten entstandene Blutkoagel aus dem Sulcus mit einem kräftigen Spraystrahl entfernt. Ein blutgestillter Sulcus, eine funktionierende Retraktion: Dies sind die Voraussetzungen für eine perfekte Abformung oder eine sichere adhäsive Restauration.

Ultradent Products,
USA UP Dental GmbH
Am Westhoyer Berg 30
51149 Köln
Tel.: 02203 3592-15, Fax: -22
www.updental.de
E-Mail: info@updental.de

Roos Dental

Neuer Look für die Praxis



Die Roos Dental-Hausmarken-Serien „Wischi-Waschi“ sowie „RDesinfekt“ im Bereich Wischdesinfektion haben sich aufgrund der großen Kundennachfrage weiterentwickelt. Nach Jahreszeiten wechselnde Designs und auch die individuelle Gestaltung mit einem Praxis-Logo sind nun auf Spenderdosen und Eimern möglich. Praxen können von effizienter Tuchqualität zu günstigen Preisen profitieren und sich, das Team und die Patienten gleich-

zeitig am neuen und aktuellen Look erfreuen. Unterschiedliche Qualitäten, Größen und Spender-Varianten inklusive Wandhalterungen stehen zur Auswahl. Weitere Informationen gibt es im beiliegendem Flyer „da ist mehr drin“ oder direkt an der Hotline.

Roos Dental e.K.
Friedensstraße 12–28
41236 Mönchengladbach
Tel.: 02166 41755
Fax: 02166 611549
www.roos-dental.de
E-Mail: info@roos-dental.de

KaVo

Ergonomische Tisch-Lösung



Mit der neuen ESTETICA E50 hat KaVo eine Behandlungseinheit entwickelt, die mehr Komfort im Praxisalltag bietet. Viele intelligente Details, etwa die intuitive Bedienoberfläche von Arzt- und Assistenzelement mit Direktwahltasten, machen die volle Konzentration auf den Patienten möglich. Die frei wählbare Instrumentierung des Arztelementes mit

wahlweise fünf oder sechs Instrumentenablagen sorgen für Flexibilität. Das ergonomisch durchdachte, neu entwickelte Schwingenkonzept der ESTETICA E50 sorgt für optimale Greifwege. Dank der großen Auszugslänge der Instrumentenschläuche von 90 cm wird das Arbeitsfeld gut erreicht. Die geringe Tischhöhe von nur 45 cm unterstützt eine ideale ergonomische Positionierung und verringert die Kollisionsgefahr mit Behandlungsleuchte, Mikroskop, Stirnlampe oder Lupenbrille.

KaVo Dental GmbH
Bismarckring 39
88400 Biberach/Riss
Tel.: 07351 56-0
Fax: 07351 56-71104
www.kavo.com
E-Mail: info@kavo.com

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Sirona

Keiner sintert schneller

Sirona hat einen neuen Hochtemperaturofen auf den Markt gebracht. inFire HTC speed beschleunigt den CAD/CAM-Prozess im Labor erheblich. So reduziert der neue Ofen den Sintervorgang bei Zirkonoxidgerüsten um bis zu 75 Prozent. Zum enormen Zeitvorteil tragen die neu entwickelten Heizelemente, die Innenisolation und die Sinterschalen bei. In nur 90 Minuten können nun Zirkonoxidrestaurationen (bis zu fünfgliedrige Brücken) gesintert werden. Eine CAD/CAM verblendete Multilayer-Brücke kann innerhalb eines Tages gefertigt werden. Die Zeitwahlfunktion ermöglicht dem Zahntechniker das Sintern über Nacht. Eine deutlich bessere

Energie-Effizienz erreicht das Gerät durch kürzere Heiz- und Abkühlzeiten.

Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 06251 16-0
Fax: 06251 16-2591
www.sirona.de
E-Mail: contact@sirona.de



Straumann

Kompetent, kommunikativ – weiblich

Die Fortbildung „Exklusiv für Sie“ in Köln war sehr gefragt und kam bei den 20 Teilnehmerinnen gut an. „Die Atmosphäre war angenehm, die Themen interessant, und es machte Spaß, sich mit Kolleginnen über Praxisfragen auszutauschen“, resümierte eine teilnehmende Zahnärztin.

Es stand je ein Thema aus der konventionellen und komplementären Medizin auf dem Pro-

gramm. Auf großes Interesse stieß der Vortrag von PD Dr. Stefan Eitner (Foto, r.), Universitätsklinikum Erlangen, über Hypnose und Psychologie bei zahnmedizinischen Fragestellungen.

Am zweiten Tag ging es um moderne implantatprothetische Versorgungskonzepte. Dr. Julia S. Bauer (l.), Universitätsklinikum Erlangen, erläuterte Mittel und Wege der Wiederherstellung der Kaufunktion bei Zahnverlust. Anhand vieler Fallbeispiele demonstrierte sie die Möglichkeiten der prothetischen Implantologie von Einzelzahnversorgungen.



Straumann GmbH
Jechtinger Straße 9
79111 Freiburg
Tel.: 0761 45010
Fax: 0761 4501490
www.straumann.de
E-Mail: info.de@straumann.com

Wieland Dental + Technik

Monolithische Kronen



WIELAND Dental + Technik bietet mit dem ZENOSTAR-Konzept ein transluzentes Zirkonoxid, digital gefertigt mit der CAD/CAM Technologie und ästhetisiert vom Zahntechniker. Diese Restaurationsform stellt somit eine echte Alternative zu NEM-Kronen und Brücken für Patient und Zahnarzt bereit.

Die Schichtstärken der monolithischen Kronen und Brücken, die für die spätere Restauration

benötigt werden, sind den Vorgaben für Metallkeramik sehr ähnlich. Alle Innenkanten müssen abgerundet sein, um die maschinelle Bearbeitung zu gewährleisten. Das Chipping ist bei diesen Vollzirkonkronen und -brücken ausgeschlossen.

„Das ZENOSTAR-Konzept kann mit einer traditionellen Abformung und Modellherstellung genau so umgesetzt werden wie mit den innovativen Intraoralscannern“, stellt Torsten Schwartf, Geschäftsführer der WIELAND Dental + Technik, fest.

WIELAND Dental + Technik
GmbH & Co. KG
Schwenninger Str. 13
75179 Pforzheim
Tel.: 0800 9435263
www.WIELAND-international.com

elexxion

Dental-Laser in kompaktem Design

Klein, kompakt und kostenoptimiert – so lässt sich der neue Dioden-Laser Claros Pico von elexxion beschreiben. Aufgrund der Speisung per wechselbarem Akku und der geringen Dimensionierung von 11,5 x 9 x 2,8 cm ist



der Claros Pico mobil einsetzbar. Der besondere Vorteil liegt darin, dass der Dental-Laser einfach in den Behandlungsraum mitgenommen werden kann, wo er ge-

rade benötigt wird. Schon dadurch halten sich die Investitionen in Grenzen. Und mit einem Stückpreis von rund 6500 Euro liegen die Anschaffungskosten bei nur noch rund einem Drittel der sonst üblichen Aufwendungen. Das filigrane Instrument mit dem Aluminium-Körper liegt dank der an einen Federhalter erinnernden Form gut in der Hand. Der Druckschalter mit der Funktionsanzeige fügt sich in das ergonomische und gestalterische Gesamtbild des Handstücks.

elexxion AG
Schützenstrasse 84
78315 Radolfzell
Tel.: 07732 82299-0
Fax: 07732 82299-77
www.elexxion.com
E-Mail: info@elexxion.com



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 24. 02. 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** – Präsmaschine für das Praxislabor (S. 96)
- BEGO** – Implantologie-Mittelmeerkongress (S. 96)
- BPI** – Zweiteiliges giebelartiges Implantat (S. 96)
- dentaltrade** – Attraktive Angebote zur IDS (S. 97)
- DÜRR DENTAL** – Fluoreszenzmessung ausgezeichnet (S. 99)
- elexxion** – Dental-Laser in kompaktem Design (S. 101)
- Hager & Werken** – Keine Angst vor Spritzen (S. 97)
- KaVo** – Ergonomische Tischlösung (S. 100)
- KOMET/Gebr. Brasseler** – Klar strukturierte Website (S. 98)
- medentis** – Wachstumsstarker Implantathersteller (S. 98)
- Nobel Biocare** – Für die herausnehmbare Versorgung (S. 98)
- pluradent** – Neues Material für Provisorien (S. 97)
- Roos Dental** – Neuer Look für die Praxis (S. 100)
- SHOFU** – Flowable für Seitenzahnbereich (S. 97)
- Sirona** – Keiner sintert schneller (S. 100)
- Straumann** – Kompetent, kommunikativ - weiblich (S. 100)
- Sunstar** – GUM Paroex bleibt kosmetisches Mittel (S. 96)
- UP Dental** – Blutstillendes Gel ausgezeichnet (S. 99)
- VOCO** – ProFluorid mit neuem Geschmack (S. 99)
- W&H** – Mit exaktem Drehmoment Zeit sparen (S. 99)
- Wieland** – Monolithische Kronen (S. 101)
- Zantomed** – Intraorale Erleuchtung (S. 98)

3M ESPE Implantologie 4. Umschlagseite	DGI Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn- Mund- und Kieferbereich e.V. Seite 81	KaVo Dental GmbH Seite 15	youvivo GmbH Seite 61
American Dental Systems GmbH Seite 17	DGP e.V. Seite 69	Korte Rechtsanwälte Seite 71	zantomed Handels GmbH Seite 51
Bai Edelmetalle AG Chesa Suder Seite 71	Doctorseyes GmbH Seite 75	Kuraray Europe GmbH Seite 41	Zimmer Dental GmbH 3. Umschlagseite
Coltène/Whaledent GmbH & Co.KG Seite 67	Dr. Kurt Wolff GmbH & Co. KG Seite 5	Medentis Medical GmbH Seite 21	ZM-Online Seite 119
Corona Metall GmbH Seite 29	Dreve Dentamid GmbH Seite 55 und 57	Miele & Cie KG Seite 85	
Dentaid GmbH Seite 49	enretec GmbH Seite 13	MUSS-Dental Seite 89	Vollbeilagen 3M Espe AG
Dental Magazin Seite 95	Heinz Kers Neon Licht Seite 75	Permadental Zahnersatz Seite 9	My Trade GmbH
Dental Online College GmbH Seite 53	ic med EDV-Systemlösungen für die Medizin GmbH Seite 45	Protilab 2. Umschlagseite	Roos Dental e.K.
dentaltrade GmbH & Co. KG Seite 7	IFG Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH Seite 65	Semperdent Dentalhandel GmbH Seite 37	RSD Reise Service Deutschland GmbH
Dental-Union GmbH Seite 23	IMEX Dental + Technik GmbH Seite 19	Steinbeis-Transfer-Institut Management of Dental and Oral Medicine Seite 11	Teilbeilage PLZ-Gebiet 3 und 5 J + K Chirurgische Instrumente GmbH
Deutscher Ärzte-Verlag/ Versandbuchhandlung Seite 102	Kaladent AG UNOR Labor-Service Seite 71	Straumann GmbH Gewerbegebiet Haid Seite 47	
		teamwork media Verlags GmbH Seite 59	



**Stiftung Hilfswerk
Deutscher Zahnärzte**

www.hilfswerk-z.de



Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

Ermöglichen Sie mit einer regelmäßigen
Zustiftung eine Erhöhung des HDZ-
Stiftungskapitals. Damit unterstützen
Sie nachhaltig das soziale Engagement
der Zahnärzteschaft für benachteiligte
und Not leidende Menschen.

Ihr Beitrag für mehr Menschlichkeit!

Stiftung HDZ für Lepra- und Notgebiete
Deutsche Apotheker- und Ärztebank,
Hannover, BLZ 250 906 08

Konto für Zustiftungen: 060 4444 000
Allgemeines Spendenkonto: 000 4444 000



Deutsches
Zentralinstitut
für soziale
Fragen/DZI

dzi

DZI Spenden-Siegel:
Geprüft • Empfohlen

KZV-Vorstandswahlen

Weitere Ergebnisse

Die KZV-Vorstandswahlen gehen weiter. Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses waren folgende Wahlergebnisse bekannt:

■ **KZV Berlin:** Als Vorsitzender wiedergewählt ist Dr. Jörg-Peter Husemann, sein Stellvertreter Dr. Karl-Georg Pochhammer wurde ebenfalls bestätigt. Neu im Vorstand ist Dipl.-Stom. Karsten Geist. VV-Vorsitzender ist Dr. Marius Radtke, seine Stellvertreterin ist Julie Fotiadis-Wentker.

■ **KZV Brandenburg:** Dr. Eberhard Steglich (Foto unten), Guben, ist neuer Vorsitzender, sein Stellvertreter ist Rainer Linke. Zum VV-Vorsitzenden wurde



Foto: KZV Brandenburg

Sven Albrecht, Templin, gewählt, Stellvertreter sind Dr. Benno Damm, Bad Liebenwerda, und Dr. Uwe Sommer, Lübben.

■ **KZV Hessen:** Wiedergewählt ist der Vorsitzende Stephan Allroggen, Kassel, seine Stellvertreter sind Dr. Alfons Kreissl, Frankfurt, und Michael Matthes, Rüsselsheim. VV-Vorsitzender bleibt Harald Schnetzler, Battenberg, sein Stellvertreter ist Dr. Niklas Mangold, Neu-Isenburg.

■ **KZV Mecklenburg-Vorpommern:** Im Amt des Vorstandsvorsitzenden bestätigt ist Dipl.-Betriebswirt Wolfgang Abeln, Stellvertreter bleibt Dr. Manfred Krohn, Rostock. Zum VV-Vorsitzenden gewählt ist Dr. Peter Schletter, Neustadt-Glewe, sein Stellvertreter ist Hans Salow, Güstrow.

■ **KZV Niedersachsen:** Als Vorsitzender im Amt bleibt Dr. Jobst-Wilken Carl, Osnabrück, sein Stellvertreter ist Dr. Thomas Nels,

Braunschweig, weiteres Vorstandsmitglied ist Christian Neubarth, Hildesheim. Zum VV-Vorsitzenden gewählt wurde Dr. Joachim Wömpner, Rinteln, seine Stellvertreter sind Dr. Henning Otte, Hannover, und Dr. Helmut Peters, Braunschweig.

■ **KZV Saarland:** Zum neuen Vorsitzenden wurde Dr. Ulrich Hell (Foto unten) gewählt, sein Stellvertreter ist Jürgen Ziehl.



Foto: KZV Saarland Vorstand

VV-Vorsitzender wurde Dr. Joachim Hüttmann, Bad Segeberg, gewählt, seine Stellvertreter sind Dr. Nils Borchers, Rendsburg, und Dr. Wolfgang Lehwald, Handewitt.

■ **KZV Westfalen-Lippe:** Dr. Bernhard Reilmann (Foto unten),



Foto: KZV WL

Lippstadt-Benninghausen, ist neuer Vorstandsvorsitzenden, Dr. Burkhard Branding, Detmold, sein neuer Stellvertreter. Zum VV-Vorsitzenden wurde Dr. Konrad Koch, Schwerte, gewählt, sein Stellvertreter ist Dr. Markus Voß, Senden. zm/pm

■ **KZV Schleswig-Holstein:** Dr. Peter Kriett, Bad Segeberg, bleibt als Vorstandsvorsitzender im Amt. Neu ist Dr. Michael Diercks, Kiel, bestätigt wurde Dipl.-Volksw. Helmut Steinmetz. Als

Krankenversicherung für Hartz IV-Empfänger

Jobcenter müssen PKV-Beiträge zahlen

Die Jobcenter müssen für privat versicherte Langzeitarbeitslose die Krankenkassenbeiträge in voller Höhe übernehmen. Das hat das Bundessozialgericht entschieden. Ein hilfebedürftiger selbstständiger Rechtsanwalt hatte geklagt, weil ein Jobcenter in Saarbrücken von den 207,39 Euro an Beiträgen für seine private Krankenversicherung lediglich 129,54 Euro übernommen hatte. Dem Staat drohen damit Extra-Ausgaben in Millionenhöhe. Dem PKV-Verband zufolge sind bundesweit rund 6000 Mitglieder betroffen – überwiegend

ehemals Selbstständige. Die Bundesrichter schlossen sich der Auffassung eines vorgelagerten Sozialgerichtsurteil an.

Begründung: Das Existenzminimum sei unterschritten, wenn die Beiträge nicht vom Träger der Grundsicherung finanziert würden.

Neuen Hartz IV-Empfängern ist die GKV seit 1. Januar 2009 verschlossen, sofern sie vor dem Geldbezug privat versichert waren. Sie sind in der PKV zu meist im Basistarif versichert, was derzeit maximal rund 576 Euro kostet. Für Hilfsbedürftige muss

die Kasse den Beitrag halbieren, trotzdem liegt die Summe dann immer noch deutlich über dem Zuschuss der Jobcenter.

Die Richter sagten, es könne nicht davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber den Krankenversicherungsschutz der Betroffenen wesentlich habe verschlechtern wollen oder diese in großem Umfang Beitragsschulden an-

häufen sollten. Das BSG sprach in seiner Urteilsbegründung deshalb von einer Regelungslücke.

ck



Foto: AFA

Änderung des Zulassungssystems**Union legt Versorgungskonzept vor**

Mit einer Reihe von Maßnahmen will die Union für eine bessere Verteilung der Ärzte in Deutschland sorgen. Das Steuerungssystem soll komplett umgebaut werden. In dem Papier des gesundheitspolitischen Sprechers der Unions-Bundestagsfraktion Jens Spahn (CDU), aus dem die „Berliner Zeitung“ zitiert, heißt es, dass derzeit nicht von einem generellen Versorgungsproblem gesprochen werden könne. Es gebe aber immer mehr Regionen, in denen vor allem Hausärzte fehlten. „Ambulante ärztliche Versorgung, vor allem hausärztliche Versorgung, muss wohnortnah gesichert sein – das gehört zur elementaren Daseinsvorsorge unseres Sozialstaates“, zitiert



Foto: Jens Spahn/SpahnTeam

das Blatt. Die Union nimmt darin die Kritik vieler Experten auf, dass die bisherigen Planungsbezirke zu groß sind. So sind bestimmte Städte oder Landkreise wegen eines Überangebotes von Medizinern für die Neuzulassung von Praxen gesperrt, obwohl in einzelnen Stadtteile oder Regionen Ärzte fehlen. Der Union schwebt daher vor, die Planungsbezirke bei Bedarf kleiner zu gestalten oder nur auf einzelne Arztgruppen zu beziehen. Gesteuert werden soll die Zulassung durch regionale „Versorgungsausschüsse“, in denen nicht nur Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung sitzen sollen, sondern auch der Landeskrankenhausgesellschaft und der betroffenen Gemeinde. Die Ausschüsse sollen auch für die Organisation der Notdienste zuständig sein. Um finanzielle Anreize für die Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Gebieten zu setzen, will die Union den Versorgungsausschüssen zudem ein eigenes Budget zu-

mp

Regionales Versorgungsgesetz**Köhler begrüßt Vorschläge**

Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Köhler, begrüßt die Vorschläge der Arbeitsgruppe Gesundheit in der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, die in einem Papier für ein regionales Versorgungsgesetz eintritt. „Wir finden es für die Patienten in Deutschland richtig, dass die Herausforderung des Ärztemangels inzwischen auch von der Politik als Problem erkannt worden ist“, betonte Köhler. Die Menschen wür-

den immer älter und die Zahl der Patienten mit mehreren Krankheiten nehme zu. Gleichzeitig verändere sich auch der Arztberuf – so sei eine Mehrheit der Medizinstudenten weiblich. „Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf spielt eine wichtige Rolle. Letztlich geht es um die Bewahrung einer flächendeckenden Versorgung für die Menschen in Deutschland auch in der Zukunft.“

mp/pm

Positionspapier der CDU/CSU-Fraktion**Konzept geht auf Ärztebelange ein**

In ihrem Positionspapier sprechen sich die Gesundheitspolitiker der CDU/CSU-Fraktion dafür aus, dass bei der von der Koalition geplanten Honorarreform die Regelleistungsvolumina (RLV) nicht durch extrabudgetäre Leistungsabrechnungen geschmälert werden. Diese müssten „verlässliche und planbare Größen für den Arzt“ darstellen, zitiert die „Ärzte Zeitung“. Der Zwang zur Pauschalisierung in der Vergütung der Ärzte soll aufgehoben werden, „um der Selbstverwaltung den notwendigen Spielraum für eine leistungsgerechte Vergütung zu geben“. Damit entspricht die Union einer Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Hausarztbesuche müssten „angemessen“ vergütet werden, fordern die Unionspolitiker zudem. Auch bei den Medizini-

schen Versorgungszentren (MVZ) geht die Union einen Schritt auf die Ärzte zu: Dem Papier zufolge soll sichergestellt sein, dass die Leitung „rechtlich wie praktisch in ärztlicher Hand“ liege. Außerdem sei geplant, Hausärzte innerhalb der KVen zu stärken. Bei gegenläufiger Entwicklung der Zahl von Haus- und Fachärzten soll die Trennung haus- und fachärztlicher Budgets möglich bleiben. Ärzte und Krankenhäuser sollen laut der Zeitung enger zusammenarbeiten. Die Mitarbeit niedergelassener Ärzte in Krankenhäusern soll daher flexibler gestaltet und nicht auf 13 Stunden beschränkt werden, fordern CDU/CSU. Außerdem müsse sichergestellt werden, dass kein Patient länger als drei Wochen auf einen Facharzttermin warten muss. mp

Entscheidungslösung angeregt**Kauder will Gesetz pro Organspende**

Angesichts des eklatanten Mangels an Spenderorganen in Deutschland plädiert der Unionsfraktionsvorsitzende Volker Kauder (CDU) für einen einvernehmlichen Gesetzesbeschluss im Bundestag im Lauf dieses Jahres. Ohne Fraktionszwang, aber auch ohne konkurrierende Anträge. Kauder schlug eine „Entscheidungslösung“ vor, nach der die Menschen einmal im Leben gefragt werden, ob sie nach dem Hirntod Organe spenden würden. Rund 12000 Menschen warten in Deutschland auf ein Spenderorgan. Auch wenn die Zahl der Spender zuletzt leicht gestiegen ist, gibt es immer noch zu wenige. So wurden 2009 bei 1217 Organ Spendern nach dem Tod Körperteile entnommen. 2010 gab es nach Zahlen der

Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) bis November 1183 Organ spenden. Im Durchschnitt werden gut drei Organe pro Spender entnommen. 2009 waren es insgesamt 3897. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland laut DSO mit einer Quote von 15 Organ Spendern pro eine Million Einwohner deutlich zurück. In Belgien, den USA, Österreich, Frankreich, Italien und Finnland sind es mehr als 20, in Spanien sogar 34. mp/dpa



Foto: BZgA

Klinik-Hygiene-Plan der Koalition

Verbände reagieren skeptisch

Die Gesetzespläne der Koalition für verbesserte Hygiene in deutschen Krankenhäusern haben skeptische Reaktionen hervorgeufen. Als „Schritt in die richtige Richtung“ begrüßte die Barmer GEK zwar das Vorhaben. Es müssten aber rechtsverbindliche Vorgaben folgen, forderte die Vorsitzende, Birgit Fischer.

Es bleibe fraglich, ob die angekündigten Maßnahmen verbindlich für Bundesländer, Kliniken sowie Ärztinnen und Ärzte würden. „Wir brauchen endlich eine nachhaltige und wirkungsvolle Überprüfung gesetzlicher Vorgaben durch die Bundesländer“, forderte Fischer.

Der Chef der Deutschen Hospiz Stiftung, Eugen Brysch, sagte: „Wenn die Politik glaubt, allein mit mehr Vorschriften das Problem lösen zu können, wird sie Schiffbruch erleiden.“ Hygienezustände in Abteilungen und Kliniken

müssten per Aushang im Eingangsbereich von Krankenhäusern und im Internet veröffentlicht werden. „Mit schlechter Hygiene wird gutes Geld verdient“, meint Brysch.

Die Fachpolitiker von Union und FDP im Bundestag hatten sich im Grundsatz unter anderem auf eine neue Rechtsbasis verständigt, mit der die Länder leichter Hygieneverordnungen für ihre Kliniken verabschieden können. Mitte Juli sollen neue Regeln in Kraft treten. mp/dpa



Foto: CC

Modellvorhaben zu Kariesinfiltration

BKK Mobil Oil bezuschusst die Therapie

Im Rahmen eines Modellvorhabens der Betriebskrankenkasse Mobil Oil können jetzt Patienten in Hamburg, Schleswig-Holstein, Bremen und Niedersachsen mit Karies im Anfangsstadium von der neuen Therapie der Kariesinfiltration profitieren und sich einen Großteil der Behandlungskosten erstatten lassen. Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (die zm berichteten).

Die von der Berliner Charité in Zusammenarbeit mit der Universität Kiel entwickelte Methode stoppt eine beginnende Karies durch den Einsatz von Infiltrierkunststoff, der anschließend durch Lichtbestrahlung gehärtet wird. Im Rahmen des auf fünf Jahre angelegten Modellvorhabens bezuschusst die Betriebskrankenkasse Mobil Oil bis zu vier Infiltrationsbehandlungen mit jeweils 70 Euro pro Patient. pr/pm

Hausarztvertrag

AOK Bayern gibt Honorar frei

Die AOK Bayern hat die rund 38 Millionen Euro inzwischen überwiesen, die sie mit der Schlusszahlung für das zweite Quartal 2010 des inzwischen gekündigten Hausarztvertrages mit dem Bayerischen Hausärzteverband (BHÄV) einbehalten hatte. Der Zahlung waren juristische Auseinandersetzungen vorangegangen, die in einer Eilmeldung im Internet gipfelten, wonach das Bayerische Landessozialgericht (LSG) die Konten der AOK gesperrt habe. Davon sei dem Gericht freilich nichts bekannt, erklärte der Sprecher des LSG auf Anfrage. Anfang Dezember hatte das Sozialgericht München im Streit um Kürzungen im AOK-

Hausarztvertrag in einem einstweiligen Rechtsschutzverfahren festgestellt, dass die AOK die Honorarzahungen für das erste Halbjahr 2010 ungekürzt ausbezahlen habe. Einer Beschwerde der AOK beim Landessozialgericht mit dem Ziel, die Vollstreckung einzustellen, habe das LSG nach eigener Aussage nicht stattgegeben, berichtete die „Ärzte Zeitung“. Zu der Frage, ob die AOK die Zahlungen auf der Grundlage der Meistbegünstigungsklausel im Hausarztvertrag rückwirkend für das erste Halbjahr 2010 kürzen durfte, ist beim LSG Bayern allerdings noch eine Beschwerde der AOK anhängig. ck

Ärztliche Versorgung

Bund und Länder verhandeln

Bund und Länder wollen Anfang April gemeinsame Positionen für das geplante Gesetz zur ärztlichen Versorgung in Deutschland vorlegen. Das erklärte das Bundesgesundheitsministerium nach einer ersten Verhandlungsrunde. Die Gesundheitsstaatssekretäre hätten sich auf die Bildung zweier Arbeitsgruppen geeinigt.

Darin solle geprüft werden, ob und wie die Planung bei der Verteilung der niedergelassenen Ärzte in Deutschland reformiert werden soll. Außerdem gehe es um Fragen wie Zuschläge für Ärzte in Mangelregionen oder die Abgabe medizinischer Aufgaben etwa an Schwestern.

Ergebnisse gebe es noch nicht, hieß es weiter. Wesentliche Arbeiten an dem geplanten Versorgungsgesetz sollten bis Ende des

ersten Halbjahres abgeschlossen sein. Mit einem eigenen Vorstoß hatte die Unionsfraktion Druck für das geplante Gesetz gemacht. Im Haus von Minister Philipp Rösler (FDP) hatte man verhalten auf die Vorschläge reagiert. Ohne Reform für Arztpraxen und Krankenhäuser fehlen vor allem in ländlichen Regionen in den kommenden Jahrzehnten bis zu 20 000 Ärzte. mp/dpa

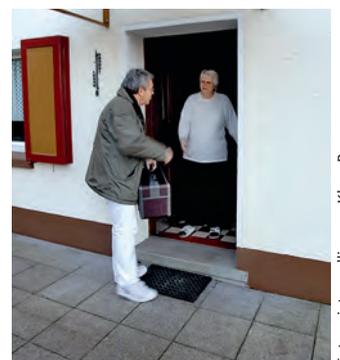


Foto: picture alliance - Klaus Rose



Zwei-Bett-Zimmer für alle

Kolumne

Rettet den Juchtenkäfer

Komischer Winter, dieses Mal. Erst erstickt man schon Wochen vor Weihnachten in Schneemassen, und kaum waren die Silvesterböller verschossen, konnten die Frühlingjacke schon wieder aus dem Schrank geholt werden. Doch, er ist noch nicht vorbei, und der kalte Geselle kann noch für manche Überraschung sorgen. Dabei ist bereits aus dem Biologie-Unterricht bekannt, dass es für die Regeneration der Natur enorm wichtig ist, lange Winter zu haben, die verjagen das Ungeziefer.

Hierzu zählt der Juchtenkäfer nicht, der ist was Besonderes und verjagt Kettensägen und Spitzhacken. Der auch als Eremit bezeichnete Käfer war im vergangenen Jahr ins Gerede und groß herausgekommen. Man kann wohl sagen: 2010 war das Jahr des Juchtenkäfers.

■ *Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de*

Bekannt wurde er durch seine tragende Rolle im Drama um die Baumaßnahmen am Stuttgarter Hauptbahnhof. Weil die Bahn weder den Achtfüßler noch seinen Schutz auch nur eines Gedankens würdigte, untersagte das Eisenbahnbundesamt der Bahn das weitere Abholzen im Stadtpark, der am Bahnhof liegt. Schließlich steht der Käfer, der in neun Bäumen

entdeckt worden war, unter Naturschutz und wird in der deutschen Roten

Liste über gefährdete Tierarten von 1998 als „stark gefährdet“ bezeichnet.

Mittlerweile gehen die ausgesetzten Baumaßnahmen im Ländle weiter. Wie es mit dem Juchtenkäfer weiter geht, weiß man nicht – genauso wenig, wie sich der Winter noch weiterentwickelt.

Ihr vollkommener Ernst

Überwintern im Drogenrausch

Um der Monotonie des Winters zu entfliehen, nehmen Rentiere in Nordamerika mit Vorliebe halluzinogene Pilze zu sich. Dies berichtet die Ärzte-Zeitung und bezieht sich dabei auf das britische „Pharmaceutical Journal“ (2010, 285: 723). Demnach wurden die nordamerikanischen Rentiere dabei beobachtet, wie sie nach dem Verzehr von Giftpilzen wie betrunken herumtorkelten, seltsame Geräusche von sich gaben und mit dem Kopf zuckten. Doch die Paarhufer seien mit ihrer Wirklichkeitsflucht nicht allein, auch andere Tierarten seien Bewusstseinsveränderungen gegenüber nicht abgeneigt. So konsumierten auch Affen, Jaguare und Stare natürliche Drogen. Affen in Gabun etwa fräßen die Wurzel des Iboga-Strauchs, Jaguare im Regenwald berauschten sich an der Rinde eines Lianengewächses. sg