

GOZ-Entwurf

Fortschritt verpasst

Eckpunkte für
Patientenrechte

Blogs in der
Wissenschaft

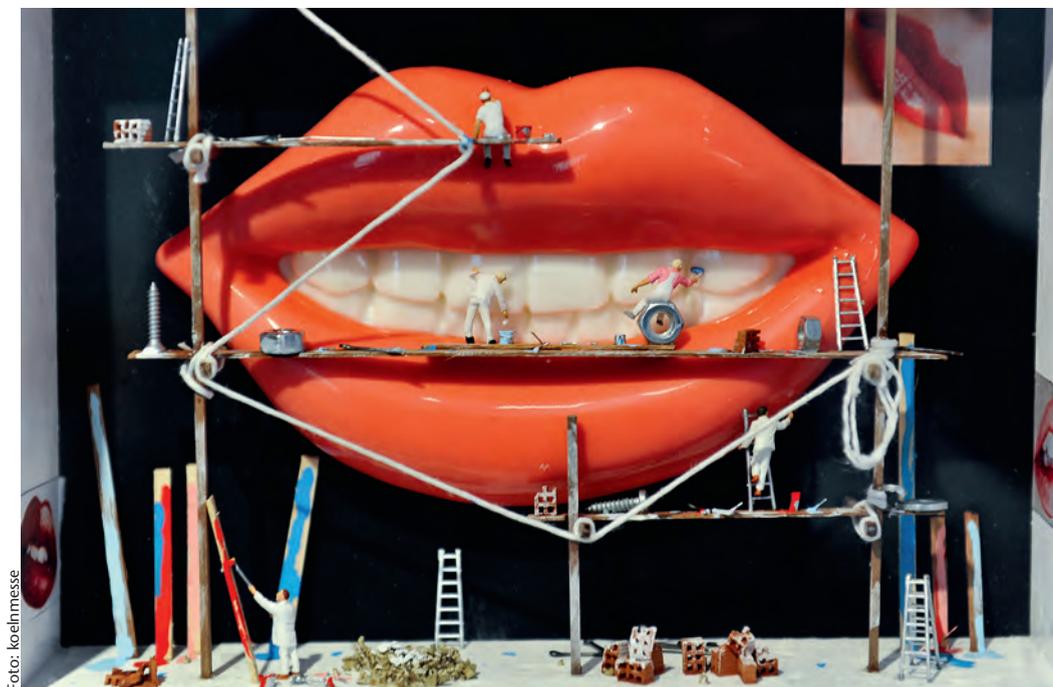


Foto: Koehlmesse

■ Frühjahrsputz an der Großbaustelle Mundwerk? Was sich der Fotograf hier auf der diesjährigen Internationalen Dental-Schau in Köln „vor die Linse zog“, steht als Symbol für einen äußerst lebendigen, bewegten Markt.

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

die IDS ist vorbei. Der international wohl größte Event des Dentalfachs war wieder ein Erfolg – wenn nicht antizyklisch, so doch zumindest merklich schneller als die Entwicklung der allgemeinen Wirtschaftslage. Aussteller wie Veranstalter waren zufrieden. Und die Besucher? Aufgefallen ist, dass der Anteil der internationalen Teilnehmer deutlich gestiegen ist. Viele der aufstrebenden Staaten aus Nah- und aus Fernost, aus Südamerika wie auch aus afrikanischen Staaten gehören nicht nur unter den Ausstellern zum selbstverständlichen Bild, sondern auch in den Kreisen der zahnärztlichen Fachkundschaft. 42 Prozent der 115 000 Messebesucher kamen aus dem Ausland, ein stolzes Fünftel mehr als noch vor zwei Jahren. Das Besucherplus kam nicht nur aus Mitteleuropa, sondern aus allen Teilen unserer ökonomisch mehr und mehr zusammenwachsenden Welt.

Besonderes Augenmerk und Mitgefühl galt sicherlich den japanischen Teilnehmern. Die Ereignisse in Ostasien waren nicht nur Thema der auf der IDS durchgeführten BZÄK-Koordinierungskonferenz zahnärztlicher Hilfs-

organisationen, auch das Geschäft konnte und wollte die traurigen Entwicklungen nicht ausblenden. Japans Unglück wird, so lassen es die aktuellen Berichte vermuten, in nächster Zeit ein beherrschendes, alle bewegendes Thema bleiben.

Trotzdem herrschte Messealltag. Und die Fachbesucher waren laut Messeveranstalter zu 95 Prozent mindestens „zufrieden“. Man hat erkannt, dass es mehr gab als nur „Herausgeputztes“ oder „Runderneuertes“. Es gab sie, die Innovationen, die das Ansehen des Dentalmarkts bereicherten.

Also alles im Lot? Vorsicht mit Pauschalurteilen. Soll der Motor rund laufen, braucht er Kritik als Treibstoff. Beispiele? Die sich immer mehr herauschälenden Kooperationen modular ineinandergreifender Produktreihen sind für freie und flexible Kaufentscheidungen des Zahnarztes nicht förderlich. Beliebige Kombinierbares, offene und allgemeingültige Schnittstellen, die befähigen, das jeweils Beste zu wählen, sind weit irrealer als der Wunsch nach einem einheitlich zu jedem Mobiltelefon passenden Ladegerät. In der Consumer-Industrie gibt es zumindest die offene Diskussion und damit den Druck zur Optimierung. Im Dentalfach entsteht

hingegen der Eindruck, der Zahnarzt müsse bei einzelnen „Dentalfamilien“ mit der Entscheidung für größere Investivgüter gleich ganze Produktketten mitkaufen. Ganz zu schweigen von festen Handelsbindungen, die man im Bereich CAD/CAM heute vielfach eingehen muss.

Wo bleiben hier industrielle Normierungen, die beispielsweise im Schnittstellenbereich mehr Handlungsfreiheit schaffen? Für den Freiberufler Zahnarzt würde das den Markt offenhalten und nicht gleich die „Zwangsese“ auf die berufliche Lebensspanne erfordern.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur

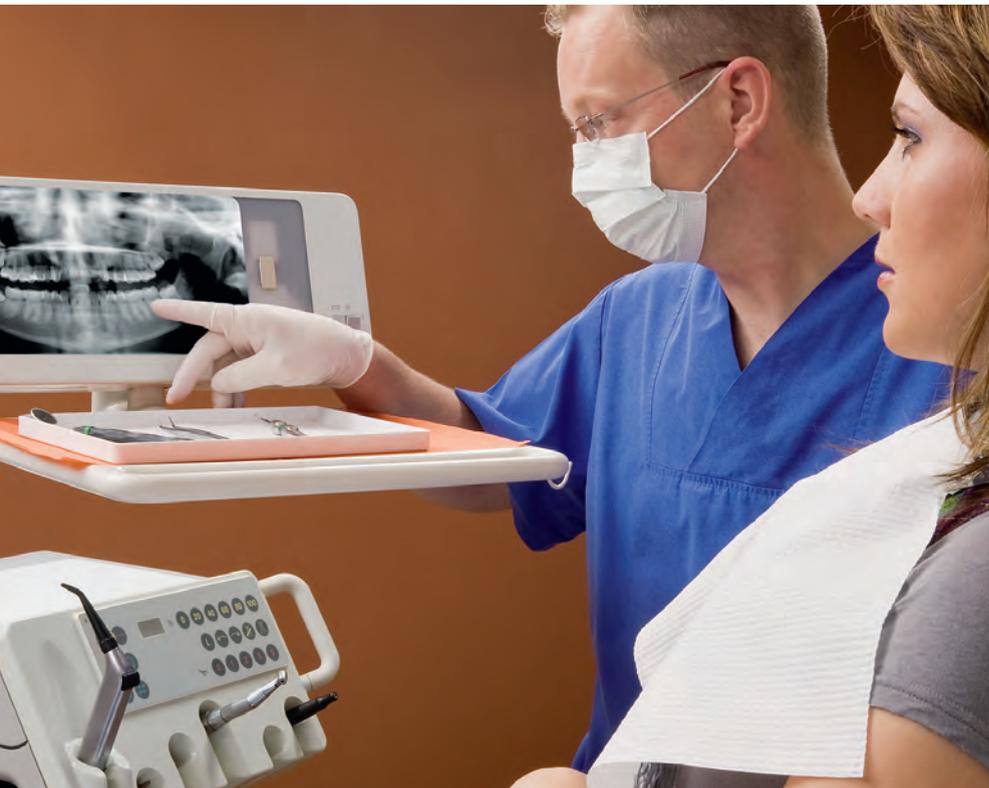


Foto: Christoph Hänel - Fotolia.com/Titelfoto: Pavel Ignatov - Fotolia.com

Zum Titel

Der lang erwartete GOZ-Referentenentwurf ist da. Das Fazit des Berufsstands: Fortschritt geht anders.

Seite 38



Foto: Weißer Ring

Eine Studie der Universität Fulda zeigt auf, welche Einflussmöglichkeiten Zahnärzte bei Patientinnen haben, die Spuren häuslicher Gewalt aufweisen.

Seite 54

Editorial	1	<i>Patientenrechtegesetz: Heilberufler und Selbstverwaltung stärker in der Pflicht</i>	24
Leitartikel			
Der Vorstandsvorsitzende der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz, zum GOZ-Entwurf	6	Zusatzbeitrag: Der bewanderte Versicherte	26
Nachrichten	8	KoKo-Hifsorganisationen: Gemeinsam zu mehr Gemeinwohl	28
IDS-Splitter	12	AS-Akademie: Nachwuchs für die Selbstverwaltung	30
Gastkommentar			
Die Angst vor dem Supergau diktiert Wählerverhalten und Politik. Klaus Heinemann kommentiert.	20	Aus den Ländern	
Politik und Beruf		Hessischer Heilberufetag: Neue Konzepte gefordert	32
BZÄK und Mittelstand: Zahnärzte im Gespräch	22	Karlsruher Konferenz 2011: Jung und Alt bestens versorgt	34

Titelstory

GOZ-Entwurf: Fortschritt verpasst **38**

Interview mit Dr. Peter Engel und Dr. K. Ulrich Rubehn **46**

Zahnmedizin

 Der aktuelle klinische Fall: Intraossäres Hämangiom des Unterkiefers **50**

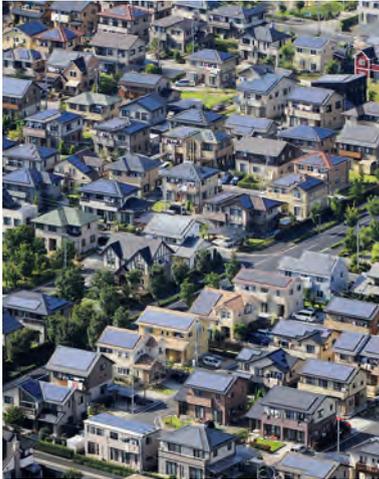
Pilotstudie: Prävention und Versorgung interpersoneller Gewalt **54**

Mitteilung der DGPro: Nachsorgestrategien für Zahnersatz **60**

Medizin

Quadrizeps- und Patellarsehnenruptur: Meist ein indirektes Trauma **66**

Foto: picture alliance



Solar- statt Atomstrom. Jetzt erhält der Klimaschutz eine neue Chance.

Seite 100

Foto: Köhnmese GmbH



Die IDS ist vorbei – 115.000 Besucher waren da. Ein Überblick über jede Menge Innovationen, die zukünftig den Praxisalltag diktieren könnten.

Seite 70

Foto: Sammlung Viehl, Berlin



Eine Stadt, drei Standorte: Der jahrelange Streit um die Zusammenlegung der Universitätszahnkliniken in Berlin wird dokumentiert.

Seite 134

Zweitstory

Messebericht IDS:
Von Menschen und Maschinen **70**

Fachforum 80

Akademisches

IDZ: Ursachen für Zahnverlust **84**

Veranstaltungen 85

Finanzen

Erneuerbare Energien:
Neue Chancen für die Wende **100**

Qualitatives Rating:
Außerhalb der Bilanz **104**

Praxismanagement

Informationsaustausch im Team:
Gelungene Kommunikation **106**

Recht

Heilberufe und Geschäftsmodelle:
Strafrisiko nicht unterschätzen **110**

EDV und Technik

Blogs: Neue Wege der Wissenschaft **116**

Prophylaxe

Special Olympics:
Das Lächeln der Athleten **122**

Internationales

Patienten mit seltenen Leiden:
Netzwerken hilft **126**

Historisches

Dentalmuseum Zschadraß:
Mehr als eine Wunderkammer **128**

Berliner Universitätszahnkliniken:
Aus drei mach eins **134**

Freizeit und Reisen

Sport **144**

Bekanntmachungen 146

Impressum 147

Neuheiten 148

Letzte Nachrichten 181

Zu guter Letzt 184



Foto: KZBV / Marc Darchinger

Zahnärztliche Konvergenz

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die Öffnungsklausel ist vorerst vom Tisch, im Gegenzug dafür sollen wir uns mit gerade mal sechs Prozent mehr Honorar zufriedengeben und damit weiterhin auf dem Gebührenniveau von 1988 arbeiten – das besagt im Kern der Referentenentwurf für die neue GOZ. Damit ignoriert das BMG unsere Kostenentwicklung der vergangenen 20 Jahre völlig! Der Systemfehler wird dabei offenkundig: Ein politisch denkender Verordnungsgeber handelt auch politisch. Da bleiben berechnete Anliegen schnell auf der Strecke. Für den Berufsstand ein Desaster! Allein weil die Zahnmedizin sich wie jede andere Wissenschaft dynamisch entwickelt und im Zuge des medizinischen Fortschritts immer mehr und immer bessere Therapiealternativen zu bieten hat.

Es braucht eine zeitgemäße GOZ, die diese Behandlungen für alle Patienten, egal ob in der PKV oder in der GKV, abbildet. Denn dass solche Therapien zu einem Honorar aus dem letzten Jahrtausend wirtschaftlich nicht machbar sind, wissen Sie genauso wie ich. An diesem Punkt können Patienten wie Zahnärzte gleichermaßen nichts gewinnen.

„**Kurzschließen heißt nicht Kurzschluss. Kurzschließen heißt Konvergenz. Auch bei uns.**“

Ob die Klausel dauerhaft ein echtes No-Go ist, wage ich zudem zu bezweifeln. Nach dem PKV-Verband drängen nämlich jetzt die ersten gesetzlichen Kassen auf ein Öffnungstor in der GOZ. „Fairer Wettbewerb zwischen der AOK und privaten Krankenkassen macht für beide Seiten eine Öffnungsklausel in der GOZ notwendig“, holte AOK-Chef Herbert Reichelt jüngst aus. Fairer Wettbewerb und Öffnungsklausel? Die passen ungefähr so gut zusammen wie Fair Play und Blutgrätsche beim Fußball.

Die Frage ist aber: Wie reagieren wir als Berufsstand auf solche Fouls? Und weiter: Wie gehen wir überhaupt mit den anstehenden, auf unseren beruflichen Alltag womöglich nachhaltig Einfluss nehmenden Themen

um? Passt da noch die tradierte Zuordnung der Zuständigkeiten: hier KZBV, dort BZÄK?

Es geht nicht nur um die GOZ und die zu verhin-

dernde Öffnungsklausel, die ja vom Bundesrat nochmals auf die Agenda gebracht werden können. Schließlich sind die Bundesländer nach wie vor heiß darauf, die Kosten für ihre Beihilfeberechtigten klein zu halten. Hier müssen Kammern und KZVen noch besser kooperieren. Sprich, auf Bundes- und besonders Länderebene ihre Argumente

und Strategien vertikal wie horizontal bestmöglich koordinieren und abstimmen. Es geht auch um anstehende Gesetzesvorhaben, wie das jüngst in Eckpunkten vorgestellte Patientenrechtegesetz; es geht darum, ob uns in Deutschland Masterstudiengänge und Fachzahnärzte nützen können, ob wir uns eine von der Politik aufgedrückte Bachelor-Master-Diskussion leisten und ob wir bisherige zahnärztliche Leistungen von Nicht-Zahnärzten erbracht wissen wollen. Nicht zu vergessen die noch längst nicht abgeschlossenen Diskussionen um Basistarif und Selektivverträge.

Für mich ist der Weg klar! Wenn die PKV sich GKV-isiert und die gesetzlichen Krankenkassen umgekehrt immer mehr in den ehemals originären Bereich der PKV eindringen, wenn die bestehende duale Krankenversicherung zunehmend auf dem Prüfstand steht, wenn hier die Konvergenz der Systeme eingeläutet wird, dann müssen auch KZBV und BZÄK enger zusammenstehen. Einfach, weil die traditionelle Aufgabenaufteilung dann auf unserer Ebene auch nicht mehr existiert. Wir müssen uns verstärkt fachübergreifend kurzschließen. Kurzschließen heißt nicht Kurzschluss! Kurzschließen heißt Konvergenz. Auch bei uns.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Jürgen Fedderwitz
Vorsitzender der
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

Vorläufige Bilanz der PKV**Freude über solides Wachstum**

Die private Krankenversicherung (PKV) hat ihre vorläufigen Branchenzahlen für das Geschäftsjahr 2010 in Berlin vorgestellt. Insgesamt waren in der PKV zum Jahresende 8,9 Millionen Menschen vollversichert, ein Plus von einem Prozent gegenüber dem Vorjahr. Der Netto-Neuzugang betrug mit 84 700 Personen nur knapp die Hälfte des Zugangs im Vorjahr, dieser beruhte zudem auf einem Sondereffekt: Zum Jahresanfang trat eine allgemeine Pflicht zur Versicherung in Kraft, so dass Tausende vormals Unversicherte eine private Krankenversicherung abschlossen. Laut PKV-Bilanz erhöhten sich die Alterungsrückstellungen bis Jahresende auf insgesamt rund 155 Milliarden Euro (plus 6,7 Prozent). Sie verteilten sich mit 133,5 Milliarden Euro auf die Krankenversicherung (plus 6,9 Prozent) und mit 21,5 Milliarden Euro auf die Pflegeversicherung (plus 5,4 Prozent). Solides Wachstum gab es demnach auch bei der Zusatzversicherung: 2010 wurden 427 800 neue Verträge abgeschlossen, so dass zum Jahresende 21,9 Millionen Zusatzversi-



cherungen bestanden (plus zwei Prozent). Vor allem die Pflegezusatzversicherung verzeichnete einen großen Zuwachs um 201 700 Personen (plus 13,4 Prozent). Mit 1,7 Millionen Verträgen gebe es bezogen auf die Gesamtbevölkerung aber nach wie vor großen Nachholbedarf zur besseren Absicherung der Pflege. Die Beitragseinnahmen in der Kranken- und Pflegeversicherung stiegen 2010 auf 33,3 Milliarden Euro (plus 5,8 Prozent). Die ausbezahlten Versicherungsleistungen erhöhten sich in der Krankenversicherung auf 21,2 Milliarden Euro (plus 3,7 Prozent). Damit habe sich die Kostenentwicklung im Vergleich zum Vorjahr leicht abgeschwächt (2009: plus 4,6 Prozent). Sie liegt aber noch immer deutlich über der allgemeinen Preissteigerung. In der privaten Pflegeversicherung stiegen die Leistungen auf 0,72 Milliarden Euro (plus 7,8 Prozent). mp/pm

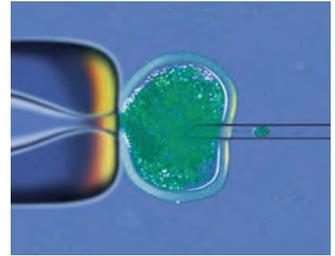
Umfrage der Barmer GEK**Von PKV oft enttäuscht**

Viele Privatversicherte bereuen offenbar ihren Wechsel von der GKV zur PKV – das hat eine repräsentative Umfrage von TNS Infratest im Auftrag der Barmer GEK ergeben. Jeder Zehnte würde demnach „auf keinen Fall“ mehr in die private Krankenversicherung wechseln, hätte er noch einmal die Wahl. Acht Prozent würden „wahrscheinlich“ nicht mehr wechseln, zehn Prozent könnten

sich einen Wechsel „eventuell“ noch vorstellen, zitiert die „Berliner Zeitung“ aus der Umfrage. Damit hat rund jeder dritte Privatversicherte Zweifel. Der Anstieg der Prämien sei für Privatversicherte das derzeit größte Ärgernis: 15 Prozent sind laut Umfrage unglücklich darüber. Bei GKV-Versicherten seien es nur acht Prozent, die sich über steigende Beiträge ärgern. mp

Emnid-Umfrage**Mehrheit der Deutschen für PID**

Rund drei Viertel der Bundesbürger befürworten unter bestimmten Bedingungen eine Freigabe von Gentests an Embryonen. So sprachen sich in einer aktuellen Emnid-Studie 29 Prozent der Befragten für eine Freigabe der umstrittenen Präimplantationsdiagnostik (PID) aus, wenn damit Verluste von Tot- und Fehlgeburten abgewendet werden können. 45 Prozent der Befragten befürworten die Gentests auch, um schwere Erbkrankheiten abzuwenden, wie die „Evangelische Kirche im NDR“ mitteilte. 21 Prozent fordern dagegen, die Gentests komplett zu verbieten. Fünf Prozent sind unentschieden oder machen keine Angaben. Für die Studie wurden laut „Deutschem Ärzteblatt“ 504 Personen ab 14 Jahren telefonisch befragt. Die PID ist umstritten,



weil dabei Embryonen außerhalb des Mutterleibes auf mögliche genetische Schädigungen untersucht und gegebenenfalls verworfen werden. Der Bundestag will noch vor der Sommerpause über die Zulässigkeit dieser Diagnostik in Deutschland entscheiden. In Ostdeutschland plädierte laut Umfrage jeder zweite Befragte für eine weitgehende Freigabe, während es im Westen 43 Prozent sind. Bei den Frauen sind es 47 Prozent gegenüber 43 Prozent bei den Männern. mp

Großbritannien**Hausarzttermine sind Mangelware**

Wartelisten und Versorgungslücken sind in britischen NHS nichts Neues. Jetzt allerdings müssen erstmals in der Geschichte des staatlichen Gesundheitsdienstes auch Millionen Hausarztpatienten auf einen Arzttermin warten. Bis zum Sommer 2010 bestand die Regel, dass Hausärzte, die ihre Patienten innerhalb der ersten 48 Stunden nach Kontaktaufnahme versorgen, finanzielle Zusatzzahlungen erhalten können. Dieser Pünktlichkeits-Bonus wurde von Gesundheitsminister Andrew Lansley inzwischen gestrichen. Grund für die Versorgungskrise ist laut Berufsverbänden Geldknappheit. Wie aus einer aktuellen Umfrage unter Patienten hervorgeht, muss



Foto: MEV

jeder fünfte Kranke inzwischen zwei Tage oder noch länger auf einen Besuch beim Hausarzt warten. Seit Jahren schon haben hunderttausende Patienten in weiten Landesteilen gehörige Probleme, einen staatlichen Zahnarzt zu finden. Gesundheitspolitische Beobachter fürchten, dass sich diese Situation nicht zuletzt wegen der angespannten Haushaltslage weiter verschärfen wird. ck/ast

Ehrenamtliches/Bürgerschaftliches Engagement

startsocial e.V. vergibt 100 Stipendien

Unter der Schirmherrschaft von Bundeskanzlerin Angela Merkel schreibt startsocial e.V. 2011 zum achten Mal einen bundesweiten Wettbewerb um 100 Beratungsstipendien für soziale Projekte aus. Der Startschuss fällt am 1. April 2011. Dann können sich Initiatoren sozialer Projekte online bis zum 31. Mai 2011 um ein dreimonatiges Stipendium bewerben. Experten aus der Wirtschaft und aus sozialen Institutionen arbeiten später ehrenamtlich mit den Stipendiaten an der Ausgestaltung und Umsetzung ihrer Ideen und Projekte. „Die Beratung bringt die Projekte

nicht nur inhaltlich voran, die erfolgreiche Teilnahme gilt mittlerweile auch als Gütesiegel sozialen Engagements in Deutschland“, sagt Sunniva Engelbrecht, Vorstand von startsocial e.V.. 25 der 100 Stipendiatenprojekte werden im Frühjahr 2012 zur Bundespreisverleihung nach Berlin eingeladen. Sechs herausragende Projekte erhalten dann den mit 5 000 EUR dotierten



Foto: Armin Linhardt/Wikipedia

Bundespreis, ein siebtes Projekt wird mit dem ebenfalls mit 5 000 EUR dotierten Sonderpreis der Bundeskanzlerin ausgezeichnet. „startsocial ist ein außergewöhnlicher Wettbewerb. Der Ansatz, professionelle Beratung in den Mittelpunkt zu stellen, gefällt

mir. Wenn Sie sich bewerben, haben Sie die Chance auf fachkundige Hilfe, um Ihre Ideen besser umsetzen zu können“, ermutigt Merkel Bewerber. Im letzten Jahr wurde die Kinderzahnhilfe für Brasilien (KIBRA; www.kibra.org) im Rahmen des Wettbewerbs ausgezeichnet. sf

*startsocial e.V.
Caroline Dahns
Am Sandtorkai 77
20457 Hamburg
Tel.: 040/3612-1817
caroline.dahns@startsocial.de*

■ www.startsocial.de

Kieferorthopädie**Kinder finden Zahnsparngen cool**

Nur wenige Menschen haben von Natur aus ein perfektes Gebiss. Dabei spielt die Ästhetik heute eine immer größere Rolle. Das gilt auch für Kinder. Von ihnen lehnen immer weniger eine kieferorthopädische Behandlung ab. „Pro Jahr bekommen mehr als eine Million Kinder eine Spange“, sagte der Berliner Zahnarzt und Implantologe Dr. Bert Eger gegenüber der „Bild am Sonntag“. Wer schöne Zähne habe, gelte als attraktiver. „Das geht schon bei Jugendlichen los und wird auch von den Eltern unterstützt.“ „Außerdem“, so Eger, „lehnen Kinder heute eine kieferorthopädische Behandlung weniger ab, finden sie häufig sogar cool.“ Sein Kollege Dr. Michael K. Thomas, Berliner Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, ergänzte: „Heute achten mehr Eltern als früher auf die Zahngesundheit ihrer Kinder, sind besser aufgeklärt und wissen eher, welche Folgen schiefe Zähne oder Fehlstellungen im Kiefer haben können.“



Foto: Lucky Dragon/Fotolia.com

Denn wer auf Dauer nicht richtig beißt, der belastet den Kiefer und die Kiefergelenke falsch. Thomas: „Das kann zum Beispiel ein Knacken auslösen oder die Kiefer- und die Nackenmuskulatur beeinträchtigen. Wenn sich Nerven und Muskeln verspannen, können Kopf-, Ohren- und sogar Rückenschmerzen entstehen.“ Und umgekehrt gilt ebenso: Ein Beckenschiefstand wirkt sich auf Dauer auf den Kiefer aus und verursacht dort Schmerzen, erläuterte Thomas dem Blatt. sf

Kassenkritik an Praxiszeiten**Ärzte wehren sich**

Ärzteverbände wehren sich gegen Vorwürfe des GKV-Spitzenverbands, wonach Patienten Wartezeiten in Kauf nehmen müssten, weil Ärzte ihre Praxis durchschnittlich nur rund 28,5 Stunden pro Woche öffnen. Die durch eine Umfrage des GKV-Verbands ermittelten durchschnittlichen Sprechzeiten pro Woche von 30,4 Stunden bei Fachärzten und 26,2 Stunden bei Hausärzten seien nur ein Teil der

ärztlichen Gesamtarbeitszeit, konstatierte jetzt der Vorstandsvorsitzende der KBV, Andreas Köhler. „Die niedergelassenen Ärzte würden liebend gerne mehr Zeit für ihre Patienten erübrigen. Der bürokratische Zusatzaufwand – zu dem die Krankenkassen mit Anfragen und dergleichen einen erheblichen Teil beitragen – lässt ihnen jedoch gar keine Chance dazu“, sagte Köhler. mp

Kommentar**Erfolgreicher Imagewechsel**

Es ist noch gar nicht so lange her, da wurden Kinder und Jugendliche, die aus kieferorthopädischen Gründen eine Zahnsparnge tragen mussten, belächelt und gehänselt. Und oftmals war die langwierige KFO-Behandlung wegen des schlechten Images einer Zahnsparnge eine schwierige Angelegenheit sowohl für die jugendlichen Patienten als auch für den Behandler, dem nicht immer compliance-bereite Patienten auf den Stuhl kamen. Doch inzwischen hat ein bemerkenswertes Umdenken eingesetzt, das gesundheitspolitisch und vom Aspekt der Prophylaxe her gesehen nicht hoch genug zu

bewerten ist: Kinder finden Zahnsparngen cool, Eltern legen mehr Wert auf Vorsorge. Da mag durchaus dazu beigetragen haben, dass die Popkultur Zahnprothesen mittlerweile zum modischen Accessoire hochgehjubelt hat. Auch die Zahntechnik-Industrie hat diesen Imagewandel mit immer ansehnlicheren Produkten befördert. Schlussendlich ist dies ein Erfolg der gesamten Dentalfamilie: Zahnärzten, Wissenschaft, Zahntechnikern, Industrie und Körperschaften gleichermaßen ist es gelungen, ihr Anliegen an die Patienten zu bringen. Und die haben verstanden.

Stefan Grande

Europäische Union zu Klonprodukten**Verhandlungen gescheitert**

Nach zähen Verhandlungen ist das Vermittlungsverfahren zwischen dem Europäischen Parlament und den zuständigen EU-Ministern zum Gesetzentwurf über neuartige Lebensmittel endgültig gescheitert. Knackpunkt bei den Verhandlungen war die Frage, ob Fleisch und Milch von geklonten Tieren und ihren Nachkommen künftig in der EU zugelassen werden sollen. Die Vertreter des Rats lehnten sowohl ein Verbot für Fleisch und Milch von geklonten Tieren und ihren Nachkommen als auch eine generelle Kennzeichnung entsprechender Produkte ab. Die Minister hatten sich lediglich bereit erklärt, frisches Rindfleisch von Nachkommen von Klontieren zu kennzeichnen. Dem Europäischen Parlament war das zu wenig. Die Europaabgeordneten hatten sich



Foto: MEV

mehrheitlich darauf berufen, dass die EU-Bürger laut Umfragen keine Klonprodukte in den Supermarktregalen wollen. Als Kompromiss hatte das EP eine grundsätzliche Kennzeichnungspflicht gefordert. Aufgrund des Scheiterns des Vermittlungsverfahrens ist es in der EU nunmehr weiterhin erlaubt, Fleisch und andere Nahrungsmittel von geklonten Tieren ohne Kennzeichnung zu verkaufen. Auch das Klonen selbst ist in der EU nach geltendem Recht nicht verboten. mp/ps

Zahnmedizinische Alumni

BdZA mit neuem Vorstand

Im Rahmen der 34. Internationalen Dental-Schau (IDS) in Köln hat sich die neue Verbandsspitze des BdZA konstituiert. Die Gründungsvorstände Ingmar Dobberstein und Jan-Philipp Schmidt wurden in ihren Ämtern als Vorsitzende des Bundesverbands bestätigt. Juliane Gnoth wird den Verband weiterhin auf internationaler Ebene vertreten und den BdZA bei den Young Dentists Worldwide und der FDI repräsentieren. Einstimmig wurde Frau Dr. Christine Bellmann als Kassen-

wartin gewählt. Bellmann übernimmt außerdem das Ressort Fort- und Weiterbildung und koordiniert die Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Ebenfalls neu in den Vorstand berufen wurde der ehemalige Vorsitzende des Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland (BdZM) David Rieforth, der als Schriftführer für die Vernetzung der Absolventen mit ihren Universitäten und die Mitgliederbetreuung verantwortlich zeichnet. sf/pm

Ausländische Abschlüsse

Schnellere Anerkennung geplant

Die Bundesregierung beschloss nach anderthalbjährigen Beratungen den Entwurf für ein Anerkennungsgesetz – damit können ausländische Ärzte und medizinische Fachkräfte ihre Qualifikation in Deutschland anerkennen lassen. Zuwanderer sollen mit dem Gesetz einen Rechtsanspruch erhalten, dass ihr im Ausland erworbener Berufsabschluss innerhalb von drei Monaten überprüft und ihre Qualifikation festgestellt wird, schreibt die „Deutsche Welle“. Dies würde etwa Ärzten aus nichteuropäischen Ländern eine Anerkennung ihrer Qualifikationen ermöglichen. Das Gesetz gelte für 500 Berufe und sei Teil der Willkommenskultur, die

in Deutschland dringend nötig sei, sagte Bundesbildungsministerin Annette Schavan (CDU). Nach Auffassung der BZÄK ist jedoch ein Gesetz, das unterschiedslos alle denkbaren im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen erfasst, ohne der besonderen Rolle der Gesundheitsberufe Rechnung zu tragen, kein geeigneter Weg, dem drohenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Aus Gründen des Patientenschutzes sei das Anerkennungsverfahren bei den Heilberufen so zu gestalten, dass die verlässlichen Ausbildungs- und Qualitätsstandards nicht unterlaufen werden. Für den Bereich der Zahnärzte existiert zudem kein Fachkräftemangel, der durch die leichtere Anerkennung von Qualifikationen behoben werden müsste. Die BZÄK sprach sich daher in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf für eine Herausnahme des zahnärztlichen Sektors aus dem Gesetzesvorhaben aus. zm/pm



Foto: photodisc

IDS 2011

Eine Messe der Superlative

Mit einem hervorragenden Ergebnis endete am 26. März die 34. IDS, die weltweit führende Dentalmesse in Köln. Die Zahl der Fachbesucher stieg im Vergleich zur Vorveranstaltung um rund neun Prozent, die der Aussteller um sieben Prozent und die der belegten Fläche um fünf Prozent. Insgesamt informierten sich rund 115 000 Fachbesucher aus 148 Ländern über das Produktangebot von 1956 Anbietern aus 58 Ländern. 66 Prozent der Aussteller kamen aus dem Ausland nach Köln, berichtet die Messeleitung. Die Zahl der ausländischen Unternehmen wuchs um neun Prozent. Auf Besucherseite lag der Auslandsanteil bei rund 42 Prozent, ein Anstieg um gut 20 Prozent. „Es ist uns gelungen, die Internationale

Dental-Schau sowohl national als auch international noch attraktiver zu machen. Insbesondere die überproportionale Zunahme der internationalen Teilnehmer unterstreicht einmal mehr den Charakter der IDS als Weltleitmesse“, bilanziert Dr. Martin Rickert, Vorsitzender des Verbands der Deutschen Dental-Industrie (VDDI). Zahlreiche Besucher nutzten nicht zuletzt auch die Speakers' Corner, um sich über die neuesten Ergebnisse aus Wissenschaft und Forschung zu informieren. An allen fünf Messetagen wurden dort in rund 80 Referaten von Ausstellern neue Produkte und Verfahren vorgestellt. Die nächste IDS – die 35. Internationale Dental-Schau – findet vom 12. bis zum 16. März 2013 statt.

sf/pm

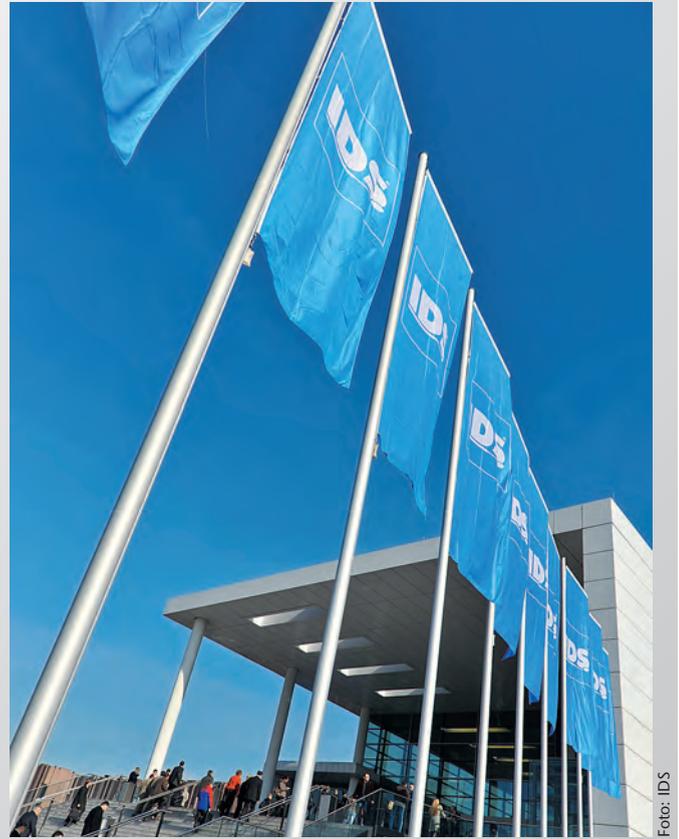


Foto: IDS

Messestand von BZÄK, KZBV und DGZMK**Ein informatives Rundum-Programm**

Die BZÄK bot an ihrem Messestand gemeinsam mit ihren Partnern KZBV und DGZMK täglich ein informatives Programm. Der gut frequentierte Stand war Anziehungspunkt für die Messebesucher und gleichzeitig Kollegentreff sowie Podium für Presse-

gespräche. Der Stand wurde am 23.3. von Dr. Peter Engel, Präsident der BZÄK, und Dr. Martin Rickert, Vorsitzender des Verbands der Deutschen Dental-Industrie e.V. (VDDI), eröffnet. In seiner Ansprache blickte Engel optimistisch in die Zukunft: „Der

Dentalmarkt ist ein Motor für Deutschland und die zahnmedizinischen Fortschritte könnten den Patienten zukünftig eine noch bessere Versorgung beziehungsweise Vorsorge ermöglichen. Es müssen aber gesundheitspolitische Rahmenbedin-

gungen geschaffen werden, damit Innovationen, wie hier auf der IDS präsentiert, ihren Weg in die Praxis finden können.“ Neben diversen standespolitischen Sprechstunden wurden moderierte Diskussionsrunden geführt. pr/pm



Fotos: BZÄK-Jardai



Gespräch mit Dr. Peter Engel

Positionen zur GOZ

Um das Thema GOZ (im Vorfeld der Vorlage des Referentenentwurfs) drehte sich das erste moderierte Gespräch auf dem Messestand.

„Die Abwehr der Öffnungsklausel ist ein Erfolg für die Zahnärzte“, erklärte BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel (l.) im Gespräch mit zm-Chefredakteur Egbert Maibach-Nagel. Enttäuschend sei jedoch die sechsprozentige Honorarsteigerung. Engel: „Im Grunde handelt es sich um eine rein technische Erhöhung, weil die analogen



Fotos: BZÄK-Jardai

Leistungen kostenneutral implementiert wurden. Die Steigerung erfolgt nur über die Punktzahlen, nicht über die Punktwerte.“ Außerdem müsse die GOZ an die GOÄ angepasst werden, weil die Punktwerte unterschiedlich ausfielen, forderte der Präsident. pr/ck

Katastrophe in Japan

Würdigung und Spendenaufruf

Der Präsident der BZÄK, Dr. Peter Engel, würdigte besonders, dass auch die japanischen Kollegen und Aussteller trotz der Ereignisse der letzten



Wochen zur IDS erschienen waren. Die Bundeszahnärztekammer und die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ) haben bereits einen Spendenaufruf für die Tsunami-Opfer in Japan gestartet und Kontakt zu den japanischen Kollegen aufgenommen. Auf der IDS bekam

die BZÄK als Schirmherrin des HDZ eine Spendensumme des Hinz-Verlags, der sich spontan dem BZÄK-Spendenaufruf angeschlossen hatte, überreicht. Auf dem Foto (v.l.): Dr. Rickert, VDZI, Prof. Hinz, Makoto Nakao, Japanese Dental Trade Ass., Dr. Engel, Dr. Winter, HDZ. pr/pm

Gespräch mit Dr. Dietmar Oesterreich

Ethik statt Monetik

Unter dem Motto „Berufsethik: Anspruch und Grenzen“ stellte sich BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich (r.) den Fragen von zm-Chefredakteur Egbert Maibach-Nagel. Oesterreich un-



terstrich die Bedeutung des zahnärztlichen Berufsethos angesichts von Gefahren wie Orientierungslosigkeit und Werteverfall in der Gesellschaft. Er skizzierte die Aktivitäten des DGZMK-Arbeitskreises Ethik. Auch die Landes Zahnärztekammern als Organe der Selbstverwaltung seien gefordert, aus ihrem Selbstverständnis heraus das Berufsrecht zu wahren. pr

Patientenrechtegesetz

Pläne werden von Berufspolitik begrüßt

Anlässlich der Vorstellung des Patientenrechtegesetzes durch das Bundesgesundheitsministerium äußerten sich der KZBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz (r.) und BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich (l.) grundsätzlich positiv. „Wir sind in diesem Bereich sehr aktiv. Der Zahnarzt ist selbst der beste Anwalt für seine Patienten, denn er hat ein langfristiges Interesse an ihrer guten Meinung“, sagte Fedderwitz. Allerdings warnte er davor, zu überregulieren und damit eine Defensivmedizin zu schaffen – da man in Berlin diesbezüglich aber

sehr überlegt vorgehe, sei er zuvorsichtig. Oesterreich plädierte für den offenen Umgang mit Patientenbeschwerden und für den weiteren Ausbau von benötigten Strukturen wie dem Gutachter- und Schlichterwesen. „Wir haben uns zu diesem Thema bereits positioniert und viele Beratungsstellen aufgebaut. Die Patientenrechte sind in Deutschland und in Europa auf einem hohen Niveau. Ein Problem ist aber, dass der Patient gar nicht weiß, wohin er sich wenden soll. Daher ist das Gesetz in bestimmten Bereichen sinnvoll“, so Oesterreich. mp



Alle Fotos: BZÄK-Jardai

Dr. Buchholz zum GKV-Versorgungsgesetz

Zentrale Herausforderung der KZBV

„Die wichtigste Herausforderung ist das GKV-Versorgungsgesetz, für das in den nächsten Wochen erst Eckpunkte und dann ein Gesetzentwurf vorgelegt werden sollen“, benannte der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Günther E. Buchholz auf der IDS die zentralen Inhalte der Vorstandsarbeit. „Wir wollen das Gesetzgebungsverfahren so weit wie möglich im Sinne der Zahnärzteschaft beeinflussen, denn über dieses Gesetz haben wir nach 20 Jahren endlich die Chance, von der strikten Budgetierung wegzukommen.“ Zwar seien die Signale aus dem BMG positiv, dennoch gelte es, aufzupassen, nicht für einen Schritt Richtung Liberalisierung einengende

Maßnahmen zu kassieren. Buchholz geht davon aus, dass das Versorgungsgesetz nicht auf einen Schlag die vollständige Deregulierung der GKV-Ausgaben für die Zahnmedizin bringt, sondern einen Schritt in die richtige Richtung bedeutet. Buchholz: „Aber auch ein langer Weg beginnt bekanntlich mit einem ersten Schritt.“ ck



Über Zahnheilkunde damals und heute

Vom Studium bis zur Praxis

Unter dem Motto „Alles anders – alles besser?“ nutzten der BZÄK-Ehrenpräsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Arthur Heinitz, Bundesverband der Zahnmedizinstudenten (BdZM), und Jan-Philipp Schmidt, Bundesverband der zahnmedizinischen Alumni in Deutschland e.V. (BdZA), die Messeplattform zu einem Erfahrungsaustausch.

Quintessenz des Vergleichs über das Zahnmedizinstudium von damals und heute: Noch in den 60er- und 70er-Jahren ging es vorrangig um technische und handwerkliche Aspekte, heute

hat sich die Zahnmedizin zu einem wichtigen Teilgebiet der Medizin weiterentwickelt. Der BdZA verlieh am Stand seinen diesjährigen ALUMNI-Preis an BdZA-Gründungsmitglied Weitkamp, der sich in besonderer Weise für die Belange des zahnmedizinischen Nachwuchses engagiert hat. pr



DGZMK-Präsident Prof. Schliephake

Therapie muss Ethik standhalten

Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake, Präsident der DGZMK (r.), betonte auf der IDS die Bedeutung des Arbeitskreises Ethik. „In Zeiten knapper werdender Ressourcen ist es entscheidend, diese gerecht zu verteilen. Es geht darum, wie wir etwa die Therapieverfahren so verteilen können, dass sie ethischen Gesichtspunkten standhalten.“ Die Wichtigkeit dieser Fragestellungen bemerke man auch daran, dass immer mehr Hochschulen Arbeitskreise für ethische Fragestellungen gründeten. Eine weitere Herausforderung für die Zukunft sei, die deutschen Hoch-

schulen konkurrenzfähig zu halten. Ein Thema dabei sei die AOZ, die aber seiner Einschätzung nach erst 2015 zum Tragen kommt. Bis dahin hätten die Zahnmediziner eher mit hohen Studierendenzahlen zu tun. Es werde daher eine Umgestaltung der Lernformen erfolgen mit mehr Selbststudium und E-Learning. mp



Zahmedizin für Laien

proDente prämiiert Journalisten

Zum sechsten Mal wurde von der Initiative proDente e.V. der Journalistenpreis „Abdruck 2011“ für journalistische Arbeiten zu Zahnmedizin und Zahntechnik im Rahmen der IDS vergeben. Die Berichte von Sylvia Mende über Zahntechnikerlehrlinge im Dentallabor und von Anja Störiko über Zahnfehlstellungen bei Kindern wurden in der Kategorie „Print“ prämiert. Den ersten Platz in der Kategorie „TV“ belegte

das Team des NDR-Gesundheitsmagazins „visite“ mit dem Beitrag „Parodontitis, kranke Zähne, kranker Mensch“. Der zweiteilige Gewinnerbeitrag in der Kategorie „Hörfunk“ von Rainer Ulbrich, BR, beschreibt die Zahnpflege bei alten und pflegebedürftigen Menschen. Die Kategorie „Internet“ blieb unprämiert. Im Bild (v.l.): Sylvia Mende, Edith Heitkämper, Dr. Tilman Hassenstein, Dr. Anja Störiko, Rainer Ulbrich. pr/pm



proDente Kommunikationspreis

Zahnarzt und Meisterlabor geehrt

Im Rahmen der IDS wurden die Preisträger des proDente-Kommunikationspreises geehrt. Die Zinser Dentaltechnik GmbH wurde für den besten Printbeitrag ausgezeichnet. Den ersten Preis in der Kategorie Interaktiv erhielt der niedergelassene

Zahnarzt Dr. Manfred Jooß. Der Kommunikationspreis 2011 möchte erfolgreiche PR- und Marketing-Aktivitäten von Zahnärzten und Zahntechnikermeistern über die lokalen und regionalen Grenzen hinaus bekannt machen. pr/pm

Diskussionsrunde am DÄV-Stand

Interdisziplinäre Arbeit führt zum Erfolg

Mit einer hochkarätigen Diskussionsrunde wartete der Deutsche Zahnärzte Verlag an seinem Stand anlässlich der IDS auf. Man hatte zusammengerufen, um ein interdisziplinäres Thema zu diskutieren: Parodontitis-Früherkennung. Unter der Moderation von Jan-Philipp Schmidt (IDI-Paro) diskutierten namhafte Referenten aus Hochschule, Standesvertretung und Politik unter anderem der DGP-Präsident Prof. Dr. Ulrich Schlagenhaut, der BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar

Oesterreich, CDU-Generalsekretär a. D. Laurenz Meyer, Prof. Dr. med. Jürgen Ennkes, Ärztlicher Direktor der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie des Herzzentrums Lahr bei Offenburg. Die Teilnehmer waren sich einig: Sowohl die Früherkennung als auch die Therapie einer bereits bestehenden Parodontalerkrankung können nur durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erfolgreich sein. Hieran soll noch mehr gearbeitet werden. sp



Alle Fotos: BZÄK-Jarckai

Internationales Treffen

CED-Vorstand tagte in Köln

Am 25. März tagte der Vorstand des Council of European Dentists (CED) anlässlich der IDS in Köln. Neben Fragen der internen und externen Kommunikation sowie aktuellen europapolitischen Fragen stand die Wahl des neuen

CED-Vizepräsidenten auf der Tagesordnung. Einstimmig wurde Dr. Francisco Rodríguez Lozano aus Spanien in das Amt gewählt. Die Vorstandsmitglieder wurden im Anschluss an ihre Sitzung auf dem Messestand empfangen. pr

Frühlingsgefahr**Tödliches Virus durch Zeckenbiss**

Ein bislang unbekanntes Virus ist jetzt von einem internationalen Forscherteam entdeckt worden. Es wird von Zecken übertragen und löst hohes Fieber, Durchfall und Erbrechen aus, nicht selten mit Todesfolge. In Zentralchina sorgte das Virus zwischen Ende März und Mitte Juli 2009 für eine bislang mysteriöse Epidemie, an der 30 Prozent der Betroffenen starben. Damals identifizierten Wissenschaftler des chinesischen Zentrums für Seuchenkontrolle und -prävention die Ursache als eine bakterielle Infektion, speziell der humanen granulozytischen Anaplasrose – denn der Erreger sei das Bakterium *Anaplasma phagocytophilum*. Es wird durch



Foto: zecken.de

Zeckenbisse übertragen, greift die weißen Blutkörperchen an und löst dadurch in der Regel grippeähnliche Symptome aus. Tödlich verläuft diese Infektion üblicherweise nicht. Seitdem forschte eine internationale Gruppe von Wissenschaftlern weiter nach der Ursache: Das bis dato unbekannte Virus wurde auf den Namen „Severe Fever with Thrombocytopenia Syndrome“-Virus (SFTF) getauft. Es wurde der Familie der Bunyaviridae zugeordnet, in der sich auch Hantaviren und der Erreger des Rift-Valley-Fiebers befinden. Nach dem Forscherbericht in der Fachzeitschrift „New England Journal of Medicine“ wird das Virus von Zecken übertragen und löst die unter Umständen todbringende Krankheit aus. Schon jetzt ist aber gewiss, dass eine Übertragung von Mensch zu Mensch nicht möglich ist. sp

Originalpublikation erschienen in: *The New England Journal of Medicine*, DOI:10.1056/NEJMoa1010095

Deutsche Gesellschaft für Neurologie**Warnung vor neuer MS-Therapie**

Ein kleiner Eingriff im Gehirn soll Multiple Sklerose vollständig heilen – vor dieser „sinnlosen und gefährlichen“ Methode hat aktuell die Deutsche Gesellschaft für Neurologie anlässlich der „Neurowoche“ in Mannheim gewarnt. Die Theorie des Arztes Paolo Zamboni sei wissenschaftlich nicht haltbar, sagte ein Sprecher der Gesellschaft. Zudem habe es schon Todesfälle gegeben, die damit in Verbindung gebracht werden könnten. Die Gesell-

schaft selbst will bei der Neurowoche neue Erkenntnisse zur MS-Forschung präsentieren. Nach der Zamboni-Theorie laufe das Blut in die falsche Richtung, ins Gehirn, und verursache dort einen Gefäßstau. Dieser soll durch einen in das Gefäß eingesetzten kleinen Ballon aufgelöst werden, wodurch es sich wieder weite. Ein solcher Eingriff koste rund 5 000 Euro, dazu kämen die Kosten für die Diagnose, sagte der Sprecher weiter. sp/dpa

Hormontherapie**Testosteron bremst Hodenentzündung**

Wissenschaftlern unter Führung von Dr. Monika Fijak und Prof. Dr. Andreas Meinhardt vom Institut für Anatomie und Zellbiologie der Justus-Liebig-Universität Gießen ist es gelungen, durch die zusätzliche Gabe von Testosteron Entzündungen im Ratten-Hoden zu bremsen und die nachfolgende Störung der Keimzellbildung zu unterdrücken. Dabei wirkt das männliche Sexualhormon sehr vielfältig. So beeinflusst Testosteron direkt die Entstehung von sogenannten regulatorischen T-Zellen, die eine wichtige Rolle bei der Erhaltung des Immungleichgewichts spielen. Weiterhin hat die Testosteron-Ergänzungstherapie auch einen

hemmenden Effekt auf die Ansammlung von Entzündungszellen wie Makrophagen oder T-Zellen im Hoden sowie auf die Produktion einer Reihe von entzündungsbegünstigenden Botenstoffen (Zytokinen), die Entzündungszellen zum erkrankten Organ locken. Die entzündungshemmende Funktion von Testosteron wird augenscheinlich durch die deutlich niedrigere Anfälligkeit von Männern für Autoimmunerkrankungen wie Multiple Sklerose, Lupus erythematodes oder rheumatoide Arthritis. sf/pm

Originalpublikation erschienen in: *The Journal of Immunology*, DOI: 10.4049/jimnol.1001958

DGGZ**Vitamin D beugt Parodontitis vor**

Wenn Vitamin D in der Schwangerschaft eingenommen wird, scheint sich das Parodontitisrisiko der Betroffenen erheblich zu reduzieren. Das beweist eine im Februar diesen Jahres im Journal of Periodontology veröffentlichte Studie der Universität North Carolina. 235 Schwangere wurden untersucht, darunter 117 mit moderater oder deutlicher Parodontitis. Die Studie konnte zeigen, dass Schwangere mit Parodontalerkrankungen über eine nicht ausreichende Menge an Vitamin D verfügen und somit die Substitution die Parodontalgesundheit deutlich verbessern konnte. Dass dies unbedingt notwendig ist, formulierte die Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für geschlechterspezifische Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGGZ), PD Dr. Dr.

Christiane Gleissner, deutlich: „Der Zusammenhang einer Parodontalerkrankung mit Frühgeburtlichkeit ist bestätigt. Diese Studie bringt uns nun einen deutlichen Schritt weiter: Ungefähr 40 Prozent der Schwangeren entwickeln einen Vitamin-D-Mangel, der wiederum eine Parodontitis begünstigt. Damit gäbe es die Möglichkeit einer Prophylaxe.“ sp



Foto: Hannes Eichinger - Fotolia.com

Gliome**Mobiltelefone erneut unter Verdacht**

Über den Einfluss der elektromagnetischen Strahlung von Mobiltelefonen auf das menschliche Gehirn wird immer wieder kontrovers diskutiert. So gibt es einige epidemiologische Studien, die auf ein erhöhtes Risiko für Hirntumoren hinweisen. Die Mehrzahl dieser Studien jedoch hat keinen solchen Zusammenhang ergeben. Dass die Handystrahlung den Glukose-Stoffwechsel im menschlichen Gehirn beeinflusst, haben jetzt Forscher von den National Institutes of Health (NIH) in den USA beobachtet (JAMA 2011; 305: 808). 47 Studienteilnehmer erhielten für 50 Minuten an beide Ohren

ein Mobiltelefon. In einem Durchgang war das rechte Handy eingeschaltet, im zweiten Durchgang waren beide Telefone ausgeschaltet. Der Glukose-Stoffwechsel wurde durch vorherige Injektion von ¹⁸F-markierter Glukose anschließend im PET-Scan sichtbar gemacht. Die Ergebnisse: Ausschließlich in den Gehirnbereichen in unmittelbarer Nähe zur Antenne des Telefons war der Glukose-Stoffwechsel verändert. In diesen Regionen führten die elektromagnetischen Wellen zu einem um sieben Prozent erhöhten Glukose-Umsatz. Der Rest des Gehirns war unbeeinflusst. sp

Süßgetränke**Blutdruck kann ansteigen**

Nicht nur Salz, sondern auch Zucker kann offenbar den Blutdruck erhöhen. In einer Querschnittsstudie war jede zusätzlich pro Tag konsumierte zuckerhaltige Limonade mit einem Anstieg des systolischen Blutdrucks um 1,6 mm Hg und des diastolischen Blutdrucks um 0,8 mm Hg verbunden, berichtet das Deutsche Ärzteblatt. Die „International Study of Macro/Micronutrients and Blood Pressure“ oder INTERMAP-Studie hatte den Einfluss der Ernährung auf den Blutdruck untersucht. Dabei hatten 2 696 Briten und US-Amerikaner im Alter von 40 bis 59 Jahren über vier Tage genau protokolliert,

was sie gegessen und getrunken hatten. Es gab einen Fragebogen zum Lebensstil, zur Medikamenteneinnahme und zum sozialen Umfeld. Zusätzlich wurden zweimal der 24-Stunden-Urin untersucht und achtmal der Blutdruck gemessen. Die Auswertung der Daten durch den Public-Health-Forscher Paul Elliott vom Imperial College London und Mitarbeitern zeigte die erwähnte Assoziation. Es zeigte sich, dass der Blutdruckanstieg dosisabhängig war. Da die INTERMAP-Studie lediglich eine Querschnittsstudie ist, bleibt die Evidenz begrenzt. Das zeigt noch weiteren Studienbedarf. sp

Politisches Erdbeben

Es ist nahezu unmöglich, sich heute zu politischen oder gesellschaftlichen Angelegenheiten zu äußern, ohne Bezug auf die schrecklichen Ereignisse in Japan zu nehmen. Und wieder einmal ist in der deutschen Reaktion eine deutliche Tendenz hin zur Hysterie zu konstatieren; ein Unglück in Japan entscheidet hierzulande Parlamentswahlen.

Erdbeben, Tsunami und Reaktorkatastrophe im viele Tausend Kilometer entfernten Nippon haben inzwischen das politische Koordinatensystem in der Bundesrepublik gehörig verschoben. Eine nach Tschernobyl argumentativ mühsam beruhigte Überreaktion brach sich, mit voller Unterstützung einschlägiger elektronischer und Printmedien, nahezu brutal Bahn. Die nach den Verheerungen vereinzelt wahrzunehmenden, zur Vernunft ratenden Stimmen versanken umgehend in einem politisch erzeugten Strudel. Galt es doch, den durch diese tektonischen Erschütterungen erzeugten Orkan umzuleiten auf die Mühlen derer, die damit Wahlkampf zu machen gedachten.

Es ging und geht notabene in der seit Langem anhaltenden Debatte um die Kernkraft nicht darum, die Augen vor der Problematik dieser Energiequelle zu verschließen. Vor allem deshalb nicht, weil die Frage der Endlagerung abgebrannter Stäbe weder bei uns noch in den meisten Nachbarländern gelöst ist. Es ist jedoch nicht seriös und wird einer nüchternen Betrachtung nicht standhalten, nun den sofortigen Ausstieg aus der



Foto: Bertold Werkmann/Fotolia.com

Stromerzeugung durch Atomkraftwerke zu fordern.

In diesem Fall müsste zunächst die Frage beantwortet werden, durch welche Energieform die dann entstehende Lücke gefüllt werden soll. Oder ob wir uns – was die Energieversorgung angeht – in noch größere Abhängigkeit von Lieferungen aus

Wer sich den Tort anetan und die diversen TV-Sendungen zum Thema mitvollzogen hat, musste sich wiederholt die Frage vorlegen, über welches Land die Moderatoren, Kommentatoren und Autoren eigentlich räsionierten. Da wurde vielfältig ein Zustand beschrieben, als stünden auch wir unmittelbar vor einem GAU, als ginge es nun darum, endlich den Startknopf für den Einstieg in sogenannte erneuerbare Energien zu drücken. Die Tatsache, dass deren Anteil an der Energieerzeugung bereits im zweistelligen Bereich liegt, dass Deutschland in dieser Hinsicht wahrlich nicht die rote Laterne in Europa trägt, fiel weitgehend aus der Betrachtung. Dieselben Leute, die heute den sofortigen Ausstieg aus der Kernenergie fordern, sind morgen wieder auf der Straße zu finden, wenn es darum geht, den Bau neuer Überlandleitungen, moderner Kohlekraftwerke oder die Errichtung eines Windrads in der Nähe zum Eigenheim zu verhindern. Sie gehen gleichfalls heute auf die Straße, um gegen die massenhafte Verwertung von Grundnahrungsmitteln zur Erzeugung von Biosprit zu demonstrieren, dessen Einführung sie gestern vehement gefordert haben. Derartige gesellschaftliche Beben verändern die politische Landschaft, den Politikstil und – vor allem – verlagern Entscheidungen zunehmend aus den Parlamenten heraus auf die Straße. Das sollte allen jenen zu denken geben, die darüber entscheiden, ob der Weg von der repräsentativen zur direkten Demokratie eingeschlagen werden soll. ■



Foto: privat

Vorwiegend die Angst, ein Reaktorunfall wie in Japan könnte auch hierzulande passieren, entschied die Wahl in Baden-Württemberg. Darüber ging so manch Besonnenheit verloren, meint Klaus Heinemann, freier Journalist.

dem Ausland begeben wollen. Zum Beispiel aus Frankreich, wo der Strom in weit höherem Maße aus Kernenergie gewonnen wird. Mit dem Schüren von Angst – „German Angst“ – können Emotionen vielfältigster Art geweckt und unmittelbar in politische Vorteilsnahme umgemünzt werden. Das ist passiert. Der Preis ist hoch. Zugleich wurde die ebenso rasche wie besonnene Reaktion der Bundesregierung (Moratorium, Überprüfung der Sicherheitsstandards, Abschaltung, Verkürzung des Ausstiegszenarios) geradezu wütend denunziert. Das wird den Preis weiter erhöhen, politisch wie ökonomisch.

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

BZÄK beim Parlamentskreis Mittelstand

Zahnärzte im Gespräch

Vertreter der BZÄK waren zu Gast beim „Gesprächskreis Freie Berufe“ im Parlamentskreis Mittelstand (PKM) der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag. Im Mittelpunkt standen dringende Belange der Zahnärzteschaft, allem voran die aktuellen Diskussionen um die GOZ.



Foto: BFB / Petra Kleining

Zahnärztliche Vertreter beim Gesprächskreis Freie Berufe (v.l.n.r.): BZÄK-HGF Florian Lemor, MdB Stephan Mayer, MdB a. D. Dr. Hans Georg Faust, BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel, MdB Karin Maag und MdB Dr. Rolf Koschorrek

Auf Einladung des Vorsitzenden des Gesprächskreises Freie Berufe im Parlamentskreis Mittelstand der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag haben BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel und Hauptgeschäftsführer RA Florian Lemor beim Parlamentskreis Mittelstand für die Anliegen der Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland geworben. Der PKM ist der Wirtschaftsflügel der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. In der 17. Wahlperiode des Bundestages zählt der PKM mit 148 Bundestagsabgeordneten mehr Mitglieder als beispielsweise die SPD-Bundestagsfraktion. Damit ist das Gremium auch in der neuen Legislaturperiode mit weitem Abstand nicht nur die größte soziologische Gruppe der Unionsfraktion, sondern auch der mitgliederstärkste freiwillige Zusammenschluss von Parlamentariern des ganzen Deutschen Bundestages.

Teilnehmer waren neben dem Vorsitzenden Stephan Mayer, MdB (CSU), die Abgeordneten Marie-Luise Dött (CDU), Karin Maag (CDU), Maria Michalk (CDU), der 1. stellvertretende Vorsitzende des PKM, Ernst Hinsken (CDU), der Obmann der CDU/CSU-Fraktion im Gesundheitshausschuss, Dr. Rolf Koschorrek (CDU), die Geschäftsführerin des PKM, Dr. Stefanie Bauer, Dr. Hans-Georg Faust, MdB a. D., sowie die Pressesprecherin

des Bundesverbands der Freien Berufe, Petra Kleining.

Diskussionen um die GOZ

Dabei kamen verschiedene Themen zur Sprache: Zunächst warb Engel um die Zustimmung von CDU und CSU zu dem demnächst vorzulegenden Entwurf einer GOZ 2011. Hier hob er vor allem den geplanten Verzicht auf die sogenannte Öffnungsklausel und die im Rahmen dieser Diskussion wichtige Rolle von Dr. Koschorrek hervor. Zugleich machte er jedoch deutlich, dass der avisierte lediglich sechszwanzigprozentige Honorarzuwachs – auch wenn dieser einen „echten“ Zuwachs darstelle, der bei den Zahnärzten ankommen werde – nicht ansatzweise die Kostenentwicklung der vergangenen 23 Jahre in den Praxen ausgleichen könne. Auch wenn den Zahnärzten bewusst sei, dass es im Bundesrat schwierig werde, schon diese sechs Prozent mehrheitsfähig zu machen, regte er dringend an, nach anderen Möglichkeiten für eine „angemessene Honorierung“ zu suchen – etwa durch eine Angleichung des GOZ- und des GOÄ-Punktwerts.

Die PKM-Mitglieder und allen voran Dr. Rolf Koschorrek machten deutlich, dass sie gewillt sind, die GOZ-Novelle und vor allem

den Verzicht auf die Öffnungsklausel nach Kräften zu unterstützen. In Bezug auf eine Anhebung des Honorarzuwachses wiesen sie auf die Problematik der fehlenden Mehrheit im Bundesrat hin.

Weitere Themen waren:

- die anstehende Novellierung der Approbationsordnung für Zahnärzte,
- die wachsende Bedeutung der Freiberuflichkeit als ordnungspolitisches Instrument,
- das in Arbeit befindliche sogenannte Patientenrechte-Gesetz.

Hier warnte Engel eindringlich vor dem Einzug einer „Defensivmedizin“ nach amerikanischem Muster, sollte eine Beweislastumkehr zulasten von Ärzten/Zahnärzten vorgesehen werden.

In Bezug auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bestand Einigkeit in der Einschätzung, dass die Kammern als wichtige Träger der Qualitätssicherung zukünftig verstärkt in die dortigen Arbeiten eingebunden werden müssen. Schließlich diskutierte man die Frage, inwieweit die Themen Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit auch in die am 1. Dezember 2010 eingesetzte Enquetekommission „Wachstum, Wohlstand, Lebensqualität – Wege zu nachhaltigem Wirtschaften und gesellschaftlichem Fortschritt in der Sozialen Marktwirtschaft“ Eingang finden könnten. Schließlich wurde auf Anregung von MdB Ernst Hinsken das Thema „flächendeckende Versorgung mit (zahn)ärztlichen Leistungen“ gestreift.

Am Ende dieses nach Ansicht der BZÄK sehr produktiven Gesprächs vereinbarten die Teilnehmer eine weitere enge Zusammenarbeit und eine zeitnahe Zusammenkunft im Rahmen des PKM. Mit MdB Marie-Luise Dött wurde ein Treffen zum Thema „Enquetekommission“ vereinbart.

RA Florian Lemor
Hauptgeschäftsführer der BZÄK
Chausseestr. 13
10115 Berlin

■ Mehr zum Parlamentskreis Mittelstand unter: http://www.cducusu.de/Title_parlamentskreis_mittelstand/TabID_13/SubTabID_16/AGID_37/arbeitsgruppen.aspx

Patientenrechtegesetz

Heilberufler und Selbstverwaltung stärker in der Pflicht

Seit Langem wird darüber geredet, nun scheint das Patientenrechtegesetz auch Form anzunehmen: Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller, hat am 22.03.2011 in Berlin sein Grundlagenpapier vorgestellt.



Der Patient steht im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung. Seine Rechte sollen nun in einem eigenen Gesetz postuliert werden.

Foto: MEV

Die Bundesregierung hat sich in ihrer Koalitionsvereinbarung vom Oktober 2009 verpflichtet, die Rechte von Patienten in einem eigenen Gesetz zu regeln. Vorrangig soll damit Transparenz über die bereits heute bestehenden, umfangreichen Rechte der Patienten hergestellt werden. Zugleich soll die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte verbessert und Patienten sollen im Falle eines Behandlungsfehlers stärker unterstützt werden. Die Eckpunkte, die mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Justiz abgestimmt sind, dienen als Vorstufe zum Patientenrechtegesetz, das noch in diesem Jahr verabschiedet werden soll.

Geplant ist, das Patientenrechtegesetz als Artikelgesetz zu gestalten. Im Einzelnen sind unter anderem zu folgenden wesentlichen Punkten Regelungen vorgesehen: Das Behandlungsvertragsrecht war bislang nicht gesetzlich geregelt. Dies soll sich nun ändern: Der Behandlungsvertrag soll in das Bürgerliche Gesetzbuch implementiert werden und sich nicht nur an Ärzte, sondern auch

an andere Heilberufe wie Heilpraktiker, Hebammen, Psycho- und Physiotherapeuten richten. Nach wie vor hat der Arzt den Patienten über die zur Erstellung der Diagnose erforderlichen Maßnahmen, die Diagnose selbst und die beabsichtigte Therapie aufzuklären. „Verstößt er hiergegen, so ist eine Einwilligung des Patienten in die Behandlungsmaßnahme unwirksam“, heißt es im Papier. Die Dokumentationspflicht des Arztes gegenüber dem Patienten wird gesetzlich dahingehend konkretisiert, dass dem Patienten, das Recht zugestanden wird, Einblick in die Patientenakte zu nehmen und diese – auf eigene Kosten – zu kopieren.

Zöllers Vorlage sieht vor, eine Fehlervermeidungskultur in der Medizin zu fördern. Dazu sollen Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme im Sinne einer effektiven Qualitätssicherung in der stationären wie in der ambulanten Versorgung gestärkt werden; ein Beschwerdemanagement in den Krankenhäusern soll ebenfalls gefördert werden. Zur Aufklärung von Behandlungsfehlern sollen mittels einheitlicher Schlichtungsverfahren

bei Ärzte- und Zahnärztekammern und mittels spezialisierter Arzthaftungskammern bei den Landgerichten die Verfahrensrechte gestärkt werden. Als ersten Schritt, mit dem die Patientenrechte gestärkt werden, führt das Papier den verbesserten Rechtsschutz gegen Berufungsentscheidungen an, den die Regierung bereits Anfang 2011 beschlossen hatte. Laut Eckpunktepapier sollen Patienten bei Verdacht auf Behandlungs- und Pflegefehler unterstützt werden. Zwar sei eine generelle Beweislastenumkehr nicht vorgesehen, so Zöller. Doch bei schweren Behandlungsfehlern und bei Schäden, die allein einem Gefahrenbereich entstammen, den der Behandler beherrscht, soll zukünftig der Mediziner nachweisen müssen, dass nicht er verantwortlich ist.

Daher wird in diesem Zusammenhang in den Eckpunkten auch auf die Bedeutung einer ausreichenden und fortlaufenden Berufshaftpflichtversicherung von Ärzten verwiesen. „Nur auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass auch größere Schadensersatzzahlungen tatsächlich und umfänglich erfüllt werden können“, heißt es. Die Länder und (Zahn-)Ärztekammern werden aufgefordert, dies durch „geeignete Überprüfmechanismen“ zu garantieren.

Transparenz optimieren

Außerdem sollen die Patienten auch Unterstützung von den Krankenkassen erhalten, wenn es sich um Fragen von Schadensersatzansprüchen nach Behandlungsfehlern handelt. Ohnehin sollen die Patienten stärker über ihre Rechte informiert werden. Deswegen wird die Unabhängige Patientenberatung auf Dauer im Gesundheitswesen implementiert.

Des Weiteren sollen die Patientenrechte beim Übergang zwischen unterschiedlichen Leistungssektoren und Leistungsträgern gestärkt werden. Bereits seit 2007 haben Versicherte Anspruch auf ein Versorgungs-

management zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Da dies jedoch nach Ansicht Zöllers „nicht im gewünschten Umfang umgesetzt“ ist, soll die Vorschrift optimiert werden, „dass der Anspruch insbesondere nach Entlassung aus dem Krankenhaus eingelöst werden kann“.

Weitere Elemente des geplanten Patientenrechtegesetzes sind die strukturierten Behandlungsprogramme (DMPs) für Patienten und die Selektivverträge, die die Kassen abschließen. Bei beiden soll die Transparenz für den Patienten erhöht werden. Häufig, so das Papier, seien den Versicherten die für sie bestehenden Möglichkeiten nicht hinreichend bekannt. Dies soll sich ändern: Patienten sollen mehr über solche Programme und Verträge informiert werden.

Skeptische Begleitung

Das Vorhaben, Patientenrechte gesetzlich zu verankern, war nicht unumstritten. Seit über zehn Jahren machten sich unzählige Patienteninitiativen dafür stark. Insbesondere Verbände der Mediziner äußerten sich immer wieder auch skeptisch zu den Überlegungen eines gesonderten Gesetzes.

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) begrüßte bei einer Verbändeanhörung zum Thema Patientenrechte im Januar dieses Jahres zwar prinzipiell Zöllers parteiübergreifendes Ansinnen zur Implementierung eines partizipativen Patientenrechts. Doch anstelle eines neuen Gesetzes präferierte die BZÄK die gezielte Verbesserung der Patientenrolle im bestehenden Recht, wie etwa durch Schaffung von konkreten Regelungen zum Behandlungsvertrag, so der BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich.

Auch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) begrüßte bereits bei der Anhörung die Absicht, die bisher im Wesentlichen von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze (besonders zum zivilrechtlichen Behandlungsvertrag) gesetzlich zu regeln. Eine Haftungsverschärfung bis hin zu einer verschuldensunabhängigen Haftung sei jedoch nicht hinnehmbar, da ansonsten eine Defensivmedizin drohe, so der KZBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz. sg

Zusatzbeitrag

Der bewanderte Versicherte

Der Zusatzbeitrag in der Gesetzlichen Krankenversicherung hat nicht nur zu einer immensen Wechselwelle geführt – seine Einführung hat die grundsätzliche Haltung des Versicherten, der seiner GKV bislang kritiklos treu war, völlig verändert.

Im Jahr 2004, als der einheitliche Kassenbeitrag noch in weiter Ferne lag, erfüllte die Versicherten in Deutschland eine „bequemliche Treue“ gegenüber ihrer Krankenkasse. Über einen Wechsel hatten vielen noch nie nachgedacht, es gab aber auch keine tiefere emotionale Beziehung zur eigenen Kasse. Eine Untersuchung des Gesundheitsmarktforschungsinstituts der YouGovPsychonomics AG (YGP) ergab, dass dem Empfinden der Versicherten nach eine „schlechte Kasse“ diejenige war, bei der man „Anträge nicht durchbekommt“. Ein höherer Beitrag spielte in dieser Bewertung keine Rolle.

2011 stellt sich die Situation anders dar: Der Anteil der Versicherten, die ihre Krankenkasse noch nie gewechselt haben, ist von 65 Prozent in 2004 auf nur noch 43 Prozent geschrumpft. Die Motive sind inzwischen in erster Linie finanzielle: „Teuer / schlechtes Preis-Leistungs-Verhältnis“ und den Zusatzbeitrag führen 31 beziehungsweise 39 Prozent als Grund an, wie eine aktuelle Umfrage der YGP mit 1 008 gesetzlich Versicherten zeigt. Innerhalb von sieben Jahren haben sich die Bewertungskriterien der Versicherten völlig verändert. Wie kam es dazu?

Preisbewusstsein geweckt

2009 wurde der einheitliche Beitrag eingeführt. Er schuf einen auf den ersten Blick homogenen Markt. Schnäppchenjäger konnten jetzt nicht mehr nach dem Preis gehen, sondern mussten bewusst nach Zusatzleistungen suchen: leichtere Bewilligung, Kulanz oder bestimmte Chronikerprogramme. In dieser Situation führten dann Anfang 2010 unter großer medialer Beachtung die ersten mitgliederstarken Kassen wie DAK und KKH-Allianz einen Zusatzbeitrag ein.



Foto: allesalltag

Krankenversicherte sehen sich heute die Leistungen ihrer Kasse genau an – im Zweifel wechseln sie.

Die Versicherten waren erbost: Neun von zehn verärgerte der Zusatzbeitrag, 82 Prozent hielten ihn sogar für skandalös – und zwar unabhängig von der persönlichen Betroffenheit. Der höhere Preis wird nun völlig anders bewertet als noch sieben Jahre zuvor: Statt wie früher eine teurere Kasse als „Premium-Kasse“ zu empfinden, die ihre höheren Beiträge durch mehr Leistung ausgleicht, hängt ihnen nun ein Makel an. Die Schuld an ihrem finanziellen Engpass wird den Kassen selbst (28 Prozent), der Politik (36 Prozent) und den Arzneimittelherstellern (20 Prozent) angelastet. So glauben 69 Prozent der vom Zusatzbeitrag betroffenen Versicherten, dass ihre Kasse wegen hoher Verwaltungskosten einen Zusatzbeitrag erhebt. Sogar das „allgemeine Bedürfnis, die

Kassen aufzufüllen“ sehen 62 Prozent als Grund. Nur eine Minderheit von zwölf Prozent meint, dass „hochwertiger Service“ ihre Kasse dazu gezwungen habe. „Die politische Diskussion um die Zusatzbeiträge und die Resonanz in den Medien haben die Versicherten preisensibler gemacht“, folgert Markus Schöne, Leiter der Gesundheitsmarktforschung der YGP. Die Versicherten nehmen die Leistungen und auch den Preis ihrer Kasse inzwischen bewusster wahr. Der Zusatzbeitrag sei dafür symptomatisch. „In einem aus Kundensicht homogenen Anbieterfeld sind Zusatzbeiträge ein klares Differenzierungsmerkmal“, bilanziert er.

Wiederholungswechsler

Außerdem geht die Scheu vor einem Krankenkassenwechsel verloren. Zwar hält die absolute Mehrheit der Versicherten (84 Prozent) einen Wechsel innerhalb des nächsten Jahres für unwahrscheinlich, für 16 Prozent ist er aber denkbar: Der Zusatzbeitrag ist dabei mit 36 Prozent das stärkste Motiv. Sehr knapp dahinter folgt der Wunsch nach einem besseren Leistungsangebot (35 Prozent). Besonders Versicherte, die bereits einmal die Kasse gewechselt haben, sind der Idee gegenüber aufgeschlossen. Möglicherweise sind sie bereits wieder „unruhig“, wie Schöne vermutet: 27 Prozent derjenigen, die vor ein bis drei Jahren schon einmal gewechselt haben, können sich vorstellen, erneut zu einer anderen Kasse zu gehen. Die Verteilung der Wechselwilligen zeigt dabei eindeutig die Gefahren für Kassen mit Zusatzbeitrag: Bei der KKH-Allianz sehen sich 35 Prozent der Versicherten im nächsten Jahr nicht mehr unbedingt, bei der DAK sind es 26 Prozent. Besonders die Altersgruppe der 18- bis

25-Jährigen, die sich zum ersten Mal selbst versichert, scheint zunächst einmal auszuprobieren und zu testen – unter ihnen finden sich statistisch gesehen die meisten Wechsler.

Die Kassen haben allerdings auch Chancen, die Versicherten zu halten: 47 Prozent sehen den Zusatzbeitrag als mehr oder weniger – 14 Prozent sogar als „voll und ganz“ – ausgeglichen an, wenn ihnen Zugang zu den neuesten medizinischen Behandlungen und Medikamenten ermöglicht wird und sich die Kasse besonders kulant bei der Bewilligung individueller Zusatzleistungen wie Brille, PZR oder Impfungen zeigt. Somit ist zu fragen, ob es sich zum Teil um ein Kommunikationsdefizit der Kassen handelt, wenn diese es versäumen, ihre Vorzüge herauszustellen.

Neues Selbstverständnis

Trotz aller Umwälzungen auf dem Markt ist der größte Teil der Versicherten weiterhin sehr zufrieden mit seiner Kasse. Die Zahl derer, die ihre Kasse ausgezeichnet oder sehr gut finden, ist in den vergangenen sieben Jahren sogar noch gestiegen: von 28 auf 52 Prozent – dies ist möglicherweise eine Folge des Wechsels zu einer bewusst nach individuellen Kriterien ausgewählten Kasse.

YGP untersuchte auch die Korrelation der Kassenleistung mit der Wechselbereitschaft. Es zeigte sich, dass ein gutes Bewilligungsverhalten bei Leistungen und individuelle Beratung die Kundenzufriedenheit stärken. Kassen, denen Versicherte diese Merkmale zuschreiben, sind etwa die Techniker Krankenkasse, die Betriebskrankenkassen oder die Barmer GEK. Diese haben wenig Probleme mit wechselwilligen Versicherten: 87 bis 90 Prozent ihrer Versicherten sehen sich in einem Jahr noch dort als Mitglied, und sie haben im vergangenen Jahr Mitglieder hinzugewonnen.

Die TK hat – laut einer auf den Umfrageergebnissen basierenden Kundenbindungsmatrix – besonders viele Fans, die KKH-Allianz dagegen ist besonders gefährdet, ihre Versicherten zu verlieren. „Langfristig sollten Krankenkassen über Leistungsmerkmale und Preis hinaus eine Markenbeziehung, also eine emotionale Bindung, aufbauen“, empfiehlt Schöne. Ein neues Selbstverständnis der gesetzlichen Krankenkassen könne zum steigenden Involvement und zu einer Emotionalisierung des Themas Gesundheitsversorgung führen. Das stärkere Bewusstsein, das die Versicherten gegenüber der eigenen Kasse und ihren Leistungen jüngst entwickelt haben, ist bereits ein Schritt in diese Richtung. mp

Quelle: YouGovPsychonomics AG, aus Studie „Was bewegt Versicherte zum Verbleib in der Kasse? Was beeinflusst die Wechselbereitschaft?“



4. Koordinierungskonferenz Hilfsorganisationen

Gemeinsam zu mehr Gemeinwohl



Fotos: BZÄK-Jardai

Mit der Koordinierungskonferenz bietet die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) im Zweijahrestakt eine Plattform für die zahnärztlichen Hilfsorganisationen. Der Austausch der Erfahrungen, der Ausblick auf zukünftige Projekte und die Suche nach Synergien stehen im Fokus dieses Treffens. Die Botschaft der BZÄK verkündete deren Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich: „Tue Gutes und rede auch darüber.“ Nur so könne die Öffentlichkeit erfahren, wie mannigfaltig das Engagement der Zahnärzteschaft vor der eigenen Haustür und weltweit ist.



Zwei, die sich in puncto „Stärkung des Gemeinwohls“ einig sind: Dr. Dietmar Oesterreich und Dr. Wolfgang Schmiedel

Zum ersten Mal fand die Konferenz auf Initiative der zuständigen Vorstandsreferenten Dr. Dietmar Oesterreich und Dr. Wolfgang Schmiedel im Rahmen der Internationalen Dental-Schau (IDS) in Köln statt. Um das Netzwerk der einzelnen Projekte untereinander aber auch zu Industrie und Medien weiter auszubauen, ist die IDS die ideale Plattform. „Die IDS ist schlicht der geeignete Treffpunkt für die Mitglieder der Dentalfamilie, auch dann, wenn es um die Erörterung sozialer Fragen geht“, so Schmiedel. „Dass der BZÄK-Vize und die Geschäftsführung des VDDI mit an der Konferenz teilnehmen, zeigt wie wichtig dieses Themenfeld dem Berufsstand ist – es wird wohl nicht das letzte Mal gewesen sein“, so Schmiedel. Die zahnärztliche Profession engagiere sich aus dem inneren Antrieb heraus, vor Ort Hilfe zu leisten. Wichtig findet Schmiedel, dass man Gesellschaft und Politik vor Augen führt, was der Berufsstand im sozialen Bereich bereits

geleistet hat. Langfristig stehe die öffentlichkeitswirksame Berichterstattung auf der Agenda aller beteiligten Akteure.

Mehr Teilhabe gewünscht

Für mehr Partizipation plädierte der zahnärztliche Nachwuchs. Juliane Gnath, Sprecherin von Young Dentists Worldwide (YDW), monierte: „Wir als junge Zahnärzte werden noch nicht optimal in die Arbeit der Hilfsorganisationen eingebunden.“ Als Ansprechpartner für Famulaturen im Ausland (auch bei Hilfsorganisationen) stellten sich Paul Schuh vom Bundesverband der Medizinstudenten in Deutschland e.V. (BdZM) und sein Kollege vom Zahnmedizinischen Austauschdienst (ZAD), Babak Sayapour, vor. Dr. Klaus Winter, Vorsitzender der Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ), betonte, „es ist nicht schwer Gutes zu tun, wenn es viele Helfer gibt“. Daher sei ein

Wettbewerb zwischen den Hilfsorganisationen wenig zielführend.

Die Reichweite der einzelnen Organisationen spannt sich um den ganzen Globus. Vor allem in Entwicklungs- und Schwellenländern wie Myanmar, Gambia, Kenia, Burkina Faso, Indien, Nepal oder bei sozialen Brennpunkten vor der eigenen Haustür helfen Zahnärzte. Im Zentrum der Arbeit steht meist die Hilfe zur Selbsthilfe, die Umsetzung von Bildungs- und Bauprojekten, Zahnbehandlungen, die Ausbildung von medizinischem Personal vor Ort, kurzum mehr Lebensqualität und eine bessere medizinische Versorgung. Auch für Menschen mit Behinderungen setzen sich Organisationen ein, etwa Special Smiles, der zahnmedizinische Prophylaxeteil des Gesundheitsprogramms Healthy Athletes der Special Olympics (siehe S. 122). sf

■ www.bzaek.de/wir-ueber-uns/soziale-verantwortung.html

INFO

Grundbedingungen für das Gelingen von Projekten

Vorzeigbare Projekte sind das Gesicht des gemeinnützigen gesellschaftlichen Engagements. Dahinter steht die Vorstellung, dass in Ländern mit schwierigen politischen Bedingungen (etwa Korruption, schwache Institutionen) Gelder aus den Geberländern in einer sinnvollen und kontrollierbaren Art und Weise in das Entwicklungsland abfließen. Die Akteure wollen rational planen, Prozesse steuern und in Aktionen umsetzen, damit ein bestimmtes Ziel effizient, schnell und kontrollierbar erreicht werden kann. In der Praxis begegnet man immer wieder typischen Problemen bei der Projektdefinition, der Projektplanung sowie der Projektdurchführung und -kontrolle. Diese



Foto: BZAK-Jardai

resultieren insbesondere aus dem Projektkontext selbst, aber auch aus der Verschiedenheit der beteiligten Akteure. Viele Probleme lassen sich verringern oder gar vermeiden, wenn viel in die Beziehungsebene investiert wird. Denn gute Zusammenarbeit über Länder- und Kulturgrenzen hinweg braucht Beziehung und Vertrauen. Entsprechend viel Zeit ist erforderlich. Wenn eine Projektpartnerschaft angestrebt wird, sollte der Partner auch als solcher anerkannt werden – und nicht als Ausführender eigener Vorstellungen. Gerade aufgrund unterschiedlicher Kulturen können Erwartungshaltungen

und Ansprüche deutlich auseinandergehen. Darum sollte viel Wert auf die Kommunikation gelegt werden. Der Wirkungsgrad des Engagements lässt sich häufig steigern, wenn man mit Institutionen kooperiert, die mehr Erfahrung in der Kommunikation haben oder das Projektcontrolling übernehmen.

*Dr. Nelson Penedo
Stellvertretender Leiter „Don Bosco Mission“
penedo@donboscomission.de*

■ **Dr. Penedo referierte auf der Konferenz in Köln für Don Bosco Mission, die seit 1968 von Bonn aus jährlich rund 700 Hilfsprojekte in 132 Ländern koordiniert. Don Bosco Mission vermittelt zwischen Kulturen und sichert Qualitätsstandards bei der Planung und Abwicklung von Hilfsprojekten.**

■ www.donboscomission.de

AS-Akademie

Nachwuchs für die Selbstverwaltung

Anfang 2012 startet der siebte Fortbildungsgang der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement (AS-Akademie). Seit zehn Jahren gibt es dieses berufsbegleitende Fortbildungsangebot für Zahnärzte, die Interesse an der Übernahme von Verantwortung in Gremien der zahnärztlichen Berufspolitik und Selbstverwaltung haben und sich das notwendige Know-how dafür zulegen wollen.

AS | **AKADEMIE**
für freiberufliche Selbstverwaltung
und Praxismanagement

„Den sechsten Studiengang der Akademie werden Ende dieses Jahres 20 Kolleginnen und Kollegen erfolgreich mit dem Zertifikat „Manager in Health Care Systems“ abschließen“, bilanziert Dr. Sebastian Ziller, Geschäftsführer der AS-Akademie. Er ruft interessierte Kollegen auf, sich bis Jahresende für den nächsten Fortbildungsgang zu bewerben. Neben dem politischen Schwerpunkt erhalten die Teilnehmer auch Rüstzeug für das betriebswirtschaftliche Management ihrer Praxis. Zum Themenspektrum der Akademie gehören unter anderem Recht und Ökonomie des Gesundheitswesens und der Zahnarztpraxis, Gesundheitssystemforschung, Rhetorik und Öffentlichkeitsarbeit. Diskussionsforen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen mit Entscheidungsträgern und Besuche bei Institutionen in Berlin und Brüssel runden das interdisziplinäre Studienprogramm ab.

Neue Fortbildung startet

Im Februar 2012 beginnt der neue Studiengang der AS-Akademie. Er erstreckt sich über zwei Jahre bis Ende 2013. Die Veranstaltungen finden an insgesamt zehn Wochenenden in Form von Seminarblöcken statt: Jeweils von Donnerstagnachmittag bis Samstagmittag werden die Teilnehmer geschult. Die Veranstaltungen finden in Berlin und an wechselnden Orten im Bereich der Trägerkörperschaften statt. „Die Lehrveranstaltungen werden als Vorlesungen, Übungen und Seminare abgehalten. Die Kurse sind mit rund 20 Teilnehmern besetzt“, erläutert Ziller. Die ersten beiden Semester bilden einen Grundkurs, in dem das Recht der Heilberufe, Grundlagen der Freiberuflichkeit, politische Entscheidungsverfahren



Der 6. Studiengang der Akademie am 23.09.2010 in der KZV Koblenz.

sowie Grundzüge der Volkswirtschaftslehre angeboten werden. „Des Weiteren stehen das Recht der GKV, Grundzüge der Gesundheits- und Sozialpolitik, zahnärztliche Selbstverwaltung, Meinungsbildung und Entscheidungsverfahren in der Berufspolitik

INFO

Die AS-Akademie

Ziel der AS-Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement ist eine umfassende wissenschaftlich und systematisch ausgerichtete Selbstprofessionalisierung der Zahnärzteschaft für den Erhalt und die Stärkung der Freiheit im Heilberuf. Unter Schirmherrschaft von BZÄK und KZBV wird sie derzeit von der Ärztekammer Saarland (Abt. Zahnärzte), den Zahnärztekammern Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein sowie von den KZVen Bremen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe und vom Zahnärztlichen Bezirksverband Schwaben getragen und kooperiert mit dem Bundesverband der Zahnmedizinisten in Deutschland.

sowie Grundzüge der Betriebswirtschaft auf dem Lehrplan“, so Ziller. Das dritte und das vierte Semester seien dann als Aufbaukurs konzipiert. Hier gehe es um Praxis- und Qualitätsmanagement, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemforschung, Sozialmedizin, Epidemiologie, europäische Entwicklungen, Verbandsstrategien, Kommunikation sowie Öffentlichkeits- und Pressearbeit.

Berufspolitisch geschult

Die Vermittlung der Inhalte erfolgt unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Dr. Burkhard Tiemann durch hochkarätige Dozenten aus Wissenschaft und Praxis. Das zweijährige Curriculum kostet den teilnehmenden Zahnarzt 3900 Euro und wird gemäß den Leitsätzen der BZÄK/ DGZMK/ KZBV zur zahnärztlichen Fortbildung mit Punkten bewertet. Eine Anmeldung ist bis zum Jahresende möglich. mp/pm

■ Anmeldung und weitere Informationen:

Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement, Frau Koch,
Chausseestr. 13
10115 Berlin
Tel.: 030/40005-112
Fax: 030/40005-129
b.koch@bzaek.de
www.zahnaerzte-akademie-as.de

Hessischer Heilberufetag über medizinische Versorgung

Neue Konzepte gefordert



Foto: Pompetzki

Immer weniger Heilberufler lassen sich auf dem Land nieder, sie zieht es in Ballungsgebiete und Städte. Doch wie sieht die Situation der medizinischen Versorgung auf dem Land aus? Diese Frage hatte das Bündnis „heilen&helfen“ in den Mittelpunkt des 4. Hessischen Heilberufetages in Wiesbaden gestellt.

„Wohin denn ich?“, ist der verzweifelte Ausruf des Protagonisten in Friedrich Hölderlins Gedicht „Abendphantasie“. So oder ähnlich, mögen sich die Bewohner auf dem Land und in kleinen Ortschaften künftig fühlen, die einen Arzt, Zahnarzt, Tierarzt oder eine Apotheke aufsuchen wollen. Immer mehr der sogenannten Leistungserbringer, lassen sich nicht mehr auf dem Land nieder, es zieht sie in Ballungsgebiete und Städte. Die Tatsache, dass beispielsweise Frankfurts beliebteste Einkaufsstraßen zahlreiche Zahnarztpraxen Tür an Tür beherbergen, scheint neue Praxisinhaber nicht abzuschrecken. Nicht viel anders verhält es sich bei Ärzten der unterschiedlichsten Fachgebiete. Doch wie sieht die Situation der medizinischen Versorgung auf dem Land aus?

Unter der Moderation von Bärbel Schäfer diskutierten Vertreter der hessischen Heilberufskörperschaften Ideen und mögliche Lösungswege mit Hessens Sozialminister

Stefan Grüttner. Dieser bezeichnete die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auf dem Land als eine der „großen Herausforderungen der Gesundheitspolitik“. In Hessen habe er daher alle Akteure an einen Tisch geholt mit dem Ziel, einen „Hessischen Pakt“ zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung im ländlichen Raum zu schließen.

Wohnortnahe Versorgung im Umbruch

Dass sich die Gesellschaft in Zukunft auf eine veränderte Situation einstellen muss, machte Dr. Gerd W. Zimmermann, stellvertretender Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, deutlich: „Die heute noch gewohnte, wohnortnahe Versorgung durch Hausärzte und Fachärzte wird künftig so nicht mehr funktionieren.“ Dies gelte in besonderem Maße für die aufsuchende Versorgung, die kaum mehr zu leisten sein werde.

Die Diskutanten und die Moderatorin (v.l.n.r.): Stephan Allroggen, Vorsitzender des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen, Erika Fink, Präsidentin der Landesapothekerkammer Hessen, Bärbel Schäfer, Moderatorin, Stefan Grüttner, Hessischer Sozialminister, Dr. Gerd W. Zimmermann, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen

Stephan Allroggen, Vorsitzender des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, stellte fest, dass es derzeit keine Lücken in der vertragszahnärztlichen Versorgung im ländlichen Bereich gebe, jedoch sowohl Unterschiede in den Versorgungsangeboten als auch Schwierigkeiten bei der Praxisweitergabe feststellbar seien.

Erika Fink, Präsidentin der Landesapothekerkammer, sagte voraus, dass dem Ärztemangel möglicherweise ein Apothekenmangel auf dem Land folgen werde. Der Mangel an Tierärzten auf dem Land bedrohe die Gesundheit der Lebensmittel liefernden Tiere und damit die Lebensmittelerzeugung, fügte Prof. Dr. Alexander Herzog, Präsident der Landestierärztekammer, hinzu.

Dass die Bedarfsplanung derzeit die weniger verdichteten Regionen benachteilige, hob Jürgen Hardt, Präsident der Landeskammer

für Psychologische Psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, hervor. Während sich etwa in einer Kernstadt pro 100 000 Einwohner 38,8 Psychotherapeuten niederlassen können, sollen in ländlichen Kreisen 4,3 Psychotherapeuten 100 000 Einwohner versorgen. „In dieser Bedarfsplanung werden weder demographische Entwicklung noch Morbidität sachgerecht berücksichtigt“, kritisierte Hardt.

Bedarfsplanung im Blick

Sozialminister Grüttner erklärte, dass er sich als Vorsitzender der Gesundheitsministerkonferenz 2011 für die Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen und für ein größeres Mitspracherecht der Länder einsetze. Die vom Bund vorgegebene Bedarfsplanung passe nicht mehr mit den gelebten Realitäten in den Regionen zusammen. Es gehe vor allem darum, die regionale Verantwortung zu stärken und die bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen so zu modifizieren, dass den Verantwortlichen in den Regionen mehr Gestaltungsmöglichkeiten gegeben werden. Dazu gehöre, dass die Länder in ihrer Verantwortung für die Daseinsvorsorge als Partner der Selbstverwaltung sowohl im Gemeinsamen Bundesausschuss als auch in den Landesausschüssen mit am Tisch sitzen und über die bedarfsgerechte Versorgung mitbestimmen. „Wenn die Bundesregierung den Ländern diese Gestaltungsmöglichkeiten im Gemeinsamen Bundesausschuss und in den Landesausschüssen nicht einräumt, ist eine Zustimmung des Bundesrats zum GKV-Versorgungsgesetz fraglich“, kündigte Grüttner an.

Freiberufliches Engagement erhalten

Die Vertreter der Heilberufskörperschaften sprachen sich eindeutig gegen Planwirtschaft und für Motivation aus, wenn es darum geht, den sinkenden Zahlen der Heilberuflicher zu begegnen. Die Politik solle nicht durch Vorgaben übermäßig regulieren, sondern zum Freien Beruf stehen, auf das persönliche Engagement der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und Psychotherapeu-

ten setzen und Anreize dafür schaffen. Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer, betonte, dass sich die Heilberufe bereits durch ihr Engagement für eine hochwertige Aus- und Weiterbildung ihres beruflichen Nachwuchses für den Erhalt der medizinischen Versorgung in Hessen stark machten. „Darüber hinaus bilden wir unsere eigenen Assistenzberufe (Medizinische Fachangestellte und Pharmazeutische Fachangestellte) aus und qualifizieren sie dazu, Aufgaben der Patientenbetreuung in Delegation zu übernehmen. Diagnose und Therapie bleiben damit in ärztlicher Hand.“

Veränderte Berufsrealitäten

Die Aufwertung der ländlichen Gebiete wurde als gesamtgesellschaftliche Aufgabe bezeichnet. Das Bündnis „heilen&helfen“ forderte die Kommunen dazu auf, neue Konzepte und Angebote mit zu entwickeln, um die Tätigkeit auf dem Land für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten und Tierärzte attraktiver zu machen. Arbeitgeber, Politik und Gesellschaft müssten umdenken lernen, da sich die Berufsrealitäten verändert hätten: Schon heute seien mehr als die Hälfte der Studierenden und jungen Berufsangehörigen weiblichen Geschlechts. „Für den beruflichen Nachwuchs, Frauen und Männer gleichermaßen, müssen Beruf und Familie miteinander vereinbar sein“, erklärte Dr. Michael Frank, Präsident der Landeszahnärztekammer. Schlagworte hierfür seien der Ausbau des Kinderbetreuungsangebots, aber auch die Entbürokratisierung der Heilberufe. Arzt sein, müsse wieder Spaß machen. Es seien aber auch die Heilberufskörperschaften selbst gefragt: Sie müssten gemeinsam mit den Partnern im Gesundheitswesen neue innovative Wege und Hilfen der Berufsausübung, beispielsweise in Berufsausübungsgemeinschaften, aufzeigen. Dies mache eine flexible Gestaltung des Versorgungsauftrags im Rahmen der Bedarfs-/Versorgungsplanung notwendig.

*Annette C. Borngräber
Landeszahnärztekammer Hessen*

Karlsruher Konferenz 2011

Jung und Alt bestens versorgt

Kinder und Senioren als Patienten in der Zahnarztpraxis – das war das große Thema der Karlsruher Konferenz 2011. Aber auch die hohe Politik kam nicht zu kurz: Den „Mund auf“-Vortrag hielt Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler – vor 1 400 Gästen.



Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler hielt den diesjährigen Mund auf-Vortrag und bekam die neue Skulptur „Im Dialog“ des Künstlers Joachim Czichon.

Fotos: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung KA (AZFK)

„Kinderzahnheilkunde ist ein Querschnittsfach, weil es alle präventiven, diagnostischen und therapeutischen Aspekte der Zahnheilkunde beinhaltet“, betonte Prof. Dr. Christian Hirsch, Universität Leipzig. Über seine originären zahnmedizinischen Fertigkeiten hinaus müsse der Zahnarzt sehr kommunikationsstark sein, um junge Patienten mitzunehmen. Im Unterschied zu anderen Ländern, in denen ein Zahnarzt im Fach Kinderzahnheilkunde systematisch ausgebildet werde, versuche man in Deutschland, die im Studium erlernten Konzepte für Erwachsene eins zu eins auf Kinder zu übertragen – in der Regel ohne Erfolg, wie Hirsch ausführte.

Im Gegenteil: „Die Qualität und die Quantität der zahnärztlichen Versorgung für Kinder sind hierzulande unzureichend.“ Hirsch: „Nur etwa an 50 Prozent der Universitäten gibt es hierzulande extra Curricula zur Kinderzahnheilkunde. Das bedeutet: Der Hälfte der Zahnmedizinstudenten wird kein Wissen speziell zur Kinderzahnheilkunde vermittelt!“

Was aber ist wichtig für den Therapieerfolg? Ganz oben steht die innere Gelassenheit, verdeutlichte Hirsch: „Wer Sicherheit ausstrahlt und eine positive Atmosphäre schafft, stärkt das Selbstwertgefühl des kleinen Patienten.“

Immer mit der Ruhe

Ist dem Behandler dagegen selber mulmig, übertrage sich diese Angst auch auf das Kind. Und das Ziel, dem jungen Patienten die Angst zu nehmen und ihn schmerzfrei zu behandeln, werde konterkariert. Entscheidend sei:

- mit dem Kind zu kommunizieren,
 - sorgfältig zu diagnostizieren,
 - früh nach approximaler Karies zu suchen
 - und eine realistische Behandlungsplanung aufzustellen, die sich an der Wertigkeit der Zähne für die Gebissentwicklung orientiert.
- Vermieden werden sollten dagegen:
- Behandlungen ohne vorhergehende

Diagnostik und Planung wie auch Füllungen in schmerzfreien Milchzähnen mit Pulpa-beteiligung,

- trepanierte und offengelassene Zähne (Sie stellen Hirsch zufolge auch in der Kinderbehandlung keine Dauerlösung dar)

- und direkte Überkappungen, schrittweise Kariestherapien und Inzisionen an Milchzähnen – sie seien einfach keine Therapie der Wahl im Milchgebiss.

Welche Rolle Karies in unserer Gesellschaft spielt und welche Präventions- und Behandlungsstrategien im Hinblick auf das Alter der Patienten aktuell sind, erläuterte Prof. Dr. Stefan Zimmer, Universität Witten/Herdecke. Zimmer: „Karies ist nicht nur ein Problem der Kinder.“ Sekundärläsionen und Kariesrezidive nehme man bei älteren Menschen nur nicht als so gravierend wahr wie die aktiven Läsionen des Wechselgebisses. Zimmer: „Ausschlaggebend ist beim Älteren nicht nur, welche Prophylaxe er aktuell betreibt, sondern welche er in den Jahrzehnten zuvor betrieben hat.“ Eine spezielle Präventionsstrategie sei zudem erforderlich, etwa mit individualisierten Zahnbürstengriffen. Zimmers Einschätzung nach „werden Mundspüllösungen enorm an Bedeutung gewinnen“ und seien „das einzig wirksame Instrument zur Parodontitisprophylaxe“. Er empfiehlt älteren Menschen Mundspüllösungen mit einem Fluoridgehalt von mindestens 200-500 ppm für die Kariesprophylaxe und mit antimikrobiellen Zusätzen zur Vorbeugung von Parodontitis.

Während Karies im Milchgebiss noch mit Kompomeren oder mit Glasionomerezementen versorgt werden könne, stehe im bleibenden Gebiss eine möglichst langlebige Restauration im Vordergrund. Der Behandler sollte minimalinvasiv – ohne Kronen oder Veneers – therapieren, etwa mit Composite oder der Kariesinfiltration. Beim älteren

INFO

Walther-Engel-Preis 2011

Der diesjährige Walther-Engel-Preis der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe geht an PD Dr. Anne Wolowski. Die Wissenschaftlerin habe es verstanden, mittels eines ganz besonderen Fingerspitzengefühls, ihre Kolleginnen und Kollegen in die psychosomatische Medizin und in die Psychologie in der Zahnheilkunde einzuführen, betonte Dr. Udo Lenke, Präsident der Zahnärztekammer in Baden-Württemberg, in seiner Laudatio. Die Bedeutung der Psychosomatik teile sich zwar jedem Praktiker mit, dennoch werde das Thema zumeist wenig verstanden und kaum reflektiert.

Wolowski ist seit 2006 die erste Vorsitzende des Arbeitskreises Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde und repräsentierte das Fach auch in der zahnmedizinischen Fortbildung. Sie vertrat im Rahmen des Gutachtertrainings die Psychosomatik und ist dort jetzt für das Fachgebiet Prothetik verantwortlich. Zudem betreut sie das Abschlusskolloquium der strukturierten Fortbildung „Integrierte Zahnheilkunde“. „Ihr wissenschaftlicher Beitrag zur zahnmedizinischen Praxis ist ein Eckstein der zahnärztlichen Fortbildung in unserem Land“, sagte Lenke.

Menschen spielen Zimmer zufolge auch die Belastbarkeit des Patienten und die Art der Karies eine große Rolle – Stichwort Wurzelkaries. Die Zukunft sieht er in der Verlaufsdiagnostik: „Das oberste Ziel muss die Remineralisation möglichst kleiner Defekte sein.“ Wie man in drei Schritten zur Musterpraxis für Senioren gelangt, erklärte Dr. Elmar Ludwig aus Ulm. Erste Voraussetzung: die Barrierefreiheit der Zahnarztpraxis. Dazu zählten beispielsweise ein rollstuhlgerechter Zugang, ein Behinderten-WC und eine mobile Behandlungseinheit für Hausbesuche. Im zweiten Schritt sollten sich Behandler und Team fortbilden, um sich mit den altersspezifischen Erkrankungen, dem Umgang

mit den Patienten und den juristischen Aspekten vertraut zu machen. Schließlich müsse ein Gesamtkonzept für die Praxis entwickelt werden, das die Versorgung dieser pflegebedürftigen Personen auch unter kasenzahnärztlichen Bedingungen erlaubt.

Junges versus altes Gebiss

„Die erkrankte Pulpa – Behandlung beim Kind, Behandlung beim alten Patienten“ thematisierte Prof. Dr. Michael Hülsmann, Göttingen. Er führte aus, dass nur das Milchgebiss eine partielle Vitalerhaltung ermögliche, wobei die vollständige Wurzelkanalbehandlung dann aber gravierend eingeschränkt sei. Im alten Gebiss sollte man sich zumeist gegen eine Vitalerhaltung der kompromittierten Pulpa zugunsten einer Vital-exstirpation entscheiden, weil Verfahren wie die direkte oder indirekte Überkappung laut Hülsmann hier an ihre biologisch bedingten Grenzen stoßen. Ist eine Wurzelkanalbehandlung indiziert, ergäben sich beim alten Patienten zunächst eine Reihe „technischer Probleme“, wie eine möglicherweise begrenzte Mundöffnung und eine eingeschränkte Belastbarkeit. Kalzifikationen der Pulpa-kammer, Schwierigkeiten bei der Lokalisation der Wurzelkanalein-

gänge, Obliterationen der Wurzelkanäle und Probleme der vollständigen Erschließung könnten die Wurzelkanalbehandlung zu einer Herausforderung machen.

Beim Milchzahn setze die natürliche Resorption der Wurzelkanalbehandlung Limits in Bezug auf Längenbestimmung, Präparation, Desinfektion und Obturation. Der jugendliche Zahn mit dünnen Wurzelwänden und eventuell nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum verlange eine ganz anders gearbete Abstimmung der Behandlungstechnik und unter Umständen die Wahl alternativer Füllmaterialien und -techniken. Neue Verfahren der Pulparegeneration zielten hier auf eine Revaskularisierung von Zähnen mit nekrotischer Pulpa.

Mund auf für Rösler

Mund auf, hieß es am nächsten Tag für Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler. „Es gibt zwar kein strittigeres Feld als die Gesundheitspolitik, aber zumindest in Bezug auf die Versorgung darf es keinen Streit geben, weil wir in einem Land mit höchster Versorgungsqualität leben“, stellte er gleich zu Anfang seiner Rede klar. Rösler: „Gesundheit wird nicht billiger. Trotzdem ist es wichtig, dass man Gesundheit nicht nur als Kostenfaktor begreift.“ 170 Milliarden Euro habe die GKV 2010 umgesetzt, 260 Milliarden Euro hätten die Deutschen in dem Zeitraum für ihre Gesundheit ausgegeben. „Der Markt boomt, aber dennoch sind die im Gesundheitswesen Beschäftigten nicht zufrieden, weil sie das Gefühl haben, in einem System unfairer Konkurrenz zu leben“, erläuterte er. Ausschlaggebend sei nicht die gute Leistung, sondern belohnt werde der, der das System kennt und es für seine Zwecke optimiert. Gesetzliche Vorgaben und Computermasken bestimmten die Arbeit. „Das Gesundheitswesen gleicht mit seinem hohen Maß an Ineffizienz, Unzufriedenheit und Bürokratie eher der Plan- denn der Marktwirtschaft. Das heißt, insgesamt bringen die Menschen nicht wegen, sondern trotz des Systems gute Leistungen“, kritisierte er. „Deshalb ist es nur logisch, dass wir dieses System überwinden und stattdessen die soziale Marktwirtschaft leben müssen,



Akademiedirektor Prof. Dr. Winfried Walther moderierte die Veranstaltung.

wenn wir Effizienz und Fairness herstellen wollen.“ Laut Rösler geht es allerdings nicht allein darum, Verordnungen abzuschaffen. Entscheidend für den Erfolg sei, die Geisteshaltung und die Mentalität zu verändern. Beispiel Qualitätssicherung: „Besser als Dokumentationsbögen sind mündige Patienten.“ Oder in der Prävention: „Den insgesamt zwei Millionen Präventionskursen zum Trotz werden die präventionsfernen Schichten nicht erreicht. Das BMG hat deshalb den Plan, niedergelassene Ärzte und Apotheker miteinzubeziehen bei der Frage, wie man die Vorsorge besser aufsetzt.“

Flatrate für Reiche

Weil man sich nicht aussuchen kann, ob man krank wird oder nicht, dürfe die Gesundheit nicht mit einem Preisschild versehen werden. Rösler: „Gesunde helfen Kranken – dieser Kerngedanke der Solidarität darf niemals in Frage gestellt werden.“ Das Hauptproblem der GKV sei jedoch, dass dort auch der Ausgleich zwischen Arm und Reich stattfindet. „In jeder Gesellschaft muss es diesen Ausgleich geben, aber er gehört nicht in die GKV, sondern ins Steuersystem“,

INFO

Offene Sprechstunde Psychosomatik

Die Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe hat eine Sprechstunde Psychosomatik eingeführt. Sie ist gedacht als Diskussionsrunde für schwierige Fälle. Dabei wird der Patient in der Regel erneut untersucht, und Prof. Dr. Ulrich Tiber Egle gibt dann eine Expertise. Die Resultate werden vorgestellt und zur Diskussion ins Internet übertragen, das heißt, die Teilnehmer sind live zugeschaltet und können ihre Fragen via Web stellen. Im Rahmen der Diskussion werden auch Therapievor schläge gemacht. Aufgrund der großen Resonanz soll es demnächst auch Sprechstunden für Endo, Oralchirurgie, Prothetik und Implantologie geben.

■ Mehr unter www.za-karlsruhe.de/za_de

Können sich die Zahnärzte von der Politik mitgenommen fühlen? Die geplante neue GOZ lässt jedenfalls zu wünschen übrig, kritisierte KZBV-Chef Dr. Jürgen Fedderwitz.



so Rösler. „Da in der GKV zudem nur die Lohnneinkommen berücksichtigt werden, kommt der Beitrag von 15,5 Prozent für viele einer Flatrate gleich. Besserverdiener sind zumeist in der PKV versichert und beteiligen sich somit nicht mehr am Ausgleich. Und das ist ungerecht. Ein Teil hat sich damit nämlich aus der Solidarität verabschiedet.“ Sein Hauptziel: Ein Transfer des Sozialausgleichs in das – mehrsätzliche – Steuersystem. Auf dem Weg dahin habe die Regierung bereits strukturelle Maßnahmen ergriffen, etwa den GKV-Beitrag festgeschrieben, einkommensunabhängige Zusatzbeiträge eingeführt sowie das Arzneimittelsparpaket durchgesetzt. Rösler: „Das ist kein optimales Modell, aber es kommt dem schon sehr nahe. Jetzt können Krankenkassen selbst bestimmen, wie sie auf der Preisseite agieren.“ Die Krux sei, dass man nicht bei Null anfange, sondern die Altlasten, wie das GKV-Defizit von elf Milliarden Euro übernehme, „und es anfangs nur darum ging, die GKV am Leben zu halten.“

Die Frage des KZBV-Vorsitzenden Dr. Jürgen Fedderwitz, ob sich auch der Zahnarzt vom BMG mitgenommen fühlen könne, bejahte Rösler: „Uns ist wichtig, die Freiberuflichkeit zu stärken. Und Freiberuflichkeit fängt für mich schon bei der Frage an, wer mit wem verhandelt. Fairer Wettbewerb heißt auch, über Preise verhandeln zu können. Öffnungsklauseln in der Gebührenregelung sind allerdings nicht das richtige Werkzeug.“ Die PKV und die Länder hätten zwar

auf die Öffnungsklausel gedrängt, um von der Gebührenordnung abweichen zu können. Umgekehrt hätten sich die Ärzte und Zahnärzte aber vehement gegen die Klausel gewehrt, weil direkte Verhandlungen zwischen dem einzelnen Zahnarzt und den großen Kassen keine Auseinandersetzungen auf Augenhöhe darstellten. Rösler: „Genau aus diesem Grund habe ich mich gegen die Öffnungsklausel entschieden.“ Dafür sei der Honoraranstieg einstellig ausgefallen statt wie gefordert zweistellig. Rösler: „Fakt war, dass beides nicht zu haben war. Eine andere Aussage wäre unehrlich und unrealistisch.“

Berufung statt Beruf

„Arzt ist man nicht zehn oder zwölf Stunden am Tag, sondern sein ganzes Leben lang. Mediziner werde man immer noch aus Berufung“, hielt BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel in seinem Schlusswort fest. „Das gesellschaftliche Engagement der Zahnärzte geht weit über das Berufliche hinaus. Wir sind unserem Berufsethos verpflichtet und für unsere Patienten da.“ Er legte dar, dass zurzeit auch in Japan Zahnärzte unter unglaublich schweren psychischen und physischen Belastungen Hilfe leisten.

Engel: „Das ist praktizierte Zivilcourage und tiefes Interesse am Gemeinwohl. Damit aber Zahnärzte ihr Berufsethos auch leben können, darf das Recht auf gute medizinische Versorgung nicht an rein ökonomischen Rastern scheitern!“

ck

Fortschritt verpasst

Gabriele Prchala

Der lang erwartete GOZ-Referentenentwurf des BMG liegt seit dem 29. März auf dem Tisch. Auf eine Öffnungsklausel wird verzichtet und damit einer Kernforderung der Zahnärzteschaft Rechnung getragen. Die Novellierung orientiert sich aber nach Ansicht der BZÄK viel zu wenig am wissenschaftlichen Stand der Zahnheilkunde und ignoriert die Kostenentwicklung nach 23 Jahren Nullrunde. Einige Leistungen sind neu aufgenommen worden. Bei wenigen Positionen gibt es einen Angleich der Punktzahlen, was zu einem rund sechsprozentigen Honorarzuwachs führt. Der Rest bleibt unverändert, eine generelle Punktwert-erhöhung findet nicht statt.

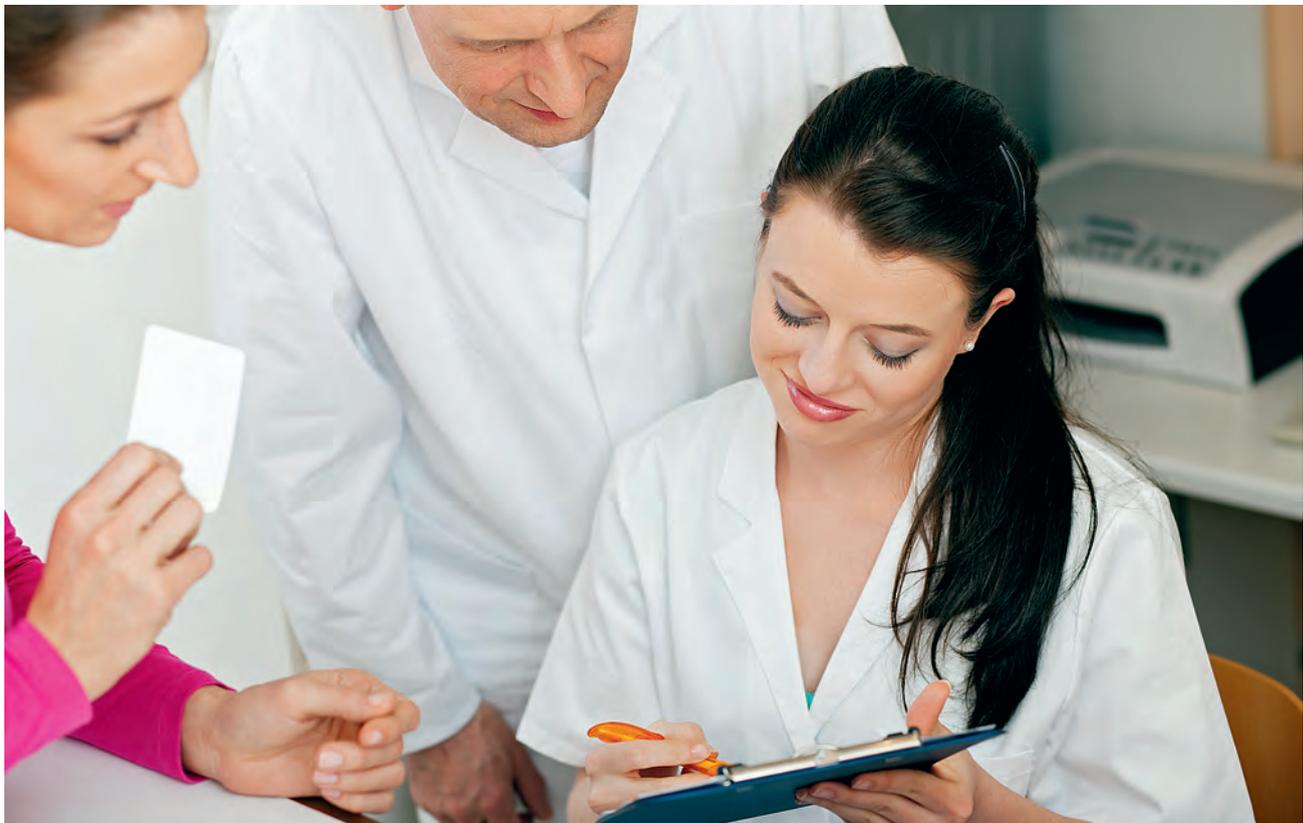


Foto: Kzenon - Fotolia.com

Eine moderne private Gebührenordnung, die den wissenschaftlichen Stand der Zahnheilkunde abbildet, das vertrauensvolle Verhältnis zwischen Zahnarzt und Patient stützt und eine betriebswirtschaftlich stimmige Basis für die Praxis bildet – kann die neue GOZ all dies erfüllen?

Fortschritt geht anders“, kommentierte die BZÄK in einer ersten Reaktion den Referentenentwurf kritisch. Zwar sei die Entscheidung von Bundesgesundheitsminister Rösler begrüßenswert, auf die Öffnungsklausel zu verzichten. „Damit wird einer unserer wichtigsten Forderungen Rechnung getragen“, unterstreicht BZÄK-Präsident Dr.

Peter Engel. Jedoch vermisse er eine aktualisierte Leistungsbeschreibung und einen Ausgleich für 23 Jahre Vorenthaltung einer überfälligen Honoraranpassung: „Diese Novelle ist ausschließlich den politischen und finanziellen Umständen geschuldet. Neue medizinische Standards sind in den Leistungsbeschreibungen nicht ausreichend be-

rücksichtigt. Und nach 23 Jahren Nullrunde ist eine circa sechsprozentige Anhebung betriebswirtschaftlich nicht akzeptabel. Nach dieser Zeit sind die Zahnärzte entsetzt über den Punktwertestillstand“, moniert Engel. Die KZBV spricht von einem „Desaster für die Zahnärzte“. Zwar begrüßt auch sie das Nein zur Öffnungsklausel, hält aber den

unangepassten Punktwert für inakzeptabel. „Wir sollen weiter auf dem Honorarniveau von 1988 arbeiten,“ so der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz. Die Zahnmedizin entwickle sich dynamisch und biete immer mehr und immer bessere Therapiealternativen. Die Teilnahme an diesem wissenschaftlichen Fortschritt könne auch für gesetzlich Krankenversicherte nur über eine zeitgemäße GOZ abgesichert werden. „Das ist aber zu einem Honorar von 1988 wirtschaftlich nicht zu machen.“

Der Entwurf aus dem BMG stellt noch keine abschließende Regelung dar. Die Rechtsverordnung geht jetzt ihren parlamentarischen Weg, wobei vor allem die Zustimmung der Bundesländer im Bundesrat noch spannend und offen ist.

Erste Kurzbewertung

Die Bundeszahnärztekammer hat als erste Reaktion nach Bekanntwerden des GOZ-Referentenentwurfs eine Kurzbewertung vorgelegt. Eine ausführliche Stellungnahme ist in Arbeit, sie wird bis zum 9. Mai dem Bundesgesundheitsministerium zugestellt. Im Folgenden wird die Analyse der BZÄK in gestraffter Form wiedergegeben, aufbauend auf der Struktur der Verordnung.

Allgemeiner Teil:

■ § 2 Abweichende Vereinbarung

Hier sieht die BZÄK zu wenig Vertragsfreiheit zwischen Arzt und Patient gewährleistet. Es wird lediglich der Status quo der Auslegung der alten GOZ von 1988 festgeschrieben. Es bleibt dabei, dass eine abweichende Vereinbarung nur über die Höhe der Vergütung und damit über den Steigerungssatz möglich ist. Jede andere Art von Abweichung wird nun explizit ausgeschlossen. Positiv ist zu vermerken, dass das BMG darauf verzichtet hat, dem § 2 die sogenannte Öffnungsklausel zuzuordnen.

■ § 4 Gebühren

Eine Berechnung operativer Einzelschritte erfolgt nicht. Der Referentenentwurf übernimmt die Regelung zum sogenannten Zielleistungsprinzip der GOÄ. Der Streit über methodisch notwendige, operative Einzelschritte wird damit auf die neue GOZ ausgedehnt.



Foto: imagebroker - vario images

Die Abrechnung nach der neuen GOZ bringt zwar Änderungen und Neuerungen mit sich. Aber: Der alte Punktwert bleibt konstant.

■ § 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

Der bisherige Punktwert wird nicht geändert. Die Gebühren sind innerhalb des Gebührenrahmens unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwands der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach Ermessen zu bestimmen. Nach dem Referentenentwurf bildet der 2,3-fache Gebührensatz die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab. Ein Überschreiten ist nur dann zulässig, wenn einzelfallbezogene Besonderheiten nach genau definierten Bemessungskriterien dies rech-

fertigen. Neu formuliert wurde, dass bei unterdurchschnittlich aufwendiger Leistung ein Gebührenfaktor unterhalb des Mittelwerts des Gebührenrahmens anzuwenden ist.

■ § 6 Gebühren für andere Leistungen

Vorgesehen ist eine Verbesserung der Analogieregelung zur GOÄ. Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden. Sofern eine gleichwertige Leistung nicht enthalten ist, kann

INFO

Zentrale Fakten

Hier die wichtigsten Punkte der Erstanalyse der BZÄK zum GOZ-Referentenentwurf:

- Mit dem Verzicht des BMG auf die Öffnungsklausel ist es gelungen, die patientenfeindliche Billigmedizinklausel abzuwehren, die die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland gefährdet hätte. Die BZÄK wertet dies als einen großen politischen Erfolg des Berufsstands.
- Die Freiheiten des § 2 GOZ werden nicht angetastet, der Zugriff auf GOÄ-Leistungen bleibt möglich und bei der Berechnung nicht erfasster Leistungen wird künftig auf die Stichtagsregelung verzichtet.
- Es erfolgt ein Angleich an die Formulierungen und Regelungen der GOÄ, aller-

dings inkonsequenterweise nicht beim Punktwert und bei der Regelung des § 10 GOÄ (Ersatz von Auslagen).

- Nur in Ansätzen wurde bei einigen Leistungen – etwa bei der Behandlung von Parodontalerkrankungen, im Prophylaxebereich oder bei der Implantologie – eine Neubewertung vorgenommen. Der Punktwert bleibt seit 1988 mit 11 Pfennig, heute 5,62421 Cent, konstant.
- Das ergibt einen Zuwachs von lediglich rund sechs Prozent, der sich im Wesentlichen aus folgenden Bereichen ergibt: allgemeine zahnärztliche, prophylaktische, konservierende und prothetische Leistungen. pr/BZÄK



Foto: Colgate

Die PZR wurde als neue Position aufgenommen.

sie entsprechend einer gleichwertigen Leistung der in Abs. 2 genannten Leistungen der GOÄ berechnet werden.

■ § 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

Der Zahnarzt wird jetzt neu verpflichtet, dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag über die voraussichtlichen Kosten der zahntechnischen Leistungen des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors anzubieten, sofern die Kosten voraussichtlich einen Betrag von 500 Euro überschreiten werden. Der Voranschlag muss Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen und deren Preise sowie die direkt zurechenbaren Materialien und deren Preise auflisten sowie die Berechnungsgrundlage und den Herstellungsort der zahntechnischen Leistungen angeben.

■ § 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung/Rechnung

Hier werden neue Einzelvorgaben zu Inhalten, Details und Abwicklung einer Rechnung erstellt, und zwar zu: gesondert berechnungsfähigen Kosten, Regelungen zur Überschreitung des Gebührensatzes, Regelungen zur Ausstellung der Rechnung sowie Vereinbarungen zu Vorauszahlungen. Die geplanten Vorgaben werden von der BZÄK als teils nachvollziehbar und teils kritisch gesehen.

Leistungsteil

■ Kapitel A: Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Die Kosten für Anästhetika sind in Zukunft gesondert berechnungsfähig. Damit handelt es sich praktisch um eine „Aufwertung“ der hochfrequenten Leistungen „Anästhesiepositionen“. Die Erstattung der Materialkosten hat de facto die Wirkung einer Punktzahlerhöhung im Vergleich zur alten GOZ. Die Leistung „001 Eingehende Untersuchung“, als wichtigste Leistung zu Beginn einer systematischen Behandlung, wurde trotz der zunehmenden Komplexität der zahnmedizinischen Diagnostik auch nach 20 Jahren weder inhaltlich noch bewertungsmäßig angepasst.

■ Kapitel B: Prophylaktische Leistungen

Es wurden zwei neue Leistungen aufgenommen, die „Professionelle Zahnreinigung“ (PZR) und die „Lokale Anwendung von Medikamenten mit einem Medikamententräger“. Die BZÄK sieht darin einen positiven Impuls für die Förderung des Präventionsgedankens in der Zahnmedizin. Unterstützt wird dies durch eine zusätzlich durchführbare lokale Fluoridierung. Die Verankerung der PZR in der GOZ führt zu einer „vereinfachten“ Erstattungsmöglichkeit und zu einem barrierefreien Zugang zur PZR-Leistung.

■ Kapitel C: Konservierende Leistungen

Insgesamt wurden die Leistungen auf der Basis von empirischen Daten neu bewertet (Quellen: BAZ-II-Studie des IDZ, PROGNOSE-Gutachten). Sie betreffen drei wichtige Bereiche:

a) Füllungsbereich: Aufwertung kleiner Füllungen und Inlays

Anhand von empirischen Daten wurden die Bewertungsansätze für Amalgamfüllungen in der GOZ neu berechnet. Kleinere Füllungen



Kosten für Anästhetika sind künftig gesondert berechnungsfähig.

Leistungen für Füllungen werden neu bewertet.



Foto: pro Dente e.V.

Foto: BildPxx.de - Fotolia.com



Steigerungsraten gibt es unter anderem auch bei der Prothetik.

Foto: pro Dente e.V.

(einflächig und zweiflächig) wurden deutlich aufgewertet. Die dreiflächige Füllung blieb in der Punktzahl fast konstant. Bei der vierflächigen Füllung wurde die Punktzahl aufgrund der empirischen Daten reduziert. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang, dass in der neuen GOZ aus Gründen der Vereinfachung nur noch eine Position für die Politur von Füllungen – unabhängig von der Anzahl der Flächen – aufgenommen wurde. Die Bewertung hierfür liegt oberhalb der bisherigen Politurbewertungen und kompensiert dadurch in der Gesamtbetrachtung des Füllungssektors auch Teile des geringeren Bewertungsansatzes bei der drei- und vierflächigen Füllung. Im Ergebnis liegen die Volumen der frequenzstarken kleineren Füllungen deutlich im Plus und gleichen das abnehmende Volumen der drei- und vierflächigen Füllungen nach der neuen Bewertung mehr als aus. Durch die Aufnahme der „adhäsiven Füllungen“ in die novellierte GOZ wurde zudem dem zahnmedizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt Rechnung getragen. Gleichzeitig wird damit eine minimalinvasive Präparationsmaxime unterstützt. Bisher wurden diese Leistungen unter anderem über Analogberechnung beziehungsweise über einen Festbetrag abgerechnet. Die Bewertung dieser Leistungen hat sich an der bislang von den Zahnärzten als betriebswirtschaftlich stimmigen Honorierung über die Analogbewertung orientiert, so dass hier kein Verlust gegenüber dem Status quo zu erwarten ist.

Die Inlayversorgungen wurden aufgrund der empirischen Daten zwischen rund 40 und rund 100 Prozent angehoben. Die provisorische Versorgung während der Inlayversorgung wird in Zukunft abrechnungsfähig sein. Neu aufgenommen in die GOZ wurde die „Adhäsive Befestigung“ von Restaurationen als moderne Technik.

b) Kronen und Inlays:

Auch hier zeigt sich eine deutliche Anhebung der Bewertungen durch die empirische Datenlage. Die Steigerungsraten betragen zwischen 30 und 50 Prozent. Explizit aufge-

führt bei der Teilkrone wird auch die Versorgung eines Zahnes durch ein Veneer. Als Befestigungsart kann hier zusätzlich die „Adhäsive Befestigung“ berechnet werden.

c) Endodontie: Bessere Bewertungen

Die Positionen „Aufbereitung eines Wurzelkanals“, „Medikamentöse Einlage während der Behandlung“ und „Füllung des Wurzelkanals“ wurden deutlich angehoben. Dies entspricht den Forderungen des Berufsstands nach Zahnerhaltung durch eine moderne Zahnmedizin. Auch für diesen Bereich ist die Anwendung der „Adhäsivtechnik“ beim Eingliedern von Stiften in der GOZ verankert. Weiterhin wurde die erweiterte Anwendungsmöglichkeit der Position „Temporärer Verschluss“ in der GOZ festgelegt.

■ Kapitel D: Chirurgische Leistungen

Hier gibt es wenig Modifizierungen und Neuerungen, das Kapitel ist in seiner Struktur und der Bewertung der einzelnen Leistungen weitestgehend erhalten geblieben.

■ Kapitel E: Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

Dem Bereich wurde besondere Aufmerksamkeit zuteil. Trotzdem blieb das Kapitel in der Struktur weitestgehend erhalten. Einige Leistungen wurden aufwandsgerechter spezifiziert. Für eine adäquate Verlaufskontrolle

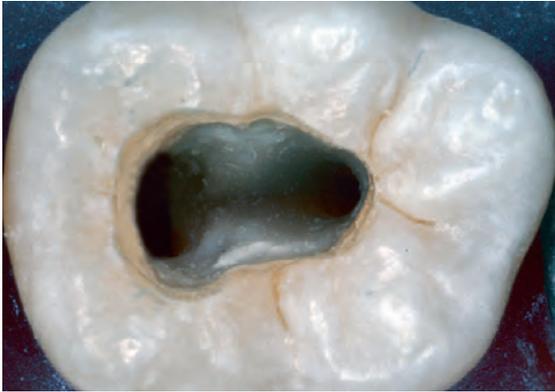
INFO

Parallelen bei den Anwälten

Parallelen zur Diskussion um die Öffnungsklausel bei GOZ und GOÄ zeigen sich im Bereich der Rechtsanwälte. So wurde im Rechtsanwaltsvergütungsgesetz (RVG) von 2004 die Möglichkeit zu sogenannten „Vergütungsabkommen“ zwischen Rechtsschutzversicherungen und Anwälten eingefügt. Darin verpflichten sich Anwälte, für Kunden von Rechtsschutzversicherern zu niedrigeren Gebühren tätig zu werden. Bereits 2006 lagen erste Vergütungsvereinbarungen einiger Versicherungsunternehmen vor, die die Bundesrechtsanwaltskammer (BRAK) dazu veranlassten, ihre Mitglieder massiv vor solchen Klauseln zu warnen. Begründet wurde dies mit massiven Einnahmeeinbrüchen bei kontrahierenden Rechtsanwälten.

Das Soldan Institut für Anwaltmanagement veröffentlichte 2006 eine Untersuchung, nach der die Rationalisierungsabkommen Gebührenabschläge von durchschnittlich 20 bis 40 Prozent, in der Spitze von bis zu über 60 Prozent vorsehen würden. Dies hat nun zu einem Rechtsstreit zwischen der Rechtsanwaltschaft und einem am Markt tätigen Versicherungsunternehmen geführt, in dem geltend gemacht wird, dass die auf dem Markt befindlichen Vergütungsabkommen massiv gegen das Berufsrecht der Rechtsanwälte wegen berufsrechtswidrigem Unterschreiten der geltenden Gebührenordnung verstoßen würden. Das Urteil wird zeitnah erwartet.

pr/BZÄK



Bessere Bewertungen sind bei der Endodontie zu verzeichnen.



Im Bereich der Parodontologie existieren kaum Veränderungen.

nach einer Behandlung wurde eine neue Position eingeführt. Zur Verlaufskontrolle nach einer erfolgreichen PAR-Behandlung wurde ein Kontrollindex in das Kapitel aufgenommen.

■ Kapitel F: Prothetische Leistungen

Es erfolgt eine neue Bewertung der Brückenanker. Die Bewertung steht aufgrund der Datenbasis nach der BAZII-Studie in einem engen Verhältnis zu den Bewertungen von Inlays und Kronen in Kapitel C. Inlays, Kronen und Brückenanker wurden in der neuen GOZ aufgrund der weitestgehend ähnlichen Arbeitsschritte und -inhalte bei der Anfertigung dieser Versorgungsformen in ein Bewertungsverhältnis zur aufgewendeten Zeit gestellt. Der Bewertungsanstieg der Brückenanker bewegt sich in einem Bereich zwischen rund 25 und 85 Prozent in Abhängigkeit von der Ausfertigung. Die größte Steigerungsrate ist bei den Teleskopkronen (allerdings unter Verzicht auf die Nummer 508 in der GOZ 1988) zu verzeichnen. Hier ist eine besonders hohe Präzision bei der Ausführung der zahnärztlichen Arbeitsschritte mit einem damit verbundenen

hohen Zeitaufwand erforderlich, um einen passgenauen Zahnersatz herzustellen.

■ Kapitel G: Kieferorthopädische Leistungen

Es wurden keine neuen Leistungen aufgenommen, da bereits in der bestehenden GOZ die Möglichkeiten zur Behandlung von Fehlstellungen umfassend beschrieben wurden. Die Klasseneinteilung für eine kieferorthopädische Behandlung (geringer, mittlerer, hoher Umfang) blieb erhalten. Die Bewertung für die Behandlung „Maßnahmen zur Einstellung beider Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention“ nach dem mittleren Umfang wurde minimal erhöht. Die Leistungen für die Verankerung von intra-extroralen Verankerungselementen wurden zu einer Position zusammengefasst. Die Bewertung wurde erhöht. Alle weiteren Positionen blieben in der Struktur und in der Bewertung erhalten.

■ Kapitel H: Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

Die bisher aufgeführten Leistungen blieben auch vom Bewertungsgefüge her weitestgehend erhalten.

■ Kapitel J: Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Hier erfolgte eine Modernisierung der Leistungen. Zwei sind aus dem bestehenden Verzeichnis gestrichen worden und zwei wurden neu aufgenommen, dabei handelt es sich um die Berücksichtigung von elektronischen Aufzeichnungsmethoden. Weiterhin erfolgten einige Neubewertungen von Leistungen mit der Klarstellung, dass diese nur einmal pro Sitzung abgerechnet werden können. Die gesamten Möglichkeiten der klinischen und der instrumentellen Funktionsanalyse konnten nicht in die neue Gebührenordnung integriert werden, gegebenenfalls wird die Analogberechnung eine Rolle spielen.

■ Kapitel K: Implantologie

Hier sind sehr weitgehende Änderungen und Ergänzungen vorgenommen worden. Die Beschreibungen wurden bei allen Leistungen dem heutigen modernen Stand der Wissenschaft angepasst.

Der Leistungstext der Analyseposition vor der Implantation wurde präzisiert. Explizit aufgenommen wurden zwei Positionen für Schablonen, die zur Unterstützung bei der Implantatinsertion gedacht sind. Der Leistungsinhalt der Implantatinsertion wurde neu gefasst und präzisiert. Hier wurden die drei früheren dafür vorgesehenen Leistungen zu einer logischen Leistungsposition zusammengefasst. Weiterhin wurde mit einer eigenen Position der Tatsache Rechnung getragen, dass in den letzten Jahren auch vermehrt Implantate zum nur temporären Verbleib während der kieferorthopädischen Behandlung eingesetzt werden.

Auch das weitere chirurgische Vorgehen nach der Implantation und vor der prothetischen Versorgung wurde in der neuen Gebührenordnung präzisiert. Weiterhin wurden Positionen in die GOZ aufgenommen, die in der Vergangenheit bereits häufig im Zusammenhang mit implantologischen Leistungen erbracht wurden.

■ Kapitel L: Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen

Das Kapitel wurde in die Gebührenordnung neu aufgenommen, um – analog zur GOÄ – dem besonderen Aufwand und den damit verbundenen Kosten im Hygienebereich bei



Bei der Kieferorthopädie wurden keine neuen Leistungen aufgenommen.

Foto: pro Dente e.V.



Weitreichende Änderungen gibt es bei der Implantologie.

Foto: pro Dente e.V.

der Erbringung von chirurgischen Leistungen gerecht zu werden. Die Zuschläge dürfen allerdings nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden. Generell ist die Aufnahme von Zuschlägen positiv zu vermerken. Die Gebührensätze decken aber nicht die mit der Behandlung verbundenen Kosten im Hygienebereich ab, die sich auf der Basis von empirischen Studiendaten ergeben haben.

Folgen für Kostenträger

Auch gesetzlich Versicherte sind von der GOZ partiell oder auch vollständig betroffen. Das bezieht sich vor allem auf GKV-Patienten, die Leistungen wählen, die über den GKV-Rahmen hinausgehen. Diese werden dann über die GOZ liquidiert. Das betrifft vor allem die Füllungstherapie und den Zahnersatz. Die Kostenträger, also Private und Gesetzliche Krankenkassen, gingen in Folge der sechsprozentigen Honoraranpassung von einer Mehrbelastung in Höhe von insgesamt 345 Millionen Euro aus, heißt es in der Begründung des Bundesgesundheitsministeriums zum Referentenentwurf. Den

BMG-Berechnungen zufolge werde dies bei privat Zusatzversicherten oder Vollversicherten zu rechnerisch durchschnittlich 5,30 Euro pro Versichertem und Jahr führen, bei den GKV-Versicherten zu 2,05 Euro pro Versichertem und Jahr.

Derzeit bewertet die BZÄK die konkreten Auswirkungen des GOZ-Entwurfs auf das zahnärztliche Honorarvolumen – sowohl global wie auch leistungsspezifisch. Die Expertise wird zeitnah veröffentlicht.

Differenziertes Echo

Differenzierte Positionierungen zum Referentenentwurf kommen aus den Verbänden. So spricht der Freie Verband Deutscher Zahnärzte von einem „Schlag ins Gesicht“ aller verantwortungsbewusst arbeitenden Zahnärzte und einer Missachtung ihrer Arbeit. Die sechsprozentige Honorarerhöhung sei angesichts der 23-jährigen Nullrunde eine „Mogelpackung“. Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden spricht von einem „Schlag gegen den Fortschritt“ in der Kieferorthopädie. Das Fach fühle sich „düpiert“, die wissenschaftlichen Grund-

lagen für eine präventions- und qualitätsorientierte Kieferorthopädie seien in dem Entwurf nicht abgebildet. Eine Würdigung der Weiterentwicklung der KFO in den letzten 20 Jahren sei „vom Tisch gewischt“.

Die Ärzteschaft zeigt sich erfreut über das Nein zur Öffnungsklausel und unterstreicht den „Sieg der besseren Argumente“. Der PKV-Verband hält beim Honorarvolumen für die Zahnärzte keinerlei Nachholbedarf erforderlich. Die Honorare seien in den letzten Jahren bereits überdurchschnittlich stark gestiegen. Er fordert eine Öffnungsklausel für mehr Vertragsfreiheit und weist darauf hin, dass die Kostenwirkung der GOZ-Novelle letztlich alle Versicherten in Deutschland treffe. Auch die AOK macht sich für die Öffnungsklausel stark.

Ende offen

Der weitere Werdegang der GOZ-Novelle dürfte spannend werden, vor allem, wenn es um die Hürde Bundesrat geht. Während die Regierungsparteien den Grundkurs und vor allem den Verzicht auf die Öffnungsklausel unterstützen, halten sie einen weiteren Honorarzuwachs jedoch wegen der finanziellen Belastung der Länder und auch wegen der dortigen Mehrheit von Rot/Grün für nicht durchsetzbar. Aus den Oppositionsparteien regt sich Widerstand gegen den sechsprozentigen Zuwachs, Änderungen bei den Leistungsbeschreibungen müssten gegebenenfalls kostenneutral umgesetzt werden, heißt es dort. Auch die jüngsten Änderungen im FDP-Personalkarussell auf Bundesebene dürften die Diskussion um die Öffnungsklausel wieder neu entfachen. Also: Das Ende des GOZ-Novellierungsprozesses ist offen. Aber es steht zu befürchten, dass die Kritik aus der Gesundheitspolitik lauter wird, je länger das Verfahren andauert.

■ **Zur Positionierung der BZÄK siehe auch das Interview mit Dr. Peter Engel und Dr. K. Ulrich Rubehn auf den Seiten 42-44.**

zm Leser service

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

Novelle light

Der GOZ-Referentenentwurf liegt vor – jetzt geht es an die interne standespolitische Bewertung. Der Präsident der BZÄK, Dr. Peter Engel, und der Vorsitzende des BZÄK-Senats für privates Gebührenrecht, Dr. K. Ulrich Rubehn, geben erste Einschätzungen ab. Sie skizzieren im zm-Interview die Knackpunkte der Novelle und erläutern, worauf sich die Kollegenschaft einstellen sollte.

zm: Herr Dr. Engel, wie beurteilen Sie den vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegten Referentenentwurf?

Dr. Engel: Zunächst halten wir es für positiv, dass das BMG auf die Öffnungsklausel verzichtet. Damit wird einer unserer wichtigsten Forderungen Rechnung getragen. Ansonsten aber macht sich bei uns Enttäuschung breit: Die Novelle orientiert sich viel zu wenig am wissenschaftlichen Fortschritt und am heutigen Stand der Zahnheilkunde, und nach 23 Jahren Nullrunde werden die Kostenentwicklungen der letzten Jahre schlichtweg unter den Teppich gekehrt. Eine gerade einmal sechsprozentige Anhebung ist für uns betriebswirtschaftlich nicht akzeptabel.

zm: Herr Dr. Rubehn, ein Blick auf die fachliche Seite: Schwarz-Gelb hatte seinerzeit im Koalitionsvertrag das Ziel vereinbart, eine GOZ-Novellierung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft umzusetzen. Ist das nun gelungen?

Dr. Rubehn: Mitnichten. Wir können allenfalls von einer „Novelle light“ sprechen. Die Zahnärzteschaft hatte dem Ministerium damals die Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ) vorgelegt, die den aktuellen Stand der zahnmedizinischen Wissenschaft abbildet und nach betriebswirtschaftlichen Grundlagen durchkalkuliert ist. Das BMG sah sich aus wirtschaftlichen Gründen nicht in der Lage, die HOZ in ihrer Gesamtheit umzusetzen. Jetzt haben wir eine Light-Version, die lediglich die wesentlichen Problemfälle aufgreift. Von einer durchgreifenden Reform sind wir noch weit entfernt, hier wird die BZÄK weiterhin kämpfen müssen.

zm: Warum misst die BZÄK dem Verhindern der Öffnungsklausel einen so hohen Stellenwert zu, Herr Dr. Engel?

Dr. Engel: Weil damit Schlimmes für den Berufsstand und auch für die Patienten verhindert wird. Die Klausel begünstigt Selektivverträge, die das Recht auf freie Arztwahl einschränken. Fairer Wettbewerb wird

verhindert, stattdessen wären ein ruinöser Preiswettbewerb zwischen Zahnärzten und ein immenser Kostendruck die Folge. Die Qualität der Behandlung würde beeinträchtigt, außerdem würden Konzentrationsprozesse die flächendeckende zahnmedizinische Versorgung gefährden. Last, but not least würde sich die Marktmacht einseitig zulasten der PKV verschieben.

zm: Aber die Verträge werden doch freiwillig geschlossen – kein Kollege ist gezwungen, Knebelverträge mit der PKV abzuschließen. Warum halten Sie die Klausel trotzdem für so gefährlich?

Dr. Engel: Weil sie die Qualität der Leistung in Gefahr bringt – so etwas passiert immer dann, wenn die Leistung unter Wert angeboten wird. Gebührenordnungen sollen sicherstellen, dass die Leistungsqualität gegenüber dem Patienten auch erbracht werden kann, sie bringen Schutz vor Preis- und Qualitätsdumping. Wenn man jedoch meint, die Risiken der Öffnungsklausel durch



Foto: BZÄK

Standen den zm in Sachen GOZ Rede und Antwort: BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel ...

„Gebührenordnungen sollen sicherstellen, dass die Leistungsqualität gegenüber dem Patienten auch erbracht werden kann, sie bringen Schutz vor Preis- und Qualitätsdumping.“

Dr. Peter Engel



Foto: ZAEK-SH

... und Dr. K. Ulrich Rubehn, Vorsitzender des BZÄK-Senats für privates Gebührenrecht und Kammerpräsident von Schleswig-Holstein.

„Die fehlende Punktwertanhebung kann man nur als satte Ohrfeige für die Zahnärzteschaft und als handfesten Skandal bezeichnen.“

Dr. K. Ulrich Rubehn

höhere Honorare ausgleichen zu wollen, so macht man eine Milchmädchenrechnung auf: Die Klausel lässt im Kern die Zahnärzte nur um den günstigsten Preis, nicht aber um die Qualität der Leistung konkurrieren.

Es ist auch müßig, zu spekulieren, dass das BMG möglicherweise zu einem größeren Honorarzuwachs bereit gewesen wäre, wenn die Zahnärzteschaft die Öffnungsklausel akzeptiert hätte. Solche Überlegungen gab es nicht. Ich kann übrigens nur eindringlich unterstreichen, dass ein Mehr an Honorar die Nachteile einer Öffnungsklausel nicht aufwiegen kann. Das zeigt sich jetzt schon in anderen Bereichen. So haben beispielsweise die Rechtsanwälte seit 2004 eine der Öffnungsklausel vergleichbare Regelung, die sogenannten „Vergütungs-

vereinbarungen“ mit bestimmten Rechtsschutzversicherungen. Die Anwälte kämpfen inzwischen mit Honorareinbußen von bis zu 60 Prozent und die Bundesrechtsanwaltskammer warnt die Berufsangehörigen vehement vor solchen Klauseln.

zm: Herr Dr. Rubehn, der Koalitionsvertrag sah damals eine Novellierung unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung vor. Sind die jetzt in Aussicht gestellten sechs Prozent wenigstens ein echter Zuwachs?

Dr. Rubehn: Wir haben keine Veränderung des Punktwerts, nur einen sechsprozentigen Honorarzuwachs. Die fehlende Punktwertanhebung kann man nur als satte Ohrfeige für die Zahnärzteschaft und als handfesten Skandal bezeichnen. Damit wird die Kostenentwicklung völlig missachtet – für den Berufsstand eine absolute Enttäuschung. Bei den sechs Prozent handelt sich aber in der Tat um einen echten Zuwachs. Dabei handelt es sich um übereinstimmende Ergebnisse nach den Berechnungen der BZÄK und der Firma BASYS, die für das BMG gerechnet hat, und zwar unter Einbeziehung der Leistungsfrequenzen und der bisherigen empirischen Abrechnung der Zahnärzte. Bei Leistungen, die eine neue Punktzahl erhalten haben, wurde anstelle des bisherigen empirischen Steigerungsfaktors jetzt der Durchschnittsfaktor 2,3 als neuer empirischer Faktor zugrunde gelegt. Neue Leistungen, die kein konkretes Pendant in der alten GOZ finden

und auch nicht als Analogieleistungen zu identifizieren sind, wurden nicht in die Ermittlungen des Honorarvolumens einbezogen. Summa summarum ist natürlich klar, dass die sechs Prozent bei Weitem nicht die Kostensteigerung von über zwei Jahrzehnten ausgleichen können. Übrigens: Das BMG hat hier ohne rechtliche Grundlage für die privatärztlichen Leistungen ein virtuelles Budget ausgerufen: Die Gesamtausgaben dürfen nur minimal steigen.

zm: Aber war da nicht der alte GOZ-Referentenentwurf von 2008 besser? Er sah doch immerhin eine Erhöhung um zehn Prozent vor.

Dr. Rubehn: Das ist ein schwerer Trugschluss. Es handelte sich damals um eine Novellierung auf Grundlage des Bema, mit allen Restriktionen. Nicht umsonst hatte der Berufsstand den Entwurf unisono abgelehnt, und wir können froh sein, dass das Papier schließlich in den Schubladen des BMG verschwand. Wir erinnern uns: Es gab dort eine Öffnungsklausel und eine Umrelationierung aus Bema-Positionen. Die vermeintliche Steigerung auf die damals avisierten rund 10,4 Prozent entpuppten sich als Fallstrick. Durch eine Punktwertanhebung von lediglich 0,46 Prozent ging das Ganze noch ins Minus, weil man versäumt hatte, nach dem Stillstand seit 1988 den GOZ-Punktwert dem tatsächlichen Preisindex anzupassen. ■

INFO

Weiteres Vorgehen

Die BZÄK wird zur Anhörung im Bundesgesundheitsministerium am 9. Mai eine ausführliche Stellungnahme zum Referentenentwurf vorlegen. Danach sind die Länder, also der Bundesrat gefordert. Die neue GOZ soll am 1.1.2012 in Kraft treten. Außerdem bereitet die BZÄK aktuell eine umfassende Kommentierung der neuen GOZ vor, die sowohl den Kammern als auch den Zahnärzten kostenfrei zur Verfügung gestellt wird. ■

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

Arzneimittelkommission Zahnärzte
BZÄK/KZBV
Chausseestraße 13
10115 Berlin

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

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

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

Differentialdiagnose einer zystischen Raumforderung im Kieferbereich

Intraossäres Hämangiom des Unterkiefers

Dimitrios Papavasileiou, Katharina Zeitler, Martin Gosau, Torsten E. Reichert



Abbildung 1:
präoperatives Orthopantomogramm: zystische Veränderung im Bereich der Zähne 45-46, Nebenbefundlich zystische halb-kugelige Veränderung im Bereich des rechten Sinus maxillaris

Fotos: Papavasileiou

Ein 21-jähriger Patient stellte sich wegen einer im Rahmen einer klinisch-radiologischen Routinekontrolle diagnostizierten zystischen Veränderung im Bereich des rechten Unterkiefers in unserer Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie vor (Abbildung 1).

Bei der intraoralen und extraoralen klinischen Untersuchung war kein pathologischer Befund zu erkennen. Die Zähne des vierten Quadranten reagierten im Vitalitätstest positiv und im Perkussionstest negativ. Eine Sensibilitätsstörung im Bereich des Versorgungsgebiets des Nervus alveolaris inferior rechts lag nicht vor.

Im Orthopantomogramm zeigte sich eine radioluzente, scharf begrenzte, unilokuläre zystische Raumforderung im Bereich der Wurzelspitzen der Zähne 45 bis 46, die sich nach kaudal bis zur Basis des Unterkiefers ausdehnte.

In nasaler Intubationsnarkose erfolgte der Zugang über einen Zahnfleischrandschnitt und die Präparation des vestibulären Knochendeckels mittels einer Piezochirurgie-säge. Nach vorsichtigem Abheben des Knochendeckels fand sich ein blutreicher, im Randbereich bindegewebig imponierender Inhalt mit kleineren soliden Anteilen, der mittels Excochleation entfernt wurde (Abbildung 2). Der Nervus alveolaris inferior sowie die in die Läsion hineinragenden Wurzeln der Zähne 45 und 46 wurden geschont. Zur Blutstillung und Stabilisierung des intra-

ossären Blutkoagels wurde Kollagen in die Knochenhöhle eingebracht. Der Knochen- deckel wurde reponiert und mit einer Zugschraube refixiert (Abbildungen 3 und 4). Das entnommene Gewebe wurde zur histologischen Untersuchung eingeschickt.

Die histologische Aufarbeitung des Präparats zeigte Fett- und Bindegewebe mit dem Nachweis von großlumigen, wandstarken Gefäßen, ausgekleidet durch regelhaftes zartes Endothel (Abbildung 5). Im Interstitium waren auch Siderophagen erkennbar.

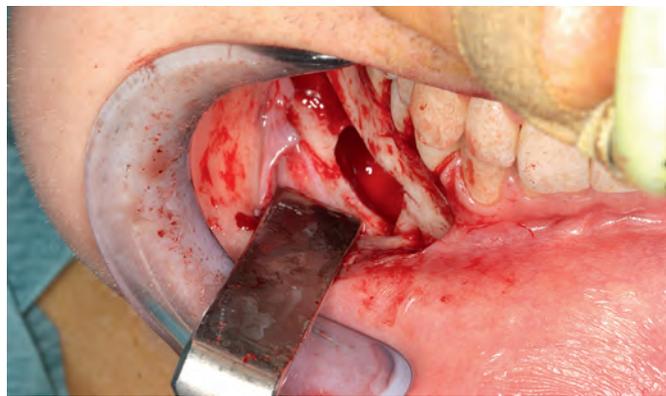


Abbildung 2:
intraoperativer Situs nach Zahnfleischrandschnitt und Abheben des Knochendeckels

In der ergänzenden immunhistochemischen Färbung mit dem Endothelmarker CD34 konnten zahlreiche Gefäßgeflechte nachgewiesen werden (Abbildung 6). Somit ergab sich abschließend in der histopathologischen Begutachtung die Diagnose eines intraossären kavernen Hämangioms mit regressiven Veränderungen.

Der aktuelle klinische Fall

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

Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Eine Hypästhesie des Nervus alveolaris inferior rechts war nicht aufgetreten.

Diskussion

Intraossäre Hämangiome des Unterkiefers sind seltene pathologische Veränderungen wobei circa 70 Fälle in der Literatur beschrieben worden sind [Özdemir et al., 2002]. Die häufigste Lokalisation ist der Prämolaren- und Molarenbereich [Oliveira et

al., 2008]. Das Geschlechtsverhältnis weiblich zu männlich liegt bei 2:1 mit einem Prädispositionsalter zwischen dem 10. und 20. Lebensjahr. Klinisch ist eine langsam zunehmende schmerzlose Schwellung typisch, die zu Lockerungen von Zähnen führen kann. Rezidivierende spontane Blutungen aus dem Parodontalspalt sowie Schmerzen und

Parästhesien der Gingiva können ebenso auftreten. Ein asymptomatischer klinischer Verlauf ist häufig [Naikmasur et al., 2009] und auch in unserem Fall war die Läsion ein Zufallsbefund.

Rund 50 Prozent der intraossären Hämangiome imponieren multizystisch und beim Auftreten im Unterkiefer kommt es häufig zu charakteristischen osteolytischen Zonen mit einem röntgenologisch seifenblasenähnlichen oder bienenwabenartigen Erscheinungsbild. Wurzelspitzenresorptionen können auch beobachtet werden [Naikmasur et al., 2009]. Die Veränderungen im Röntgenbild sind in unserem aktuellen Fall nicht typisch für ein intraossäres Hämangiom und können zu klinischen Fehlein-

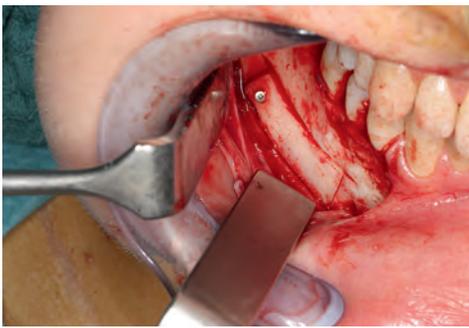


Abbildung 3: Der reponierte Knochendeckel wurde mit einer Osteosyntheseschraube fixiert.



Abbildung 4: postoperatives Orthopantomogramm: Zu erkennen sind die Kontur des Knochenfensters sowie die Osteosyntheseschraube in regio 47.

schätzungen seitens des Behandlers führen. Es sind mehr als zehn tödliche Verläufe in der Literatur beschrieben, bei denen es zu einer unstillbaren Blutung nach Zahnextraktion gekommen war [Bunel, Sindet-Pedersen, 1993; Özdemir et al., 2002]. Falls eine spritzende Blutung aus der Alveole nach einer Zahnextraktion auftritt, kann die

Reposition des Zahnes eine lebensrettende Sofortmaßnahme sein.

Histologisch besteht ein intraossäres Hämangiom typischerweise aus erweiterten, dickwandigen Blutgefäßen die mit roten Blutkörperchen angefüllt sind. Die Blutgefäße zeigen eine stark positive immunhistochemische Reaktion mit den Endothelmarkern CD31 und CD34. Hämangiome lassen sich in kavernöse, kapilläre und gemischte Formen untergliedern. Die überwiegende Zahl der intraossären Hämangiome sind der kavernösen Form zuzuordnen, für die erweiterte, großlumige Gefäße charakteristisch sind. Seltener ist die kapilläre Form, bestehend aus englumigen Kapillaren sowie die gemischte Form, die beide Komponenten aufweist. [Williams et al., 2002; Oliveira et al., 2008; Schwenger, Ehrenfeld, 2011].

Die aktuelle Klassifikation der International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA) unterscheidet die Hämangiome von den vaskulären Malformationen. Hämangiome sind echte, gutartige endotheliale Tumoren und vaskuläre Malformationen werden als lokalisierte Defekte der Gefäßneubildung klassifiziert, die durch eine fehlerhafte vaskuläre Morphogenese verursacht werden und bereits bei der Geburt vorhanden sind [Enjolras et al., 2007]. Hämangiome können sich im Gegensatz zu den vaskulären Malformationen spontan zurückbilden, weswegen häufig regressive Befunde anzutreffen sind.

In die differentialdiagnostischen Überlegungen müssen im vorliegenden Fall odontogene Tumoren oder zystische Läsionen wie die aneurysmatische Knochenzyste, die einfache Knochenkavität, das Ameloblastom, das zentrale Riesenzellgranulom, das isolierte eosinophile Granulom, der keratozystische odontogene Tumor (KZOT) sowie eine radikuläre Zyste eingeschlossen werden.

Eine radikuläre Zyste ist immer mit kariösen, avitalen oder endodontisch behandelten Zähnen ursächlich verbunden. Die aneurysmatische Knochenzyste zeigt sich röntgenologisch in der Regel mit einer scharfen Kon-

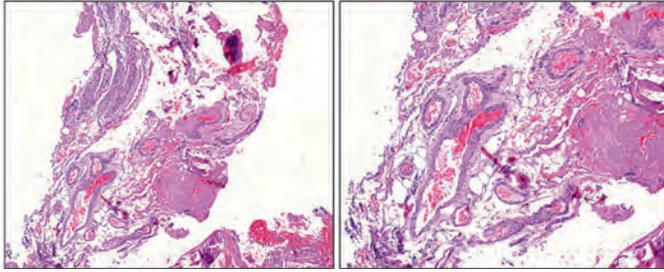


Abbildung 5: in der HE-Färbung: Fett-/Bindegewebe eingelagert in Blutpräzipitate mit dem Nachweis großlumiger, zum Teil wandstarker Gefäße, ausgekleidet durch zartes Endothel; daneben einzelne Spongiosafragmente (Vergrößerung 2x, 5x)

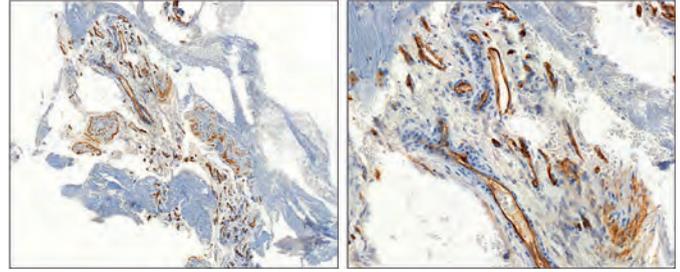


Abbildung 6: in der immunohistochemischen Färbung mit dem Endothelmarker CD34: Darstellung der prominenten Blutgefäße (Vergrößerung 5x, 10x)

tur. Dagegen imponiert ein zentrales Riesenzellgranulom meist als eine unscharf begrenzte, meistens polyzystische Aufhellung [Horch, 2007]. Ein Ameloblastom präsentiert sich radiologisch mit uni- oder multizystischen scharf begrenzten Osteolysezonen, wobei auch hierbei bevorzugt der Unterkiefer betroffen ist. Auf konventionellen Röntgenbildern ist die Abgrenzung gegen einen KZOT oder andere osteolytische Prozesse sehr schwierig. Im Fall des intraossären Hämangioms ist mittels konventioneller Röntgenaufnahmen sowie auch mittels Computertomographie eine differentialdiagnostische Unterscheidung nur bei Auftreten der typischen strahlenförmig angeordneten Knochenbälkchen im Zentrum der Läsion im Unterkiefer möglich [Oliveira et al., 2008; Schwenzer, Ehrenfeld, 2011]. Beim eigenen Patienten wurde die Läsion entsprechend der Verdachtsdiagnose einer aneurysmatischen Knochenzyste operiert. Bei Hinweisen auf ein Hämangiom oder eine vaskuläre Malformation kann präoperativ eine zusätzliche Gefäßdarstellung durchgeführt werden [Bunel, Sindet-Pedersen, 1993; Perugini et al., 2004]. Die Literatur zu den tödlichen Fällen bei Hämangiomen im Kieferbereich beruht auf einer Arbeit von

Fazit für die Praxis

- Bei intraossären Gefäßtumoren, die als radikuläre Zysten fehlinterpretiert werden, können intraorale Blutungen bei Zahnextraktionen entstehen.
- Hämangiome werden im Gegensatz zu den vaskulären Malformationen, die zu den gefäßbezogenen Fehlbildungen des Gesichts gehören, als echte Neoplasien betrachtet.
- Die eindeutige differentialdiagnostische Zuordnung bei radioluzenten oder gemischt radioluzent-radioopaken Läsionen des Unterkiefers ist häufig schwierig. In vielen Fällen ist daher eine biopsische Abklärung vor der eigentlichen Therapie sinnvoll. Bei Verdacht auf einen Gefäßtumor ist aufgrund der Blutungsgefahr eine Biopsie nicht indiziert.

Lamberg und Mitarbeitern aus dem Jahre 1979 [Lamberg et al., 1979]. Hierzu ist anzumerken, dass sich die aktuelle Klassifikation der ISSVA grundlegend gegenüber früheren Einteilungen unterscheidet [Mulliken, 1982; Enjolras, 2007]. So ist davon auszugehen, dass in früheren Arbeiten vaskuläre Malformationen, die insbesondere als "high-flow"-Läsionen intraoperativ beträchtlich bluten können, den Hämangiomen, die dagegen eher als „low-flow“-Läsionen zu betrachten sind, zugeordnet wurden. Hämangiome zeigen in der Regel eine langsame, spontane Involution. Dies wurde auch im eigenen Falle histologisch nachgewiesen und erklärt die geringe intraoperative Blutung. In vielen Fällen intraossärer Hämangiome können intraoperative

Blutungen durch lokale Maßnahmen kontrolliert werden [Perugini et al., 2004].

Die konventionelle Röntgendiagnostik mittels Orthopantomogramm kann durch weitergehende bildgebende Untersuchungen ergänzt werden, unter anderem Magnetresonanztomographie oder Computertomographie. Bei Verdacht auf eine ausge dehnte Gefäßmalformation oder ein ausge dehntes Hämangiom ist eine Angiographie empfehlenswert.

Die Therapie der Wahl bei kleinen Hämangiomen ist die chirurgische Entfernung. Bei größeren Befunden ist eine interdisziplinäre Behandlung zusammen mit den Kollegen der interventionellen Radiologie zu empfehlen, um gegebenenfalls mittels Embolisationsverfahren eine Größenreduktion anzustreben und um das intraoperative Blutungsrisiko zu reduzieren [Perugini et al., 2004].

Dimitrios Papavasileiou
Priv.-Doz. Dr. Dr. Martin Gosau
Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie
Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg

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



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



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

Pilotstudie in Zahnarztpraxen

Prävention und Versorgung interpersoneller Gewalt

Daphne Hahn, Robert Sader, Sebastian Ziller

Ärzte in Notaufnahmen, Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen und Zahnmediziner werden damit konfrontiert, dass Patientinnen oder Patienten mit gewaltbedingten Verletzungen in ihre Praxis kommen. Eine Studie der Universität Fulda macht deutlich, welchen Einfluss der Zahnarzt in einer solchen Situation hat.

Eine für Deutschland repräsentative Untersuchung, die Gewalterfahrungen von Frauen untersuchte, ermittelte bei 37 Prozent Erfahrungen mit gewalttätigen Übergriffen [Müller, Schröttle, 2004]. Jede dritte Frau hat also im Verlauf ihres Lebens körperliche oder sexuelle Gewalt erfahren. Etwa jede siebte Frau war während ihres Erwachsenenlebens mindestens einmal schwerer bis lebensbedrohlicher körperlicher Gewalt durch ihren Partner ausgesetzt. Gewalt ist oft kein einmaliges Ereignis. Insbesondere Partnerschaftsgewalt ist durch Wiederholungen charakterisiert, die häufig mit einer Steigerung der Intensität der Gewaltanwendung einhergehen. Frauen, die sich in Gewaltbeziehungen befinden, können sich aus unterschiedlichsten Gründen oft nicht einfach daraus lösen.

Erkennen, erfassen und unterstützen

Die gesundheitlichen Kurz- und Langzeitfolgen von Gewalt sind immens. Wichtig für Zahnärzte: Ein Großteil der Verletzungen erfolgt im Hals- und Kopfbereich. Typische Folgen von Gewalt sind Verletzungen, wie Stich- und Hiebverletzungen, Schnitt- und Brandwunden, Prellungen, Hämatome und Würgemale. Zahn-, Mund-,

Lippen- oder Kieferläsionen gehören ebenfalls zu den typischen Verletzungsmerkmalen [Klopfstein et al., 2008]. Auch Frakturen insbesondere des Nasenbeins, Trommelfellverletzungen, schwere Kronen- und Wurzelfrakturen, ein Bruch des Nasenknorpels oder Halsläsionen durch Würgen und Drosseln sind häufige Folgen von Gewalt. Diese Verletzungen können zu chronischen Beeinträchtigungen, Erkrankungen oder Behinderungen führen wie beispielsweise zu einer dauerhaften Einschränkung des Seh- oder Hörvermögens [Muelleman et al., 1998; Fanslow et al., 1998; Campbell, 2000; Campbell et al., 2002; Tröger, 2004; Röttscher et al., 2008; Hahn, 2009].

Gewaltprävention

Seit einigen Jahren gibt es verschiedene Anstrengungen, die medizinische Versorgung von Gewaltopfern dahingehend zu verbessern, dass sie nicht nur auf die unmittelbare Versorgung der Verletzungen gerichtet ist, sondern vielmehr auch der Prävention von weiterer Gewalt dienen soll. Die Versorgungssituation kann in verschiedener Hinsicht gewaltpräventiv orientiert sein. Zum einen durch eine systematische, am besten auch fotografische Dokumentation, indem die Verletzungen gerichtsverwertbar erfasst werden. Diese erlaubt den Opfern, wann immer sie es wünschen, ein Verfahren gegen den Täter anzustreben. Dazu gehört allerdings auch, dass der Arzt oder die Ärztin die mögliche Ursache der Verletzungen kompetent kommunizieren kann, die richtigen Worte findet



Foto: picture alliance/dieKLEINERT.de/Käthe deKoe



und auch die Umgebungssituation so gestaltet, dass Gewaltopfer über die Ursache ihrer Verletzungen zu sprechen bereit sind. Bei vermuteter Gewalt nachzufragen, kann sehr schwer sein, weil die meisten Opfer die Ursachen solcher Verletzungen abstreiten und die Geschehnisse bagatellisieren, nicht selten sogar, um den Täter zu schützen. Über ein standardisiertes gerichtsverwertbares Dokumentationsverfahren von interpersonell verursachten Gewaltverletzungen wird eine verbesserte interdisziplinäre Gesundheitsversorgung von Gewaltopfern angestrebt. Das geschieht, indem die Verletzungsursache angesprochen und dokumentiert wird und indem den betroffenen Personen entsprechende Unterstützungsangebote und Hilfeeinrichtungen empfohlen werden. Nach Coulthard und Warburton bieten Zahnarztpraxen ein stigmatisierungsfreies Umfeld, um Gewaltbetroffenheit zu erkennen, medizinisch zu versorgen, Informationen über Hilfeeinrichtungen weiterzugeben und Gewaltopfer zu ermutigen,



Ehemann, Schwager, Sohn? Ein Unfall war es jedenfalls nicht, sondern häusliche Gewalt.

Foto: www.weisser-ring.de

diese in Anspruch zu nehmen [Coulthard und Warburton, 2006]. Die Qualität der Gesundheitsversorgung von Gewaltopfern ist jedoch stets abhängig von der Sensibilisierung des medizinischen Personals. Die Bedeutung von Ärzten und Zahnärzten für die Prävention von Gewalt, insbesondere Partnergewalt, ist außerordentlich groß. Präventiv, um die Wiederholung von Gewalt zu vermeiden, sind erstens das richtige Erkennen von Gewaltbetroffenheit und zweitens die Dokumentation und Weitergabe adäquater Unterstützungsangebote. Beide wirken deshalb präventiv, weil im Fall von Partnerschaftsgewalt auf diese Weise die in der Literatur vielfältig beschriebene Spirale der Gewalthandlungen, die eine Wiederholung und Verstärkung der Gewaltformen umfasst, unterbrochen werden kann. Zugleich kann ein wesentlicher Beitrag dafür geleistet werden, Gewalt gesellschaftlich zu delegitimieren [Walker, 1984]. Je früher interveniert wird, desto höher stehen die Chancen, den Gewaltkreislauf zu unterbrechen und auch die oben beschriebenen gesundheitlichen sowie persönlichen und sozialen Folgen zu verhindern.

Dokumentation der häuslichen Gewalt

Die Hochschule Fulda hat in den Jahren 2008 bis 2010 verschiedene Instrumente und Materialien für die Zahnarztpraxis entwickelt und diese in einer Pilotphase getestet. Das Projekt wurde finanziert durch die Hessischen Ministerien für Wissenschaft und Kunst sowie für Arbeit, Familie und Gesundheit und durch einen interdisziplinären Projektbeirat unterstützt.

Diese Instrumente und Materialien sind:

1. ein zahnärztlicher Dokumentationsbogen zur Erfassung häuslicher Gewalt: Er umfasst zwei Seiten und ergänzt die zahnmedizinische Dokumentation mit dem Blickpunkt auf Gerichtsverwertbarkeit der dort dokumentierten gewaltbedingten Verletzungen.
2. eine Dent-Doc-Card, die auf einem handlichen Format den Zahnärztinnen und Zahnärzten einen kurzen Überblick über das Vorgehen beim Erkennen, Ansprechen und

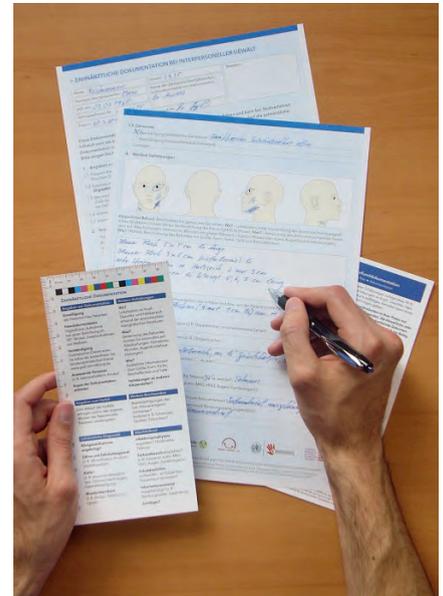


Foto: Daphne Hahn

Dokumentationsbogen und Dent-Doc-Card

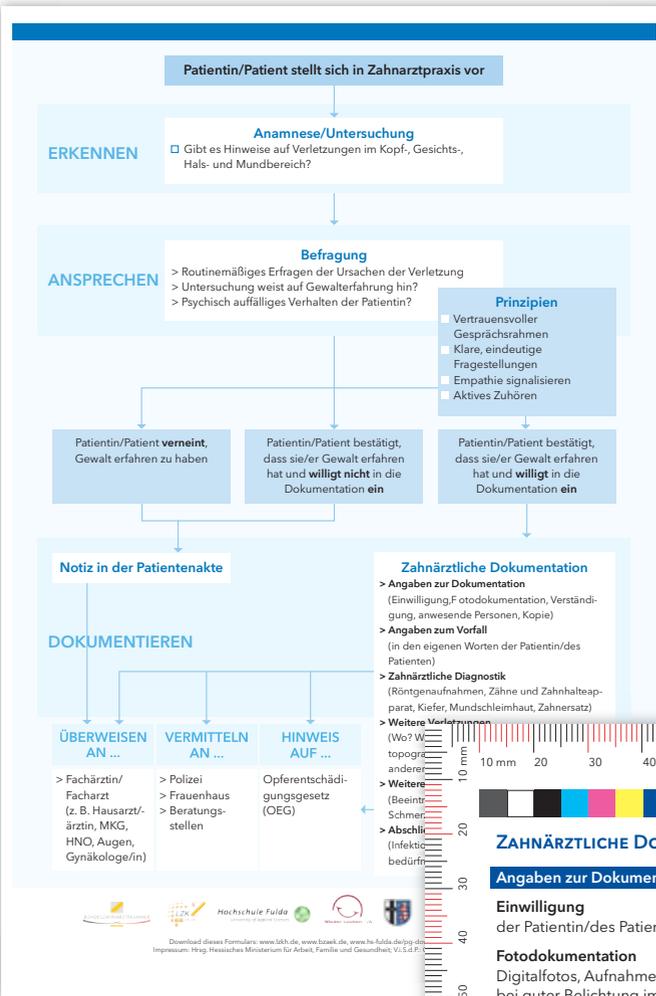
Dokumentieren von häuslicher Gewalt gibt: Diese Karte passt in eine Jackentasche und kann jederzeit zu Hilfe genommen werden.

3. Handlungsempfehlungen für Zahnärztinnen und Zahnärzte zum Erkennen, Ansprechen und Dokumentieren interpersoneller Gewalt: Dabei handelt es sich um eine ausführliche Darstellung mit dem internationalen Stand der Forschung zu diesem Thema, rechtlichen Regelungen und ausführlichen Empfehlungen.

4. ein Ablaufschema zur Vorgehensweise beim Erkennen und Dokumentieren häuslicher Gewalt (Flussdiagramm), das die Handlungsschritte schematisch verdeutlicht.

In der Erprobungsphase, die von Mitte März bis Ende Juni 2010 stattfand, wurden die entwickelten Instrumente, insbesondere der Dokumentationsbogen beziehungsweise die Dent-Doc-Card bei allen interpersonell verursachten Gewaltverletzungen in der zentralen Notfallambulanz, in der MKG-Hochschulambulanz und in der zahnärztlichen Notaufnahme des Universitätsklinikums Frankfurt/Main getestet. Ziel war, den Dokumentationsbogen und die Dent-Doc-Card einzuführen, diese zu evaluieren und gegebenenfalls zu überarbeiten sowie wei-

Ablaufschema



Dent-Doc-Card

ZAHNÄRZTLICHE DOKUMENTATION	
Angaben zur Dokumentation	Weitere Verletzungen
Einwilligung der Patientin/des Patienten	Wo? Lokalisation im Kopf, Gesichts- und Halsbereich anhand der anatomischen/topografischen Strukturen
Fotodokumentation Digitalfotos, Aufnahme bei guter Belichtung im 90°-Winkel, Detailaufnahmen mit Maßstab	Was? Benennung des Befundes (achten Sie besonders auf: Abschürfungen, Hämatome, Wunden, Augenbindehautblutungen)
Verständigung Dolmetscher-Dienst www.he.bdud.de, kostenfreier Gebärdendolmetscher-Dienst www.gsd-vermittlung.de	Wie? Zusätzliche Informationen über Größe, Form, Farbe, Beschaffenheit und Tiefe
Anwesende Personen (z. B. Zahnarzthelferin, Kinder)	Verletzungen an anderen Körperstellen?
Kopie der Dokumentation anbieten	Weitere Beschwerden
Angaben zum Vorfall	Den Ablauf des Vorfalls erfragen und in den eigenen Worten der Patientin/des Patienten wiedergeben.
Zahnärztliche Diagnostik	Beeinträchtigungen des Seh-/Hörvermögens? Schmerzen? Anderes (z. B. Schwindel, Übelkeit, Erbrechen)?
Röntgenaufnahmen angefertigt?	Abschließend
Zähne und Zahnhalteapparat (z. B. Wurzelfraktur, Avulsion, Vitalitätsverlust)	Infektionsprophylaxe angeraten? (Antibiotika, Tetanus)
Kiefer (z. B. abnorme Beweglichkeit, Okklusionsstörungen, Gelenkbeteiligung)	Facharztbesuch empfohlen? (z. B. Hausarzt/-ärztin, MKG, HNO, Augen, Gynäkologe/in)
Mundschleimhaut (z. B. Zunge, Vestibulum, Lippe)	Schutzbedürfnis vorhanden - an Polizei bzw. Frauenhaus verwiesen?
	Informationsmaterial ausgehändigt? (z. B. Beratungsstelle, Jugendamt)
	Sonstiges?

Mit dieser Fokusgruppenarbeit sollten eventuell erkennbare Hindernisse der Anwendung im Ablauf der Klinik erfasst werden, die zu einem unvollständigen Ausfüllen des Dokumentationsbogens führten. Diese qualitative Erhebung bildete die Basis für die Evaluation und inhaltliche Überarbeitung des Dokumentationsbogens, der nunmehr in einer wissenschaftlich validierten Fassung vorliegt sowie für weitere Empfehlungen von Rahmenbedingungen, die für den systematischen Einsatz der Instrumente erforderlich sind.

Die Evaluation des geführten Gruppengesprächs ergab, dass der zweiseitige zahnmedizinische Dokumentationsbogen alle wesentlichen gerichtsrelevanten Aspekte beinhaltet und leicht zu handhaben ist. Als schwierig für das vollständige Ausfüllen des Dokumentationsbogens wurden die knap-

pen zeitlichen Ressourcen beziehungsweise Überschneidungen mit der medizinischen Dokumentation angegeben. Eine aussagekräftige visuelle Darstellung der Verletzungen oder eine fotografische Dokumentation erfolgte nur in den seltensten Fällen. Als Gründe dafür wurden insbesondere der mangelnde Sinn einer fotografischen Dokumentation für die Gerichtsverwertbarkeit, schlechte Verfügbarkeit über eine Kamera sowie fehlende Zuständigkeiten für die Verwaltung der Aufnahmen genannt. Daraus lässt sich ableiten, dass eine abteilungsinterne organisatorische Regelung erforderlich ist, um die Dokumentation routinemäßig und vollständig – das heißt einschließlich der für die Gerichtsverwertbarkeit sehr bedeutsamen fotografischen Dokumentation der Verletzungen – durchzuführen.

Eine große Unsicherheit des medizinischen Personals in der Ansprache und im Umgang mit Betroffenen wurde ebenso deutlich wie auch ein starkes Interesse an Qualifizierungsmaßnahmen, um Gewalt erkennen, ansprechen sowie angemessen mit diesen Situationen umgehen zu

Quelle: Hessisches Sozialministerium

tere Erkenntnisse darüber zu sammeln, wie die Dokumentation erfolgt, welche Schwierigkeiten es beim Einsatz gibt und wie diese beseitigt werden können.

Die in der Pilotphase erfassten Dokumentationsbögen waren mit 54 Prozent zum großen Teil vollständig ausgefüllt. Wichtig war auch festzustellen, dass die Patientinnen und Patienten überwiegend mit dem Ausfüllen eines solchen Dokumentationssystems einverstanden waren und nur sehr wenige ihre Zustimmung verweigerten.

Als weitere Methode die praktische Anwendbarkeit und Vollständigkeit des Dokumentationsbogens zu überprüfen, wurde mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der mund-kiefer-gesichtschirurgischen Hochschulambulanz des Universitätsklinikums Frankfurt eine Fokusgruppe durchgeführt.

> ZAHNÄRZTLICHE DOKUMENTATION BEI INTERPERSONELLER GEWALT

Name:	Uhrzeit:	Stempel
Vorname des Versicherten:	Name der Zahnärztin/des Zahnarztes (in Druckbuchstaben mit Telefonnummer)	
geb. am:		
Vertragszahnarzt-Nr.:		
Datum:	Unterschrift:	

Diese Dokumentation dient als Nachweis in zivil- bzw. sozialrechtlichen Verfahren und kann bei Strafverfahren hilfreich sein; sie ersetzt kein rechtsmedizinisches Gutachten. Aus Datenschutzgründen darf die zahnärztliche Dokumentation nur mit Einwilligung der Patientin/des Patienten erstellt und aufbewahrt werden.
Bitte sorgen Sie für eine ruhige, ungestörte Gesprächs- und Untersuchungsumgebung!

1. Angaben zur Dokumentation

- 1.1 Patientin/Patient willigt in die Dokumentation ein (einschließlich einer evtl. Fotodokumentation). Ja
Beachten Sie: Dies ist **keine** Schweigepflichtbindung.
- 1.2 Fotodokumentation angefertigt? Ja Nein
(**Digitalfotos**, Aufnahme bei guter Belichtung im 90°-Winkel, Detailaufnahmen mit **Maßstab**)
- 1.3 Wie verständigt (bei Sprach- und Verständigungsproblemen)?
(Falls die Patientin/der Patient kein Deutsch spricht: Dolmetscher-Dienst unter www.he.bduue.de;
bei Gehörlosigkeit: Kostenfreier Gebärdendolmetscher-Dienst nach § 17 SGB I unter www.gsd-vermittlung.de)
- 1.4 Anwesende Personen (z. B. Zahnärzthelferin, Kinder, übersetzende Person): _____ Ja Nein
- 1.5 Kopie der Dokumentation an Patientin/Patient ausgehändigt? Ja Nein

2. Angaben zum Vorfall

- Fragen Sie nach dem Ablauf des Vorfalles und notieren Sie in den eigenen Worten der Patientin/des Patienten.
Berücksichtigen Sie folgende Angaben:
> Ort, Datum, Zeitpunkt bzw. Zeitraum
> Ursache der Verletzungen (z. B. Schlagen)
> Verursachende Person/en
> Personen, die während des Vorfalles anwesend waren

3. Zahnärztliche Diagnostik

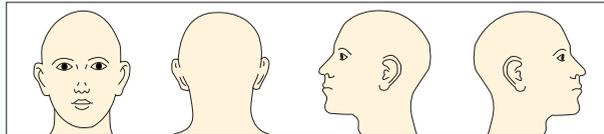
Bitte **Zutreffendes ankreuzen** sowie bei auffälligem Befund **in der Behandlung**

- 3.1 Röntgenaufnahmen angefertigt Ja, welche? _____
- 3.2 Zähne und Zahnhalteapparat
 Schmelz-Dentin-Fraktur
 Alveolarfortsatzfraktur
 Lockerungsgrad _____
- 3.3 Kiefer
 Abnorme Beweglichkeit
 Hämatom
 Gelenkbeteiligung _____
- 3.4 Verletzungen der Mundschleimhaut
 Zunge Wange
 Gaumen Schwellung
Sonstiges: _____

3.5 Zahnersatz

- Beschädigung festsitzender Zahnersatz _____
 Beschädigung herausnehmbarer Zahnersatz _____
Sonstiges: _____

4. Weitere Verletzungen



Körperlicher Befund: Beschreiben Sie genau, was Sie sehen: **Wo?** - Lokalisation unter Verwendung der anatomischen/topographischen Strukturen (nutzen Sie zur Verdeutlichung die hier aufgeführte Skizze); **Was?** - Benennung des Befundes (achten Sie besonders auf Abschürfungen, Hämatome, Wunden mit glatten Rändern, Quetsch-/Risswunden sowie Augenbindehautblutungen); **Wie?** - Nähere Beschreibung des Befundes mit Größe, Form, Farbe, Tiefe und Beschaffenheit.

Sonstige Verletzungen an anderen Körperstellen, die sichtbar sind bzw. von der Patientin/dem Patient berichtet werden

- Ja, welche? _____

5. Weitere Beschwerden

- 5.1 Beeinträchtigungen des Sehvermögens (z. B. Doppelbilder, verschwommenes Sehen) Ja, welche? _____ Nein
- 5.2 Beeinträchtigungen des Hörvermögens (z. B. Ohrgeräusche) Ja, welche? _____ Nein
- 5.3 Schmerzen Ja, welche? _____ Nein
- 5.4 Anderes (z. B. Schwindel, Übelkeit, Erbrechen) Ja, was? _____ Nein

6. Abschließend

- 6.1 Infektionsprophylaxe angeraten (Antibiotika, Tetanus) Ja, welche? _____ Nein
- 6.2 Facharztbesuch angeraten (z. B. Hausarzt/-ärztin, MKG, HNO, Augen, Gynäkologe/in) Ja, welche? _____ Nein
- 6.3 Schutzbedürfnis vorhanden - an Polizei bzw. Frauenhaus verwiesen? Ja Nein
- 6.4 Informationsmaterial ausgehändigt (z. B. Frauennotruf, Beratungsstelle, Jugendamt) Ja, welche? _____ Nein
- 6.5 Sonstiges? _____



* Insbesondere bei multiplen Verletzungen unterschiedlichen Alters sowie bei Gewalt gegen den Hals ist die Erstellung eines rechtsmedizinischen Gutachtens anzuraten.
Download dieses Formulars: www.101-106.de, www.zm101.de, www.hs-fulda.de/igp-dokumentation, www.hmgp.hessen.de | Impressum: Hrg. Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit | V. S. P. G. G. K. Stand: Juli 2010, Projekt: der Arbeitsgruppe Gewaltprävention der Hochschule Fulda mit Förderung der Hessischen Landesregierung

zu sein scheinen. Eine strukturelle Verankerung der zahnmedizinischen Dokumentationsform in den Kliniken sowie eine gute Organisation des Zugriffs auf Hilfsmittel wie Kameras und Informationsmaterialien sind zentrale strukturelle Voraussetzungen für die Anwendung des zahnärztlichen Dokumentationsbogens und damit auch für eine Versorgung von Gewaltopfern, die über die unmittelbare Behandlung hinausgeht und auch die Prävention von Gewalt im Blick hat. Mit den entwickelten Materialien und Instrumenten stehen erstmals verschiedene Hilfen bereit, die Zahnärztinnen und Zahnärzten den Umgang mit Frauen und Männern erleichtern sollen, die sie mit gewaltbedingten Verletzungen aufsuchen und auf Hilfe angewiesen sind. Eine Reihe von Landeszahnärztekammern bieten ähnliche Unterstützungsbausteine an.

Prof. Dr. Daphne Hahn
Fachbereich Pflege und Gesundheit
Hochschule Fulda – Fulda University of Applied Sciences
Marquardstr. 35
6039 Fulda
daphne.hahn@pg.hs-fulda.de

Prof. Dr. Dr. Robert Sader
Direktor der Fachklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie
des Universitätsklinikums Frankfurt am Main
Theodor-Stern-Kai 7
60596 Frankfurt am Main
robert.sader@kgu.de

Dr. Sebastian Ziller MPH
Bundeszahnärztekammer
Leiter der Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung
Chausseestr. 13
10115 Berlin
s.ziller@bzaek.de

Unter diesem Link können der Dokumentationsbogen, die Dent-Doc-Card und das Ablaufschema heruntergeladen werden:
<http://www.hs-fulda.de/index.php?id=9183>



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

Dokumentationsbogen
Seiten 1 und 2

können. Als weiteres Ergebnis zeigte sich, dass in keinem einzigen Fall eine Weiterleitung an Hilfeeinrichtungen erfolgte beziehungsweise keinerlei Informationen über Hilfsmöglichkeiten gegeben wurden. Diese Ergebnisse bestätigen zugleich internationale Erfahrungen und den Weiterbildungsbedarf in diesem Bereich.

Fazit

Abschließend lässt sich festhalten, dass viele Zahnärztinnen und Zahnärzte mitsamt Team sich der einzigartigen Position, Gewaltopfern neben der medizinischen Versorgung Hilfe und Unterstützung anzubieten, bisher nicht ausreichend bewusst

Wissenschaftliche Mitteilung der DGPro

Nachsorgestrategien für Zahnersatz

Helmut Stark, Anne Wolowski, Bernhard Ehmke

Im Nachfolgenden veröffentlichen die zm eine Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien (DGPro), die bereits in der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift (dzz) im April 2011 publiziert wurde.



Abbildung 1: Nebenwirkungen einer klammerverankerten Teilprothese aufgrund verstärkter Plaqueanlagerungen.

lung im eigentlichen Sinne zu verstehen. In zahlreichen Untersuchungen wurde nachgewiesen, dass das Restgebiss bei fehlender Nachsorge zunehmend und beschleunigt verfällt. Es konnte auch belegt werden, dass Nachsorgeprogramme strukturiert durchgeführt werden sollten, da jene Patienten, die regelmäßig an den Nachsorgeuntersuchungen teilnahmen, die signifikant besseren Befunde insbesondere hinsichtlich der parodontalen Parameter der noch vorhandenen Zähne aufwiesen [3, 6, 16, 22, 29, 32]. In Bezug auf den herausnehmbaren Zahnersatz ist dabei zu beachten, dass der Nachsorgeaufwand bei Prothesen erheblich höher ist als bei festsitzenden Versorgungen und aufgrund vermehrter biologischer Schäden sowie technischer Probleme mehr Folgebehandlungen durchgeführt werden müssen [39]. Nachsorgeprogramme werden mittlerweile auch als Gütekriterium bei der Beurteilung aktueller Metaanalysen herangezogen [8]. Ein besonderes Problem bildet hierbei die Compliance der Patienten, da die

Einleitung und Definition

Als Nachsorge bezeichnet man in der Medizin die planmäßige Nachuntersuchung von Patienten nach einer abgeschlossenen oder vorläufig abgeschlossenen Behandlung. Die Ziele dieser Nachsorge bestehen darin, das Wiederauftreten der Erkrankung oder typische Komplikationen einer Krankheit oder ihrer Therapie frühzeitig zu erkennen und so effektiver behandeln zu können, den Patienten im Umgang mit der Erkrankung auch im Alltag zu unterstützen und gegebenenfalls

eine Dauerbehandlung an die Bedürfnisse des Patienten und den Krankheitsverlauf anzupassen [37]. Für die Zahnmedizin bedeutet dies, dass Schäden infolge der Einwirkung von Zahnersatz vermieden werden sollten. Außerdem müssen die Patienten gemäß ihren eigenen Fähigkeiten wie manuelle Geschicklichkeit und Sehvermögen bezüglich der Handhabung und Pflege ihrer Zähne sowie des Zahnersatzes motiviert und instruiert werden. Die Versorgung mit festsitzendem und herausnehmbarem Zahnersatz ist somit als eine Dauerbehand-



Abbildungen 2a und 2b: älterer Patient mit einer OK-Teleskopprothese ohne Angabe von Beschwerden



Abbildung 3:
Hand einer
92-jährigen
Patientin mit
eingeschränkten
manuellen
Fähigkeiten

Nachsorgebereitschaft mit der Zeit stark nachlässt, vor allem dann, wenn keine engmaschigen Nachsorgetermine vereinbart werden [16].

Nebenwirkungen von Zahnersatz

Warum ist die Nachsorge für herausnehmbaren Zahnersatz so wichtig? Eine wichtige Rolle spielen hier die Nebenwirkungen, die mit der Eingliederung von feststehendem und abnehmbarem Zahnersatz unvermeidbar sind.

Feststehender Zahnersatz hat durch die Lage der Präparationsgrenze und die Gestaltung des Kronenrandes unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit des Parodontiums [14, 33]. Präparationsbedingte Schäden können eine Traumatisierung der Zahnpulpa provozieren [7].

Bei abnehmbarem Zahnersatz fallen insbesondere die Nebenwirkungen der klammerverankerten Prothesen durch verstärkte Plaqueanlagerungen an Zähnen und Prothesen, Kariesprogredienz (insbesondere Wurzelkaries), zunehmende parodontale Erkrankungen und das verstärkte Auftreten von Prothesenstomatopathien auf [21] (Abbildung 1). Auffällig ist diesbezüglich vor allem bei älteren Menschen die Diskrepanz zwischen einem häufig mangelhaften objektiven Befund und dem subjektiven Befinden des Patienten [31]. Ältere Menschen weisen ein sogenanntes altersspezifisches „Underreporting“ auf, das heißt, dass sie dazu tendieren, Veränderungen als altersabhängig und damit als nicht therapierbar

zu interpretieren (Abbildungen 2a und 2b). Deshalb fordern sie vielfach eine angemessene Diagnostik gar nicht ein [28]. „Nebenwirkungen“ lassen sich auch bei kombiniertem und totalem Zahnersatz beobachten, insbesondere dann, wenn die zahntechnischen Anforderungen an die parodontalhygienische Gestaltung kombiniert feststehend-herausnehmbarer Prothesen von zahntechnischer Seite nicht ohne Kompromisse umgesetzt werden konnten [15, 17, 23].

Risikofaktoren

Risikofaktoren für eine adäquate Nachsorge von Zahnersatz lassen sich durch die Analyse klinischer Langzeitstudien ermitteln. Entscheidend hierbei ist die zeitbezogene Betrachtung zur Bewährung von Prothesen mittels Kaplan-Meyer-Überlebenskurven oder Sterbetafelanalysen. Während für Kronen und Brücken umfassende und valide Daten vorliegen, besteht bei herausnehmbarem Zahnersatz weiterer Forschungsbedarf [19]. Risikofaktoren für feststehenden Zahnersatz ergeben sich aus dem Befund, der Pfeilerverteilung und -qualität, der Indikationsstellung, der Planung und Umsetzung, dem Werkstoff, dem Alter des Patienten sowie dem Nachsorgezyklus [19].

Ein wesentlicher Risikofaktor für Prothesen ist die Klammerverankerung, da Patienten mit klammerverankerten Teilprothesen häufiger an Karies, Parodontopathien und Mundschleimhauterkrankungen leiden [6, 18, 20]. Die Überlebenszeitwahrscheinlichkeiten lagen nach fünf bis zehn Jahren zwischen 39 und 87 Prozent [20, 35, 38].

Signifikant mehr Misserfolge wurden bei Modellgussprothesen im Unterkiefer und bei Freundkonstruktionen beobachtet [34]. Hervorzuheben ist die klinische Langzeitstudie einer skandinavischen Autorengruppe, die festgestellt hat, dass bei korrekter Planung der Modellgussprothese, parodontaler Vorbehandlung, guter Mund- und Prothesenhygiene von Patientenseite und insbesondere zahnärztlicher Nachsorge sich auch klammerverankerte Teilprothesen über mehrere Jahrzehnte bewähren können [3]. Die Langzeitergebnisse bei Teleskopprothesen erscheinen mit Überlebensraten aller Pfeilerzähne zwischen 72 und 90 Prozent günstiger [23, 24, 30], wobei die Überlebensraten von Totalprothesen nach fünf Jahren zwischen 50 und 92 Prozent breit schwankten [2, 20]. Für herausnehmbaren Zahnersatz kann konstatiert werden, dass dieser im Vergleich zu festsitzendem Zahnersatz nur etwa die Hälfte der Funktionsperiode überdauert [19] und daher bezüglich der Nachsorgeanstrengungen besonderer Beachtung bedarf.

Ein weiterer Risikofaktor stellt das Alter der Patienten dar. Bedenkt man, dass das durchschnittliche Alter der Patienten, die herausnehmbaren Zahnersatz tragen, höher ist, dann ergibt sich das Problem, dass mit zunehmendem Alter der Abstand zwischen den Kontrolluntersuchungen allenfalls noch zwölf Monate beträgt. Dieses Verhalten wird wesentlich gefördert durch das vom Gesetzgeber etablierte Bonussystem für Zahnersatzleistungen und die damit in Zusammenhang stehende einmal jährliche Befreiung von der Praxisgebühr bei einer Vorsorgeuntersuchung [12]. Es ist auch offensichtlich, dass bei den Betroffenen ein Informationsdefizit besteht, da sie oft nicht wissen, dass engmaschig terminierte Nachsorgeuntersuchungen zur Gesunderhaltung des Kauorgans beitragen.

Weitere Einflussfaktoren sind psychopathologischer Art. So trägt ein positives Selbstbild zur Verbesserung der Compliance bei, während Depression, Angst, Rauchen und negative Aggressionen zu den negativen Einflussfaktoren gehören. Eine positive Einstellung zur Mundhygiene wirkt sich ebenso förderlich aus wie ein hoher sozioökono-

mischer Status, eine gute Zahnarzt-Patient-Beziehung und eine große Patientenzufriedenheit. Ein Behandlerwechsel stellt einen negativen Einflussfaktor dar [10, 27]. Bei älteren Patienten sind die häufig vorhandenen Einschränkungen der manuellen Fähigkeiten und des Sehvermögens nicht nur bei der Planung des herausnehmbaren Zahnersatzes, sondern auch bei der Erstellung eines Nachsorgekonzepts zu berücksichtigen (Abbildung 3). Oft müssen daher Angehörige oder gegebenenfalls Pflegepersonal mit eingebunden werden [26].

Nach einer anamnestischen Befragung der Patienten im Hinblick auf zahnersatzbedingte Beschwerden, die Funktionstüchtigkeit des Zahnersatzes, die Tragegewohnheiten und das Hygieneverhalten sollten die folgenden Untersuchungen routinemäßig vorgenommen und schriftlich dokumentiert werden. Die Übersichten zu der im Rahmen der Nachsorge durchgeführten Basisdiagnostik und der Untersuchung des Zahnersatzes sind den Tabellen 1 und 2 zu entnehmen. Die sich daraus ergebenden Therapie- und/oder Nachsorgemaßnah-

Maßnahme	Methode	Befunde
Anamnese	Interview Anamnesebogen	Erkrankungen Medikamenteneinnahme manuelle Geschicklichkeit selbst beobachtete Auffälligkeiten
Funktionsbefund	CMD-Kurzcheck	Mobilität des Unterkiefers Druckdolenz Kieferrelationsveränderungen Okklusionsstörungen
Mundbefund	Zahnstatus PSI [11] Inspektion der Mundschleimhaut	Plaques Karies parodontale Erkrankungen Farb-/Formveränderungen der Mundschleimhaut Stomatopathien Mundtrockenheit (Xerostomie)

Tabelle 1: Basisdiagnostik für die Nachsorgeuntersuchung

Nachsorge in der zahnärztlichen Praxis

Spätestens am Tag der Eingliederung von Zahnersatz ist der Patient darauf hinzuweisen, dass eine regelmäßige Nachsorge für die Gesunderhaltung des gesamten Kauorgans und die Funktionstüchtigkeit der Prothesen dringend erforderlich ist. Der Patient sollte motiviert und instruiert werden, an den regelmäßigen Nachuntersuchungen teilzunehmen, was bedingt, dass der behandelnde Zahnarzt auch über ein funktionierendes Recall-System verfügt. Prinzipiell sollte von jeder zahnärztlichen Praxis ein Nachsorgekonzept für alle Patienten angeboten werden, das an deren individuelle Gebissituation, Bedürfnisse und Fähigkeiten angepasst ist.

men werden dementsprechend durchgeführt. Es ist ratsam, alle Informationen zu Handhabung, Nachsorgeterminen sowie Hygienemaßnahmen schriftlich zu formulieren und dem Patienten mitzugeben, damit sowohl dieser als auch die Angehörigen sie jederzeit nachlesen können. Bei älteren Menschen empfiehlt es sich, bezüglich der Speichelmenge nachzufragen, da sie aufgrund der altersbedingten Rückbildung der Speicheldrüsen, von Allgemeinerkrankungen oder Medikamentennebenwirkungen und der Tatsache, dass sie zu wenig trinken, häufig an Mundtrockenheit leiden [1] (Tabellen 1 und 2).

Entscheidend für eine erfolgreiche und nachhaltige Nachsorge ist, dass die diagnostizierten Befunde adäquat therapiert werden sollten.

Zahnersatzart	Struktur/Bereich	Befunde
feststehender Zahnersatz	Pfeilerzahn	Karies Vitalitätsverlust Lockerung parodontale Erkrankungen
	Krone/Brückenanker Primäranker	sondierbare Randundichtigkeiten Lockerung des Ankers Verfärbungen Abplatzungen okklusale Veränderungen
	Brückenzwischenglieder Stege	Schleimhautreaktionen Plaqueeinlagerungen Abplatzungen okklusale Veränderungen
partielle Prothesen	Pfeilerzähne	Karies Vitalitätsverlust Lockerung parodontale Schäden
	Klammern/Attachments	Frikationsverlust Frakturen
	Prothesensättel	Prothesenstomatitis [4, 13] mangelnder Belastungsausgleich Einlagerung von Prothesensätteln Abrieb/Verlust von Prothesenzähnen Verfärbungen Spaltbildungen bei Materialübergängen Rissbildungen Plaqueeinlagerungen
totale Prothesen	Okklusion	Veränderung der Kieferrelation Abrieb/Verlust von Prothesenzähnen
	Prothesenbasis	Prothesenstomatitis [4, 13] Verlust der Kongruenz Mangelnder Prothesenhalt aufgrund Xerostomie [25] Einlagerung des Funktionsrandes Verfärbungen Materialveränderungen Rissbildungen Plaqueeinlagerungen

Tabelle 2:
Untersuchung des
Zahnersatzes

Remotivation und Reinstruktion

In zahlreichen Untersuchungen wurde festgestellt, dass zum dauerhaften Erhalt der Mundgesundheit die ständige Wiederholung der Motivation des Patienten und der Instruktion bezüglich Mundhygienemaßnahmen und Handhabung insbesondere des herausnehmbaren Zahnersatzes von entscheidender Bedeutung ist [16, 22, 39]. Hierbei sollte auf eine adäquate und zurückhaltende Ansprache des Patienten geachtet werden, damit dieser zwar über

die Ursachen der Erkrankungen in seiner Mundhöhle objektiv aufgeklärt wird, sich aber nicht bevormundet fühlt. Über die Vorteile einer guten und vor allem regelmäßigen Nachsorge muss der Patient eingehend informiert werden. Dabei hat die Aufklärung durch den Zahnarzt mehr Gewicht als die durch eine Zahnmedizinische Fachangestellte. Es empfiehlt sich, das beim Patienten vorhandene Wissen in Erfahrung zu bringen. Stärkere Defizite sollten durch angemessene Zielvereinbarungen – gegebenenfalls mit schrittweiser Steigerung – ausgeglichen werden. So war der Therapieerfolg

bei jenen Behandlern größer, die sich nach den bisherigen Zahnpflegetechniken des Patienten erkundigten, die zu verwenden den Techniken anschaulich demonstrierten und einüben ließen und sich den Patienten in stärkerem Maße zuwandten [36].

Mund- und Prothesenhygiene

Der Patient sollte immer wieder darüber informiert werden, dass für die Gesunderhaltung der oralen Strukturen in der Mundhöhle, also der Zähne und insbeson-



Abbildungen 4a und 4b: Anwendung von Superfloss-Zahnseide und Interdentalbürste zur Reinigung eines Brückenzwischenglieds

dere des prothesenbedeckten Anteils der Mundschleimhaut, eine sorgfältige und regelmäßige Durchführung von Hygienemaßnahmen erforderlich ist.

Zum Reinigen der Zähne und des festsitzenden Zahnersatzes eignen sich neben der Handzahnbürste besonders elektrische Zahnbürsten [9]. Zahnzwischenräume und insbesondere die Unterseiten der Brückenzwischenglieder sollten mit Zahnseide (wie Superfloss) und Interdentalbürste gereinigt werden (Abbildungen 4a und 4b).

Die Prothesen sollten möglichst nach jeder Mahlzeit unter fließendem Wasser abgespült und einmal täglich mit einer Handwaschbürste oder noch besser mit einer speziellen Prothesenreinigungsbürste sorgfältig gesäubert werden. Als effiziente Reinigungsmittel bieten sich Neutralseifen oder auch Spülmittel an. Die Reinigung sollte möglichst über einem gut beleuchteten Waschbecken erfolgen, das mit Wasser gefüllt oder mit einem Tuch ausgelegt ist. Fehlsichtige Patienten müssen dabei ihre Brille aufsetzen. Besonders sorgfältig sind die Beläge im Bereich der Verankerungselemente, in den Innenflächen der Außenkronen von Doppelkronen und von der Unterseite der Prothesen zu entfernen, um plaquebedingte Entzündungen des Prothesenlagers zu vermeiden. Einmal täglich sollte auch die prothesenbedeckte Mundschleimhaut mit einer weichen Zahnbürste gereinigt und massiert werden. Darüber hinaus ist es ratsam, den Zungenrücken

mindestens einmal wöchentlich mit einer speziellen Zungenbürste zu reinigen. Zur Grundreinigung sollten die Prothesen zweimal in der Woche für etwa 15 Minuten in ein Tablettenreinigungsbad, eine gebrauchsfertige Chlorhexidinlösung oder ein Ultraschallbad mit dreiprozentiger Wasserstoffperoxidlösung eingelegt werden. Außerdem ist darauf zu achten, dass der Patient seine Mundhygieneutensilien zum Nachsorgetermin mitbringt, denn dann können diese einerseits überprüft werden, und andererseits ist es möglich, ihre richtige Anwendung mit dem Patienten zu besprechen.

Nachsorgeintervalle

Prinzipiell hängt das Nachsorgeintervall vor allem von patientenspezifischen Gegebenheiten wie der Compliance, der gesamten Gebissituation, dem Zahnersatztyp, dem Alter der Patienten sowie seiner manuellen Geschicklichkeit und seinem Sehvermögen ab [5]. Nachgewiesen ist, dass sich die Befunde von prothetisch versorgten Patienten bei einer regelmäßigen Teilnahme an einem Nachsorgesystem signifikant verbesserten [16, 22].

Patienten mit festsitzendem Zahnersatz sollten wie Patienten mit eigenen Zähnen ein- bis zweimal im Jahr zur zahnärztlichen Nachsorge gehen. Für Patienten mit partiellen Prothesen wird idealerweise ein dreimonatiges Nachsorgeintervall empfohlen

[16]. Zu beachten ist, dass die Teilnehmerquote bei einem sechsmonatigen Nachsorgeintervall bereits zwischen 29 und 72 Prozent schwankte [22, 23, 35, 39].

Fazit

Für die dauerhafte Erhaltung der Mundgesundheit von mit Zahnersatz versorgten Patienten ist ein Nachsorgesystem unabdingbar, das eine risikoadaptierte und regelmäßige Teilnahme der Patienten gewährleistet.

Prof. Dr. Helmut Stark
Zentrum für Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik,
Propädeutik und Werkstoffwissenschaften
Welschnonnenstr. 17
53111 Bonn
helmut.stark@uni-bonn.de

PD Dr. Anne Wolowski
Zentrum für Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Waldeyerstr. 30
48149 Münster

Prof. Dr. Bernhard Ehmke
Zentrum für Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde
Poliklinik für Parodontologie
Waldeyerstr. 30
48149 Münster

zm Leser service

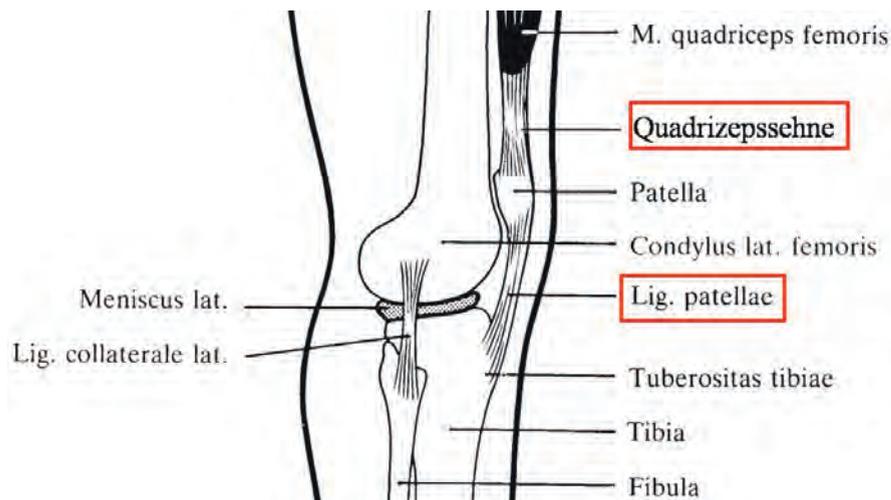
Die Literaturliste kann im Bereich Download auf www.zm-online.de abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.

Quadrizeps- und Patellarsehnenruptur

Meist ein indirektes Trauma

Thomas Schmickal, Sylvia Doleschal, Alexander Schuh

Eine intakte Sehne reißt normalerweise nur unter äußerster Gewalteinwirkung. Gefährdet sind vor allem vorgeschädigte Streckapparate. Dann jedoch genügt ein Abstieg vom Berg oder ein Sprung mit unsanfter Landung. Unsere Autoren geben einen Überblick über die typischen Zeichen geschädigter Kniegelenksehnen und mögliche Therapien.



Quadrizepssehnenruptur

Die Quadrizepssehnenruptur ist eine schwere Verletzung des Streckapparats der unteren Extremität. Selten findet man sie als Folge direkter Gewalteinwirkung im Rahmen von komplexen Knieverletzungen. Viel häufiger treten Spontanrupturen aufgrund eines indirekten Traumas bei degenerativ vorgeschädigten Sehnen mit einem Altersgipfel jenseits des 40. Lebensjahrs (meist zwischen 55 und 65 Jahren) auf [1, 8]. Bei Sportlern werden Quadrizepssehnenrupturen auch in jüngerem Lebensalter beobachtet, vor allem beim Gewichthebern, Basketballern oder Hochspringern, bei denen sie oft infolge degenerativer Veränderungen als „Jumpers Knee“ vorkommen [6]. Der häufigste Pathomechanismus ist die willkürliche maximale Quadrizepsanspannung bei fixiertem Fuß, typischerweise beim Bergabgehen, bei der Landung nach einem Sprung oder beim Versuch, einen Sturz mit gebeugtem Knie abzufangen.

Quadrizepssehnenrupturen werden häufig auch beidseitig beobachtet, die Rupturstelle liegt in der Regel ein bis zwei Zentimeter oberhalb der Insertion an der Patella. Untersuchungen zur Vaskularisation großer Sehnen wie der Supraspinatussehne oder Achillessehne haben gezeigt, dass Rupturen dieser Sehnen hauptsächlich in Bereichen auftreten, in denen die Sehnen unzu-

reichend mit Blutgefäßen versorgt sind. Avaskuläre Zonen kommen in Sehnen häufig dort vor, wo eine Sehne über ein Hypomochlion gleitet. Der dem Hypomochlion anliegende Anteil wird als Gleitsehne bezeichnet. Als Ausdruck einer Druck- und Schubbeanspruchung kommt es in dieser Zone zur Bildung von avaskulärem Faserknorpel. Bei gestrecktem Kniegelenk hat die Quadrizepssehne einen geraden Verlauf. Bei zunehmender Beugung des Kniegelenks wandert der Ansatz der Sehne an der Patella nach distal, und es kommt zu einer Umlenkung der Sehne in ein femorales Patellagleitlager, das der Sehne als Hypomochlion dient [7].

Patellarsehnenruptur

Die Ruptur der Patellarsehne ereignet sich meist am unteren Patellapol, seltener auch am tibialen Ansatz der Sehne. Auch hier gilt, dass nur durch direkte, außerordentlich starke Gewalteinwirkung eine intakte Patellarsehne verletzt werden kann. Rupturen



Abbildung 1: Bei der Quadrizepssehnenruptur ist häufig eine Delle sichtbar.



Abbildung 2: Bei der Patellarsehnenruptur imponiert ein Patellahochstand im Seitenvergleich.

der Sehne selbst durch indirekte Gewalt einwirkung entstehen nicht ohne Vorschädigung. Die Patellarsehne reißt seltener als die Quadrizepssehne. Das Durchschnittsalter der Patienten liegt ebenfalls bei etwa 40 Jahren. Auch bei der Patellarsehne sind Überlastungsschäden des mittleren Sehnendrittels vor allem bei Patienten mit hohem Aktivitätsniveau bekannt. Prädisponierende Bedingungen sind zum Beispiel auch Niereninsuffizienz, Rheuma, Hyperparathyreoidismus, Diabetes, Lupus erythematosus, Chinolonantibiotika, Immunsuppressiva und Kortisontherapie. Weiterhin sind iatrogene Rupturen der Patellarsehne nach der Entnahme eines Teils der Sehne zum

Kreuzbandersatz und bei der Implantation von Knieendoprothesen zu nennen [1 bis 3, 5]. Der häufigste Pathomechanismus ist das indirekte Trauma (vergleiche auch den Beitrag Quadrizepssehnenruptur in zm 2/2011).

Anamnese, körperliche Untersuchung

Der Anamnese mit Beurteilung des Unfallmechanismus, bekannter systemischer Erkrankungen, lokaler Maßnahmen und eventuell bekannter degenerativer Vorschäden kommt ein großer Stellenwert zu [6]. Der einschließende Schmerz in Verbindung mit einem Zerreißungsgefühl stellt das

Hauptsymptom dar. Die Patienten bemerken je nach Ausdehnung der Ruptur eine Minderung der aktiven Kniestreckung, ein Einknicken beim Gehen oder bei kompletter Ruptur bis in die seitlichen Retinaculaa eine Gehunfähigkeit durch vollständige Aufhebung der Kniestabilität in Streckung [5]. Bei der Quadrizepssehnenruptur gibt der Patient suprapatellar, bei der Patellarsehnenruptur infrapatellar einen Druckschmerz



Abbildung 3: In der seitlichen Röntgenaufnahme ist bei der Quadrizepssehnenruptur kein Patellatiefstand zu erkennen, jedoch eine Kalzifikation und Spornbildung am oberen Patellapol (Pfeil).

INFO

Kniegelenksanatomie des Streckapparats

Der Musculus quadriceps femoris besteht aus vier Muskelanteilen. Diese inserieren mit einer gemeinsamen Ansatzsehne in die Patella, die als Sesambein eingelagert ist. Von diesen Strukturen wird der Kniestreckapparat gebildet. Die Endsehnen setzen zum Großteil an der Basis und an den Seitenflächen der Patella an. Ein Teil der Muskelfasern des Musculus vastus intermedius strahlt als Musculus articularis genu in die Spitze des Recessus suprapatellaris ein und verhindert bei Streckung die Einklemmung des Schleimbeutels. Die oberflächlichen Sehnenanteile des Musculus rectus femoris ziehen kontinuierlich über die Pa-

tellavorderfläche und gehen in das Ligamentum patellae über. Das Ligamentum patellae, als gemeinsame Ansatzsehne der vier Muskelanteile, entspringt vom Apex patellae sowie von den Seitenrändern der Patellaspitze und inseriert an der Tuberositas tibiae. Die seitlichen Anteile der Ansatzsehnen der Musculi vasti medialis und lateralis inserieren nicht an der Patella, sondern ziehen als Retinaculum patellae mediale beziehungsweise laterale an der Kniescheibe vorbei und setzen an der Tibia am Condylus medialis beziehungsweise lateralis an. Diese Retinacula bilden den Reservestreckapparat des Kniegelenks [7, 8].

an. Zu Beginn ist hier auch eine Delle sichtbar und tastbar (Abbildung 1), die durch ein Hämatom maskiert werden kann.

Insbesondere bei schlanken Patienten erkennt man bei einer Quadrizepssehnenruptur einen Patellatiefstand, bei der Patellarsehnenruptur einen Patellahochstand. Hier ist unbedingt auf Seitendifferenzen zu achten (Abbildung 2). Bei kompletter Ruptur ist die aktive Streckung, und damit die Gehfähigkeit, aufgehoben. Bei inkompletter Ruptur sind die seitlichen Retinacula als Reservestreckapparat erhalten. Die aktive Streckung ist vermindert, und die Patienten bemerken ein Einknicken beim Gehen. Das

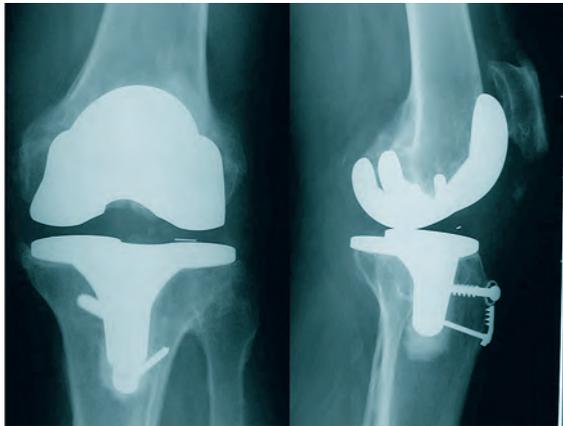


Abbildung 4: Auf der Röntgenaufnahme des linken Kniegelenks in zwei Ebenen erkennt man bei der Patellarsehnenruptur einen deutlichen Patellahochstand.

Hochheben des gestreckten Beins kann nur mit intakten Retinakula und intaktem Tractus iliotibialis gelingen. Daher sollte immer auch die Extension aus 90 Grad Flexion getestet werden [8].

Röntgen

In der konventionellen Röntgendiagnostik des Kniegelenks in zwei Ebenen finden sich bei der Quadrizepssehnenruptur meist ein Patellatiefstand im Vergleich zur Gegenseite als indirektes Zeichen sowie Kalzifikationen oder Spornbildungen am oberen Patellapol als Ausdruck degenerativer Veränderungen (Abbildung 3). Auch knöcherne Ausrisse können in seitlichen Röntgenaufnahmen identifiziert werden. Ein Patellatiefstand findet sich jedoch nicht in jedem Fall und ist nicht pathognomonisch für diese Verletzung [6]. Bei der Patellarsehnenruptur können eine Patellafraktur und ein Ausriss der Tuberositas tibiae sicher ausgeschlossen werden, auffallend ist ein Patellahochstand (Abbildung 4) [2, 5].

Sonografie

Insbesondere das Ausmaß kompletter Rupturen lässt sich sonografisch kostengünstig und sicher beurteilen. Kriterien für eine frische komplette Ruptur sind die Unterbrechung der Sehnenkontinuität, die Kaliberzunahme des proximalen Stumpfes, echoarme Formationen in der Umgebung als Ausdruck des Hä-

matoms und fehlende Kranialisierung der Patella nach Kontraktion des Musculus quadriceps [1, 6]. Mit der Sonografie kann die Patellarsehnenruptur als Unterbrechung der Sehnenkontinuität, Kaliberzunahme des proximalen Stumpfes, echoarme Formation in der Umgebung als Ausdruck des Hämatoms sicher diagnostiziert werden. Es wird zuerst auf der Gegenseite in 60 bis 90 Grad Kniebeugung die normale Sehnenstruktur und erst dann die verletzte Sehne im Längs- und

Querschnitt dargestellt [1].

Kernspintomografie

Die Kernspintomografie spielt in der Primärdiagnostik nur eine untergeordnete Rolle. Essenziell ist der Einsatz der MRT bei sonografisch nachweisbaren Partialrupturen zur Ermittlung des Ausmaßes und zum Entscheid über die konservative versus operative Therapie.

Auch zum Nachweis veralteter Rupturen, insbesondere zur Planung einer erforderlichen operativen Rekonstruktion, spielt die MRT eine Rolle. Typisch für veraltete Rupturen sind zusätzlich zur Kontinuitätsunterbrechung und Schwellung des proximalen Sehnenstumpfes eine Atrophie des M. quadriceps femoris sowie der Nachweis einer fettigen Degeneration [5, 6].



Abbildung 6: Nach Naht der Patellarsehne wird diese durch patellotibiale Cerclage (hier mit einem Draht) gesichert.

Therapie der Quadrizepssehnenruptur

Partialrupturen ohne Kontinuitätsunterbrechung der Hauptportion der Quadrizepssehne oder der Patellarsehne können konservativ/funktionell mittels Orthesen behandelt werden. Es muss eine Teilbelastung für sechs Wochen eingehalten werden, maximale Beugung sollte vermieden werden. Bei höhergradigen Partial- oder kompletten Rupturen besteht die Indikation zur Operation. Welches Verfahren ange-

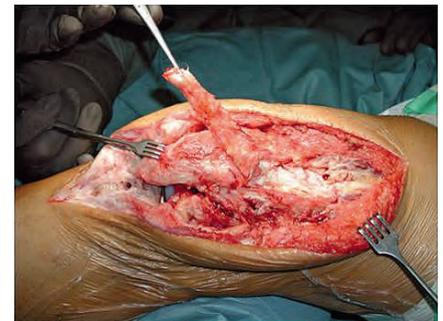


Abbildung 5: Bei Quadrizeps- oder Patellarsehnenruptur (hier alte Patellarsehnenruptur nach Knie-TEP) sind rekonstruktive Maßnahmen erforderlich. Ein gestielter Lappen wird aus der Quadrizepssehne präpariert und an der Tuberositas tibiae inseriert.

wandt wird, hängt im Wesentlichen von der Ausbildung des Chirurgen ab [2, 5, 8]. Voraussetzung für die Sehnenheilung ist sowohl eine stabile Sehennaht als auch eine frühfunktionelle Nachbehandlung. Wenige Tage nach dem Trauma beginnt sich die Sehne bereits zu retrahieren. Ein Zeitrahmen von drei bis 14 Tagen bis zur operativen Rekonstruktion wird noch als günstig angegeben. Doch auch Patienten mit älteren Rupturen profitieren aufgrund der schlechten Ergebnisse konservativer Therapie von rekonstruktiven Verfahren. Verzögerungen der operativen Versorgung über die Primärphase hinweg führen bei ausgeprägten kompletten Rupturen zu einer Retraktion der Sehne nach proximal, welche dann aufwendige rekonstruktive Maßnahmen erforderlich macht. Bei der Operation sollte regelhaft eine Gewebeprobe zur histologischen Untersuchung entnommen werden, um degenerative

Schädigungen nachzuweisen. Liegt ein Sehnendefekt vor, oder lässt sich keine Readaptation des Sehnenstumpfes an die Patella erzielen, muss eine lokale Sehnenplastik erfolgen (Abbildung 5) [5]. Als Nahtmaterial sollten bevorzugt monofile, spät resorbierbare Fäden verwendet werden. Zur Augmentation kann ebenfalls Nahtmaterial (wie Fiberwire) Verwendung finden oder Drahtcerclagen. Letztere erfordern jedoch eine spätere Implantatentfernung [1, 4 bis 6].

Therapie der Patellarsehnenruptur

Die Behandlung der Patellarsehnenruptur besteht in der resorbierbaren Adaptationsnaht der Sehnenenden, kombiniert mit einer Augmentation, welche die Naht sichert und das sekundäre Hochtreten der Patella verhindert. Dabei können Rupturen am unteren Patellapol mit transossär

Fazit für die Praxis

Die Quadrizeps- beziehungsweise Patellarsehnenruptur ist eine schwere Verletzung des Streckapparats der unteren Extremität. Selten findet man sie als Folge direkter Gewalteinwirkung im Rahmen von komplexen Knieverletzungen (Kniegelenkluxation). Viel häufiger treten Spontanrupturen bei degenerativ vorgeschädigten Sehnen aufgrund eines indirekten Traumas auf. Wichtig ist die frühzeitige Diagnosestellung und Therapie, um gute funktionelle Ergebnisse zu erzielen.

geführten Nähten reinsertiert werden. Risse im Sehnenverlauf werden mit feinen Nähten direkt adaptiert. Distale Abrisse können transossär im Tibiakopf reinsertiert werden. Liegt ein Sehnendefekt vor oder lässt sich keine Readaptation des Sehnenstumpfes an

der Patella oder am Tibiakopf erzielen, muss eine lokale Sehnenplastik erfolgen (Abbildung 5). Als Nahtmaterial kann Draht (Abbildung 6), eine Sehnenschlinge aus dem Pes anserinus oder auch resorbierbares Kunststoffmaterial (PDS) verwendet werden.

*Dr. med. Thomas Schmickal
Chefarzt der Abteilung für Unfallchirurgie
Sylvia Doleschal
PD Dr. med. habil. Alexander Schuh
Lehrkrankenhaus der
Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg
Klinikum Neumarkt
Nürnberger Str. 12
92318 Neumarkt in der Oberpfalz
unfallchirurgie@klinikum.neumarkt.de*



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



Von Menschen und Maschinen

Jan H. Koch

Technik sollte in erster Linie dem Menschen dienen. Das gilt auch in der Zahnmedizin. Die diesjährige IDS war wieder eine Rekordmesse, sicher auch in Bezug auf digitale Produkte und IT-basierte Dienstleistungen. Es gab viel Faszinierendes zu entdecken, darunter vorbiegbare Nickel-Titan-Feilen und ein anatomisch geformtes Sofortimplantat.

Das zentrale Thema, das immer mehr Teilbereiche der Zahnmedizin betrifft, war in Köln wieder die Digitalisierung. Eine große Zahl von Produkten basiert auf digitaler Hard- und Software, selbst in kleinen Geräten arbeitet ein kleiner Computer. Das beginnt mit der Befunderhebung und endet mit der Herstellung komplexer implantatgestützter Restaurationen. Vorgestellt wurde eine ganze Reihe fluoreszenzbasierter Systeme, die den Verlauf kariesbedingter Schmelzveränderungen erfassen (zum Beispiel KaVo, Dürr, Acteon, neu von orange-dental, Carestream und Quantum Dental Technologies).

Schon hier stellt sich die Frage, was der Therapeut mit den digital erhobenen Daten tun soll. Denn auch ausgereifte und gut dokumentierte Technologien liefern auf Knopfdruck eben nicht die notwendige detaillierte – und vor allem sichere – Diagnose. So erlaubt zum Beispiel kein Messgerät allein mit ausreichender Genauigkeit die Diagnose „approximale Dentinkaries bis ins mittlere Drittel, kavitiert und nicht remineralisierbar, invasive Füllungstherapie notwendig“. Vielmehr muss der gesamte Patient mit seiner Vorgeschichte, seinem vielfältig bedingten Kariesrisiko, seiner Compliance und weiteren Befunden gesehen werden. Mit dem

Verlauf der Fluoreszenz-Messwerte lässt sich eine Diagnose allerdings unterstützen oder weiter präzisieren.

Ärztliche Kenntnisse und Erfahrung und der Dialog mit dem Patienten werden also durch die Technik nicht ersetzt. Wer sich dieser Tatsache bewusst ist und gleichzeitig neue Entwicklungen richtig einschätzt, kann diese zielführend und mit hohem Patientennutzen einsetzen. Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer, empfahl in einer Pressemitteilung zur IDS, „vor jeder Investition genau zu prüfen, ob es zu der jeweiligen Technologie eine fundierte Studienlage“ gibt [BZÄK]. Die entsprechenden Untersu-



Fotos: Floridaprobe

Abbildung 1: Mit einer digitalen Parodontalsonde lassen sich Messwerte direkt auf den Bildschirm holen. Die Messung wird mit einem Fußschalter ausgelöst.

chungen sollten – je nach Fragestellung – in der Regel klinisch-prospektiv und von unabhängiger Seite durchgeführt sein. Im Zweifel können die entsprechende Fachgesellschaft oder ein versierter Kollege befragt werden.

Digitale Taschenmessung

Auch parodontale Taschentiefen sind nur ein Mosaikstein, der zur korrekten parodontologischen Diagnose führt. Messwerte für Taschentiefen und Rezessionen, und damit der gesamte Attachmentverlust, lassen sich aber mit einer neu vorgestellten digitalen Sonde erstmals vollautomatisch aufzeichnen (Floridaprobe). Eine Verlaufskontrolle zeigt grafisch an, in welche Richtung sich die Messwerte entwickeln. Sogar eine Risikobeurteilung ist integriert, für die die Messwerte mit anamnestischen Daten wie Rauchen, systemische Erkrankungen und weitere Befunde wie Sondierungsblutungen kombiniert werden. Das System scheint ein Beispiel dafür zu sein, wie Mensch (Zahnarzt) und Maschine (Messgerät mit Software) intelligent zusammenarbeiten können.

Ob für die genannte Risikoeinschätzung die Befunde aus der Praxissoftware übernommen werden können, ist dem Autor nicht bekannt. Laut Anbieter können die Daten des digitalen Taschenmess-Systems jedoch mit jeder „gängigen“ Praxissoftware verknüpft werden. Dies gilt bekanntlich auch

für viele andere Produkte wie Röntgengeräte, zum Teil aus dem Ausland. Für diesen Zweck haben große deutsche Anbieter vor einigen Jahren die bekannte VDDS-Schnittstelle entwickeln lassen – nach dem Vorbild entsprechender Standards im IT-Bereich. Mit zunehmender Globalisierung des Dentalmarkts wäre es an der Zeit, hier einen weltweiten Standard zu definieren.

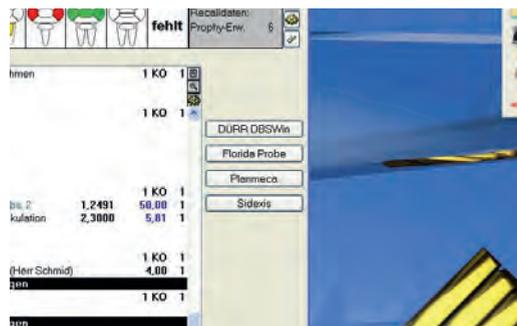


Foto: Dampsoft

Abbildung 3: Über Schaltflächen (Bildmitte) kann über die VDDS-Schnittstelle der Praxissoftware in andere Anwendungen gewechselt werden.

Schnittstellenfrage teilweise ungelöst

Das gilt auch für das weite Feld der digitalen Planungs- und Restaurationssysteme, einschließlich der Implantologie. Zwar unterstützt die VDDS-Schnittstelle seit 2009 auch 3-D-Planungsprogramme. Das heißt, dass diese aus dem Patientendatensatz der Praxissoftware über eine Schaltfläche aufgerufen



Abbildung 2: Hardware und Software-Oberfläche: Im Vordergrund der Fußschalter, die Sonde ist am rechten Rand des Bildschirms zu erkennen

werden können. Dies erleichtert den Behandlungsablauf und ist ein Schritt zur digitalen Integration. Doch gibt es in anderen Bereichen noch immer viele Barrieren. So fehlen gemeinsame Standards für Laborscanner und Geräte zur digitalen Herstellung von Restaurationen oder Implantataufbauten. Dies kann zum Beispiel dazu führen, dass ein Scanner im Praxislabor nicht mit der CAD/CAM-Software des Partnerlabors kompatibel ist. Dann muss unter Umständen ein weiteres teures Gerät mit offenen Schnittstellen angeschafft oder der Partner gewechselt werden.

Erste Ansätze, dieses Problem zu lösen, wurden in Köln vorgestellt. So gibt es ab sofort zum Beispiel eine gemeinsame Schnittstelle dreier Anbieter, die die Versorgung mit Implantaten, individualisierten Aufbauten und CAD/CAM-Restaurationen kompatibel machen (dental wings, straumann, 3M Espe). Alle Datensätze aus 3-D-Planungsprogramm, Labor- oder intraoralem Scanner lassen sich in einer Software zusammenführen, mit der die Restauration entworfen und der CAM-Fertigung zugeführt wird. Die sogenannte Dental Wings Open Software (DWOS), die auf dem DICOM-Standard für medizinische Bildgebung basiert, soll nach einer Pressemitteilung zum Industriestandard ausgebaut werden [Dental Wings]. Die beteiligten Unternehmen betonen, dass dieser helfen könnte, digitale Anwendungen besser zu positionieren.

So weit, so gut. Natürlich bleibt abzuwarten, ob weitere wichtige Player im Markt sich anschließen werden. Unabhängig davon muss auch hier nach dem Nutzen der neuen Technologien für Praxis und Labor und letztlich für den Patienten gefragt werden. So betont Zahntechnikermeister Andreas Kunz, Berlin, dass die Industrie sehr daran interessiert sei, digitale Lösungen voranzubringen. Das geschehe je nach Unternehmen auch am Zahntechniker vorbei. Die Wirklichkeit stimme aber zumindest in seinem Labor mit rund 90 Prozent analoger Fertigung nicht mit der suggerierten Dominanz der digitalen Zahntechnik überein.

Die Vorliebe der meisten Zahntechniker für echtes Handwerk wird auch in zahlreichen Produktsystemen deutlich, die digitale Technologien mit manuellen oder halbautomatischen Fertigungsmethoden wie Kopierfräsverfahren (zum Beispiel Amann Girrbach) oder haptischen Modellierwerkzeugen (zum Beispiel Sensable Dental) verbinden. So wachsen Zahntechniker individuelle Implantataufbauten gern erst konventionell auf und scannen sie dann ein, so dass die Herstellung noch immer halbanalog erfolgt. Andererseits werden Artikulatoren in die Software integriert, so dass ein vielfältiger Dialog zwischen Hard- und Software entsteht. Entscheidend werden mittelfristig – unabhängig von analoger oder digitaler Überzeugung – sicher die Qualität und nicht zuletzt die Kosten der jeweiligen prothetischen Versorgung sein.

Beim Gang durch die Kölner Messehallen konnte sich der Besucher aber der Faszination neuer digitaler Lösungen kaum verschließen. Eine Reihe von Anbietern hat neue intraorale Scanner entwickelt oder entwickeln lassen (neu zum Beispiel von 3Shape / Heraeus). Nach Firmeninformationen ist es inzwischen möglich, ohne Vorbehandlung der Zahnschubstanz mit Kontrastpulver, verzerrungsfreie Bilder zu erzeugen, bei denen sogar Patientenbewegungen während der Abformung ausgeglichen werden (Straumann). Marktgängige Lösungen, mit denen auch subgingivale, unter sich gehende Bereiche besser darstellbar sind, wurden vom Autor dieses Berichts noch nicht gefunden. Bei einem vom Bundesministerium für Bil-

dung und Forschung geförderten Projekt an der RWTH Aachen wird Ultraschall eingesetzt, der auch Weichgewebe und Flüssigkeiten durchdringt [mediTEC].

Prothetik hoch drei

Wer noch nicht mit intraoralen Scannern arbeiten möchte, kann auch mit scan-fähigen Silikonethern in unterschiedlichen Viskositäten abformen (Kettenbach). Die Abformung

ketten ohne externe Partner in die Praxis integrierbar. In naher Zukunft können voraussichtlich auch Bohrschablonen für die Implantologie in der Praxis gefräst werden. Als alternativen Weg bieten verschiedene Unternehmen die Zusammenarbeit mit externen Fräszentren an, die für zahntechnische Labore auch größere Gerüste in industrieller Qualität herstellen (zum Beispiel Degudent/Dentsply Friadent/Compartis). Hier bleibt das zahntechnische Labor nach



Foto: Jan H. Koch

Abbildung 4: Behandlungseinheit der Zukunft? Im Hintergrund ist eine Fräseinheit zu erkennen, mit der neben CAD/CAM-Restaurationen auch Pin-Modelle und in Zukunft wohl auch Bohrschablonen für die Implantologie chairside hergestellt werden können. Aufgenommen am Stand von Sirona.

wird im Labor eingescannt und die digitale Restauration kann bei kleineren Restaurationen ohne aufwendige Modellherstellung am Bildschirm entworfen werden. Auch die Zahnfleischmaske kann mit scan-fähigem Silikon hergestellt werden (Dreve), so dass sich Weichgewebs-Informationen in die Design-Software integrieren lassen. Ebenfalls spannend sind die Entwicklungen im Bereich der Modellherstellung. Wer als Zahntechniker lieber mit Pin-Modellen arbeitet, kann diese mit einer im zahntechnischen Labor oder Praxislabor aufstellbaren CAM-Maschine selbst aus Polyurethan schleifen lassen (Sirona). Damit ist nach Anbieterinformationen die komplette Prozess-

Firmendarstellung ein wichtiger Partner, der für Ästhetik und Funktion verantwortlich ist. Der Trend, Prozesse aus dem Labor auszulagern, ist aber deutlich erkennbar. Auch Hersteller digital verarbeitbarer Restaurationsmaterialien verstärken ihre – weltweiten – Kooperationen mit Fräszentren (Ivoclar Vivadent, Vita), aber auch mit Implantatanbietern. Eine klare Abgrenzung zwischen Fräszentrum und zahntechnischem Labor ist andererseits immer weniger möglich. Neue Produkte und Systemlösungen gibt es auch in anderen Bereichen der Prothetik. So versuchen einzelne Anbieter, ihre Verblendmaterialsysteme weiter zu integrieren und zu vereinfachen. Bei den Befestigungsmate-

rialien wurden in Köln ein neues, umfassendes Systemtray (Dentsply DeTrey) und eine Multimedia-Hilfestellung für die Auswahl des geeigneten Materials vorgestellt (Ivoclar Vivadent). Hochinteressant ist ein neues transluzentes Zirkoniumdioxid-Gerüstmaterial für den ästhetischen Bereich, das Gerüststärken von nur 0,2 Millimetern erlauben soll (Degudent).

Karies vermeiden

Zurück zur anfangs thematisierten Karies und Parodontitis. Wenn rechtzeitig geeignete Präventionsmaßnahmen erfolgen, sind keine aufwendigen Restaurationen oder digitalen Schnittstellen mehr notwendig: „Gesunde Zähne ein Leben lang“ verspricht folgerichtig ein Anbieter elektrischer Zahnbürsten (Procter & Gamble/Oral-B). Tatsäch-



Foto: Philips

Abbildung 5: Ein neuartiges Gerät für die Interdentalraumpflege soll die technisch anspruchsvolle Zahnseide ersetzen.

lich setzt sich immer mehr die Erkenntnis durch, dass elektrisch betriebene Zahnbürsten ihren manuellen Schwestern überlegen sind, sicher nicht zuletzt durch das integrierte Feedback zur Putzdauer [Zimmer, 2011].

Auch nach Überzeugung des Schweizer Hochschullehrers Prof. Ulrich Saxer, Zürich, kann ein neues Gerät für die häusliche Interdentalraumreinigung dazu beitragen, Karies zukünftig vollständig zu vermeiden (Philips). Der in Köln erstmals vorgestellte Apparat, mit dem ein „Hochdruck-Sprühstrahlgemisch“ in den Zahnzwischenraum gepresst wird, kann nach Darstellung des Anbieters die bisher notwendige Zahnseide oder andere Hilfsmittel ersetzen. Das Gemisch

besteht aus Luft und Wasser oder antimikrobieller Lösung und ist nach ersten Studienergebnissen dazu geeignet, signifikant mehr Plaque (Biofilm) zu entfernen als eine schallaktive oder eine Handzahnbürste [De Jager, 2010 und 2011]. Das technische Prinzip ist (noch) geheim. Das gilt nicht für Interdentalbürsten, die mit einem speziellen Fluoridgel angeboten werden (TePe). Bürsten sind das einzige manuelle Hilfsmittel, das auch interdentalen Einziehungen erreicht [Graetz, 2011]. Für die professionelle Belagentfernung an Zähnen und Implantaten werden immer differenziertere Silikon- oder Kautschuk-Polierinstrumente für Ultraschall- oder rotierende Anwendung angeboten (zum Beispiel EVE). Eine subgingivale Dekontamination mit photodynamischen Therapiegeräten, die auf der IDS von zahlreichen Herstellern angeboten wurden, kann als vielversprechend angesehen werden. Ein aktueller Artikel im angesehenen Journal of Periodontal Research kommt aber zu der Schlussfolgerung, dass die Langzeitwirkung der Methode noch nachgewiesen werden muss [Lui, 2011]. Mit einem neuen Airpolishing-System sind laut Anbieter erstmals sowohl supragingivale als auch subgingivale Beläge entfernbar (Acteon). Subgingival kommt dabei ein sorgfältig dokumentiertes glycinhaltiges Pulver eines anderen Anbieters zum Einsatz (3M Espe). Wie bereits im IDS-Vorbericht zum Thema Prävention und Parodontologie beschrieben [Koch, 2011a], gibt es auf dem Gebiet der Zahncremes und Mundspüllösungen viele neue Produkte. Neu ist die Kombination einer professionellen Polierpaste mit dem desensibilisierenden Wirkstoff Novamin, der auch in Zahncremes Anwendung findet (Dentsply DeTrey / GlaxoSmithKline).

Schonend exkavieren, rationell füllen

Wenn ein Zahn kavitiert ist, lässt sich eine Füllung oder eine weitergehende restaurative Therapie in der Regel nicht mehr vermeiden. Für die Exkavation stehen seit der



Abbildung 6: Test zum Glück negativ: Ein bereits im IDS-Vorfeld präsentierter Schnelltest weist den Entzündungsmarker aMMP-8 im Speichel nach. Ein positives Ergebnis kann mit einer Übereinstimmung von 75,8 Prozent zum Beispiel auf parodontalen Gewebeabbau hinweisen (Produkt: Procter & Gamble).

IDS zwei neue Polymerbohrer zur Verfügung, die im Gegensatz zu Hartmetall- oder Zirkoniumdioxidbohrern nur unwiederbringlich zerstörtes Dentin abtragen (Komet/Gebr. Brasseler, SS White Burs) [siehe auch IDS-Vorbericht, Koch, 2011b]. Dabei spielt auch ein experimenteller Ansatz eine Rolle, bei dem es darum geht, das verbleibende Dentin mit geeigneten Substanzen

zu remineralisieren. Der Therapieerfolg könnte zusätzlich mithilfe von Ozon gesichert werden, für das eine desinfizierende Wirkung nachgewiesen ist. Mit einem neuen Gerät (dental brains), bei dem die Ozon-Konzentration sechsmal höher ist als beim bisherigen Produkt, könnte die Technologie auch in der Endodontie nützlich sein. Nach einer Pressemeldung des Anbieters werden Biofilmkeime auch in verzweigten Wurzelkanalsystemen wirksam abgetötet. Entsprechende Studien liegen allerdings noch nicht vor.

In der Füllungstherapie mit Kompositen gibt es zwei konkurrierende Entwicklungen, die den klinischen Alltag nachhaltig verändern könnten. Zu einem niedrigviskosen und transluzenten Komposit, das in Schichten von bis zu vier Millimetern eingebracht und mit einem ästhetischen Komposit überschichtet werden kann (Dentsply DeTrey), liegen jetzt vielversprechende 24-Monats-Daten vor [Burgess, 2011]. Das Produkt eignet sich nach Darstellung von Prof. Roland Frankenberger (Universität Marburg) zum Beispiel für das Füllen tiefer approximaler Kästen, die aufgrund ihrer Lokalisation schwer einsehbar sind.

Ein anderer interessanter Ansatz mit ähnlicher Zielrichtung ist ein neues Füllsystem, bei dem ein speziell entwickeltes Komposit mithilfe eines Schallhandstücks aus einer vordosierten Kapsel eingebracht wird (Kerr /



Abbildung 7: Mit Ultraschall wird Komposit blasenfrei appliziert. Das System funktioniert über die Steuerung der Fließ-eigenschaften.

KaVo). Der Schall erhöht vorübergehend die Fließfähigkeit des Komposits um bis zu 87 Prozent. Das Material fließt auf diese Weise nach Anbieterinformationen weitgehend blasenfrei in die Kavität. Schichten von bis zu fünf Millimetern sollen möglich sein. Nach Einbringen des Materials stellt sich wieder eine normale Viskosität ein, die ein gewohntes Modellieren erlaubt. Die Methode soll bei hoher Füllungsqualität bis zu 30 Prozent Zeit sparen, bei fast gleicher Härte wie ein Referenzmaterial desselben Herstellers. Schließlich wurde in Köln ein neues Glasionomer-Füllungsmaterial mit erhöhter mechanischer Belastbarkeit vorgestellt (Dentsply De-Trey). Nach 100 000 Belastungszyklen wurden für das Material bei einer Belastung von 50 Newton im Molarenbereich keine Frakturen gefunden, bei Vergleichsprodukten dagegen in bis zu 75 Prozent der Fälle [Frankenberger, 2010]. Diese Ergebnisse wurden zwar nicht unabhängig ermittelt und man kann davon ausgehen, dass die Versuchsbedingungen so „optimiert“ wurden, dass das Ergebnis werbewirksam darstellbar ist. Ein Trend zu einem signifikant stärker belastbaren Material, das besser für preisgünstige, zeitlich begrenzte Füllungen im Seitenzahnbereich geeignet ist als bisherige Glasionomermaterialien, ist dennoch erkennbar.

Neuartige Endofeilen

Im IDS-Vorbericht [Koch, 2011 a] wurde eine neue Nickel-Titan-Feile für die maschinelle Aufbereitung vorgestellt, mit der Wurzelkanäle in nur einer Sitzung aufbereitet werden können (VDW, Dentsply Maillefer). Der Autor dieses Artikels testete die Feile in Köln am Messestand und ließ sich die Funktionsweise erklären: Das Instrument ändert während der Aufbereitung mit einem speziellen Motor ständig seine Drehrichtung, wodurch es schrittweise tiefer in den Kanal gezogen wird. Druck ist zu vermeiden. Das Gefühl bei der Anwendung im Plastikblock ist leicht rüttelnd, soll aber am natürlichen Zahn gleichmäßiger sein. Die Instrumente sind für die einmalige Anwendung empfohlen. Eine weitere, sehr interessante Feile wurde von Coltène Whaledent vorgestellt. Die Legierung der Nickel-Titan-Feile wurde so

Foto: Coltène Whaledent

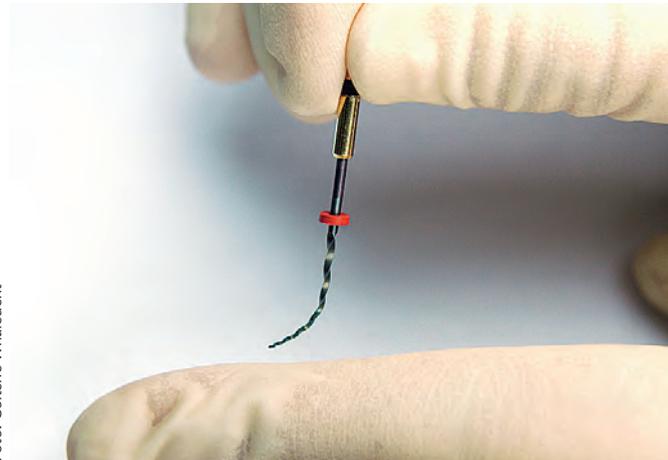


Abbildung 8: Eine Nickel-Titan-Feile, die sich wie Edelstahl vorbiegen lässt, erlaubt laut Anbieter eine schonende Aufbereitung des Wurzelkanals.

verändert, dass diese sich ähnlich wie ein Edelmetallinstrument vorbiegen lässt. Dadurch soll das Risiko von Verlagerungen des Kanalverlaufs oder Perforationen vermindert sein. Auch stark gekrümmte Kanäle sind nach Firmenangaben leichter aufzubereiten. Die spektakulärste Eigenschaft aber ist die Umkehrbarkeit des Vorbiegens durch Wärmezufuhr. Mithilfe eines Glasperlendesinfektors oder im Autoklaven wird das Instrument auf 134 °C gebracht und gewinnt so seine Ausgangsform wieder. Im Gegensatz zur oben beschriebenen Reziprokfeile wird die reversibel verformbare Feile für die mehrmalige Anwendung empfohlen. Ebenfalls im Instrumentenbereich gibt es noch eine Neuheit: ein System zum punktgenauen orthograden und retrograden Einbringen von Materialien wie MTA in das Kanalsystem oder für Pulpenüberkappungen. Es handelt sich um eine autoklavierbare Stahlspritze mit ebenfalls autoklavierbaren, sehr feinen Nadelaufsätzen in vorgebogener oder gerader Form. Einer der Nadelaufsätze hat ebenfalls ein Formgedächtnis, kann also vorgebogen werden und nimmt im Autoklaven wieder seine ursprüngliche Form an. Spannend sind auch Intraoralkameras mit speziellen Aufsätzen zum Fotografieren der Wurzelkanaleingänge, angeblich in ähnlicher Qualität wie bei der Verwendung eines Mikroskops (Carestream/Kodak). Ebenfalls als Unterstützung

beim Auffinden von Wurzelkanälen wird ein koaxiales „Mini-OP-Licht“ angeboten, das auf der Lupenbrille montiert werden kann (DCI). Unabhängig davon, ob die endodontische Detektivarbeit mit dem Mikroskop oder der Lupenbrille erfolgt: In Verbindung mit den oben beschriebenen Mikro-Applikationsnadeln oder anderen hochfeinen Instrumenten kann die Qualität der endodontischen Therapie sicher nur gewinnen.

Zahnwurzeln formgerecht ersetzen durch Implantate

Bei den enossalen Implantaten gab es diesmal relativ wenige Neuheiten und Weiterentwicklungen. Ein möglicherweise revolutionäres Produkt, bei dem es sich eher um



Abbildung 9: Durch Erwärmung auf 134 °C erlangt die Feile wieder ihre ursprüngliche Form. Sogar eine Verlängerung der Spiralstruktur lässt sich häufig wieder rückgängig machen.

Foto: Coltène Whaledent



Abbildung 10: Auf Basis eines DVTs und eines Modellscans wird mithilfe von CAD/CAM eine leicht verkleinerte anatomische Zahnwurzel aus Titan oder Zirkoniumdioxidkeramik gefräst. Das einteilige Implantat ist eine Sonderanfertigung, die komplett mit temporärer Krone für die Sofortimplantation bestellbar ist.

Foto: Natural Dental Implants

ein Herstellungssystem für Sonderanfertigungen handelt, wird von einer kleinen Berliner Firma angeboten (Natural Dental Implants, in Zusammenarbeit mit biodentis und DCM hotbond). Noch vor der Extraktion eines nicht erhaltungswürdigen Zahnes wird mithilfe eines DVT-Datensatzes, der mit einem Modellscan-Datensatz überlagert wird (Matching), ein einteiliges Implantat entworfen und produziert. Dieses entspricht der Form der Alveole. Um eventuelle Ungenauigkeiten auszugleichen, wird das Implantat zirkulär um 0,5 Millimeter reduziert. Im Seitenzahnbereich werden bei Bedarf divergierende Wurzeln so reduziert, dass sich das innerhalb von fünf Tagen angefertigte individuelle Implantat problemlos einsetzen lässt.

Die Herstellung verfolgt im CAM-Fräsverfahren bei einem Partnerunternehmen (biodentis) als einteiliges Titan- oder Zirkoniumoxidimplantat, komplett mit aufgelötetem Kronenkäppchen und verklebter temporärer Krone in Infraokklusion. Nach der Extraktion wird das Implantat dann sofort eingesetzt und mithilfe eines schienenartigen Splints adhäsiv an den Nachbarzähnen befestigt. Auf diese Weise kann das Implantat, dessen Oberfläche nach Anbieterinformationen sandgestrahlt und geätzt ist, ungestört einheilen. Die Kosten sind mit 1 200 Euro für die komplette Versorgung, aber ohne DVT, im Rahmen „konventioneller“ Implantat-Einzelzahnversorgungen. Klinische Studienergebnisse liegen offenbar noch nicht vor. Weiterhin wird eine Reihe von Zirkoniumdioxid-Implantaten angeboten, jedoch noch immer von keiner der großen Implantatfirmen. Die Keramikimplantate sind ein- oder zweiteilig, mit sekundärer Strukturierung der Oberfläche oder im Spritzgussverfahren hergestellt (creamed, maxon motor). Ein bisher von keinem großen Wettbewerber erhältliches neues Implantat soll im bukkalen Bereich ästhetische Versorgungen erleichtern (Astra Tech). Die Implantatschulter ist nach bukkal in der Höhe reduziert, mit kontinuierlichem Übergang von oral. Dadurch ist es nach Herstellerangaben in ausgewählten Fällen möglich, ohne oder mit nur minimaler Augmentation (Auffüllung des Spalts zwischen Implantat und Knochen) ästhetische Resultate zu erzielen. Studien waren zur IDS noch nicht



Abbildung 11: Der fertige Ersatzzahn wird für die Einheilzeit mithilfe eines Splints an den Nachbarzähnen befestigt.

Foto: Natural Dental Implants



Foto: IDS

Abbildung 12: In der hygienischen Aufbereitung sind zunehmend integrierte Lösungen gefragt wie hier am Stand von Dios.

erhältlich, sollen aber bereits durchgeführt worden sein.

Im Bereich der Regeneration ist die auffälligste Neuheit eine Membran auf der Basis von Polyethylenglykol, die in flüssigem Zustand appliziert wird und im Augmentationsbereich aushärtet (Straumann). Wie bei diesem Unternehmen üblich, war die klinische Dokumentation bereits vor Produkteinführung recht gut [Jung, 2009]. Die Ergebnisse sind nach der zitierten Studie ebenso günstig wie bei Anwendung nativer Kollagenmembranen. Inwieweit sie sich in der Praxis bewähren wird, bleibt abzuwarten.

Geräte, Hygiene und Qualitätsmanagement

Auch beim Thema Röntgendiagnostik setzt sich der digitale Trend fort. Neue Volumentomographen bieten vielfältige diagnostische Möglichkeiten, auch für die Endodontie, Orthodontie/Kieferorthopädie, Parodontologie und Oralchirurgie. Bei einer Standarddemonstration wurde gezeigt, wie in einer Panoramaschichtaufnahme (OPG) ein Ausschnitt markiert und für das DVT als „Field of View“, also Volumenausschnitt, angewählt wird (Morita). Dazu muss die Panoramaschichtaufnahme zunächst in die Software des Anbieters importiert werden. Dann wer-

den die Daten drahtlos an das DVT-Gerät geschickt, der Patient im Gerät positioniert und der Auftrag dort durch Knopfdruck bestätigt. Schnitte innerhalb des gescannten Volumens sind frei wählbar und erlauben über „multiple Rekonstruktionen“ zum Beispiel die Visualisierung der Wurzelanatomie oder des interradikulären Knochenverlusts. Auch im Bereich Hygiene und Qualitätsmanagement nehmen der Computer und die digitale Auswertung von Prozessen immer breiteren Raum ein. Praxen können kaum noch ohne Mitarbeiter mit profunden Computerkenntnissen auskommen, was durch junge „digitale Eingeborene“ (digital natives) erleichtert wird. Hygieneketten-Zubehör wie Autoklaven, Trays, Sterilgutverpackungen, Verpackungsmaschinen oder Einrichtungen für Aufbereitungsräume wird zunehmend als Teil einer integrierten Komplettlösung angeboten (zum Beispiel Miele, HuFriedy). Um die Praxishygiene zukunftsfähig zu machen, sollten bei Neuanschaffungen in jedem Fall ausreichende Dokumentationsmöglichkeiten vorhanden sein. Eine Integration der Geräte in die Praxissoftware ist nach Expertenmeinung empfehlenswert [Christian Wolf/hawo, zitiert nach: Pecanov-Schröder, 2011].

Bei allem Ärger über ausufernde bürokratische Hürden besteht die Hoffnung, dass das zahnmedizinische Bewusstsein für die

Gefahren mangelhafter Hygiene gestiegen ist. So werden in den USA von Regierungsinstitutionen, wie zum Beispiel medizinischen Einrichtungen der Armee, nur noch sterile rotierende Einmal-Instrumente bestellt. Das mag in vielen Fällen übertrieben erscheinen, zum Beispiel bei Hartmetallfinierern für Kompositfüllungen. Bei rotierenden Bürstchen, aber auch bei Präparationsinstrumenten, die mit blutendem Gewebe in Kontakt kommen, würde sich aber wohl auch mancher Zahnarzt wünschen, nur mit neuen sterilen Instrumenten behandelt zu werden. In den Räumen zwischen den Diamantpartikeln bleibt leicht Material zurück, das problematische Viren oder Prionen enthalten könnte und auch bei sorgfältiger Aufbereitung nicht vollständig entfernbar ist.

Zusammenfassung und Ausblick

Dieser Bericht von der IDS 2011 kann nur ein Überblick über einige wichtige Neuheiten und grundsätzliche Entwicklungen sein – ohne Anspruch auf eine nur angenäherte Vollständigkeit. Wie immer erschließen sich das riesige Angebotsspektrum und die große Tiefe an Weiterentwicklungen nur bei einem persönlichen Besuch dieser weltweiten Leitmesse. An den Messeständen fanden sich wie gewohnt hoch kompetente Ansprechpartner, zum Teil sogar die Produktentwickler selbst oder andere verantwortliche Fachleute. Im Gespräch konnten spannende zahnmedizinische und technische Details, aber auch Perspektiven und Hintergründe erfragt und diskutiert werden. Die IDS ist nicht nur die weltweit größte, sondern auch die lebendigste Veranstaltung in der Dentalwelt und auf jeden Fall eine Reise wert.

Jan H. Koch, Dr. med. dent. (DDS)
Dental Text and Consultancy Services
Parkstr. 14
85356 Freising
janh.koch@dental-journalist.de



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

Parodontologie**Screening von Parodontitispatienten mit modifiziertem PSI**

Ziel war die Untersuchung einer Modifikation des CPITN zur Erhöhung der Sensitivität bei der Erfassung von Taschen mit Attachmentverlust größer/gleich sechs Millimeter.

Im Jahre 1998 wurden in den Niederlanden neue Richtlinien zur Diagnose und Therapie der Parodontalerkrankungen eingeführt. Ein Bestandteil dieser Richtlinien war der Dutch Periodontal Screening Index (DPSI).

mit dem DPSI und dem CPITN. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten generell eine höhere Korrelation des DPSI mit den Full-mouth-Werten, als dies beim CPITN der Fall war. Insbesondere lag die Sensitivität des

Weltweit wird auf dem Gebiet der Zahnmedizin geforscht und diese Forschungsergebnisse werden in internationalen Fachzeitschriften publiziert. Aber welcher Zahnarzt schafft es zeitlich, alle Veröffentlichungen zu lesen, selbst wenn sie noch so interessant sind? Deshalb haben Fachleute hier wichtige aktuelle Arbeiten, die auch für den täglichen Praxisablauf relevant sind, zusammengefasst.

Der DPSI ist, wie der deutsche PSI, ein modifizierter CPITN mit dem Unterschied, dass Grad 3 in 2 Grade aufgeteilt wurde. Der DPSI Grad 3 hat als Kriterium Vorhandensein von pathologischen Taschen mit 4 bis 5 Millimetern Tiefe, aber ohne Gingivarezessionen. Der DPSI Grad 4 beinhaltet bei den Taschen die gleichen Kriterien, aber es liegen zusätzlich Gingivarezessionen vor. Der ursprüngliche CPITN Grad 4 wird als DPSI Grad 5 recodiert. Die Validierung des DPSI erfolgte an einem Datensatz von 131 Patienten mit unterschiedlich starkem parodontalen Abbau durch einen Vergleich der Full-mouth-Werte

DPSI bezüglich der Erfassung von Taschen mit Attachmentverlust größer/gleich 6 Millimeter deutlich höher (100 Prozent zu 88 Prozent) als beim CPITN. Die durchschnittliche Dauer der Durchführung des DPSI in einer Privatpraxis in den Niederlanden betrug drei Minuten. Der DPSI sollte damit als unverzichtbares, wertvolles Hilfsmittel für Routineuntersuchungen in der allgemeinärztlichen Praxis angesehen werden.

Quelle: Van der Velden U. The Dutch periodontal screening index validation and its application in The Netherlands. J Clin Periodontol 2009; 36:1018-1024

Parodontitis**Mögliche Ursache einer Infektion des unteren Respirationstraktes**

In der Publikation wird über vorläufige Ergebnisse einer potentiellen Assoziation zwischen Parodontitis und nosokomialer Infektion des unteren Respirationstraktes berichtet.

Ziel der Studie war, die mögliche Assoziation zwischen Parodontitis und nosokomialer Infektion des unteren Respirationstraktes (LRTI) zu untersuchen. Am General Hospital in Freira de Santana, Bahia, Brasilien wurde hierzu eine Fall-Kontrollstudie durchgeführt. Die Stichprobe bestand aus 103 Personen (22 Erkrankten mit nosokomialer LRTI und 81 Patienten ohne nosokomiale LRTI). Die Diagnose Parodontitis wurde auf Grund von Sondierungstiefe, Gingivarezession, klinischem Attachmentverlust und Sondierungsblutung erhoben. Die Diagnose der nosokomialen LRTI wurde in Übereinstimmung mit etablierten medizinischen Kriterien erhoben. Eine invasive Beatmung war bei den Erkrankten sehr viel häufiger als bei den Gesunden (95,5 Prozent zu 7,4 Prozent). Nach Berücksichtigung

von Alter, Rauchen und Dauer des Krankenhausaufenthalts war die adjustierte Odds Ratio für die Patienten mit Parodontitis signifikant (OR = 3,67). Patienten mit LRTI hatten eine höhere Häufigkeit des Verdachtes auf Bronchoaspiration, welche auch die mögliche Assoziation von Parodontalerkrankung und LRTI erklären könnte. In weiteren Studien muss dieser Zusammenhang zwischen Parodontalerkrankung und LRTI untersucht werden.

Quelle: Gomes-Filho IS, Santos CML, Cruz SS, Passos J de S, Cerqueira E de MM, Costa M da CN, Santana TC, Seymour GJ, Santos CA de ST, Barreto ML. Periodontitis and nosocomial lower respiratory tract infection: preliminary findings. J Clin Periodontol 2009; 36:380-387



Hospitalisierter Patient mit eingeschränkter Mundhygienefähigkeit

Foto: Purucker / Engel, Charité

*Parodontologie***Verringerung der Parodontalpathogene durch vollständige Extraktion**

Im Gegensatz zu früheren Untersuchungen konnten die Autoren in der Mundhöhle nach Extraktion keine signifikante Verringerung der Parodontalpathogene erzielen. Statt der Eliminierung der Parodontalpathogene ist maximal eine Reduktion möglich.

Ziel der Untersuchung war es, die intraoralen mikrobiologischen Veränderungen nach einer vollständigen Zahnextraktion mittels quantitativer Polymerase-Kettenreaktion (qPCR) zu dokumentieren. Neun Patienten mit schwerer aggressiver Parodontitis, für die die vollständige Zahnextraktion die einzige Behandlungsmöglichkeit war, wurden rekrutiert. Vor und sechs Monate nach der Extraktion wurden mikrobiologische Proben von Zunge, Speichel und aus der

subgingivalen Plaque gewonnen und mit der qPCR untersucht. Die Elimination der subgingivalen Nischen durch die Extraktion aller natürlichen Zähne resultierte in einer dreifachlogarithmischen Reduktion von *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia* und einer geringeren Reduktion von *Actinobacillus actinomycetemcomitans* und *Prevotella intermedia*. Nach der Extraktion blieb die Nachweis-häufigkeit dieser Parodontalpathogene im Speichel und auf

der Zunge unverändert. Im Gegensatz zu früheren Untersuchungen ergab sich bei der vollständigen Extraktion keine Eliminierung, sondern nur eine signifikante Reduktion der Parodontalpathogene. Die klinischen Konsequenzen dieser Beobachtung bleiben spekulativ.

Quelle: Van Assche N, Van Essche M, Pauwels M, Teughels W, Quirynen M. Do periodontopathogens disappear after full-mouth tooth extraction? J Clin Periodontol 2009; 36:1043-1047

*Parodontologie***Parodontitis als Vorhersagevariable für Zahnverlust**

Die Schwere der Parodontitis und das Parodontitisrisiko wurden in einer Studie an 523 Teilnehmern als Vorhersagevariable für Zahnverlust eingesetzt. Die Kombination dieser beiden Werte scheint den Zahnverlust besser vorhersagen zu können als die Einzelwerte und kann für die Therapieentscheidung oder Prognose herangezogen werden.

Zahnverlust kann die natürliche Folge einer Parodontitis sein. Von der erwachsenen Bevölkerung der USA existiert eine Stratifizierung von Schwere der Parodontitis, Risiko und Zahnverlust. Der Zahnverlust korreliert in dieser Population mit Schwere und Risiko. In der vorliegenden Studie wurde der Zahnverlust bei einer an Parodontitis erkrankten Population, die charakterisiert war durch die Kombination von Schwere und Risiko und in der die meisten Personen keine parodontale Behandlung erfuhren, untersucht. Die

klinischen Befunde stammen von 523 Teilnehmern der Veterans Affairs Dental Longitudinal Study. Der Beobachtungszeitraum betrug 15 Jahre, in denen Schwere der Erkrankung, Risikoniveau und Anzahl der verloren gegangenen Zähne dokumentiert wurden. Die schrittweise Regressionsanalyse zeigte, dass die Erkrankungs- und Risikowerte den durchschnittlichen Zahnverlust vorhersagen konnten (p-Wert 0,0005 und 0,001). Die Schlussfolgerung der Studie war, dass der Zahnverlust durch eine Kombination aus Risikowert und

Parodontalerkrankungswert genauer vorhergesagt werden kann als durch die Einzelwerte. Der Kombinationswert könnte eine Surrogatvariable für den Parodontalstatus sein. Da sich die Werte aus den klinischen Routineuntersuchungen ergeben, sind sie leicht zu gewinnen und können für viele Berechnungen und Entscheidungsfindungen verwendet werden.

Quelle: Martin JA, Page RC, Krall Kaye E, Hamed MT, Loeb CF. Periodontitis severity plus risk as a tooth loss predictor. J Periodontol 2009; 80:202-209

Parodontalchirurgie

Verschiebelappen zum spannungsfreien Verschluss

Ziel des Übersichtsartikels ist die Vorstellung von praktikablen Chirurgetechniken mit zehn grundlegenden Regeln.

Der Wundverschluss mittels eines spannungsfreien Mukoperiostlappens bewirkt die rasche primäre Wundheilung.

Eine mögliche Indikation für dieses Vorgehen ist die Deckung von Gingivarezessionen durch koronale Verschiebelappen. Insbesondere ist der spannungsfreie Verschluss für den Erfolg der gesteuerten Knochenregeneration von großer Wichtigkeit. Vor allem bei vertikaler Knochenaugmentation besteht ein ausgeprägter Bedarf an Lappenverschiebung zur Deckung des fixierten Knochenblocks. Neben der Vorstellung der Techniken des Verschiebelappens wurde in der Literatur hinsichtlich der Indikationseinschränkungen und

möglicher Komplikationen recherchiert. Es erfolgte auch eine Beschreibung der anatomischen Strukturen, soweit sie für die Techniken relevant sind. Für den parodontologisch spezialisierten Praktiker wurden zehn grundlegende Regeln aufgestellt:

■ Das Lappendesign ist vor allen anderen Maßnahmen zu planen. Der Lappen sollte wenigstens einen Zahn mehr umfassen als für die Maßnahme nötig ist.

■ Ein einfaches Lappendesign sollte das Ziel sein. Unnötige Komplexität sollte vermieden werden.

■ Um die Blutversorgung zu erleichtern, sollte der Lappen an der Basis breiter sein als koronal.

■ Werden vertikale Entlastungs-

schnitte durchgeführt, so muss der Lappen zur Gefäßversorgung die Submukosa mit umfassen. Das Länge-zu-Breite-Verhältnis sollte nicht größer als 2,5 : 1 sein.

■ Das postoperative Ödem hängt von der Zeit der Lappenexposition und Austrocknung ab. Daher sollte die Operationsdauer möglichst kurz gehalten werden.

■ Es sollte ein primärer spannungsfreier Verschluss angestrebt werden. Ein Lappen, der auf geeignete Weise präpariert wurde, sollte passiv 3 bis 5 mm höher als ursprünglich liegen können.

■ Die Gewebe müssen zu allen Zeiten feucht gehalten werden. Nach längeren Prozeduren wird

der Lappen mit Kochsalz gespült.

■ Um Schmerzen und Schwellung gering zu halten, sollte der Lappen vorsichtig behandelt werden. Das Raspatorium muss im Kontakt zum Knochen bleiben und die Absaugung sollte den Kontakt mit dem Lappen vermeiden.

■ Vitale Strukturen im OP-Gebiet und den angrenzenden Geweben müssen beachtet werden.

■ Die Nähte sollten gut sitzen, dürfen aber nicht zu straff sein; anderenfalls können Nekrosen entstehen. Es sollte eine Kombination zwischen Matratzennaht und Einzelknopfnah mit einem modifizierten chirurgischen Knoten durchgeführt werden (zwei Windungen im Uhrzeigersinn, eine gegen den Uhrzeigersinn und noch eine Windung im Uhrzeigersinn).

Die Komplikationen umfassen:

1. zu geringe Lappenausdehnung
2. subkutane Blutungen und Schwellung
3. postoperative Blutung
4. Verletzung der Arteria palatina
5. Infektionen
6. Wund-Dehizensz
7. Nekrosen
8. Verlust des Vestibulums.

Grundsätzlich ist ein spannungsfreier Verschiebelappen realisierbar. Die dabei durchzuführende Technik hängt vom Ausmaß der Lappenverschiebung ab.

Quelle: Greenstein G, Greenstein B, † Cavallaro J, Elian N, Tarnow D. Flap advancement: Practical techniques to attain tension-free primary closure. *J Periodontol* 2009; 80:4-15

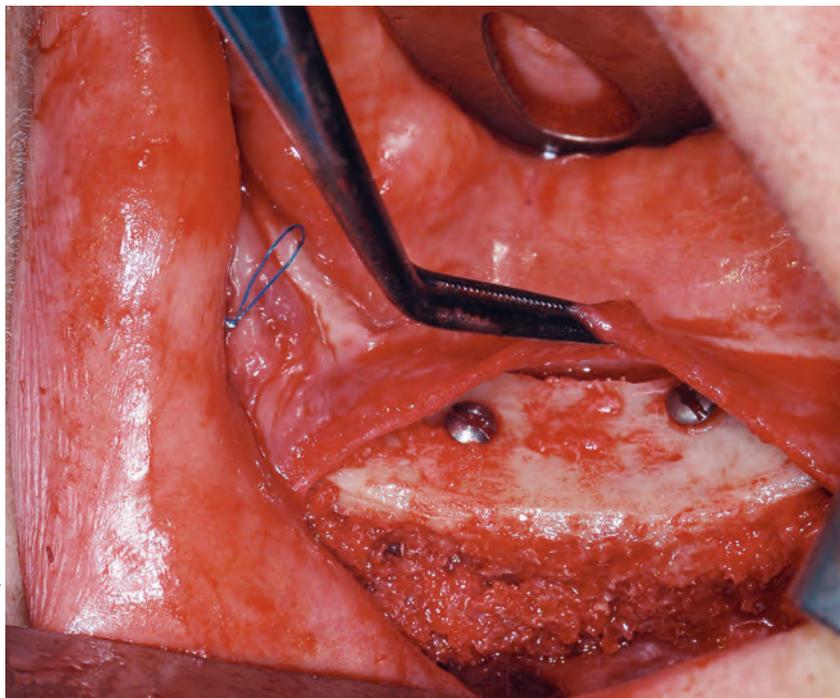


Foto: Friedmann, Chartié

Klinisches Beispiel für die Schwierigkeit bei der Deckung von umfangreichen Alveolar-
kammaugmentationen

Zahnärztliche Chirurgie

Langzeitergebnisse nach Wurzelresektion an Molaren

In dieser retrospektiven Zehn-Jahres-Studie wurden Faktoren untersucht, die das Ergebnis der Wurzelresektion an Molaren beeinflussen. Der wichtigste Faktor für langfristigen Erfolg scheint eine knöcherne Unterstützung von mehr als 50 Prozent zu sein.



Typisches klinisches Beispiel für die Indikation zur Wurzelamputation



Entzündungsfreie Situation nach erfolgreicher Wurzelamputation

Die Wurzelresektion ist eine Behandlungsoption zum Erhalt von Molaren mit Furkationsbefall. Diese retrospektive Studie evaluierte die Prognose der Wurzelresektion und untersuchte die

Faktoren, die die Überlebensrate der resezierten Molaren beeinflussten. Die Wurzelresektion erfolgte bei 691 Molaren an 579 Patienten. Die assoziierten Faktoren wurden bei 342 von 402

Molaren, die mehr als ein Jahr beobachtet wurden, untersucht. Als statistische Methode wurde die Survivalanalyse gewählt. Die Ergebnisse für den Zeitraum der letzten zehn Jahre ergaben, dass 102 von 342 Fällen (29,8 Prozent) versagten. Die Faktoren wurden in vier Gruppen eingeteilt und analysiert, um ihren Einfluss auf die Überlebensrate der resezierten Molaren zu bestimmen. Zähne, die aus parodontalen Gründen reseziert worden waren, hatten eine höhere Überlebensrate als Zähne, die aus nicht-parodontalen Gründen reseziert wurden. Nur die Höhe der knöchernen Unterstützung zum Zeitpunkt

der Chirurgie hatte einen signifikanten Einfluss auf die Überlebensrate der Molaren mit parodontalen Problemen. Um ein gutes Resultat zu erzielen, scheint es wichtig, dass die verbleibenden Wurzeln mehr als 50 Prozent knöcherne Unterstützung aufweisen.

Quelle: Park SY, Shin S-Y, Yang S-M, Kye S-B.
Factors influencing the outcome of root-resection therapy in molars: A 10-year retrospective study. *J Periodontol* 2009; 80:32-40

OA Dr. Peter Purucker
Charité-Universitätsmedizin Berlin
CharitéCentrum 3 für
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Abt. für Zahnerhaltungskunde
und Parodontologie
Abmannshäuser Str. 4-6
14197 Berlin
peter.purucker@charite.de

IDZ-Information 2/2011

Ursachen für Zahnverlust

Die neue IDZ-Studie mit dem Titel „Ursachen des Zahnverlusts in Deutschland“ greift die Gesamtheit Zahnverlust auf und analysiert auf der Grundlage bundesweiter Stichproben bei 599 niedergelassenen Zahnärzten aus allen Bundesländern insgesamt 12 517 Extraktionen. Als Autoren für die Feldstudie zeichnen Prof. Eike Glockmann (Jena) et al. verantwortlich.

Die epidemiologische Dokumentation der Gründe von Zahnverlust in der Bevölkerung Deutschlands hat am Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) Forschungstradition. Denn zweifellos stellt das Ausmaß von Zahnverlusten innerhalb der zahnmedizinischen Versorgungsforschung einen robusten Gradmesser für den oralen Gesundheitszustand dar.

Bereits 1993 wurden für die alten Bundesländer (vergleiche IDZ-Information Nr. 1/93) und 1999 für die neuen Bundesländer (vergleiche IDZ-Information Nr. 1/99) die Ergebnisse aus entsprechenden umfassenden Feldstudien zu den Ursachen zahnärztlich vorgenommener Zahnentfernungen veröffentlicht.

Im Rahmen der Erhebung für die aktuelle Studie waren die teilnehmenden Zahnärzte

gebeten worden, über einen Zeitraum von vier Arbeitswochen die zahnmedizinischen Extraktionsursachen zu dokumentieren (eingeschränkt prospektives Studiendesign). Bei den 12 517 Zähnen handelte es sich um 11 260 Zähne beim bleibenden und 1 257 Zähne beim Milchgebiss.

Karies und Parodontitis als Hauptextraktionsursachen

Bei Berücksichtigung der Zähne beider Dentitionen – also Milchzähne und bleibende Zähne – waren nach den durchgeführten Erhebungen im Jahr 2007 Karies (29,7 Prozent) und Parodontitis (28,5 Prozent) die häufigsten Extraktionsursachen.

Jeweils weniger als fünf Prozent der Zahnverluste waren auf kieferorthopädische

Behandlungen (4,7 Prozent), Traumata (2,9 Prozent) und prothetische Behandlungsplanungen (2,9 Prozent) zurückzuführen. 8,8 Prozent der Zahnverluste beruhten auf Entfernungen retinierter/verlagerter Weisheitszähne.

Sowohl unter den bleibenden Zähnen als auch unter den Milchzähnen wurden im gesamten Beobachtungszeitraum mehr Zähne im Oberkiefer entfernt. Konkret waren es im bleibenden Gebiss 5 966 Oberkiefer- und 5 294 Unterkieferzähne. Im Milchgebiss waren die Unterschiede noch deutlicher ausgeprägt: 727 extrahierte Zähne im Oberkiefer zu 530 Zähnen im Unterkiefer.

Bei der Betrachtung der Extraktionen nach Geschlecht ab 18 Jahre fällt auf: Die Ursache Parodontitis veranlasste gegenüber der Karies sowohl bei Frauen (32,5 zu 28,8 Prozent) als auch bei Männern (33,2 zu 31,4 Prozent) etwas häufiger den Zahnverlust.

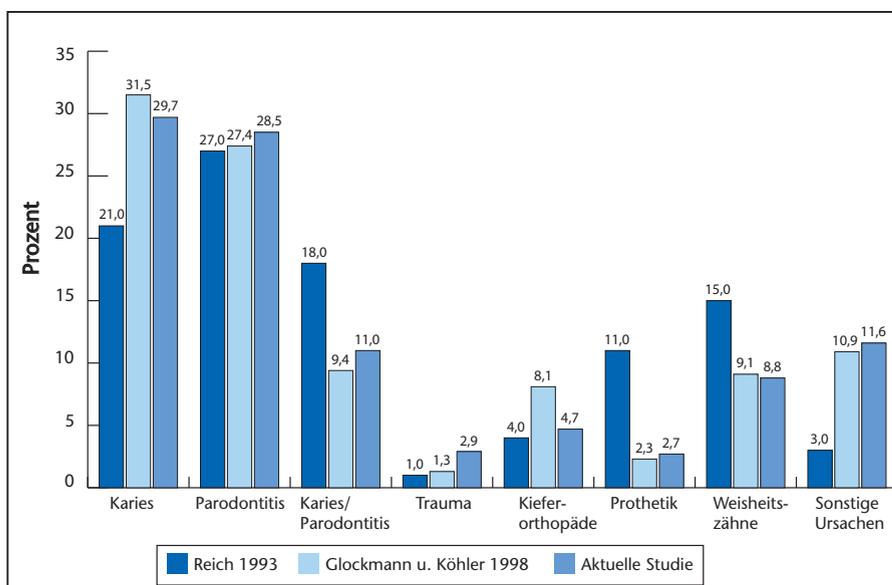
Auffällig war zudem: Bei Berücksichtigung der errechneten Residuen hinsichtlich der Entfernungen retinierter/verlagerter Weisheitszähne lag die Häufigkeit bei den männlichen Zahnärzten deutlich über und bei den weiblichen Zahnärzten dagegen unter den Erwartungswerten. Hinsichtlich der anderen Extraktionsursachen gab es keine gravierenden Unterschiede.

Im Vergleich zu den früheren Studien aus 1993 beziehungsweise 1999 zeigt sich eine erstaunlich hohe Stabilität hinsichtlich der klinischen Extraktionsursachen. Ab dem 40. Lebensjahr dominiert die Parodontitis als zahlenmäßiger Hauptgrund einer Zahnextraktion.

Insgesamt fügt sich das aktuelle Ergebnisbild zu den Gründen des Zahnverlusts in Deutschland in das entsprechende Ergebnisbild aus diversen internationalen Erhebungen in anderen Ländern zu dieser Gesamtheit ein. Die ausführliche Studie (34 Seiten) steht auf der Homepage des IDZ zum Download bereit und kann auch in gedruckter Fassung angefordert werden. **sf**

www.idz-koeln.de

Studienvergleich



Quelle: IDZ Köln/zm-Grafik

Vergleich der Untersuchungsergebnisse zu Extraktionsursachen von Reich (1993) in den alten Bundesländern (nur bleibende Zähne), Glockmann und Köhler (1998) in den neuen Bundesländern und der Studie in allen Bundesländern im Jahr 2007

Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Bremen	S. 90	Praxismanagement	LZK Berlin/Brandenburg	S. 86
	Freie	S. 97		ZÄK Niedersachsen	S. 88
Anthroposophie	Freie	S. 99		ZBV Unterfranken	S. 89
Arbeitsicherheit	LZK Rheinland-Pfalz	S. 87		ZÄK Bremen	S. 89
Bildgebende Verfahren	KZV Baden-Württemberg	S. 88		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 90
	Freie	S. 95	Prophylaxe	ZÄK Nordrhein	S. 87
Chirurgie	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 86		LZK Sachsen	S. 88
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 86		ZÄK Niedersachsen	S. 88
	ZÄK Niedersachsen	S. 88		KZV Baden-Württemberg	S. 88
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 91		ZÄK Bremen	S. 90
	APW	S. 94	Prothetik	LZK Berlin/Brandenburg	S. 86
Endodontie	ZÄK Nordrhein	S. 86		ZÄK Niedersachsen	S. 88
Funktionslehre	ZÄK Nordrhein	S. 87		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 90
Ganzheitliche ZHK	LZK Sachsen	S. 88	Qualitätsmanagement	LZK Rheinland-Pfalz	S. 87
Halitosis	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 86	Restaurative ZHK	LZK Berlin/Brandenburg	S. 86
	Freie	S. 98		LZK Sachsen	S. 88
Hypnose	ZÄK Bremen	S. 90		KZV Baden-Württemberg	S. 89
Implantologie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 86	ZFA	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 90
	LZK Sachsen	S. 87		ZÄK Nordrhein	S. 87
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 90			
	DZOI	S. 94			
	KZV Baden-Württemberg	S. 89			
	Freie	S. 96			
Kieferorthopädie	Freie	S. 96			
Kinderzahnheilkunde	ZÄK Niedersachsen	S. 88			
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 90			
Notfallmedizin	ZÄK Nordrhein	S. 87			
	ZÄK Niedersachsen	S. 88			
	KZV Baden-Württemberg	S. 88			
Parodontologie	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 86			
	ZÄK Nordrhein	S. 86			



Fortbildung der Zahnärztekammern **Seite 86**

Kongresse **Seite 91**

Hochschulen **Seite 94**

Wissenschaftliche Gesellschaften **Seite 94**

Freie Anbieter **Seite 94**

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



Absender:

Veranstalter/Kontaktadresse:



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.: _____

Thema: _____

Datum: _____

Ort: _____

Zahnärztekammern

ZÄK Schleswig-Holstein



Fortbildungsveranstaltungen am Heinrich-Hammer-Institut

Fachgebiet: Halitosis
Thema: Mundgeruch: (K)ein unangenehmes Thema
Referentin: Tracey Lennemann – USA/Europa
Termin: 27.05.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11-01-068
Kursgebühr: ZA: 145 EUR, ZFA, Mitarbeiter(in): 125 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Ultraschallbehandlung in der Parodontologie
Referent: Dr. Michael Maak – Lemförde
Termin: 27.05.2011: 14.30 – 19.30 Uhr, 28.05.2011: 09.00 – 14.00 Uhr
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Fortbildungspunkte: 11
Kurs-Nr.: 11-01-001
Kursgebühr: 340 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Laser in der Zahnheilkunde
Referent: Prof. Dr. George E. Romanos – USA
Termin: 15.06.2011: 13.00 – 20.00 Uhr
Ort: Heinrich-Hammer-Institut
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 11-01-009
Kursgebühr: 185 EUR

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

LZK Berlin/Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

Fachgebiet: Zahnerhaltung
Thema: Update Zahnheilkunde 2011: Kronenfreie Restaurationen von devitalen Zähnen; Die Front im Fokus – chirurgische und prothetische Arbeitstechniken; Parodontologie – wirtschaftlich
Referenten: Prof. Dr. Ivo Krejci (Genf), Dr. Joachim Hoffmann (Jena), Prof. Dr. Rainer Buchmann (Düsseldorf)
Termin: 07.05.2011: 09.00 – 15.30 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 4506.0
Kursgebühr: 75 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Praktischer Chirurgiekurs für Zahnärzte mit Live-OP
Referent: PD Dr. Dr. Meikel Vesper (Eberswalde)
Erster Termin: 13.05.2011: 14.00 – 19.00 Uhr, 14.05.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 0602.3
Kursgebühr: 545 EUR

Fachgebiet: Zahnerhaltung
Thema: Bisshebung des Erosionsgebisses mit direkter Adhäsivtechnik.
 Die Phase zwischen der Schiene und der permanenten Restauration: ein praktischer Übungskurs
Referenten: Prof. Dr. Thomas Attin (Zürich), Dr. Uwe Blunck (Berlin)
Termin: 14.05.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 4030.4
Kursgebühr: 415 EUR

Fachgebiet: Praxisführung
Thema: GOZ kompakt: Die aktuelle Gebührenordnung für Zahnärzte. Die moderne Zahnmedizin im Spiegel der korrekten Berechnung
Referentin: Dr. Christine Jann (Potsdam)
Termin: 21.05.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 5110.0
Kursgebühr: 185 EUR

Fachgebiet: Zahnerhaltung
Thema: Curriculum Ästhetische Zahnmedizin
Moderator: Prof. Dr. Roland Franckenberger (Marburg)
Erster Termin: 27.05.2011: 14.00 – 19.00 Uhr, 28.05.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 95
Kurs-Nr.: 4044.1
Kursgebühr: 3 680 EUR (Frühbucherrabatt möglich)

Fachgebiet: Zahnersatz
Thema: Totalprothetik
Referent: Prof. Dr. Reiner Biffar (Greifswald)
Termin: 27.05.2011: 14.00 – 19.00 Uhr, 28.05.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 0718.0
Kursgebühr: 335 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Weichgewebeexpansion mit osmotischen Gewebeexpandern. Eine neue Technik zur Verbesserung der plastischen Deckung bei umfangreichen Augmentationen
Referent: Dr. Dogan Kaner (Berlin)
Termin: 11.06.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 2024.0
Kursgebühr: 195 EUR

Fachgebiet: Allgemeinmedizin
Thema: MED-DENT: Orthopädie und Zähne. Im Wirbel der Zähne – ein interdisziplinäres Forum
Referenten: Prof. Dr. Axel Bumann (Berlin), Andreas Kreher (Berlin), Dr. Uta Laukens (Berlin)
Termin: 15.06.2011: 18.00 – 21.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 4602.0
Kursgebühr: 48 EUR

Auskunft und Anmeldung:
 Philipp-Pfaff-Institut Berlin
 Fortbildungseinrichtung der ZÄK Berlin und der LZÄK Brandenburg
 Ansprechpartnerin: Nadine Brandstettner
 Aßmannshäuser Str. 4-6
 14197 Berlin
 Tel.: 030/414725-40
 Fax: 030/4148967
 e-mail: info@pfaff-berlin.de
 www.pfaff-berlin.de

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Keep on Swinging
 Ultraschallbehandlung in der Parodontologie. Aktuelles und Bewährtes aus der „Welt des Ultraschalls“ in der PAR (Seminar mit praktischen Übungen für das gesamte zahnärztliche Team)
Referent: Dr. Michael Maak – Lemförde
Termin: 04.05.2011: 12.00 – 19.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 1105
Kursgebühr: ZA: 280 EUR, ZFA: 190 EUR

Fachgebiet: Endodontologie
Thema: Abschnitt IV des Curriculums Endodontologie
 Wurzelkanalbehandlung (3): Bestimmung der Arbeitslänge, manuelle Wurzelkanalaufbereitung
Referent: Dr. Udo Schulz-Bongert – Düsseldorf
Termin: 06.05.2011: 14.00 – 18.00 Uhr, 07.05.2011: 09.00 – 15.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 11073
Kursgebühr: ZA: 480 EUR

Fachgebiet: Funktionstherapie
Thema: Manuelle Funktionsanalyse und befundbezogene Okklusions-schientherapie
 Teil 2 einer dreiteiligen Kursreihe
Referent: Dr. Uwe Harth – Bad Salzuflen
Termin:
 06.05.2011: 14.00 – 19.00 Uhr,
 07.05.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 11016
Kursgebühr: ZA: 450 EUR

Fachgebiet: Prävention
Thema: Fit für die Kinder- und Jugendprophylaxe
 Gutes baut Vertrauen auf und bleibt hängen: FU, IP 1 bis IP 4 (Praxisteams, Wiedereinsteiger, ZFA, ZAH, ZMV, ZMP)
Referentin: Annette Schmidt – München
Termin: 13.05.2011:
 14.00 – 20.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 11022
Kursgebühr: ZA: 240 EUR, ZFA: 120 EUR

Fachgebiet: Prävention
Thema: Fit für die Erwachsenen-Prophylaxe
 Wissen und Können der Zukunft (Praxisteams, Wiedereinsteiger, ZFA, ZAH, ZMV, ZMP)
Referentin: Annette Schmidt – München
Termin: 14.05.2011:
 09.00 – 15.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 11023
Kursgebühr: ZA: 240 EUR, ZFA: 120 EUR

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Notfall-Teamkurs (Kurs für das Praxisteam mit praktischen Übungen)
Referent: Dr. Thomas Schneider – Mainz
Termin: 14.05.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 11043
Kursgebühr: ZA: 190 EUR, ZFA: 95 EUR

Fortbildung für ZFA

Thema: Hygienische Aufbereitung von Medizinprodukten in der Zahnarztpraxis (Freiwilliges Fortbildungsangebot für zahnmedizin. Hilfspersonal mit abgeschlossener Berufsausbildung)
Referentin: Ass. jur. Katharina Dierks – Köln
Termin: 07.05.2011:
 09.00 – 19.00 Uhr
Kurs-Nr.: 11249
Kursgebühr: 280 EUR

Thema: Röntgeneinstelltechnik (Intensivkurs mit praktischen Übungen)
Referentin: Gisela Elter, ZMF – Verden
Termin: 11.05.2011:
 14.00 – 19.00 Uhr
Kurs-Nr.: 11220
Kursgebühr: 95 EUR

Thema: Abrechnungsworkshop der Festzuschüsse
Referenten: Dr. Hans Werner Timmers – Essen, ZA Lothar Marquardt – Krefeld
Termin: 13.05.2011:
 14.00 – 18.00 Uhr
Kurs-Nr.: 11245
Kursgebühr: 90 EUR

Thema: Röntgenkurs für ZMF zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RöV § 24 Absatz 2 Nr. 3 und 4 vom 30. April 2003
Referenten: Prof. Dr. Dr. Peter Schulz – Köln, Gisela Elter, ZMF – Verden
Termin:
 13.05.2011: 09.00 – 18.15 Uhr,
 14.05.2011: 09.00 – 18.15 Uhr,
 15.05.2011: 09.00 – 18.15 Uhr
Kurs-Nr.: 11224
Kursgebühr: 240 EUR

Auskunft: Karl-Häupl-Institut der Zahnärztekammer Nordrhein
 Emanuel-Leutze-Str. 8
 40547 Düsseldorf (Lörick)
 Tel.: 0211/52605-0
 Fax: 0211/52605-48

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS in der praktischen Anwendung – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem in der Umsetzung
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin: 04.05.2011:
 13.30 – 16.30 Uhr
Ort: Bildungs- und Technologiezentrum der Handwerkskammer in Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 118285
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS-EDV-Grundlagen – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem in der Umsetzung
Referent: Dr. Holger Dausch
Termin: 04.05.2011:
 16.45 – 19.30 Uhr
Ort: Bildungs- und Technologiezentrum der Handwerkskammer in Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 118286
Kursgebühr: 80 EUR

Fachgebiet: Arbeitssicherheit
Thema: BuS-Workshop Arbeitssicherheit
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin: 11.05.2011:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 118221
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS in der praktischen Anwendung – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem in der Umsetzung
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin: 18.05.2011:
 13.30 – 16.30 Uhr
Ort: Bildungs- und Technologiezentrum der Handwerkskammer in Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 118287
Kursgebühr: 160 EUR

Auskunft: LZK Rheinland-Pfalz
 Langenbeckstr. 2
 55131 Mainz
 Tel.: 06131/96136-60
 Fax: 06131/96136-89

LZK Sachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Aus der Praxis – für die Praxis! Prothetisch-implantologischer Alltag – direkt erleben!
Referent: Dr. Thomas Barth – Leipzig
Termin: 07.05.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: D 46/11
Gebühr: 240 EUR

Fachgebiet: Restaurative Zahnheilkunde

Thema: Bonding-Live-Test – Workshop

Referent: Dr. Jörg Weiler – Köln

Termin: 13.05.2011:

14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Fortbildungspunkte: 6

Kurs-Nr.: D 53/11

Gebühr: 145 EUR

Fachgebiet: Restaur. Zahnheilkunde

Thema: Amalgam – Prügelknabe der Zahnmedizin:

Haben Amalgamfüllungen noch eine Daseinsberechtigung?

Referent: Prof. Dr. Dr. h. c. Georg Meyer – Greifswald

Termin: 13.05.2011:

15.00 – 18.00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Fortbildungspunkte: 4

Kurs-Nr.: D 54/11

Gebühr: 95 EUR

Fachgebiet: Prophylaxe

Thema: Empowerment von Kindern, Jugendlichen und Eltern. Umsetzungsmöglichkeiten in der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe und in der Zahnarztpraxis

Referent: Sybille van Os-Fingberg – Berlin

Termin: 14.05.2011:

09.00 – 15.00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: D 56/11

Gebühr: 155 EUR

Fachgebiet: Restaur. Zahnheilkunde

Thema: Grundregeln der Kauflächengestaltung – praktische Übungen – physiologische Zentrik – Wohin gehört der Unterkiefer?

Referent: Prof. Dr. Dr. h. c. Georg Meyer – Greifswald

Termin: 14.05.2011:

09.00 – 16.00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Fortbildungspunkte: 9

Kurs-Nr.: D 57/11

Gebühr: 240 EUR

Fachgebiet: Ganzheitliche Zahnmedizin

Thema: Medi-Taping für Zahnärzte – Aufbaukurs

Referent: Dr. Dieter Sielmann – Bad Oldesloe

Termin: 27.05.2011:

09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: D 62/11

Gebühr: 230 EUR

Auskunft u. schriftliche Anmeldung:

Fortbildungsakademie der

LZK Sachsen

Schützenhöhe 11

01099 Dresden

Tel.: 0351/8066-101

Fax: 0351/8066-106

e-mail: fortbildung@lzk-sachsen.de

www.zahnaerzte-in-sachsen.de

Fachgebiet: Zahnmedizin/Notfall

Thema: Notfallmanagement in der zahnärztlichen Praxis

Referent: Prof. Dr. Hartmut Hagemann

Termin: 11.05.2011:

14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Hannover

Fortbildungspunkte: 5

Kurs-Nr.: Z 1134

Kursgebühr: 85 EUR

Auskunft und Anmeldung:

ZÄK Niedersachsen

Zahnärztliche Akademie

Niedersachsen, ZAN

Zeißstr. 11a

30519 Hannover

Tel.: 0511/83391-311 oder -313

Fax: 0511/83391-306

Aktuelle Termine unter www.zkn.de

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Chirurgie

Thema: Minimal-invasive

Zahnentfernung

Referent: Gunnar Rolf Philipp

Termin: 06.05.2011:

09.00 – 18.00 Uhr

Ort: Hannover

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: Z 1130

Kursgebühr: 275 EUR

Fachgebiet: Chirurgie

Thema: Wie, Was, Warum der

Implantatbetreuung

Referent: Tracey Lennemann

Termin: 06.05.2011:

14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Hannover

Fortbildungspunkte: 4

Kurs-Nr.: Z/F 1131

Kursgebühr: 110 EUR

Fachgebiet: Praxisführung und

-organisation

Thema: Mobile zahnärztliche

Behandlung – menschlich, umfassend, wirtschaftlich

Referent: Wolfgang Bleileven

Termin: 07.05.2011:

10.00 – 15.00 Uhr

Ort: Hannover

Fortbildungspunkte: 7

Kurs-Nr.: Z 1132

Kursgebühr: 110 EUR

Fachgebiet: Praxisführung und

-organisation

Thema: Qualitätsmanagement

und Hygiene

Referent: Prof. Dr. Peter Jöhren

Termin: 13.05.2011:

14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Hannover

Fortbildungspunkte: 4

Kurs-Nr.: Z/F 1135

Kursgebühr: 95 EUR

Fachgebiet: Prophylaxe

Thema: Die Prophylaxe-Sprech-

stunde in die Praxis erfolgreich

integrieren – ein Teamkonzept aus

der Praxis für die Praxis

Referenten: Dr. Christian Bittner,

Manuela Toben

Termin: 14.05.2011:

09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Hannover

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: Z/F 1136

Kursgebühr: 350 EUR Teamgebühr

(ZA + 1 ZFA)

Fachgebiet: Kinderzahnheilkunde

Thema: Integration der Kinder-

zahnheilkunde in die allgemein-

zahnärztliche Praxis

Referent: Dr. Sven Nordhusen

Termin: 14.05.2011:

09.00 – 16.00 Uhr

Ort: Hannover

Fortbildungspunkte: 6

Kurs-Nr.: Z 1144

Kursgebühr: 120 EUR

Fachgebiet: Prothetik

Thema: Alltägliche Probleme in

der zahnärztlichen Prothetik

Referent: OA Dr. Felix Blankenstein

Termin: 18.05.2011:

14.00 – 20.00 Uhr

Ort: Hannover

Fortbildungspunkte: 6

Kurs-Nr.: Z 1137

Kursgebühr: 137 EUR

KZV Baden-Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen

Fortbildungsforum Freiburg

Thema: Digitale Dentalfotographie

in der KFO-Praxis

Referent: Dieter Baumann –

Ludwigsburg

Termin: 21.05.2011

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Kursgebühr: 175 EUR (ZA),

150 EUR (ZFA, Mitarbeiter/-in)

Kurs-Nr.: 11/312

Fortbildungspunkte: 5

Thema: Grundmodul – Notfalltra-

ining für Zahnärztinnen/Zahnärzte

und deren Assistenzpersonal

Referent: Reimund Andlauer, AMS

Medizinische Seminare

Termin: 27.05.2011

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Kursgebühr: 145 EUR (ZA),

95 EUR (ZFA, Mitarbeiter/-in)

Kurs-Nr.: 11/313

Fortbildungspunkte: 5

Thema: Spezielle Prophylaxe in der

Kieferorthopädie

Referentin: Dr. Cornelia Speer –

Freiburg

Termin: 27.05.2011

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Kursgebühr: 225 EUR

Kurs-Nr.: 11/413

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

Referent: Prof. Dr. Jürgen Manhart
– München

Termin: 28.05.2011

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Kursgebühr: 395 EUR

Kurs-Nr.: 11/116

Fortbildungspunkte: 10

ZBV Unterfranken



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Moderne zahnerhaltende
Chirurgie – Es müssen nicht
immer Implantate sein

Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi –
Basel

Termin: 28.05.2011

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Kursgebühr: 335 EUR

Kurs-Nr.: 11/117

Fortbildungspunkte: 8

Thema: Praxismanagement am
Beispiel einer Prophylaxepraxis

Referent: Dr. Klaus Bastendorf

Termin: 07.06.2010:

20.00 – 22.00 Uhr

Ort: Salon Echter, Maritim Hotel
Würzburg

Kursgebühr: 40 EUR

Thema: DVT – Dentale Volumen-
tomographie

Referent: PD Dr. Dirk Schulze –
Freiburg

Termin: 08.06.2011, 17.09.2011

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Kursgebühr: 490 EUR

Kurs-Nr.: 11/602

Fortbildungspunkte: 13

Auskunft und Anmeldung:

ZBV Unterfranken

Dominikanerplatz 3d

97070 Würzburg

Tel.: 0931/32114-0

Fax: 0931/32114-14

www.zbv-ufr.de

Thema: Strukturierte Fortbildung
Implantologie, Teile 1-3

Leitung: Prof. Dr. Herbert Deppe –
München

Termine:

Teil 1: (08.) 09.06. – 11.06.2011,

Teil 2: 13.07. – 16.07.2011,

Teil 3: 16./17.09.2011

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Kursgebühr: 3 800 EUR

Kurs-Nr.: 11/601

Fortbildungspunkte: 88

ZÄK Bremen



Fortbildungsveranstaltungen

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

Fachbereich: Praxismanagement

Thema: Der erste Eindruck zählt –

Wenn Knigge in die Praxis kommt

Referent: Betül Hanisch

Termin: 06.05.2011:

14.00 – 20.00 Uhr

Ort: Zahnärztekammer Bremen,
Universitätsallee 25, 28359
Bremen

Fortbildungspunkte: 4

Kurs-Nr.: 11214

Gebühr: 192 EUR (ZÄ),

153 EUR (ZFA)

Fachbereich: Hypnose
Thema: 2. Bremer Hypnose- und Kommunikations-Curriculum
Referenten: Dr. Horst Freigang, Ute Neumann-Dahm, Dr. Wolfgang Kuwatsch
Termin: Einführungsseminar 13.05.2011: 14.00 – 17.30 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11200
Gebühr: 158 EUR (ZÄ), 126 EUR (ZFA)

Fachbereich: Prophylaxe
Thema: Ästhetik-Power-Day / Themen-Power rund um das Thema Zahnästhetik in der Prophylaxe
Referenten: Sona Alkozei, Christine Baumeister, Sabine Mack, Christina Marschhausen, Silvia Syväri
Termin: 14.05.2011: 09.30 – 16.30 Uhr
Ort: Berufsschulzentrum Walle, Am Wandrahm 23, 28195 Bremen
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 11026
Gebühr: 135 EUR

Fachbereich: Abrechnung
Thema: Jahrestaining – Abrechnungs-Update quer durch alle Fachgebiete
Referentin: Sylvia Wuttig
Termin: 18.05.2011: 08.30 – 15.30 Uhr
Ort: die Theo, Lutherstr. 7, 27756 Bremerhaven
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 11217
Gebühr: 325 EUR (ZÄ), 259 EUR (ZFA)

Fachbereich: Abrechnung
Thema: Zahntechnische Abrechnung 2010 nach der neuen BEB-Zahntechnik
Referentin: Regina Granz
Termin: 18.05.2011: 14.00 – 18.30 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11036
Gebühr: 125 EUR

Fachbereich: Abrechnung
Thema: Jahrestaining – Abrechnungs-Update quer durch alle Fachgebiete
Referentin: Sylvia Wuttig
Termin: 20.05.2011, 21.05.2011: jeweils 08.30 – 15.30 Uhr

Ort: Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 11218 (20.05.), 11219 (21.05.)
Gebühr: 290 EUR (ZÄ), 235 EUR (ZFA)

Fachbereich: Abrechnung
Thema: Abrechnung: auf ein Neues – Für Wiedereinsteiger
Referentin: Alma Ott
Termin: 27.05.2011: 14.00 – 19.00 Uhr, 28.05.2011: 10.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 12
Kurs-Nr.: 11035
Gebühr: 214 EUR

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

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

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
Gebühr: 439 EUR

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
Gebühr: 189 EUR

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Strategische Pfeilervermehrung, Implantat-/zahngetragene Teleskoparbeiten – theoretische Grundlagen und prothetische Behandlungsabläufe
Referent: Dr. Tobias Ficnar
Termin: 25.05.2011: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Dortmund, Kongresszentrum Westfalen, Rheinlanddamm 200, 44139 Dortmund
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11 750 002
Gebühr: 65 EUR

Fachgebiet: Zahnerhaltung
Thema: Direkte Seitenzahnversorgung – State of the Art
Referent: Prof. Dr. Bernd Haller
Termin: 27.05.2011: 14.00 – 19.00 Uhr, 21.05.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 11 740 057
Gebühr: 539 EUR

Fachgebiet: Zahnerhaltung
Thema: Kofferdamm in 100 Sekunden
Referent: Dr. Johannes Müller
Termin: 04.06.2011: 09.30 – 13.00 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 11 740 012
Gebühr: ZA: 329 EUR, ZFA: 165 EUR

Fachgebiet: Kinderzahnheilkunde
Thema: Arbeitskreis Kinderzahnheilkunde. Erarbeitung zahnärztlicher Konzepte für Prophylaxe und Behandlung im Kindesalter. „Zahnärztliche Identifizierung von Kindern und Jugendlichen“
Referent: Dr. Dr. Claus Grundmann
Moderator: Dr. Peter Noch
Termin: 08.06.2011: 15.00 – 17.30 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11 710 737
Gebühr: ZA: 89 EUR

Fachgebiet: Zahnerhaltung
Thema: Infiltration/Füllung/Inlay/Reparatur
Referent: Prof. Dr. Roland Frankenberger
Termin: 10.06.2011: 14.30 – 17.30 Uhr, 11.06.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 13
Kurs-Nr.: 11 740 058
Gebühr: ZA: 469 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Gewinnmaximierung durch die Optimierung der Ablauforganisation – ein Kurs mit sofort umsetzbaren Tipps für das gesamte Team
Referent: Dipl.-Hdl. Joachim Brandes
Moderator: Dr. Peter Noch
Termin: 15.06.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 11 740 085
Gebühr: ZA: 299 EUR

Auskunft: ZÄKWL
 Dirc Bertram
 Tel.: 0251/507-600
 Fax: 0251/507-619
 dirc.bertram@zahnaerzte-wl.de

Kongresse

■ Mai

25. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) gemeinsam mit der Frühjahrstagung der Deutschen Ges. für Endodontie (DGEndo)

Termin: 06./07.05.2011

Thema:

Gestiegene Lebenserwartung – Endodontie und Zahnerhalt

Veranstalter: DGZ und DGEndo

Ort: Hotel Hilton Düsseldorf, Georg-Glock-Str. 20, 40474 Düsseldorf

Fortbildungspunkte: maximal 20
Gebühren:

Mitglieder DGZ/DGEndo: 170 EUR, Nicht-Mitglieder 290 EUR, Tagungspauschale 45 EUR pro Tag (Weitere Gebühren und Ermäßigungen im Flyer im Internet)

Informationen und Anmeldung:

Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V.

Holbeinstr. 29

04229 Leipzig

Tel.: 0341/48474-202

Fax: 0341/48474-290

sekretariat@dgendo.de

www.dgendo.de

www.dgz-online.de

www.oemus.com

1. Symposium von IKG und BDK zur Erwachsenenkieferorthopädie

Thema: Prävention – Funktion – Ästhetik

Veranstalter: Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden und Initiative Kiefergesundheit

Termin: 07.05.2011

Ort: Düsseldorf, Maritim am Flughafen

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Angelika Stellzig-Eisenhauer – Würzburg

Kursgebühr: 275 EUR,

Mitglieder 185 EUR, Sonderpreis für Assistenten und Studenten

Auskunft:

A Hoy PR Doris Hoy-Sauer

Weiße Gasse 6

86150 Augsburg

Tel.: 0821/2461357

Fax: 0821/2461358

doris.hoy-sauer@ahoy-pr.de

www.pfa-kfo.de

Frühjahrstagung von DAZ und VDZM

Veranstalter: Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde und Vereinigung Demokratische Zahnmedizin

Termin: 07./08.05.2011

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

Informationen und Anmeldung: Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

Kaiserstr. 52

53840 Troisdorf

Tel.: 02241/9722876

Fax: 02241/9722879

kontakt@daz-web.de

www.daz-web.de

5. CAD/CAM and Computerized Dentistry International Conference

Thema: Cynoprod

CAD/CAM Dental Solutions:

Empowering Dental Labs

Termin: 12./13.05.2011

Ort: The Address Hotel

Dubai Marina, UAE

Informationen und Anmeldung:

Tel.: +971/4/3616174

Tel. mobil: +971/50/2793711

info@cappmea.com

www.cappmea.com/cadcam5

60. Jahrestagung der DGPro

Termin: 12.05. – 14.05.2011

Thema:

Die ganze Welt der Prothetik

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien (DGPro)

Tagungsleitung:

Prof. Dr. G. Heydecke

Ort: Curiohaus, Hamburg

Informationen, Kursgebühr und Anmeldung:

<http://141.53.8.101/dgpro/tagungen/2011/hamburg/anmeldung/.html>

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

Stuttgarter Zahnärztetag 2011

Thema: Zahnärztliche Chirurgie.

Bewährtes und Neues

im Praxisalltag

Termin: 27./28.05.2011

Ort: Kultur- und Kongresszentrum Liederhalle Stuttgart

Informationen: Bezirkszahnärztekammer Stuttgart
Albstadtweg 9
70567 Stuttgart
Tel.: 0711/7877-233
Fax: 0711/7877-238

Gemeinsame Jahrestagung der AGAZ in der DGZMK und der ESDE

Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft Arbeitswissenschaft und Zahnheilkunde und European Society of Dental Ergonomics
Termin: 27./28.05.2011
Ort: Biberach, RiB
Informationen und Anmeldung: Prof. Dr. drs. Jerome Rotgans
Pauwelstr. 30, 52074 Aachen
Tel.: 0241/8088733
Fax: 0241/8082468
jrotgans@ukaachen.de
president@esde.org

25. Bergischer Zahnärztetag

115 Jahre
Bergischer Zahnärzterein
Thema: Kinderzahnheilkunde – State of the Art
Termin: 27./28.05.2011
Ort: Historische Stadthalle Wuppertal
Anmeldung: Geschäftsstelle Bergischer Zahnärzterein e.V.
Holzer Str. 33
42119 Wuppertal
Tel.: 0202/4250567
Fax: 0202/420828
info@bzaev.de
www.2011.bzaev.de

Gemeinschaftskongress 2011 DGK, IKG, BDK, und BuKiZ

Thema: Kinder – Zahn – Spange: Der richtige Zeitpunkt
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK), Initiative Kiefergesundheit (IKG), Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) und Berufsverband der Kinderzahnärzte (BuKiZ)
Termin: 28.05.2011
Ort: Frankfurt, Hotel Maritim (Messenähe)
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. Ralf Radlanski, Charité
Kursgebühr: 145 EUR, Mitglieder (auch Dentista-Club) 95 EUR, Sonderpreis für Assistenten und Studenten
Auskunft: A Hoy PR Doris Hoy-Sauer
Weiße Gasse 6
86150 Augsburg
Tel.: 0821/2461357
Fax: 0821/2461358
doris.hoy-sauer@ahoy-pr.de
www.kinder-zahn-spange.de

■ Juni

21. DZOI-Jahreskongress

Veranstalter: Deutsches Zentrum für orale Implantologie e.V.
Termin: 02./03.06.2011
Ort: Hilton Munich Park Hotel, München
Sonstiges: Unter dem Motto „Implantology meets Aesthetics“ erstmals in Kooperation mit der Internationalen Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V. (IGÄM) und der Deutschen Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V. (DGKZ)
Kursgebühr: ZA (DZOI-Mitglied) 185 EUR, ZA (Nichtmitglied) 260 EUR, Zahntechniker 100 EUR, Helferinnen/Assistentinnen 60 EUR, Tagungspauschale 90 EUR, alle Preise inkl. MwSt.
Auskunft: DZOI e.V.
Rebhuhnweg 2
Tel.: 0871/6600934
Fax: 0871/9664478
office@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: 02.06. – 04.06.2011
Ort: Kitzbühl, Tirol
Anmeldung: www.oegp.at

40. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Dentale Technologie

Thema: Lebensqualität durch Zahnmedizin und Zahntechnik
Termin: 02.06. – 04.06.2011
Ort: Böblingen, Kongresshalle
Anmeldung: AG Dentale Technologie e.V.
Frau Stockburger
Hartmeyerstr. 62
72076 Tübingen
Tel.: 07071/967696
info@ag-dentale-technologie.de

3. Hirschfeld-Tiburtius-Symposium

Thema: Zahnmedizin & Medizin: Nahtstellen im Fokus
Veranstalter: Dentista Club e.V.
Termin: 04.06.2011
Ort: Berlin, Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Berlin-Mitte
Wissenschaftliche Leitung: PD Dr. Ingrid Peroz, Charité
Einführungsvortrag: Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer
Kursgebühr: 130 EUR, Mitglieder 90 EUR, Sonderpreise für Assistenten und Studenten
Auskunft: Dentista Club e.V.
Birgit Dohlus
Christstr. 29a
14059 Berlin
86150 Augsburg
Tel.: 030/30824682
Fax: 030/30824683
info@dentista-club.de
www.dentista-club.de

53. Sylter Woche

Fortbildungskongress der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein mit integrierter Fortbildung für Zahnmedizinische Fachangestellte und einer Dentalausstellung
Hauptthema: „Für Zähne ist man nie zu alt!“
Termin: 06.06. – 10.06.2011
Ort: Sylt/Westerland
Auskunft: Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Westring 496
24106 Kiel
Tel.: 0431/260926-82
Fax: 0431/260926-15
hhi@zaek-sh.de
www.zaek-sh.de, Rubrik Fortbildung

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: 22.06. – 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 Sümnig
Poliklinik für MKG-Chirurgie
Ernst-Moritz-Arndt-Universität
Rotgerberstr. 8, 17475 Greifswald
Tel.: 03834/867168
Fax: 03834/867302
suemmnig@uni-greifswald.de

■ Juli

25. Oberpfälzer Zahnärztetag

Veranstalter: Zahnärztlicher Bezirksverband Oberpfalz
Thema: Die Zahnarztpraxis als Wohlfühlloase? Ästhetik, Ethik, Funktion
Schirmherr: Prof. Dr. Gerhard Handel
Termin: 14.07. – 16.07.2011
Ort: Klinikum der Universität Regensburg
Fortbildungspunkte: 12
Anmeldung: Zahnärztlicher Bezirksverband Oberpfalz
Albertstr. 8, 93047 Regensburg
Fax: 0941/59204-70

Festspielgespräch 2011

Fachgebiet: Ganzheitliche ZHK
Thema: Interdisziplinärer Erfahrungsaustausch zur Gesamtschau des Menschen: „Wahrnehmung“ – propriozeptive, neurophysiologische, quantenmedizinische Aspekte
Leitung: DDr. Irmgard Simma
Termin: 28.07. – 31.07.2011
Ort: Propstei St. Gerold, Vorarlberg
Fortbildungspunkte: 38
Veranstalter: Gesellschaft für ganzheitliche Zahnheilkunde der ÖGZMK
Anmeldung: Wiener Medizinische Akademie
Mag. Hedwig Schulz
Tel.: +43/1/405138319
hedwig.schulz@medacad.org

■ September

Schweizer Implantat-Kongress

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Prävention biologischer Komplikationen, Kontroversen Implantatchirurgie, Kontroversen Implantatprothetik
Termin: 02./03.09.2011
Ort: Bern
Anmeldung: Implantat-Stiftung Schweiz
 Caroline Chételat
 Markgasse 7, CH-3011 Bern
 Tel.: +41/31/31243-16, Fax: -14 caroline.chetelat@dentaeducation.ch oder iss@kongressadministration.ch

ECC 2011 – European Craniofacial Congress 2011

Termin: 14.09. – 17.09.2011
Ort: Salzburg, Austria
Themen: Clefts of Lip, Alveolus and Palate; Craniofacial Anomalies, Craniosynostosis, Distraction Osteogenesis, Genetics ...
International Congress Secretary: Pete Schachner MD, DMD
 p.schachner@salk.at
Anmeldung: Mondial Congress & Events
 Tel.: +43/1/58804-0, Fax: -185 ecc2011@mondial-congress.com

DGP-Jahrestagung

Thema: Gesunde und schöne Zähne für ein besseres Leben? – Parodontale Therapien im Spannungsfeld zwischen Lifestyle und Lebensqualität
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V.
Termin: 15.09. – 17.09.2011
Ort: Kongresshaus Baden-Baden
Anmeldung: DGP
 Tel.: 0941/942799-0
 www.dgparo.de

Gemeinsamer Kongress 2011 von BDIZ EDI und DGOI

Thema: Implantologie im Team
Veranstalter: BDIZ EDI und DGOI
Termin: 16./17.09.2011
Ort: München, Hotel Sofitel Munich Bayernpost
Anmeldung und Informationen: BDZI EDI
 Tel.: 0228/93592-44, Fax: -46 office-bonn@bdizedi.org www.bdizedi.org
 DGOI
 Tel.: 07251/618996-13, Fax: -26 mail@dgoi.info www.dgoi.info

46. Bodenseetagung und 40. Helferinnentagung

Veranstalter: Bezirkszahnärztekammer Tübingen
Thema: Oralmedizin – Der Zahnarzt als Mediziner
Termin: 16./17.09.2011
Ort: Lindau (Bodensee)
Auskunft: Bezirkszahnärztekammer Tübingen
 Bismarckstr. 96
 72072 Tübingen
 Tel.: 07071/911-0, Fax: -209

OstseeSymposium 2011

Thema: Erosion, Abrasion, Rezesion. Diagnostik und Therapie
Veranstalter: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Landesverband Schleswig-Holstein
Termin: 17.09.2011
Ort: Mövenpick Hotel Lübeck
Anmeldung: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.
 c/o Dr. Andreas Sporbeck
 Rathausallee 70
 22846 Norderstedt
 Fax: 040/5228698
 dr-sporbeck@live.de

Österreichischer Zahnärztekongress 2011 und Kärntner Seensymposium

Veranstalter: ÖGZMK Kärnten, Landes Zahnärztekammer Kärnten
Termin: 22.09. – 24.09.2011
Ort: Congress Center Villach
Kongresspräsident: DDr. Martin Zambelli, Präsident der ÖGZMK Kärnten
Kongresssekretariat: ÖGZMK c/o Landes Zahnärztekammer Kärnten
 Brigitte Podlucky
 Tel.: +43/0/50511-9020
 Karin Brenner
 Tel.: +43/0/50511-9022
 Fax: +43/0/50511-9023
 oegzmk@ktn.zahnaerztekammer.at
 www.oegzmk.at/zverein/ktn.htm
Information: Ärztezentrale Med.Info
 Helferstorferstr. 4, A-1014 Wien
 Tel.: +43/1/53116-48, Fax: -61
 azmedinfo@media.co.at

44. Jahrestagung der DGFD

Thema: Schmerz und Dysfunktion bei CMD-Therapie (mit Neurologen)
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie in der DGZMK
Termin: 23./24.09.2011
Ort: Bad Homburg
Anmeldung und Informationen: DGFD
 www.dgfdt.de/

**19. Saarländischer Zahnärztetag
4. Grenzüberschreitender Fortbildungskongress der Euregio der Zahnärzte Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz und 5. Tagung der ZFA**

Thema: Funktion ist nicht alles, aber ohne Funktion ist nichts
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Matthias Hannig, Direktor der Universitätskliniken für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde des Saarlandes in Homburg/Saar
Termin:

23.09.2011: 14.00 – 20.00 Uhr,
24.09.2011: 09.00 – 13.00 Uhr
Ort: Congresshalle Saarbrücken
Auskunft: ZÄK Saarland
Frau Wagner
Tel.: 0681/58608-18
Fax: 0681/5846153
mail@zaek-saar.de

**Dental-Expo 2011
International Dental Forum**
Termin: 26.09. – 29.09.2011
Ort: Moskau
Anmeldung:
www.dental-expo.com

■ Oktober

35. Jahrestagung des Arbeitskreises für Forensische Odontostomatologie (AKFOS)

Termin: 08.10.2011:
08.00 – 17.00 Uhr
Ort: Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Großer Hörsaal der Zahnklinik, Augustusplatz 2, 55131 Mainz
Information: www.akfos.com

17. Kongress-Schiffsreise der brandenburgischen Zahnärzte
Fachgebiet: Arbeitssicherheit

Thema: Fachkunde Strahlenschutz mit abschließender Prüfung
Termin: 09.10. – 16.10.2011
Ort: Valletta, Malta
Kongressgebühr: 250 EUR + Reisekosten ab 1 611 EUR
Veranstalter: Verband Niedergelassener Zahnärzte Brandenburg e.V.
Anmeldung: VNZLB
Helene-Lange-Str. 4-5
14469 Potsdam
Tel.: 0331/2977104
Fax: 0331/2977165
vnzlb@t-online.de
www.vnzlb.de

52. Bayerischer Zahnärztetag
Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: Praxisreife Innovationen: Techniken und Produkte für moderne Behandlungsmethoden
Termin: 20.10. – 22.10.2011
Ort: München
Veranstalter: Bayerische Landes-zahnärztekammer
Anmeldung: Oemus Media AG, Leipzig
Tel.: 0341/48474-309, Fax: -290
blzk2011@oemus-media.de
www.blzk2011.de

20. Jahrestagung der DGL
Thema: Laser-Start-up 2011
Termin: 28./29.10.2011
Ort: Hilton Hotel, Düsseldorf
Informationen und Anmeldung: Universitätsklinikum Aachen
Abt. für ZPP/DGL
Deutsche Gesellschaft für Laser-zahnheilkunde
Eva Speck
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
Tel.: 0241/8088164
Fax: 0241/803388164
speck@dgl-online.de
especk@ukaachen.de
www.dgl-online.de

2. Jahrestagung d. Österreichischen Gesellschaft für Endodontie

Thema: Single needle file treatment – Lösung aller Probleme?
Termin: 28./29.10.2011
Ort: Salzburg Stadt, Castellani Parkhotel Salzburg
Veranstalter: Österreichische Gesellschaft für Endodontie
Wissenschaftliche Organisation: Dr. Karl Schwaninger – Wien, Dr. Peter Brandstätter – Wien
Information: Ärztezentrale Med.Info
Helferstorferstr. 4, A-1014 Wien
Tel.: +43/1/53116-48
Fax: +43/1/53116-61
azmedinfo@media.co.at

■ November

10. Jahrestagung der DGEndo
Termin: 03.11. – 05.11.2011
Ort: Kameha Grand Bonn, Am Bonner Bogen 1, 53227 Bonn
Informationen und Anmeldung: Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V.
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341/48474202
Fax: 0341/48474290
sekretariat@dgendo.de
www.deendo.de

Hochschulen

Universität München

Symposium anlässlich des 85. Geburtstages von Prof. Dr. Dr. Gottfried Schmuth

Termin: 29.06.2011
Beginn 11.30 Uhr
Ort: Großer Hörsaal der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der LMU München, Goethestr. 70, 80336 München

Anmeldung: Poliklinik für Kieferorthopädie
Goethestr. 70
80336 München
Tel.: 089/5160-3233
Fax: 089/5328550
kfo.sekretariat@med.uni-muenchen.de

Wissenschaftliche Gesellschaften

DZOI

Deutsches Zentrum für orale Implantologie e.V.

Thema: 13. Curriculum zum TSP Implantologie
Termin: 09.05. – 14.05.2011
Ort: Universität Göttingen, Abteilung Zahnärztliche Chirurgie
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. Wilfried Engelke
Sonstiges: Der Abschluss führt zum Master Degree der Laser-Akademie.
Kursgebühr: DZOI-Mitglieder 6 800 EUR, Nichtmitglieder 7 800 EUR, TSP Implantologie 500 EUR, Verlängerung TSP 100 EUR, jeweils zzgl. MwSt.

Auskunft: DZOI Geschäftsstelle
Tel. 0871/6600934
office@dzoide
www.dzoide

APW

Akademie Praxis und Wissenschaft

**Neue Kursreihe
Zahnärztliche Chirurgie**

Beginn: 18.06.2011 (und 29./30.07.2011 sowie 30.09./01.10.2011; fünf Module an drei Wochenenden)
Ort: Mainz-Kastel
Kursgebühr: 1 950 EUR; 1 850 EUR DGZMK-Mitglieder; 1 800 EUR APW-Mitglieder

Auskunft: APW
Sonja Beate Lucas
Liesegangstr. 17a
40211 Düsseldorf
Tel.: 0211/669673-42
Fax: 0211/669673-31
apw.lucas@dgzmk.de
www.apw-online.com
www.dgzmk.de

Freie Anbieter

In dieser Rubrik veröffentlichen wir einmalig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen außerhalb der offiziellen Berufsvertretungen und Wissenschaftlichen Gesellschaften. Mit der Veröffentlichung übernehmen Herausgeber und Redaktion keine Gewähr für Angaben und Inhalte. Der Umfang der Veröffentlichung ist begrenzt. 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: Praxismanagement
Thema: Moderne Praxisführung
Veranstalter: Institut für zahnmedizinische Fortbildung, Wissenschaft und Kultur
Referent: Prof. Dr. J. G. Bischoff
Termin: 03.05.2011: 19.00 Uhr
Ort: Ludwigkirchstr. 10a, 10719 Berlin
Fortbildungspunkte: 3

Kursgebühr: 90 EUR + MwSt.

Anmeldung:

Institut für Zahnmedizinische Fortbildung, Wissenschaft und Kultur
ZÄ Beate Slominski
Ludwigkirchstr. 10a
10719 Berlin
Tel.: 0163/8830320
zahnaerztin.beateslominski@gmx.de

Thema: Knochenregeneration – Methodik + Technik – Halbtageskurs

Veranstalter: Dentaurum Implants

Termin: 04.05.2011

Ort: Braunschweig

Referent: Prof. Wilfried Engelke

Fortbildungspunkte: 6

Kursgebühr: 250 EUR + MwSt.

Anmeldung: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann

Dentaurum Implants GmbH
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 07231/803-470
Fax: 07231/803-409
kurse@dentaurum.de
www.dentaurum.com

Fachgebiet: Praxismanagement

Thema: W04 – Auf dem Weg zur 5-Sterne-Praxis

Veranstalter: praxisDienste

Fortbildungs GmbH

Termin/Ort:

04.05.2011: Hamburg,

08.06.2011: Frankfurt

Sonstiges: Blockkursbuchungen zu

Blockpreisen möglich

Kursgebühr: 318 EUR / 298 EUR /

258 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: praxisDienste

Fortbildungs GmbH

Brückenstr. 28

69120 Heidelberg

Tel.: 06221/649971-0

Fax: 06221/649971-20

Fachgebiet: Prophylaxe

Thema: A04 – Expertenwissen

Prophylaxe:

Der Parodontitis-Patient

Veranstalter: praxisDienste

Fortbildungs GmbH

Termin/Ort:

05.05.2011: Stuttgart,

19.05.2011: Hamburg,

30.06.2011: München

Sonstiges: Blockkursbuchungen zu

Blockpreisen möglich

Kursgebühr: 318 EUR / 298 EUR /

258 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: praxisDienste

Fortbildungs GmbH

Brückenstr. 28

69120 Heidelberg

Tel.: 06221/649971-0

Fax: 06221/649971-20

Fachgebiet: Dentale Fotografie

Thema: Fotodokumentation in der

kieferorthopädischen Praxis

Veranstalter: Dentaurum

Termin: 06.05.2011

Ort: Ispringen

Referent: Prof. Dr. Ralf J. Radlanski

Fortbildungspunkte: 9

Kursgebühr: 249 EUR + MwSt.

Anmeldung: Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Dentaurum GmbH & Co. KG

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470, Fax: -409

kurse@dentaurum.de

www.dentaurum.com

Fachgebiet: Praxismanagement

Thema: Gewinnbringend verkaufen

durch professionelles Beraten

und optimales Abrechnen

Veranstalter: Dentaurum

Termin: 06.05.2011

Ort: Frankfurt

Referent: Petra Schmidt-Saum-

weber

Fortbildungspunkte: 8

Kursgebühr: 299 EUR + MwSt.

Anmeldung: Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Dentaurum GmbH & Co. KG

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470, Fax: -409

kurse@dentaurum.de

www.dentaurum.com

Thema: Laser-Sicherheitsschulung

Veranstalter: Dentaurum

Termin: 06.05.2011

Ort: Ispringen

Referent: Klaus Merkle, ZT der

Dentaurum-Gruppe

Kursgebühr: 125 EUR + MwSt.

Anmeldung: Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Dentaurum GmbH & Co. KG

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470, Fax: -409

kurse@dentaurum.de

www.dentaurum.com

Fachgebiet: Prophylaxe

Thema: A05 – Expertenwissen

Prophylaxe: Der Implantat-Patient

Veranstalter: praxisDienste

Fortbildungs GmbH

Termin/Ort:

06.05.2011: Stuttgart,

20.05.2011: Hamburg,

01.07.2011: München

Sonstiges: Blockkursbuchungen zu

Blockpreisen möglich

Kursgebühr: 318 EUR / 298 EUR /

258 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: praxisDienste

Fortbildungs GmbH

Brückenstr. 28, 69120 Heidelberg

Tel.: 06221/649971-0, Fax: -20

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: W01 – Update-Kurs
 Prophylaxe:
 Neues, Bewährtes und Unnötiges
Veranstalter: praxisDienste
 Fortbildungs GmbH
Termin/Ort:
 06.05.2011: München,
 18.05.2011: Münster,
 25.05.2011: Berlin,
 15.07.2011: Stuttgart
Sonstiges: Blockkursbuchungen zu
 Blockpreisen möglich
Kursgebühr: 248 EUR / 198 EUR /
 178 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: praxisDienste
 Fortbildungs GmbH
 Brückenstr. 28, 69120 Heidelberg
 Tel.: 06221/649971-0, Fax: -20

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: W03 – Ernährung,
 Homöopathie und Schüssler-Salze:
 Konzepte für Ihren Prophylaxe-
 Alltag
Veranstalter: praxisDienste
 Fortbildungs GmbH
Termin/Ort:
 06.05.2011: Mannheim,
 13.05.2011: Frankfurt,
 08.07.2011: Leipzig,
 22.07.2011: Köln
Sonstiges: Blockkursbuchungen zu
 Blockpreisen möglich
Kursgebühr: 248 EUR / 198 EUR /
 178 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: praxisDienste
 Fortbildungs GmbH
 Brückenstr. 28, 69120 Heidelberg
 Tel.: 06221/649971-0, Fax: -20

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Kieferorthopädischer
 Grundkurs Teil 1 – Herstellung von
 Plattenapparaturen
Veranstalter: Dentaurum
Termin: 06./07.05.2011
Ort: Münster
Referent: ZT Jörg Meier
Kursgebühr: 375 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann /
 Irene Kunzmann
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470, Fax: -409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: KFO-Spezialkurs „Fränkel“
 – Herstellung der FR-III-Apparatur
Veranstalter: Dentaurum
Termin: 06./07.05.2011
Ort: Ispringen
Referenten: ZT Konrad Hofmann,
 Dr. Wolfgang Scholz
Fortbildungspunkte: 18
Kursgebühr: 375 EUR + MwSt.

Anmeldung: Sabine Trautmann /
 Irene Kunzmann
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470, Fax: -409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Thema: Der elastisch offene
 Aktivator (EOA) nach Klammt
Veranstalter: Dentaurum
Termin: 06./07.05.2011
Ort: Freiberg (bei Dresden)
Referentin: ZT Monika Brinkmann
Fortbildungspunkte: 18
Kursgebühr: 429 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann /
 Irene Kunzmann
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Herstellung kieferortho-
 pädischer Retentionsgeräte
Veranstalter: Dentaurum
Termin: 06./07.05.2011
Ort: Ispringen
Referentin: ZT Christine Ramian
Fortbildungspunkte: 18
Kursgebühr: 429 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann /
 Irene Kunzmann
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Thema: Implantattechnik
Veranstalter: Dentaurum
Termin: 06./07.05.2011
Ort: Hamburg
Referent: ZT Rolf Kagelmacher
Kursgebühr: 549 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann /
 Irene Kunzmann
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Thema: Pendelapparaturen und
 ihre Modifikationen
Veranstalter: Dentaurum
Termin: 07.05.2011
Ort: Ispringen
Referentin: ZT Ursula Wirtz

Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 250 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann /
 Irene Kunzmann
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Fernröntgenkurs
Veranstalter: Dentaurum
Termin: 07.05.2011
Ort: Ispringen
Referent: Prof. Dr. Ralf J. Radlanski
Kursgebühr: 399 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann /
 Irene Kunzmann
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Thema: Augmentative Techniken
 und Sinusbodenelevation
Veranstalter: Dentaurum Implants
Termin: 07.05.2011
Ort: Henstedt-Ulzburg
Referent: Dr. Daniel Schulz
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 435 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann /
 Irene Kunzmann
 Dentaurum Implants GmbH
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Implantatplanung von
 klassisch bis dreidimensional
Veranstalter: Dentaurum Implants
Termin: 07.05.2011
Ort: Heiligenhaus
Referenten: Dr. Friedhelm
 Heinemann, Eike Erdmann
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 383 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann /
 Irene Kunzmann
 Dentaurum Implants GmbH
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Prothetik
Thema: NobelProcera™ und
 Prothetik
Veranstalter: Nobel Biocare
Termin: 07.05.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Schweinfurt
Referent: Dr. Oliver Hugo
Kursgebühr: 49 EUR
Auskunft: Nobel Biocare
 Deutschland GmbH
 (Gönül Öntas)
 Stolberger Str. 200, 50933 Köln
 Tel.: 0221/50085-151
 Fax: 0221/50085-352

Thema: Periimplantäre Weich-
 gewebskorrekturen bei Implantat-
 freilegung
Veranstalter: Nobel Biocare
Termin: 07.05.2011:
 09.00 – 16.30 Uhr
Ort: Neunburg vorm Wald
Referent: Dr. Christoph von Wenz
 zu Niederlahnstein
Kursgebühr: 99 EUR
Auskunft: Nobel Biocare
 Deutschland GmbH
 (Gönül Öntas)
 Stolberger Str. 200, 50933 Köln
 Tel.: 0221/50085-151, Fax: -352

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Computergestützte Dia-
 gnostik, Behandlungsplanung und
 Implantation – Möglichkeiten der
 minimalinvasiven Implantologie
Veranstalter: Nobel Biocare
Termin: 07.05.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Dortmund
Referent: Dr. Götz Grebe
Kursgebühr: 195 EUR
Auskunft: Nobel Biocare
 Deutschland GmbH
 (Gönül Öntas)
 Stolberger Str. 200, 50933 Köln
 Tel.: 0221/50085-151, Fax: -352

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: A06 – Expertenwissen
 Prophylaxe:
 Der Risikopatient / Deep Scaling
Veranstalter: praxisDienste
 Fortbildungs GmbH
Termin/Ort:
 07.05.2011: Stuttgart,
 21.05.2011: Hamburg,
 02.07.2011: München
Sonstiges: Blockkursbuchungen zu
 Blockpreisen möglich
Kursgebühr: 318 EUR / 298 EUR /
 258 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: praxisDienste
 Fortbildungs GmbH
 Brückenstr. 28, 69120 Heidelberg
 Tel.: 06221/649971-0
 Fax: 06221/649971-20

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: aMMP8-Marker der lokalen und systemischen Gewebestruktur bei Parodontitis
Veranstalter: Institut für zahnmedizinische Fortbildung, Wissenschaft und Kultur
Referent: Dr. med. Volker v. Baehr
Termin: 09.05.2011: 19.00 Uhr
Ort: Ludwigkirchstr. 10a, 10719 Berlin

Fortbildungspunkte: 3
Kursgebühr: 90 EUR + MwSt.
Anmeldung: Institut für zahnmedizinische Fortbildung, Wissenschaft und Kultur
 ZÄ Beate Slominski
 Ludwigkirchstr. 10a, 10719 Berlin
 Tel.: 0163/8830320
 zahnaerztin.beateslominski@gmx.de

Thema: Chairside Oral Scanner – leistungsstark und überzeugend
Veranstalter: Corona Lava™
Referenten: Johannes Semrau (Corona), Heike Stöth (3M Espe AG)
Termin: 11.05.2011: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Corona Lava™ Fräszentrum, Münchener Str. 33, 82319 Starnberg
Fortbildungspunkte: 4
Kursgebühr: kostenfrei
Anmeldung: Frau Fritzsche
 Tel.: 08151/555388

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: A01 – Basiswissen Prophylaxe: Erwachsene Senioren
Veranstalter: praxisDienste Fortbildungen GmbH
Termin/Ort: 12.05.2011: Nürnberg, 26.05.2011: Frankfurt-Mörfelden, 23.06.2011: Berlin, 30.06.2011: Köln, 07.07.2011: Düsseldorf, 21.07.2011: Stuttgart
Sonstiges: Blockkursbuchungen zu Blockpreisen möglich
Kursgebühr: 318 EUR / 298 EUR / 258 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: praxisDienste Fortbildungen GmbH
 Brückenstr. 28
 69120 Heidelberg
 Tel.: 06221/649971-0
 Fax: 06221/649971-20

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: KFO-Spezialkurs „Nance, Hyrax, etc.“ – Herstellung von Hilfsmitteln in Verbindung mit der festsitzenden Behandlungstechnik
Veranstalter: Dentaurum
Termin: 12./13.05.2011
Ort: Ispringen
Referent: Dr. Wolfgang Scholz

Fortbildungspunkte: 18
Kursgebühr: 429 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470, Fax: -409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: KFO-Abrechnung sattelfest – Einsteigerkurs
Veranstalter: Dentaurum
Termin: 13.05.2011
Ort: Hamburg
Referentin: Ursula Duncker
Fortbildungspunkte: 6
Kursgebühr: 229 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470, Fax: -409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Thema: Privatleistungen in der Kieferorthopädie – Wie sage ich es meinem Patienten?
Veranstalter: Dentaurum
Termin: 13.05.2011
Ort: Ispringen
Referent: Hans-Dieter Klein
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 299 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470, Fax: -409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Kieferorthopädischer Grundkurs Teil 1 – Herstellung von Plattenapparaturen
Veranstalter: Dentaurum
Termin: 13./14.05.2011
Ort: Ispringen
Referent: ZT Jörg Stehr
Kursgebühr: 375 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Kieferorthopädischer Grundkurs Teil 2 – Herstellung von bimaxillären Geräten
Veranstalter: Dentaurum

Termin: 13./14.05.2011
Ort: Berlin
Referent: ZT Jörg Meier
Kursgebühr: 375 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470, Fax: -409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Anzeige

Thema: Die gaumen- bzw. bügel-freie Teleskopprothese im Einstückgussverfahren aus CoCr
Veranstalter: Dentaurum
Termin: 13./14.05.2011
Ort: Baden (bei Wien)
Referent: ZT Michael Martin
Kursgebühr: 449 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470, Fax: -409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Thema: Typodontkurs I – Gerade Bogentechnik I – Vier-Prämolaren-Extraktion mit praktischen Übungen am Typodont
Veranstalter: Dentaurum
Termin: 13.05. – 15.05.2011
Ort: Ispringen
Referent: Dr. Wolfgang Grüner
Kursgebühr: 899 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470, Fax: -409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: A02 – Basiswissen Prophylaxe: IP 1 - IP 4 bei Kindern und Jugendlichen
Veranstalter: praxisDienste Fortbildungen GmbH
Termin/Ort: 13.05.2011: Nürnberg, 27.05.2011: Frankfurt-Mörfelden, 24.06.2011: Berlin, 01.07.2011: Köln, 08.07.2011: Düsseldorf, 22.07.2011: Stuttgart
Sonstiges: Blockkursbuchungen zu Blockpreisen möglich
Kursgebühr: 318 EUR / 298 EUR / 258 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: praxisDienste Fortbildungen GmbH
 Brückenstr. 28, 69120 Heidelberg
 Tel.: 06221/649971-0, Fax: -20

Thema: Prophylaxe für ZMF
Veranstalter: Dentaurum Implants
Termin: 14.05.2011
Ort: Chemnitz
Referentin: ZMF Angelika Frenzel
Kursgebühr: 125 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann
 Dentaurum Implants GmbH
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470, Fax: -409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Thema: KFO-Prophylaxe mit Konzept
Veranstalter: Dentaforum
Termin: 14.05.2011
Ort: Ispringen
Referent: Dr. George Beutner, Vesna Braun
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 329 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann
 Dentaforum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.com

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: KFO-Privatabrechnung von A bis Z fair berechnet
Veranstalter: Dentaforum
Termin: 14.05.2011
Ort: Hamburg
Referentin: Ursula Duncker
Fortbildungspunkte: 6
Kursgebühr: 229 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann
 Dentaforum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.com

Thema: Hart- und Weichgewebsmanagement
Veranstalter: Dentaforum Implants
Termin: 14.05.2011
Ort: Ispringen (bei Pforzheim)
Referent: Dr. Stephan Kressin
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 295 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann
 Dentaforum Implants GmbH
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.com

Thema: Hart- und Weichgewebsmanagement
Veranstalter: Dentaforum Implants
Termin: 14.05.2011
Ort: Oschersleben
Referent: Dr. Daniel Schulz
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 295 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann
 Dentaforum Implants GmbH
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470, Fax: -409
 kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.com

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: A03 – Basiswissen Prophylaxe: IP 5 Fissurenversiegelung
Veranstalter: praxisDienste Fortbildungs GmbH
Termin/Ort:
 14.05.2011: Nürnberg,
 28.05.2011: Frankfurt-Mörfelden,
 25.06.2011: Berlin,
 02.07.2011: Köln,
 09.07.2011: Düsseldorf,
 23.07.2011: Stuttgart
Sonstiges: Blockkursbuchungen zu Blockpreisen möglich
Kursgebühr: 318 EUR / 298 EUR / 258 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: praxisDienste Fortbildungs GmbH
 Brückenstr. 28
 69120 Heidelberg
 Tel.: 06221/649971-0
 Fax: 06221/649971-20

Thema: A07 – Praktischer Intensivkurs: manuelle und maschinelle Instrumentierung am Phantomkopf
Veranstalter: praxisDienste Fortbildungs GmbH
Termin/Ort:
 14.05.2011: Stuttgart,
 09.07.2011: München,
 16.07.2011: Düsseldorf
Sonstiges: Blockkursbuchungen zu Blockpreisen möglich
Kursgebühr: 348 EUR / 348 EUR / 308 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: praxisDienste Fortbildungs GmbH
 Brückenstr. 28
 69120 Heidelberg
 Tel.: 06221/649971-0
 Fax: 06221/649971-20

Fachgebiet: Halitosis
Thema: W02 – Die Mundgeruchsstunde von A bis Z – Konzepte für Ihre Praxis
Veranstalter: praxisDienste Fortbildungs GmbH
Termin/Ort:
 14.05.2011: Hannover,
 28.05.2011: München,
 18.06.2011: Münster,
 16.07.2011: Stuttgart
Sonstiges: Blockkursbuchungen zu Blockpreisen möglich
Kursgebühr: 318 EUR / 298 EUR / 258 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: praxisDienste Fortbildungs GmbH
 Brückenstr. 28
 69120 Heidelberg
 Tel.: 06221/649971-0
 Fax: 06221/649971-20

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: A09 – Expertenwissen Prophylaxe: Der KFO-Patient
Veranstalter: praxisDienste Fortbildungs GmbH
Termin/Ort:
 14.05.2011: Nürnberg,
 28.05.2011: Frankfurt-Mörfelden,
 25.06.2011: Berlin,
 02.07.2011: Köln,
 09.07.2011: Düsseldorf,
 23.07.2011: Stuttgart
Sonstiges: Blockkursbuchungen zu Blockpreisen möglich
Kursgebühr: 318 EUR / 298 EUR / 258 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: praxisDienste Fortbildungs GmbH
 Brückenstr. 28
 69120 Heidelberg
 Tel.: 06221/649971-0
 Fax: 06221/649971-20

Thema: Belichtest Du oder härtest Du schon aus? Probleme bei der Polymerisation lichthärtender Füllungsmaterialien (Workshop)
Veranstalter: Institut für zahnmedizinische Fortbildung, Wissenschaft und Kultur
Referent: OA Dr. med. dent. Blunck
Termin: 17.05.2011: 19.00 Uhr
Ort: Ludwigkirchstr. 10a, 10719 Berlin
Fortbildungspunkte: 4
Kursgebühr: 130 EUR + MwSt.
Anmeldung: Institut für zahnmedizinische Fortbildung, Wissenschaft und Kultur
 ZÄ Beate Slominski
 Ludwigkirchstr. 10a
 10719 Berlin
 Tel.: 0163/8830320
 zahnaerztin.beateslominski@gmx.de

Thema: Neue Wege bei parodontologischer Dokumentation – Zeit sparen und Qualität sichern durch moderne Technologien
Veranstalter: Institut für zahnmedizinische Fortbildung, Wissenschaft und Kultur
Referent: Dr. med. dent. Kossack
Termin: 18.05.2011: 19.00 Uhr
Ort: Ludwigkirchstr. 10a, 10719 Berlin
Fortbildungspunkte: 3
Kursgebühr: 90 EUR + MwSt.
Anmeldung: Institut für zahnmedizinische Fortbildung, Wissenschaft und Kultur
 ZÄ Beate Slominski
 Ludwigkirchstr. 10a
 10719 Berlin
 Tel.: 0163/8830320
 zahnaerztin.beateslominski@gmx.de

Thema: NobelProcera™ Jour Fixe – Scannerdemonstration
Veranstalter: Nobel Biocare
Termin: 18.05.2011: 12.00 – 16.00 Uhr
Ort: Köln
Referent: ZT Jan Merten
Auskunft: Nobel Biocare Deutschland GmbH (Gönül Öntas)
 Stolberger Str. 200
 50933 Köln
 Tel.: 0221/50085-151
 Fax: 0221/50085-352

Thema: Navigierte Implantologie in 3-D
Veranstalter: Corona Lava™
Referent: Andreas Feneberg (Materialise Dental GmbH)
Termin: 18.05.2011: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Corona Lava™ Fräszentrum, Münchener Str. 33, 82319 Starnberg
Fortbildungspunkte: 3
Kursgebühr: 95 EUR
Anmeldung: Frau Fritzsche
 Tel.: 08151/555388

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Wie werde ich eine qualifizierte Praxismanagerin?
Veranstalter: Dentaforum
Termin: 19.05.2011
Ort: Kassel
Referentin: Petra Schmidt-Saumweber
Kursgebühr: 299 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann
 Dentaforum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.com

Thema: Abrechnung in der KFO für Einsteiger
Veranstalter: Dentaforum
Termin: 20.05.2011
Ort: Kassel
Referentin: Petra Schmidt-Saumweber
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 229 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann
 Dentaforum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.com

Thema: Das Crozat-Gerät – Herstellung von zwei Crozat-Grundgeräten (Löt- und Laserschweißverfahren)

Veranstalter: Dentaforum

Termin: 20./21.05.2011

Ort: Ispringen

Referent: ZT Konrad Hofmann

Fortbildungspunkte: 18

Kursgebühr: 429 EUR + MwSt.

Anmeldung: Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Dentaforum GmbH & Co. KG

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470, Fax: -409

course@dentaforum.de

www.dentaforum.com

Thema: Ein integriertes Konzept zur kombinierten kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Therapie von Dysgnathien

Veranstalter: Dentaforum

Termin: 20./21.05.2011

Ort: Ispringen

Referent: PD Dr., D.M.D., D.D.S.,

Nezar Watted

Fortbildungspunkte: 13

Kursgebühr: 510 EUR + MwSt.

Anmeldung: Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Dentaforum GmbH & Co. KG

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470, Fax: -409

course@dentaforum.de

www.dentaforum.com

Thema: Klammermodellgusskurs für Fortgeschrittene

Veranstalter: Dentaforum

Termin: 20./21.05.2011

Ort: Hamburg

Referent: ZT Klaus Dittmar

Kursgebühr: 392 EUR + MwSt.

Anmeldung: Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Dentaforum GmbH & Co. KG

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

course@dentaforum.de

www.dentaforum.com

Thema: Modellgusskurs I Grundkurs

Veranstalter: Dentaforum

Termin: 20./21.05.2011

Ort: Berlin

Referent: ZT Michael Röhnisch

Kursgebühr: 261 EUR + MwSt.

Anmeldung: Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Dentaforum GmbH & Co. KG

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

course@dentaforum.de

www.dentaforum.com

Thema: Curriculum Anthroposophische Zahnmedizin.

Thema Mai: CMD – in anthroposophischer Sicht und Therapie

Veranstalter: Gesellschaft Anthrop. Ärzte in Deutschland e.V.

Termin: 20.05. – 22.05.2011r

Ort: Kassel

Kursgebühr: 1 250 EUR

(für alle 6 Kurse 2011 bis 2013)

Auskunft: GAÄD

Roggenstr. 82, 70794 Filderstadt

Tel.: 0711/7799711

Fax: 0711/7799712

www.anthroposophischezahn

aerzte.de

Thema: Pendelapparaturen und ihre Modifikationen

Veranstalter: Dentaforum

Termin: 21.05.2011

Ort: Freiberg (bei Dresden)

Referent: ZT Ursula Wirtz

Fortbildungspunkte: 9

Kursgebühr: 250 EUR + MwSt.

Anmeldung: Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Dentaforum GmbH & Co. KG

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

course@dentaforum.de

www.dentaforum.com

Thema: Abrechnung in der KFO für Fortgeschrittene

Veranstalter: Dentaforum

Termin: 21.05.2011

Ort: Kassel

Referent: Petra Schmidt-

Saumweber

Fortbildungspunkte: 8

Kursgebühr: 229 EUR + MwSt.

Anmeldung: Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Dentaforum GmbH & Co. KG

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470, Fax: -409

course@dentaforum.de

www.dentaforum.com

Thema: Sinuslift und atrophiertes laterales OK

Veranstalter: Dentaforum Implants

Termin: 21.05.2011

Ort: Jena

Referent: Prof. Wilfried Engelke,

Dr. Joachim Hoffmann

Fortbildungspunkte: 9

Kursgebühr: 460 EUR + MwSt.

Anmeldung: Sabine Trautmann /

Irene Kunzmann

Dentaforum Implants GmbH

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470, Fax: -409

course@dentaforum.de

www.dentaforum.com

Verlust von Kammerausweisen

LZK Baden-Württemberg

Dr. Ute Bareis
Forststr. 85, 70176 Stuttgart
geb. am: 21.09.1979
Ausweis gültig ab: 06.03.2006

Dr. medic stom. / IMF Neumarkt
Berta Kun
Mozartstr. 19, 71732 Tamm
geb. am: 03.11.1958
Ausweis gültig ab: 19.08.1997

Dr. Petra Mülker
Theobald-Kerner-Str. 12
70372 Stuttgart
geb. am: 28.09.1964
Ausweis gültig ab: 12.03.2007

Dr. Birgit Scheel
Schottstr. 41, 70192 Stuttgart
geb. am: 17.02.1948
Ausweis gültig ab: 07.09.1994

Kontakt:
BZK Stuttgart
Albstadtweg 9
70567 Stuttgart
Tel.: 0711/7877-0
Fax: 0711/7877-238

Dr. Florian Schindera
Dannemannstr. 1, 79117 Freiburg
geb. am: 30.06.1969

Kontakt:
BZK Freiburg
Merzhauser Str. 114-116
70100 Freiburg
Tel.: 0761/4506-0
Fax: 0761/4506-400

ZÄ Annette Langenbach
Badenerstr. 39A, 76227 Karlsruhe
geb. am: 14.12.1959
Ausweis gültig ab: 21.02.2008

ZÄ Lucretia Roman-Oancea
Paradiesweg 6, 74736 Hardheim
geb. am: 30.01.1965
Ausweis gültig ab: 07.04.2010

Kontakt:
BZK Karlsruhe
Joseph-Meyer-Str. 8-10
68167 Mannheim
Tel.: 0621/38000-0
Fax: 0621/38000-170

Erneuerbare Energien

Neue Chancen für die Wende

Die Katastrophe von Fukushima wird die Energiepolitik in Deutschland gewaltig verändern. Kernkraft ist out und die Erneuerbaren Energien rücken wieder in den Vordergrund. Umweltbewusste Anleger wittern jetzt große Chancen. Sie setzen vor allem auf Solarstrom und Windkraft. Doch sollten sie dabei die Risiken nicht aus den Augen verlieren.



Foto: CC

Der Schock sitzt tief. Der GAU von Fukushima rückte die Unwägbarkeiten der Kernkraft wieder in den Vordergrund. Die Wahlergebnisse von Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz zwingen die Regierung in Berlin zum Umdenken. Die Bürger sind nicht mehr gewillt, die Risiken der Kernkraft zu tragen. Strom aus Sonne, Wind, Wasser und Biomasse bekommt eine neue Chance und zumindest den älteren Kernkraftwerken

droht die endgültige Abschaltung am Ende des dreimonatigen Moratoriums, währenddessen die Regierung ihre Energiepolitik neu überdenken will.

Rein theoretisch ist der Ausstieg aus der Atomkraft während der kommenden 20 Jahre möglich. „Bis 2020 können die Erneuerbaren Energien bereits 47 Prozent der deutschen Stromversorgung sichern“, so der Bundesverband Erneuerbare Energien

als Reaktion auf den GAU in Japan. Auch die jetzige Abschaltung der sieben alten Meiler erfordert keine Einsparungen beim Stromverbrauch, im Gegenteil: Deutschland exportiert weiterhin Strom.

Mithilfe des Erneuerbare-Energien-Gesetzes rückten die Deutschen weltweit an die Spitze der Umwelttechnologie. Die großzügige Förderung von Solarstrom machte Unternehmen wie Solarworld zu absoluten Börsenlieblingen. Windräder des dänischen Herstellers Vestas drehen sich auf den Höhen der Eifel und an und vor den Küsten der Nordsee. In 2010 ist der Anteil der Erneuerbaren Energien an der deutschen Stromversorgung auf 17 Prozent gestiegen – so die Rechnung des Bundesumweltministeriums. Die Statistiker meldeten, dass der Anteil der Windenergie mit sechs Prozent am höchsten war, die Photovoltaik lag bei zwei Prozent. Der Einsatz der umweltfreundlichen Techniken verhinderte, dass 120 Millionen Tonnen Treibhausgase in die Atmosphäre gelangten. Dazu benötigten die Unternehmen rund 26 Milliarden Euro im vergangenen Jahr und den Arbeitseinsatz von 370 000 Beschäftigten – mehr als doppelt so viele wie 2004 (rund 160 500 Beschäftigte).

Politisch motiviert

Die umweltfreundlichen Techniken erlebten einen Auftrieb – vor allem solange er politisch gewollt war und mit vielen Subventionen gefördert wurde. Doch die Regierung unter Angela Merkel wollte sparen und gab den Forderungen der vier großen Stromerzeuger nach. Die Laufzeit der Kernkraftwerke wurde verlängert, die Subventionen vor allem für Solarenergie gekürzt. Jetzt soll sich alles wieder ändern. Denn Öl dürfte in naher Zukunft unbezahlbar werden. So ergab die Studie des auf nachhaltige Geldanlage spezialisierten, schweizerischen Bankhauses Sarasin in Basel, dass der Ölpreis zwischen 1890 und 1970 im Schnitt bei 14 Dollar je Barrel lag. Bis 2020 – so schätzen Experten – dürfte er auf 200 Dollar steigen. „Schon heute“, so die Studie, „liegen die Fördervollkosten für manche neue Erdölvorkommen bei 140 Dollar je Barrel.“ Mit anderen Worten: Öl wird so teuer, dass die Erneuerbaren

Energien in absehbarer Zeit konkurrenzfähig werden. So ist die Lage:

Solarenergie

Die Photovoltaik-Industrie sieht sich zurzeit mit großen Unsicherheiten konfrontiert. So steht die Subventionierung zum Beispiel in Italien, Tschechien, Frankreich und Italien in der Diskussion, in Deutschland wurde sie bereits gesenkt. Besonders im vergangenen Jahr erlebte die Branche einen Boom, wollten doch möglichst viele Hausbesitzer noch schnell an der großzügigen Förderung teilhaben, bevor sie gekappt wurde. In diesem Jahr werden die Umsätze wohl nicht mehr so üppig ausfallen. Die Billigproduktionen aus China dämpfen die Nachfrage und sorgen für niedrigere Preise. Die Gewinner heißen dort Yingli Green Energy oder Trina Solar. Sie sorgen allerdings auf der anderen Seite dafür, dass Solarenergie der Wettbewerbs-

fähigkeit näher rückt. Die Sarasin-Studie geht davon aus, dass dieses Ziel in Italien und Kalifornien bereits in diesem oder im nächsten Jahr erreicht werden kann. Dr. Mathias Fawer, Analyst für Erneuerbare Energien bei Sarasin, erklärt: „In diesen Ländern gleichen sich Produktion und Verbrauch aus.“

Als Beispiel führt er den Gebrauch von Klimaanlage an. Wenn der meiste Strom produziert wird, nämlich um die Mittagszeit, ist der Verbrauch dank der Klimaanlage am höchsten. Diesen Idealfall gibt es hier nicht. Das Problem bei der Solarenergie in Ländern wie Deutschland ist, dass sie an vielen Stellen in kleinen Mengen produziert, aber nicht verbraucht wird. Sie müssen ins Netz eingespeist werden. Das treibt die Kosten. Mit sinnvollen sogenannten Inselösungen wartet Solarworld auf. Dabei wird der produzierte Strom gespeichert und kann zum Verbrauch abgerufen werden. Eine Lösung, die sich besonders für den Einsatz in wenig

erschlossenen Gebieten lohnt. Das Unternehmen konnte seinen Umsatz im vergangenen Jahr um 29 Prozent steigern.

Windenergie

Die Zukunft der Windenergie liegt offshore. Nur vor der Küste lassen sich Windparks in Größenordnungen realisieren, wie sie für eine ausreichende Stromversorgung nötig sind. Offshoreparks gehören zu den Lieblingskindern der großen Stromerzeuger. Das gilt zumindest für Deutschland. In China gehört die Windkraft zu den attraktivsten Alternativen herkömmlicher Energie. Dort profitieren Unternehmen wie Goldwind, Sinovel oder Dongfang. In den USA zeigt die Windenergie ein solides Wachstum. Vor allem die unabhängigen Stromversorger treiben diese Technik voran.

In Deutschland bremst vor allem die schlechte Ausstattung mit Stromnetzen das



Die Einführung des Biosprits E 10 in diesem Jahr war zwar ein Negativbeispiel dafür, der Bevölkerung regenerative Energieformen näherzubringen. Dennoch bleiben Biokraftstoffe auf der Tagesordnung für die Zukunft.

Biomasse

Neben den Hauptenergiequellen Wind und Sonne steht auch die Biomasse in der Diskussion für Kraftwerke und als Treibstoff. Ein Stichwort heißt E 10. Der von deutschen Autofahrern abgelehnte Kraftstoff beinhaltet zehn Prozent Biosprit. Die meisten Deutschen lehnen ihn ab, weil sie um ihr Auto fürchten. Schwerwiegender sind die begrenzte Verfügbarkeit der Anbauflächen und der zweifelhafte ökonomische Nutzen. Landwirtschaftliche Anbauflächen, die bisher der Nahrungsmittelproduktion dienten, müssen für die Spritherstellung umgewidmet werden. Mehr Aussichten auf Erfolg dürfte laut der Sarasin-Studie die zweite Generation der Biokraftstoffe haben: „Um mit Zellulose-Ethanol im Jahr 2030 rund zehn Prozent des Kraftstoffverbrauchs zu decken, genügt ein Viertel der land- und forstwirtschaftlichen Abfälle. Allerdings erfordert dieses Ziel effizientere Prozesse. Neben Zellulose räumen die Experten auch der Kraftstoffproduktion aus Algen große Chancen ein.

Eigentlich verwundert es, dass Meerwasser als Energierohstoff nicht mehr genutzt wird. Die Stromproduktion mithilfe von Gezeitenkraftwerken scheint derzeit noch zu teuer. Das britische Beratungsinstitut Carbon Trust schätzt, dass Gezeitenenergie rund 0,18 Euro pro Kilowattstunde kosten würde, Offshorewindenergie liegt bei elf Cent und Energie aus Meereswellen würde bei 30 Cent liegen. Derzeit sind in Großbritannien circa fünf Meereskraftwerke in Betrieb. Wie überall hängt die Weiterentwicklung auch vom politischen Willen und der finanziellen Unterstützung ab.

Umdenken erforderlich

Um einen schnelleren Umstieg auf Erneuerbare Energien zu erreichen, muss ein Umdenken stattfinden. Sich auf ein oder zwei Energiequellen mithilfe von Subventionen zu konzentrieren, reicht es nicht aus, um den 23-prozentigen Anteil der Atomenergie zu ersetzen. Dazu Vanyo Walter, Mitglied der Geschäftsleitung von Pictet Deutschland: „Um den Ausfall atomarer Energie-



Laut Bundesumweltministerium hatte die Windenergie im vergangenen Jahr sechs Prozent Anteil an der deutschen Stromversorgung. Dies dürfte sich in den kommenden Jahren noch zugunsten der Windkraft entwickeln.

Fotos: MEV

Wachstum bei der Windenergie. Der Strom wird im Norden des Landes produziert. Die größten Verbraucher aber sitzen weit entfernt im Westen und im Süden der Republik. Die dringend benötigte Stromautobahn gibt es nicht. Denn Bürgerinitiativen verhindern häufig den Bau oberirdischer Leitungen, die unterirdische Verlegung aber ist dreimal so teuer. Darüber hinaus erfordern die Erneuerbaren Energien den Einsatz von großen Speicherkapazitäten, die bislang nur rudimentär oder gar nicht zur Verfügung stehen.

Dazu benötigt man Pumpspeicherkraftwerke mit zwei Stauseebecken in unterschiedlicher Höhe. Der überzählige Ökostrom treibt die

Pumpen an, die das Wasser nach oben hieven. Wird der Strom benötigt, läuft das Wasser über Turbinen wieder nach unten und erzeugt wiederum den geforderten Strom. Doch bislang befinden sich nur zwei dieser Kraftwerke im Bau – allerdings ebenfalls von Bürgerinitiativen bekämpft. Einen Ausweg aus dieser Situation bieten die Norweger an. Führend in Speichertechnik ist das norwegische Unternehmen NorGer KS. Es wollte Deutschland und Norwegen mit einer Stromautobahn verbinden. So könnte deutscher Strom in Norwegen gespeichert und wieder eingespeist werden. Bislang verhindert das Wirtschaftsministerium eine Änderung der entsprechenden Verordnung.

träger aufzufangen, müsste die installierte Kapazität für Erneuerbare Energien unmittelbar mehr als verdoppelt werden. Der wahre Gewinner der aktuellen Entwicklungen wird Erdgas sein. Dieser Brennstoff ist günstig und flächendeckend verfügbar und setzt nur 50 Prozent des CO₂-Anteils von Kohle und Erdöl frei.“

Allerdings handelt es sich auch dabei um einen importabhängigen Energieträger, dessen Preis an den von Öl gekoppelt ist. Gaskraftwerke werden wohl bis auf Weiteres zu einem Mix aus verschiedenen umweltfreundlicheren Energiequellen gehören. Dr. Mechthild Upgang, Spezialistin für nachhaltige Geldanlage in Bonn und Autorin des Ratgebers „Gewinn mit Sinn“, hält sich an eine einfache Formel: „Am Ende wird sich immer das durchsetzen, was ökonomisch sinnvoll ist.“ Ihrer Meinung nach muss man den Begriff der Erneuerbaren Energien weiter fassen. Dazu gehören unter anderem die Erweiterung der Speicherkapazitäten, ohne die Erneuerbare Energien nicht auskommen, sowie der Ausbau der Stromnetze.

Anlage mit Risiken

Fukushima und der Auftrieb der Grünen werden den Ausbau der Erneuerbaren Energien vorantreiben – an manchen Orten auch gegen den Bürgerwillen. Daran gibt es keinen Zweifel. Für Anleger könnte der Einstieg jetzt zu früh sein. Upgang hält die Erneuerbaren Energien als Geldanlage für problematisch, weil sie mit zu vielen Unsicherheiten verbunden und die involvierten Unternehmen bei ihren Entscheidungen zu abhängig von politischen Entscheidungen sind. Fawer schränkt ebenfalls seine Empfehlung ein: „Es ist riskant, sich auf ein Thema festzulegen. Aber jetzt haben wir eine neue globale Situation, es gibt Rückenwind für die Erneuerbaren Energien. Dennoch: Anleger sollten diversifizieren.“

Wer in die Erneuerbaren Energien investieren will, muss sich des großen Risikos bewusst sein. Vor allem vor geschlossenen Fonds, wie sie häufig für Wind- und Solarprojekte angeboten werden, warnt Bera-

terin Upgang. Damit lässt sich der Anleger auf ein unternehmerisches Wagnis ein, das er so gut wie gar nicht kontrollieren kann. Aktienfonds, die in diese Techniken investieren, erlauben dem Anleger zwar jederzeit den Ein- oder Ausstieg aus dem Investment. Doch erfordert auch ein solches Engagement dauerhafte Beobachtung. Dazu Vanyo Walter über den hauseigenen Fonds Pictet Clean Energy Fund: „Damit haben die Anleger globalen Zugriff auf börsennotierte Unternehmen aus den Bereichen CO₂-freie Energiegewinnung, CO₂-arme Energieerzeugung und Energieeffizienz mit langfristigen Perspektiven. Der Anleger muss sich jedoch darüber im Klaren sein, dass er in Aktien investiert, die naturgemäß hohen Schwankungsbreiten unterworfen sind.“ Das gilt auch für die Fonds der anderen Anbieter wie wie SAM (Sustainable Asset Management, SAM Smart Energy Fund) oder Sarasin (Sarasin New Power Fund).

Investoren zögern

Allgemein halten sich die Investoren derzeit zurück. Ein Vergleich des Nachhaltigkeitspezialisten Ecoreporter zeigt, dass die in Deutschland zugelassenen Erneuerbaren-Energien-Fonds trotz Atomkatastrophe bei weitem nicht so stark zugelegt haben wie erwartet. Am besten entwickelt hat sich im Februar der DnB NOR Eco Absolute Return, ein Fonds des norwegischen Finanzdienstleisters DnB NOR Asset Management. Der Fonds investiert weltweit breit gestreut in Unternehmen, die sich mit Erneuerbaren Energien beschäftigen. Dazu gehören der Ökostromprojektierer Iberdrola Renovables (Spanien) oder der Solarausrüster GT Solar. 38 Prozent des Kapitals ist in den USA investiert, 14 Prozent in China. Geeignet ist eine Anlage in diese Fonds nur für Überzeugungstäter. Wer Geld in nachhaltige Anlagen stecken will, sollte sich auf einen kleinen Teil seines Vermögens beschränken und diesen in Nachhaltigkeitsfonds investieren, die möglichst breit investieren.

*Marlene Endruweit
Wirtschaftsjournalistin
m.endruweit@netcologne.de*

Qualitatives Rating

Außerhalb der Bilanz

Im Geschäftsgebaren von Banken gehören Kreditbeurteilungen zur täglichen Arbeit. Zahnärzte sollten sich vor Gesprächen mit ihrer Bank jedoch nicht nur auf die betriebswirtschaftlichen Kennzahlen konzentrieren, sondern auch die strukturellen und strategischen Merkmale der Praxis im Blick haben.



Foto: Werner Heiber - Fotolia.com

Im Gespräch mit Banken zur Einschätzung der Kreditwürdigkeit punkten vor allem jene, die ein klares Praxiskonzept mit guten wirtschaftlichen Kennzahlen vereinen.

Neben den monatlichen betriebswirtschaftlichen Auswertungen (BWA) bildeten bisher vor allem regelmäßige Rentabilitäts- und Liquiditätsberechnungen für Praxisinhaber Dietrich S. die wesentlichen Grundlagen seiner Kreditwürdigkeit. Als sein Vater vor acht Jahren die Praxis an ihn übergab, tat er dies mit dem Selbstverständnis des Unternehmers, dass „Umsatz und vor allem Gewinn eben immer stimmen müssen“. S. übernahm diesen Ansatz fast schon wie selbstverständlich und lebt auch heute noch danach. Zusätzliche Gesichtspunkte, die wesentliche Eigenschaften des Arztes als Unternehmer – vor allem als Führungskraft sowohl gegenüber seinen Mitarbeiterinnen und Patienten als auch gegenüber seinen Banken – abbilden und die mit der Bilanz und dem damit verbundenen Zahlenwerk zunächst nichts

oder wenig zu tun haben, zählten bisher dagegen nicht zu seinen Stärken. Dies wurde während des letzten Bilanzgesprächs deutlich, das S. gemeinsam mit seinem Steuerberater einmal im Quartal mit dem für ihn zuständigen Kundenberater sei-

ner Hausbank führt. Zu seiner Überraschung erhielt er dort die Information, dass sein Praxisrating wie schon in den vergangenen Jahren ein „gerade noch ausreichend“ sei. Diese Note drückt sich naturgemäß auch in seinen Kreditkonditionen aus: So zahlt er für den für ihn wichtigen Überziehungskredit auf dem Praxiskonto derzeit einen Zinssatz von elf Prozent im Jahr, während erstklassige Sätze bei etwa sieben bis acht Prozent im Jahr liegen. Im Verlauf des Gesprächs wurde erneut deutlich, dass seine Hausbank bereits während der vergangenen Jahre darauf hingewiesen hat, dass sie eben nicht nur großen Wert auf stabile wirtschaftliche Zahlen lege, sondern auch auf jene Faktoren, die sich im sogenannten „Qualitativen Rating“ (siehe Kasten) wiederfinden und mit denen sich S. bisher noch nicht richtig angefreundet hat.

S. selbst führt dies darauf zurück, dass er sich bisher vor allem um seine Patienten gekümmert hat. Da das Delegieren bisher eben auch nicht gerade zu seinen Stärken gehörte, blieben wichtige organisatorische Dinge mehr oder weniger unbearbeitet.

Großer Nachholbedarf

Immerhin scheint bei S. nun aber die Einsicht zu wachsen, den umfangreichen Bereich des „Qualitativen Ratings“ nicht länger zu vernachlässigen und sich endlich detailliert mit Inhalten seiner Praxisführung auseinanderzusetzen. Hier besteht Nachhol-

INFO

Qualitatives Rating

Neben dem sogenannten „Finanzrating“ („Quantitatives Rating“), das auf Basis des Jahresabschlusses beziehungsweise der Einnahme-Überschuss-Rechnung ermittelt wird, bildet das „Qualitative Rating“ vor allem die strategischen Stärken und Schwächen des Arztes als Unternehmer

ab. Hinzu kommen Informationen zum jeweiligen Fachbereich ebenso wie Details zur Kontoführung und Überlegungen zur Sicherung der späteren Praxisnachfolge. Ziel ist es, die Praxis möglichst als Gesamtheit zu erfassen und abzubilden.

INFO

Rating-Aspekte

Auf diese Punkte des „Qualitativen Ratings“, die – je nach Bankinstitut – bei Kreditgesprächen intensiv thematisiert werden, sollten Praxisinhaber besonders achten:

- Unternehmensstrategie
- Organisationsstruktur
- Mitarbeitermanagement
- Nachfolgeregelung
- Kontoführung
- Ertrags-, Liquiditäts- und Investitionsplanung
- Praxisinterne Kommunikationsstrukturen
- Controllingssystem
- Wettbewerbssituation
- Patientenanalyse
- Risikoanalysen

bedarf vor allem in der strategischen Ausrichtung der Praxis und in den damit verbundenen wichtigen Bereichen der Planung und der Steuerung. So fehlt ein funktionierendes Controllingssystem ebenso wie ein Früherkennungssystem für potenzielle wirtschaftliche Risiken. Auch sein Informationsverhalten und die damit verbundene Transparenz sind verbesserungsfähig. Details über Umsätze, Kosten und Erträge sowie über geplante Investitionen teilt er bisher lediglich einer langjährigen Fachkraft mit, die ihrerseits angewiesen wurde, sich gegenüber den sechs übrigen Mitarbeiterinnen zurückhaltend zu verhalten. Regelmäßige Mitarbeitergespräche und daraus resultierende individuelle Beurteilungen gibt es darüber hinaus ebenso wenig wie konkrete Fortbildungspläne. Seminar-

besuche wurden bisher fast ausschließlich kurzfristig bewilligt und orientierten sich eigentlich immer an den jeweils aktuellen betrieblichen Notwendigkeiten. Immerhin hat sich S. vor einigen Monaten dazu entschlossen, ein betriebliches Vorschlagswesen einzuführen. Er verspricht sich durch die damit verbundenen attraktiven finanziellen Anreize durchaus auch einen Motivationsschub für seine Fachkräfte. Während des erwähnten Bankgesprächs wurde S. ebenfalls mitgeteilt, dass zukünftige Kreditvergaben sowie die jeweiligen Konditionen auch vom kurzfristigen Aufbau vor allem eines Controlling- respektive Steuerungssystems abhängig sein werden. An der Höhe des Kreditzinssatzes des Überziehungskredits „wird sich aufgrund der

aktuellen Situation nichts ändern“, wurde S. wie selbstverständlich auch noch mitgeteilt.

Notfalls professionellen Rat einholen

Diese deutlichen Worte und die angedeuteten Konsequenzen zeigten bei S. Wirkung. Nach einer internen Abstimmung mit seinem Steuerberater wird er sich kurzfristig um einen Unternehmensberater bemühen, dessen betriebswirtschaftliche Beratungsschwerpunkte in seinem Fachbereich liegen. Gemeinsam mit Hausbank und Steuerberater soll dann ein Praxiskonzept erarbeitet werden, in dem sich die Anforderungen seines Kreditgebers weitgehend wiederfinden werden. Ob sich bei S. damit allerdings die tatsächliche Einsicht verbindet, sein unternehmerisches Handeln zu verändern, oder ob die Veränderungen fast ausschließlich auf den Druck seiner Hausbank zurückzuführen sind, muss sich erst noch zeigen. S. wäre jedenfalls gut beraten, vor allem sein bisheriges Kommunikationsverhalten einer kritischen Selbstprüfung zu unterziehen. Dazu will er sich übrigens auch selbst extern beraten lassen.

*Michael Vetter
Wirtschaftsjournalist
vetter-finanz@t-online.de*

Informationsaustausch im Team

Gelungene Kommunikation

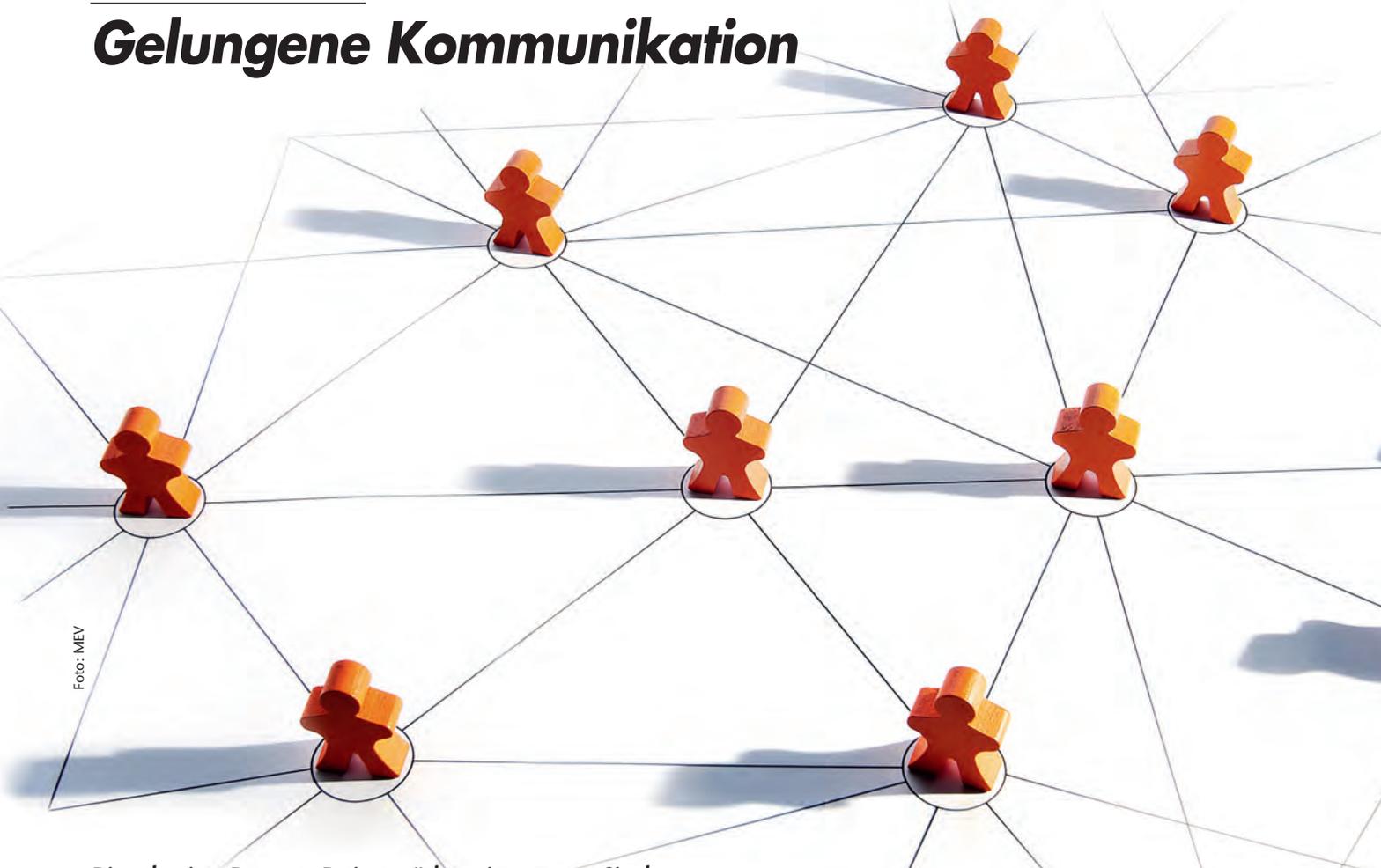


Foto: MEV

Dienstbeginn: Der erste Patient möchte wissen, „was Sie der Versicherung geantwortet haben“. Der Briefwechsel läuft, aber dem Arzt ist unbekannt, dass bereits ein neues Schreiben da ist. Der Patient hat von der ZFA erfahren, dass es zwar seit einer Woche zur Bearbeitung vorliegt, aber der Chef weiß von nichts. Wie reagiert er?

Eine andere Situation: Es ist Freitag, fast Sprechstundenende. Der Praxisleiter ist mit der Auszubildenden alleine, der Desinfektionsmittelpender am Stuhl ist leer, der Patient wartet, die Behandlung stockt. Der Zahnarzt sieht die Azubi fragend an, die zuckt mit den Schultern. Es gibt einige Orte, an denen die Vorräte gelagert werden, die Vollzeitkräfte wissen alles auswendig, die bereits eingeführte Kartei für Standorte von Zubehör aller Art wird von den Angestellten für überflüssig gehalten und nicht ergänzt. Inzwischen wird der wartende Patient unruhig und erkundigt sich, was los sei ... Dies sind nur zwei von unendlich vielen Situationen, in denen ein guter Informations-

fluss innerhalb des Betriebs elementar ist, aber nicht existiert. Manche der Angestellten sehen sich bisweilen kaum persönlich, da sich die Dienstzeiten aus Kostengründen selten um eine halbe Stunde oder mehr überschneiden. So kann der Informationsfluss nicht von „Mund zu Ohr“ gehen. In den oben genannten Fällen können ein konsequent geführtes Ablagesystem und eine klare Aufgabenverteilung helfen. Bei Garantiefällen von verkauften Zahnpflegeartikeln und Beschwerden leisten ein Reklamationsbuch oder eine Kartei mit Sonderfällen gute Dienste. Im Reklamationsbuch wird alles (!) eingetragen, was Kunden beanstanden. Datum, Patientennamen, An-

lass und was bisher in dieser Sache unternommen wurde (einschließlich Datum, Telefonnummer und Namen der Ansprechpartner). Bei diesem Beispiel also: Die reklamierte Zahnbürste wurde noch am gleichen Tag der Patientenbeschwerde zum Hersteller versendet, nach zwei Wochen erfolgte eine Nachfrage seitens der Praxis – beim Absenden war im Kalender bereits ein entsprechender „Nachhak-Vermerk“ zwei Wochen später eingetragen worden. Der Hersteller sicherte eine Bearbeitung innerhalb der nächsten Woche zu. Wenn die ZFA all dies dem Kunden berichtet, wird er höchst zufrieden sein, auch wenn er immer noch nicht weiß, was mit dem Gerät

los ist. Es wurde ihm aber der Eindruck vermittelt, dass vonseiten der Praxis alles für ihn getan wird.

Das Reklamations- und Beschwerdebuch

Das Reklamationsbuch kann nach Datum (Kalenderbuch) oder alphabetisch nach Kundennamen geführt werden.

Im zweiten Fall lässt es sich gut mit der Patientenkartei zusammen führen.

Auch Beschwerden wegen zu langer Wartezeiten oder falscher Raumtemperatur werden notiert. So hat man Vergleichsmöglichkeiten oder weiß, ob man bei steigender Häufigkeit wirklich etwas ändern muss.

Oft praktiziert, aber wegen fehlender Übersicht nicht gerade optimal für diese Zwecke, ist die Pinnwand. Manchmal hängen mehrere Schichten übereinander. Nicht selten finden Vollzeitkräfte darauf alles, wonach sie suchen, weil sie wissen, in welcher Schicht und in welchem Quadranten sie forschen müssen. Teilzeitkolleginnen hingegen studieren immer wieder jeden einzelnen Zettel, vielleicht ist die oberste Schicht schon verblichen und kaum zu entziffern. Gut geeignet ist die Wand dagegen für alle aktuellen Informationen, die dort nicht länger hängen als eine Woche. Der erste Gang nach Arbeitsbeginn führt immer dorthin, um Mitteilungen der abwesenden Kolleginnen zur Kenntnis zu nehmen und abzuzeichnen. Eine Variation: die großflächige Pinnwand, auf der Sparten für Neuigkeiten, Fortbildungen oder Urlaubswünsche eingeteilt sind; auf diese Weise findet man sich schnell zurecht.

Bei einem optimal genutzten Computersystem erübrigt sich natürlich vieles. Die Softwareprogramme sind teuer und bieten einiges an. Untersucht man in einer ruhigen Minute mal, was sich hinter unbekanntem Menüpunkten verbirgt, eröffnen sich ungeahnte Möglichkeiten für eine verbesserte

Organisation und die Vereinfachung so mancher Vorgänge. Aktualisierungen finden im Sommerloch und zum Jahreswechsel statt, eine bestimmte Kollegin ist zuständig. Sie entfernt veraltete Notizen.

Grundsätzlich tragen natürlich jede Mitarbeiterin und auch die Praxisleitung alles Neue sofort am verabredeten Ort ein, sonst gibt es keine Chance für einen reibungslosen Kommunikationsfluss.

Welche Arbeit ist wie weit ausgeführt?

Folgendes Vorgehen hat sich bewährt: Arbeiten, die halb fertig liegen bleiben müssen, werden auf jeden Fall mit einem Vermerk ausgestattet, was daran erledigt ist oder an welchem Punkt weitergearbeitet werden soll. Nicht standardisierte Arbeitsgänge werden sonst unter Umständen unvollständig abgeschlossen (eine Mitarbeiterin setzt voraus, dass etwas schon geschehen ist, weil sie immer in dieser Reihenfolge arbeitet) oder bleiben ganz liegen. Auch für den Fall, dass die zuständige Kollegin die Arbeit gerne selbst abschließen möchte, fügt sie einen entsprechenden Vermerk an. Notizzettel eignen sich am besten für kleine Mitteilungen zum Einmalgebrauch. Informationen, die häufiger oder länger benötigt werden, sollten dagegen „fest vor Anker liegen“, damit sie nicht umhertreiben und nur nach ausführlichen und aufwendigen Strömungsberechnungen gefunden werden können. Ein kleiner Tipp am Rande: Beginn der Suche im Bermuda-Dreieck des Chefbüros, hier befindet sich eine wahre Schatzkiste für verlorene Papiere.

Arbeitsaufträge, die sich aus Telefonaten ergeben, erledigt die entsprechende Kollegin entweder sofort oder sie schreibt alles verständlich auf und sorgt so für das Weitere.

Was sollte jeder wissen und wie erfährt er es?

Arbeits- und Urlaubspläne, private Telefonnummern der Mitarbeiterinnen, Fortbildungsveranstaltungen – sowohl in Planung als auch Zusammenfassungen über bereits stattgefundene –, Besonderheiten aller Art,

Themensammlungen für die nächste Team-sitzung oder neu für das Lager genommene Artikel: Falls all dieses an die Infotafel soll, muss diese groß und übersichtlich sein; die einzelnen Rubriken sind klar voneinander getrennt. Variante: mehrere kleine Pinnwände.

Eine weitere Möglichkeit – auch in Kombination mit Wandtafeln – sind Ablagekästen oder Schubladen. Ob diese den Teammitgliedern persönlich zugeteilt sind oder den einzelnen Berufsgruppen, als sinnvoll hat sich Folgendes erwiesen: Auf jeden Fall wird Gelesenes mit Datum abgezeichnet und weitergereicht, es existiert immer eine Frist pro Kasten, damit die Unterlagen zügig durchgereicht werden. Falls jemand nicht „zum Studieren“ kommt, gibt er alle Infos ungelesen weiter und zeichnet nicht ab; auf diese Weise bekommt er am Schluss noch einmal die Chance, sich auf den laufenden Stand zu bringen. Eine Mitarbeiterin ist



Foto: MEV

Wenn Informationen im Team nicht weitergegeben werden, sollte man mit dem Chef reden, um den Informationsfluss in der Praxis zu optimieren.

zuständig für das Abheften oder Entsorgen nach Ablauf der Frist. Eine etwas aufwendige, zeit- und geldraubende unökologische Variante: Es werden Kopien angefertigt, in jeden Kasten gelegt, nach dem Lesen auf dem Original im Ordner abgezeichnet.

Falls alle Mitarbeiterinnen in das Schreib- und Mailprogramm des Computers eingearbeitet sind, ergeben sich natürlich viel mehr Möglichkeiten. Alle bekommen eine Mailadresse, die sie sowohl von zu Hause als auch im Betrieb abrufen können. Hier landen direkt Surftipps der Kolleginnen, Interessantes aus Newslettern oder anderes. Alles, was abgezeichnet werden muss, wird mit Signatur an den Sender zurückgeschickt. Per Passwort sind Arbeits- und Urlaubspläne abrufbar, die Fortbildungsberichte druckt sich jeder Mitarbeiter nach Bedarf aus oder löscht sie direkt aus dem Briefkasten. Für äußerst Fortgeschrittene sind auch Konferenzschaltungen abends möglich, das heißt Teamsitzungen können von zu Hause aus nach Feierabend noch stattfinden. Diese Zeit ist dann Arbeitszeit und sollte vom Praxisleiter auch als solche angerechnet werden.

Es ist offenbar: Wenn alle motiviert bei der Sache sind, ist der Informationsaustausch kein Problem, sondern funktioniert reibungslos. Allen Systemen gemeinsam ist die erforderliche Konsequenz, mit der weitergereicht wird und mit der regelmäßig neue Informationen gelesen werden müssen.

Unterschlagung von Wissen

Zeitdruck, Nachlässigkeit, der Glaube, alles „noch eben selbst“ erledigen zu können, Gleichgültigkeit – es gibt viele Gründe, Informationen mehr oder weniger absichtlich nicht oder unvollständig weiterzugeben. „Keine Zeit“ zählt nicht; fürs Benachrichtigen gesparte Zeit geht zigfach wieder verloren, wenn man überall suchen und fragen muss.

Ganztagskräften fehlt unter Umständen eine Vorstellung davon, wie schwierig es ist, sich etwas zu merken, was nur ein- bis zweimal im Jahr vorkommt. Für die Vollzeitangestellten zählt der Wiederholungseffekt. Weil sie immer da sind, lernen und behalten sie dasselbe, was bei den anderen nur selten vorkommt, bei ihnen selbst aber zum Beispiel wöchentlich, automatisch. Teilzeit-tätige schreiben sich bereits vieles auf, es kann aber nicht jeder Vorgang notiert

INFO

Möglichkeiten des Informationsaustausches

- Patientenkartei
- Reklamationsbuch
- Pinnwand (unterteilt)
- Notizzettel für einmal benötigte Kurzinfos
- Ablagekästen und persönliche Schubladen
- Computerdateien und -ordner

werden, zumal gar nicht klar ist, ob er überhaupt wieder vorkommen wird. Beispiele hierfür sind Produkte, die nicht über den normalen Sprechstundenbedarf bestellt werden, Eigenheiten ganz spezieller Patienten, Bürobedarf oder Putzmittel die in bestimmten Geschäften günstiger als anderswo eingekauft werden können und müssen. Kleine Anmerkung: Natürlich kommen alle diese Dinge immer dann vor, wenn die Praxis nur Teilzeitkräfte beschäftigt und diese allein unter sich sind, auch wenn das eigentlich nie so sein sollte.

Fehlender Informationsaustausch – egal ob durch Voll- oder Teilzeitkräfte verursacht – führt immer zu einem negativen Gesamteindruck beim Patienten. Daher ist es wichtig, viel Mühe und Energie in einen guten Informationsstand aller zu setzen und die Voraussetzungen dafür zu schaffen. Bleibt die Frage, welche dieser Variationen am besten in die jeweilige Zahnarztpraxis passt. Ein Vorschlag: In der Teamsitzung sollte man soviel Zeit aufwenden, bis alle mit einer bestimmten Vorgehensweise einverstanden sind, selbst wenn man es erst mal nur für ein halbes Jahr ausprobiert. Man kann auch jede Menge weitere Austauschideen und Details zu den vorhandenen entwickeln. Für alle gilt: Konsequenz in der Anwendung. Wenn man sich nicht die Zeit zum Weitergeben von Informationen nimmt, hilft das beste System nichts.

*Ute Jürgens
Diplompädagogin/Kommunikationstrainerin
Peter-Sonnenschein-Str. 59
28865 Lillienthal*

Heilberufe und Geschäftsmodelle

Strafrisiko nicht unterschätzen

Heilberufler agieren heutzutage immer mehr unter dem Primat von Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb. Nicht selten tun sie das etwas leichtfertig in einem Bereich, der sich – neben der eigentlichen Aufgabe der Gesunderhaltung der Menschen – zu einem Markt entwickelt hat. Dabei wird häufig übersehen, dass das immanente Strafrisiko bisweilen doch beträchtlich ist.

Es ist damit zu rechnen, dass die Diskussion über das Fehlverhalten der Akteure auf dem Gesundheitsmarkt hinsichtlich Korruption und Betrug von Ärzten, Apothekern oder Krankenhäusern fortgesetzt wird. So war etwa kürzlich in den *zm* zu lesen, wie viel Geld dem Gesundheitssystem durch unwissentliche Falschabrechnungen oder absichtlichen Abrechnungsbetrug entzogen wird (siehe *zm* 07/2011). Meldungen dieser Art können in der Öffentlichkeit rasch den Eindruck erwecken, Angehörige von Gesundheitsberufen fallen schneller der Fehlrechnung, dem Betrug, der Vorteilsnahme oder der Bestechlichkeit anheim als andere Berufsgruppen. Weshalb hätte sonst eine „Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen“ und eine „Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs“ gebildet werden müssen? Daneben gibt es „Schwerpunkt-Staatsanwaltschaften“ in Bayern, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland, deren

Vertragsärzte dürfen sich nicht in ein Bestechungsmarketing hineinziehen lassen.

Existenz gern als Beweis der hohen Täterschaft der Heilberufsangehörigen angesehen wird. Viele Tausend Mitarbeiter von Krankenkassen sind als „Taskforce“ dem Verdacht von Abrechnungsbetrug und Korruption sowie vermuteten Behandlungsfehlern der Heilberufler auf der Spur.

Umstrittene Kooperationen

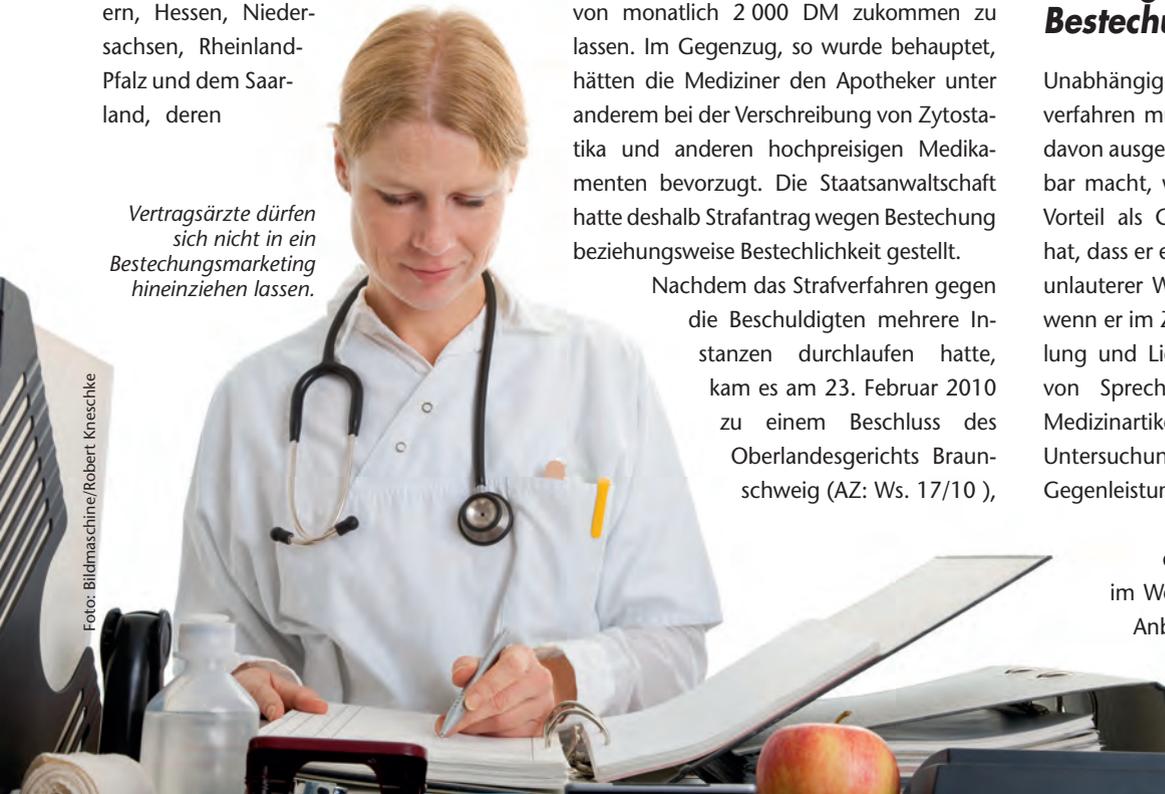
Damit soll hier nicht das Fehlverhalten von Heilberufsangehörigen generell in Abrede gestellt werden. Aber wer kann mit Sicherheit ausschließen, dass beispielsweise eine durchaus sinnvolle Kooperationsvereinbarung mit einem Dritten nicht vielleicht doch ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren auslöst? Es gibt den „Fall“ eines Apothekers, der es vor einigen Jahren für zulässig hielt, zwei Ärzten den Umbau ihrer Praxis mit – damals noch – 187 000 DM zu finanzieren und ihnen später einen Mietkostenzuschuss von monatlich 2 000 DM zukommen zu lassen. Im Gegenzug, so wurde behauptet, hätten die Mediziner den Apotheker unter anderem bei der Verschreibung von Zytostatika und anderen hochpreisigen Medikamenten bevorzugt. Die Staatsanwaltschaft hatte deshalb Strafantrag wegen Bestechung beziehungsweise Bestechlichkeit gestellt.

Nachdem das Strafverfahren gegen die Beschuldigten mehrere Instanzen durchlaufen hatte, kam es am 23. Februar 2010 zu einem Beschluss des Oberlandesgerichts Braunschweig (AZ: Ws. 17/10),

der bundesweit Beachtung gefunden hat. Zunächst hat das Gericht die räumliche Nähe zwischen Arztpraxis und Apotheke, was sicherlich als Standortvorteil angesehen werden kann, nicht als Beweis für eine Unrechtsvereinbarung zwischen den Beteiligten gewertet, zumal eine „gezielte Hinlenkung“ von Patienten des Arztes in diese Apotheke nicht nachzuweisen war. Kooperations- und Geschäftsmodelle ohne direkte und nachweisbare Patientensteuerung sind also nicht strafbar. Ob dem Apotheker in dem weiteren Verfahren letztlich doch noch Bestechung beziehungsweise dem „subventionierten“ Vertragsarzt Bestechlichkeit nachgewiesen werden kann, bleibt abzuwarten. Jedenfalls zeigt dieser „Fall“, dass Heilberufsangehörige „geschäftliche Kooperationsvereinbarungen“ nur nach einer genauen Prüfung der berufs-, wettbewerbs- und strafrechtlichen Zulässigkeit treffen sollten. Dass der Beschluss des OLG über die Tatbeurteilung hinausgehend eine grundsätzliche Bedeutung mit bundesweiter Beachtung erlangt hat, wird im weiteren Verlauf noch erwähnt werden.

Vertragsärzte und Bestechungsmarketing

Unabhängig von dem vorerwähnten Strafverfahren muss generell und grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass sich strafbar macht, wer sich als Vertragsarzt einen Vorteil als Gegenleistung dafür verschafft hat, dass er einen Dritten im Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzugt. Zum Beispiel, wenn er im Zusammenhang mit der Bestellung und Lieferung medizinischer Geräte, von Sprechstundenbedarf und anderen Medizinartikeln sowie bei Zuweisung von Untersuchungsmaterial einem Dritten als Gegenleistung für eine ihm versprochene oder empfangene Zuwendung, eine bevorzugte Stellung im Wettbewerb gegenüber anderen Anbietern verschafft. Zielt die „ge-



schäftliche Abmachung“ des Vertragsarztes mit einem Dritten darauf ab, einen vermögenswerten Vorteil beziehungsweise eine nachhaltig gewinnträchtige Umsatzgröße zu erlangen, so kann das zu einem staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahren führen, wie das bei Zahlungen wie zum Beispiel bei der Zuwendung von „Einweiserprämien“, die man auch „Fangprämien“ nennt, der Fall sein kann, die übrigens der Gesundheitsausschuss des Bundestages durch ein gesetzliches Verbot endgültig beseitigen will.

Das Amtsgericht Ulm hat kürzlich zwei Vertragsärzte wegen Bestechlichkeit verurteilt, weil sie für die bevorzugte Verordnung von Präparaten eines Pharmaherstellers in den Jahren zwischen 2002 und 2005 „Prämien“ in Höhe von acht Prozent des Herstellerabgabepreises der verordneten Mittel, zusammen 19 000 Euro, angenommen haben. Beide Ärzte wurden jeweils zu einem Jahr Freiheitsentzug auf Bewährung und zu einer

Geldbuße von je 20 000 Euro verurteilt. Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig. Ende des letzten Jahres hat das Landgericht Hamburg eine Anklage zugelassen, weil ein Arzt zwischen 2004 und 2005 sieben Schecks im Wert zwischen 1 300 und 1 700 Euro als Umsatzbeteiligung für die bevorzugte Verordnung von Präparaten eines bestimmten Pharmaherstellers angenommen hat.

Strafverfahren gegen Pharmahersteller

Schon seit längerer Zeit ermittelt die Staatsanwaltschaft Mannheim gegen anfänglich 100 Apotheker in 40 Städten wegen des Verdachts, die Krankenkassen durch überhöhte Preise für Zytostatika betrogen zu haben. Sie sollen den Kassen die Preise für Originalpräparate in Rechnung gestellt haben, während sie in Wirklichkeit von Pharmagroßhändlern auf dem „grauen Markt“

im Ausland billig eingekaufte Fertigarzneimittel zur Herstellung von Zytostatika verwendet hätten. Der den Krankenkassen durch diesen Betrug entstandene Schaden soll sich auf 1,675 Millionen Euro belaufen (siehe Hannoversche Allgemeine Zeitung vom 3. Mai 2010).

Selbst wenn die Verfahren ganz oder zum Teil mangels Tatverdacht eingestellt werden sollten, was kaum anzunehmen ist, bleiben den Beschuldigen möglicherweise dauerhaft existenzbedrohende Folgen ihres Verhaltens nicht erspart. Festzuhalten bleibt trotzdem: Heilberufsangehörige haben nach der Auffassung des BGH als Treuhänder des Vermögens der Krankenkassen eine „Vermögensbetreuungspflicht“, dessen Verletzung den Tatbestand der Untreue erfüllt, die nach dem Gesetz (§ 266 StGB) mit Freiheitsentzug von bis zu maximal fünf Jahren bestraft werden kann.

Ärzte als Beauftragte der Kassen

Der bereits erwähnte Beschluss des OLG Braunschweig vom 23. Februar 2010 hat eine über den Einzelfall hinausgehende, grundsätzliche Bedeutung. In der Vergangenheit sind Heilberufsangehörige durchweg wegen „Verletzung ihrer Amtspflicht“ bestraft worden, indem man sie wie Beamte oder Angestellte im öffentlichen Dienst behandelte und – falls sich der Tatverdacht bestätigte – wegen Untreue verurteilte. Nun sind aber die Strafbestimmungen bei Vorteilsnahme und Bestechlichkeit durch das Gesetz zur Bekämpfung der Korruption vom 13.08.1997 um den Tatbestand der Bestechung und Bestechlichkeit „im geschäftlichen Verkehr“ erweitert worden. Hieran anknüpfend, hält das OLG Vertragsärzte für „Beauftragte im geschäftlichen Verkehr“ der Krankenkassen, was einer juristischen Neubewertung des Status von Vertragsärzten entspricht und von der Presse als „Erdrutsch in der bisherigen Rechtsprechung“ bezeichnet worden ist.

Das Amtsgericht Ulm hat in seinem kürzlich gefassten Beschluss die Rechtsauffassung des OLG zugrunde gelegt und zwei Ärzte, wegen der Annahme von Prämienzahlungen eines Pharmaherstellers bestraft, und zwar als „Beauftragte der Krankenkassen im geschäftlichen Verkehr“.

Kassen als „geschäftliche Unternehmen“

Sich als Vertragsarzt der Strafverfolgung mit der Begründung zu erwehren versuchen, die Krankenkassen seien gar keine „geschäftlichen Unternehmen“ und infolgedessen könnten Vertragsärzte auch keine „Beauftragte“ zur Erfüllung der „Geschäftstätigkeit“ der Krankenkassen sein, erscheint wenig Erfolg versprechend. Die zunehmend wettbewerbliche Ausrichtung der Kassen spricht für die Annahme, dass sie – unbeschadet ihrer hoheitlichen Funktion – als geschäftliche Unternehmen anzusehen sind. Sie sehen sich selbst als eine zentrale Zukunftsbranche, die am wirtschaftlichen Wettbewerb teilnimmt, was die zahlreichen

mit Pharmafirmen rechtsgeschäftlich vereinbarten Rabattverträge für viele Tausend Arzneimittel beweisen sollen.

Marktexklusive Verträge unterliegen dem Wettbewerbsrecht, was durch eine von der Monopolkommission der Bundesregierung vorgeschlagene Ergänzung des § 4 GWB gesetzlich abgesichert werden soll. Schon jetzt kann jemand wegen unlauterer Machenschaften zur Rechenschaft gezogen werden, der die Entscheidungsfreiheit anderer durch Druck oder sonstigen unangemessenen unsachlichen Einfluss beeinträchtigt. Die Ergänzung des § 4 GWB zielt darauf ab, das „Handeln der Krankenkassen“ ausdrücklich als „unternehmerisch“ im Sinne des GWB zu deklarieren, es sei denn, es handelt sich um „Bereiche, in denen die Kassen „zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrags zu kollektivem Handeln verpflichtet sind“.



Foto: proDente

Dies gilt insbesondere für „Verträge zwischen Krankenkassen oder deren Verbänden mit Leistungserbringern“. Damit wären die letzten Zweifel beseitigt, dass Krankenkassen ansonsten unternehmerische Marktteilnehmer sind, was bedeutet, dass das Wettbewerbsrecht beziehungsweise das Kartellrecht mit dem Ergebnis anzuwenden ist, dass zum Beispiel in Streitfragen über Rabattverträge nicht mehr die Sozialgerichte, sondern die Zivilgerichte zu entscheiden haben.

Was die Handlungsoptionen der Krankenkassen betrifft, gehörte es schon immer zu ihrer programmatischen Zielsetzung, mehr „Marktmacht“ in einer wettbewerblich auf Wachstum ausgerichteten Gesundheitswirtschaft zu erringen. Dazu müssen sie im Wettbewerb auf diesem „Markt“ Zusatzbei-

träge zu vermeiden versuchen und stattdessen als Anbieter von Wahlтарifen, Selektivverträgen, Bonusversprechen, Präventionsangeboten bis hin zu „Rundum-Wohlfühl-Paketen“ wettbewerbswirksam agieren. Ärzte sind für die „Vermarktung“ solcher Geschäftsmodelle unentbehrlich, sie sind auch gegen ihren Willen ein Teil des Ganzen, unbeschadet ihrer professionell arztbezogenen Garantenstellung mit Behandlungspflichten gegenüber ihren Patienten.

Verbotstatbestände nun auch noch im SGB

Der Gefahr der Bestechlichkeit von Heilberuflern allein durch die Strafvorschrift des § 299 StGB zu begegnen, scheint als nicht ausreichend angesehen zu werden, denn durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der

Vertragsärzte sind strafrechtlich Beauftragte der Kassen, meint das OLG Braunschweig

Organisationsstrukturen (GKV-OrgWG) und die 15. AMG-Novelle im Sozialgesetzbuch V (§ 128) sind 2009 berufsrechtliche Verbotstatbestände bei unerlaubten Vorteilsabsprachen zwischen Vertragsärzten, Apothekern und Lieferanten für Heil- und Hilfsmittel auch in das Sozialgesetzbuch hineingeschrieben worden. Dadurch sollen fragwürdige Formen der Zusammenarbeit der Heilberufe verhindert werden. Niemand soll sich wirtschaftliche Vorteile dadurch verschaffen können, dass er einem Dritten als Gegenleistung für eine versprochene Zuwendung Vorteile verspricht, wie etwa eine bevorzugte Stellung im Wettbewerb gegenüber anderen Anbietern.

Die KVen/KZVen sind bemüht, Vertragsärzte über rechtlich zulässige Formen koopera-

tiver Zusammenarbeit der Heilberufe nach Maßgabe der jeweiligen Berufsordnung zu beraten. Darüber hinaus verlangt aber der Gesetzgeber von den KVen/KZVen, „organisatorische Einheiten“ einzurichten, die Sachverhalten nachzugehen haben, die auf eine „rechtswidrige Nutzung von Finanzmitteln“ durch Vertragsärzte schließen lassen. Sie sollen in „Rahmenregelungen“ mit den Krankenkassen sicherstellen, dass Betrugshandlungen jedweder Art, die von Vertragsärzten begangen werden, „angemessen geahndet werden“, wobei in „schwerwiegenden Fällen“ der Ausschluss von der Versorgung „für die Dauer von bis zu zwei Jahren“ beschlossen werden kann (§ 125 SGB V). Falls sich ein Anfangsverdacht einer strafbaren Handlung mit nicht nur geringer Bedeutung für die GKV ergibt, verlangt der Gesetzgeber, dass die KVen/KZVen unverzüglich die Staatsanwaltschaften unterrichten (§ 81a Abs. 1 und 4 StGB). Tun sie das nicht, droht ihnen ein Strafverfahren wegen Strafvereitelung im Amt (§ 258 a StGB).

Die Rolle der Körperschaften

So hat sich die KV Hessen gezwungen gesehen, der „Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen“ beim Generalstaatsanwalt in Frankfurt 250 Vertragsärzte aller Fachrichtungen wegen Überschreitung

der fragwürdigen Zeitprofile nach § 106a SGB V anzuzeigen.

Solche Überschreitungen allein geben bereits Anlass für eine Plausibilitätsprüfung mit eventuellen Regressansprüchen. Dies zeigt, dass Vertragsärzte bei dem bloßen Verdacht einer Verletzung von Abrechnungsvorschriften in das Räderwerk strafrechtlicher Verfolgung geraten kön-

nen. Gleichwohl gibt es Einzelfälle, die den Verdacht eines „Abrechnungsbetrugs“ rechtfertigen, ähnlich wie im vergangenen Jahr ein Arzt aus Südniedersachsen wegen eines solchen Vergehens die Zulassung und die Approbation verlor und er außerdem zu einer Freiheitsstrafe auf Bewährung verurteilt wurde.

Viele Ärzte sehen sich im Blick auf die vielen sozial- und berufsrechtlichen Vorschriften einer unangemessenen Fremdbestimmung ausgesetzt, die sie bisweilen als Beeinträchtigung ihrer den Patienten gegenüber gewidmeten und zu verantwortenden Tätigkeit empfinden. Begrifflich können sie aber aus Artikel 12 GG keine erhöhten Freiheitsrechte oder Abwehrensprüche gegen gesetzgeberische Eingriffe ableiten. Dennoch ist zu fragen, ob es angemessen ist, Ärzten in einem „Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVVG)“ „eine „manipulationsfreie“ Nutzung von Praxisverwaltungssystemen in Arztpraxen vorzuschreiben, wobei unterstellt wird, es käme sonst zu fragwürdigen Kooperationen mit pharmazeutischen Unternehmen (s. § 73 Abs. 8 SGB V).

Ärzte, die sich im Internet präsentieren möchten, dürfen dabei nicht gegen das Heilmittelwerbegesetz (HWG) verstoßen. Korruptionsverdacht war der Grund, weshalb der Gesetzgeber die Abgabe von Hilfsmitteln aus „Depots“ von Vertragsärzten und Krankenhäusern gemäß § 128 SGB V verboten hat. „Verkürzte Versorgungswege“ bei der Abgabe von Brillen und Hörgeräten durch Augenärzte und HNO-Ärzte gelten als Wettbewerbsverstöße und sind verboten. Man will wohl auch die finanzielle Förderung wissenschaftlicher Arzneimittelstudien durch Pharmafirmen beziehungsweise die Publikation von Studienergebnissen verbieten, weil pharmazeutische Firmen hierauf Einfluss nehmen könnten (siehe Deutsches Ärzteblatt Nr. 17 vom 30. April 2010, S. 295ff.). Transparency Deutschland hält Anwendungsbeobachtungen der Pharmaindustrie für eine „legalisierte Form der Bestechung von Ärzten“. Zu dieser Beurteilung kann die Tatsache beigetragen haben, dass laut einer im Deutschen Ärzteblatt vom 24.09.2010 veröffentlichten Literatur-

analyse weltweit rund 90000 solcher Studien im Umlauf sind, was als bedenklich eingestuft wird. Und dann gibt es auch das „Arzneimittelbevorzugungsverbot“ und das „Ärztebevorzugungsverbot“ nach §§ 10 und 11 des Apothekengesetzes. Als eine wettbewerbswidrige Kundenbindung wird angesehen, wenn Apotheken das Arzneimittelpreisrecht missachten und Käufern eine „Zugabe“ im Wert von mehr als einem Euro zukommen lassen. Ganz zu schweigen von dem Verbot der bereits erwähnten „Zuweisungsprämien“ der Kliniken für einweisende Ärzte.

Wettbewerbswidrige Kundenbindung

Unter strenger Beobachtung steht auch die Einhaltung der Statusvoraussetzungen bei der Genehmigung von Gemeinschaftspraxen. Hat nach der gesellschaftsrechtlichen Regelung jeder Partner das wirtschaftliche Risiko der Praxis mitzutragen oder ist jemand vom Verlustrisiko befreit? Ist jemand nicht am „Wert der Praxis“ beteiligt, ist er kein Freiberufler, sondern ein Scheinselbstständiger beziehungsweise ein „verdeckter Angestellter“. Daher empfiehlt die Deutsche Krankenhausgesellschaft den Kliniken, bei „Honorarärzten“ von vornherein – als sicherste Art – ein Anstellungsverhältnis zu begründen.

Die Bundesrepublik ist ein Ordnungsstaat, der unentwegt bemüht ist, bei Verbots- und Strafvorschriften keine Lücken entstehen zu lassen. Die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) spricht von einer „Überdehnung der Straftatbestände“ für Ärzte, die in ihrer nicht mehr zu übersehenden Fülle rechtliche Unsicherheiten befördern und nicht verhindern. Der Gesetzgeber setzt unbeirrt auf die Problemlösungskraft von Verbotsregelungen und Strafandrohungen, wohl wissend, dass damit das gesellschaftliche und politische Grundvertrauen nicht gestärkt wird.

*Alfred Boßmann
ehemaliger Hauptgeschäftsführer
KV Niedersachsen
Am Rickinger Holze 54
30966 Hemmingen*



Foto: MEV

*Um alle Lücken zu schließen,
stehen die Verbotstatbestände jetzt auch
noch im SGB*

Blogs

Neue Wege der Wissenschaft

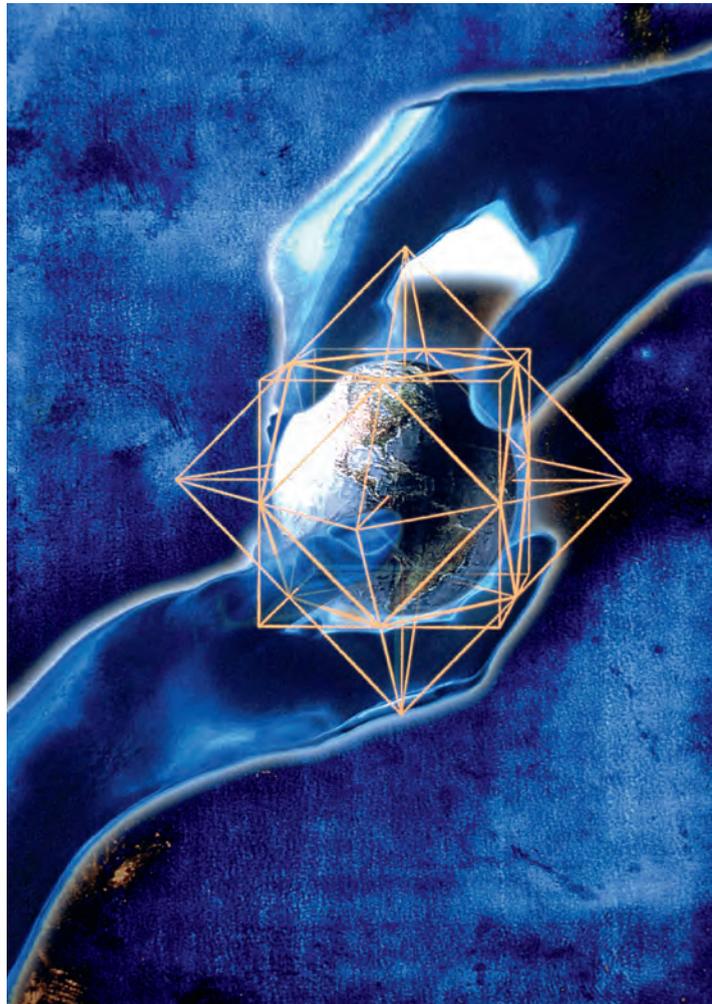
Sie heißen „Anatomisches Allerlei“ oder „Plazeboalarm“ und haben das Potenzial, den wissenschaftlichen Diskurs grundlegend zu verändern: Wissenschaftsblogs. In den Onlinetagebüchern des Web 2.0 können Forscher ihre Thesen und Ergebnisse sofort publizieren – und eine große Leserschaft erreichen.

2008 schrieb der Sozialwissenschaftler Marc Scheloske in seinem Blog „Wissenswerkstatt“: „Wissenschaft ist ihrem Wesen nach Kommunikation. Die Forschungsarbeit in den Laboratorien und Studierstuben, all die Experimente und Versuchsanordnungen wären sinnlos, wären sie nicht eingebettet in den Diskurs der „Scientific Community“. Was, wie und mit welchen Ergebnissen geforscht wird – darüber muss fortwährend kommuniziert werden. Und selbstverständlich verfügt das moderne Wissenschaftssystem über eine funktionale und erprobte Kommunikations-Infrastruktur. Wissenschaftliche Blogs zählen – mit wenigen Ausnahmen – bislang nicht dazu.“

Auch drei Jahre später stürzt sich die Forschungswelt nicht auf das Medium. „Es besteht immer noch das Problem, dass beträchtliche Teile der Wissenschaft nicht viel von Wissenschaftsblogs halten“, sagt Lars Fischer, Chemiker und Autor des Onlinetagebuchs „Fischblog“. „Aber die Situation ist deutlich besser geworden.“ Unter anderem deswegen, weil sich mittlerweile eine solide Infrastruktur entwickelt hat.

Die deutsche Blogosphäre

Die zwei bedeutendsten Portale für Wissenschaftsblogs in Deutschland gingen 2008 an den Start. Im Januar schaltete der Burda-Verlag ScienceBlogs.de, ein Ableger des erfolgreichen US-Modells ScienceBlogs.com, online. Wenig später zog der zur Holtzbrinck-Gruppe gehörende Verlag „Spektrum der Wissenschaft“ mit Scilogs.de nach. Zurzeit schreiben auf ScienceBlogs 35



Austausch statt Einzelkämpfertum – die Blogosphäre lebt vom Dialog. Das gilt auch für wissenschaftliche Blogs.

Foto: picture alliance/Picture Press

Forscher und Fachjournalisten, auf Scilogs sind es 71. Zahnmediziner befinden sich bisher nicht unter den Autoren.

Die Portale sind userfreundlich in Rubriken wie Medizin, Astronomie oder Geisteswissenschaften unterteilt, damit Leser bequem nach Themen suchen können. Die Konzentration der Blogs auf spezielle Plattformen bewertet Fischer – neben seiner Blogger-tätigkeit auch Mitglied der Scilogs-Redaktion – als entscheidend für den Erfolg des Formats: „Die Wissenschaftsblogosphäre

muss übersichtlich sein, sonst verlieren sich die Autoren und Leser in den Weiten des Internets.“

Einzelkämpfertum erschwert den Austausch untereinander. Die Blogosphäre aber lebt vom Dialog, wie in den Mission Statements der Redaktionen nachzulesen ist: „Unser Anliegen ist der interdisziplinäre Dialog über Wissenschaft in all ihren Facetten: Forschung, Anwendung, Politik, Ethik, Werte. Unsere Blogger sind Forscher, Theoretiker, Praktiker, Journalisten, Enthusiasten. Die

SciLogs sind ein Angebot des Verlags Spektrum der Wissenschaft – gleichwohl sind unsere Blogger vollkommen frei in der Wahl ihrer Themen, ihrer Sprache sowie in der Art und Weise, wie sie auf Kommentare aus der Community eingehen“, heißt es auf der SciLogs-Webseite. Die Unabhängigkeit ihrer Autoren betont auch die Konkurrenz: „Auf ScienceBlogs schreiben Forscher, was sie bewegt. Journalisten veröffentlichen unredigiert. Das ist die Basis für einen neuen Dialog aus erster Hand über die Rolle der Wissenschaft in Politik, Religion, Philosophie, Kunst und Wirtschaft.“ Voraussetzung für soviel Freiheit ist Qualität.

Nicht jeder kann bloggen

Bei ScienceBlogs werden Wissenschaftler nur auf Einladung der Redaktion feste Autoren. „Wir sprechen entweder Personen an, die wir als Blogger interessant fänden, oder solche, die bereits erfolgreich einen privaten Blog betreiben“, erklärt Jürgen Schönstein, Wissenschaftsjournalist und Redakteur bei ScienceBlogs. „Im Internet gibt es sehr viele pseudowissenschaftliche Seiten, die beispielsweise erklären, warum die Relativitätstheorie nicht stimmt oder warum Astrologie eine Wissenschaft ist – da zieht es einem manchmal die Schuhe aus. Auf unserem Portal kann das nicht passieren, weil wir solche Autoren nicht zulassen.“

Um als Blogger durchzustarten, braucht man mehr als gutes Fachwissen. „Nicht jeder kann gut bloggen“, erklärt Lars Fischer. „Es reicht nicht, nur Texte zu veröffentlichen. Man muss bereit sein, den Text auch zu verteidigen.“ Blogs sind mit einer Kommentarfunktion ausgestattet. User können dem Blogger auf diese Weise ihre Meinung zu seinen Texten mitteilen. Ein Blog lebt von der Diskussion zwischen Autor und Leser. Wer sich nicht darauf einlassen will, setzt sein Standing in der Community aufs Spiel. Die Regeln für Blogger lauten Fischer zufolge deshalb: „Sie müssen viel Zeit haben, um Kommentare zu beantworten. Sie brauchen einen langen Atem, ein ausgeprägtes Mitteilungsbedürfnis, Begeisterung und ein dickes Fell.“

Im wissenschaftlichen Umfeld sind Blogger besonders auf einen langen Atem und ein

INFO

Portale für Wissenschaftsblogs

- Scilogs.de
- ScienceBlogs.de
- WeiterGen

Der Blogger „WeiterGen“, promovierter Biologe, hat bei Twitter eine Liste angelegt, in der renommierte Blogs – wie zum Beispiel die des Magazins Nature – verzeichnet sind.

Ohne Anmeldung können User sich informieren, was die englischsprachige wissenschaftliche Blogosphäre zu bieten hat:

<http://twitter.com/weitergen/blog-networks-science>

dickes Fell angewiesen, denn akademische Förderung oder gar Anerkennung für bloggende Forscher bleiben bisher aus.

Vorurteile und Vorteile

Immerhin: Mit den ganz harten Vorurteilen, dass Blogs nur wissenschaftlichen Unsinn verbreiten, haben Blogger immer seltener zu kämpfen. „Der Trend ist, dass die Leute Blogs ernst nehmen“, stellt Fischer fest. Den gewachsenen Respekt haben sich die Blogger durch verschiedene Coups verdient. Zum Beispiel im vergangenen Dezember, als NASA-Forscher mit einer Sensation an die Öffentlichkeit traten: Im kalifornischen Mono Lake wollten sie eine Bakterienart entdeckt haben, die Arsen frisst. Einige Chemiker und Mikrobiologen nahmen den

Versuchsaufbau der Studie unter die Lupe und stießen auf ernst zu nehmende Mängel. Die Kritik veröffentlichten sie sofort in ihren Blogs. Zunächst wehrte sich die NASA gegen den Proteststurm aus dem Netz und wollte nur Kritik aus traditionellen wissenschaftlichen Medien akzeptieren. Nach wenigen Tagen aber wurde der Druck zu groß. Die Forscher knickten ein und relativierten ihre Entdeckung.

Für Fischer markieren solche Ereignisse einen Wendepunkt: „Blogger haben die Studie verrissen – zu Recht. Das trat eine Diskussion darüber los, was Blogger in der Wissenschaftskritik leisten können.“ Das Ergebnis: Sie können viel dazu beitragen. Die Arsenbakterien waren nicht das erste Thema, bei dem Blogger sich zu Wort gemeldet hatten, aber laut Fischer entstand dadurch erstmals eine öffentliche Diskussion. Sein Fazit: „Viele blogkritische Forscher haben inzwischen gemerkt, was die Stunde geschlagen hat, und erkannt: Blogger können Wissenschaft zeitnah kritisch diskutieren und so verhindern, dass sich falsche Ergebnisse in der Literatur festsetzen.“ Zeitliche Nähe und Geschwindigkeit sind zwei zentrale Qualitäten der Blogs.

Ihre zeitliche Unmittelbarkeit wird Blogs aber auch zum Vorwurf gemacht. Die veröffentlichten Beiträge seien unausgereifte Schnellschüsse. Das Gros der Scientific Community akzeptiert nur das klassische Verfahren, den Peer Review, als Gütesiegel. Beim Peer Review begutachten ebenbürtige, unabhängige Wissenschaftler die Arbeit eines Kollegen. Erst nach dieser meist anonymen Prüfung werden Studien in Fachzeitschriften



Viele Forscher stehen Wissenschaftsblogs noch kritisch gegenüber. Das wird sich ändern, glauben ihre Befürworter. Denn niemand ist schneller und kritischer als die Community.

Foto: Suprijono Suharjoto/Fotolia.com

publiziert. „Blogs arbeiten schneller, für einen Peer Review zu schnell“, erklärt Schönstein von ScienceBlogs. Als Argument gegen Blogs werde daher oft ins Feld geführt, dass die akademischen Abläufe nicht korrekt seien und die Inhalte nicht ausreichend geprüft. Schönstein hält dagegen: „Das Korrektiv sind die Kommentare, sie prasseln direkt auf den Blogger ein. Der entstehenden Diskussion muss er oder sie sich stellen.“

Kritiker sollten auch bedenken, dass Blogs keine neue Art des wissenschaftlichen Arbeitens darstellen, sie sind lediglich ein neuer Kanal, Ergebnisse zu kommunizieren. Forscher, die bloggen, wissen, dass ihre fachliche Reputation auch bei Publikationen



Foto: Bury/Fotolia.com

Blogs erreichen wahnsinnig viele Menschen – was den wissenschaftlichen Diskurs beflügelt.

im Netz auf dem Spiel steht und sie besser daran tun, ihre Argumentation mit starken Beweisen zu untermauern. Die Qualität eines Blogs erkennt man vor diesem Hintergrund daran, dass der Autor Links und Verweise angibt, die seine Leser zur weiteren Information nutzen können. „Ein Wissenschaftsblog zieht typischerweise Leser an, die fachlich Bescheid wissen. Blogger, die gegen die Grundprinzipien ihrer Disziplin verstoßen, werden das in den Kommentaren sehr schnell zu hören kriegen.“

In puncto Glaubwürdigkeit ist die Blogosphäre gnadenlos. Als die amerikanischen ScienceBlogs im vergangenen Sommer einen Blog an den Getränkehersteller Pepsi verkauften, wanderten massenhaft Autoren aus Protest ab. Für sie stellte die Präsenz eines Konzerns, der auf dem renommierten

Portal seine Marketinginteressen vertreten kann, einen Interessenkonflikt dar. Nach „Pepsigate“ war ScienceBlogs.com praktisch tot. Der Frage der kommerziellen Vermarktung müssen sich Blogger – unter denen auch viele Interesse am hauptberuflichen Bloggen haben – aber irgendwann stellen. Denn Verlage wie Holtzbrinck oder Burda wollen mit dem Medium Geld verdienen.

Zukunft der Blogs

Welche Rolle Blogs in der Scientific Community übernehmen werden, bleibt abzuwarten. „Wir befinden uns in der Erprobungsphase“, sagt Werner Große, Lehrbeauftragter für Geschichte der Medien und Wissenschaftsvermittlung an der TU Braunschweig. „Es kursieren viele noch nicht bewiesene Thesen, beispielsweise dass Blogs ein wichtiges Medium innerhalb der Wissenschaft sind, aber auch aus ihr hinaus in den öffentlichen Raum.“

Blogs als Element des Web 2.0 bringen das Element der Masse zum Tragen: Jeder kann an ihnen teilnehmen und zur Diskussion beitragen. „Blogs erreichen unglaublich viele Menschen. Jede Seite ist gleichzeitig Sender und Empfänger – das wird den Diskurs in Zukunft sehr viel virulenter machen“, so Große. Für ihn ist mit dem Web 2.0 eine neue Kulturstufe erreicht worden – ähnlich der Erfindung der Schriftsprache oder des Buchdrucks. Wie sie diesen riesigen Kommunikationsraum mit sinnvollen Inhalten füllen, müssten die Menschen aber erst noch lernen. Und auch die Scientific Community müsse noch ins Web 2.0 hineinwachsen. Große: „In den inneren Zirkel der Wissenschaft hat der Blog noch keinen Eingang genommen, aber das kommt. Jeder Forscher muss sich dazu positionieren und wird die üblichen Stadien der Annäherung durchlaufen: Ablehnung – Skepsis – „Das kann gar nicht so gut sein wie das Alte“ – „Na ja, vielleicht sind sie doch nicht so schlecht?“ – „Ich müsste mich mal kümmern.“ – Und schließlich: ausprobieren.“

Konferenzen als Orte des persönlichen Austauschs werden ihre Bedeutung dennoch nicht verlieren. Und auch Printmedien, da sind sich Große, Fischer und Schönstein

INFO

Allerlei zu lesen

Die wissenschaftliche Blogosphäre bietet eine große Themenvielfalt. Zwei Beispiele aus der Medizin:

■ Anatomisches Allerlei

In seinem Onlinetagebuch postet Helmut Wicht, Biologe und Privatdozent an der Frankfurter Goethe-Universität, „Gedankenfragmente über Neurobiologie, Anatomie, Philosophie, Gott und die Welt“. Er nimmt zum Beispiel den Google-Dienst „Body Browser“ unter die Lupe – und auseinander. Die Software stellt die menschliche Anatomie in 3-D-Form dar und steckt laut Wicht trotz guter Ansätze voller Fehler.

Der Blogger nimmt's mit Humor: „Bei all den Milliarden Dollars, die Google investieren kann – hätten die sich nicht ein professionelleres Konsortium für die Endkontrolle besorgen können? Eines, das was von topographischer Anatomie versteht? Oder könnte nicht Google mit einem Millionenscheck zu mir kommen, und sagen: Machen Sie mal!“

■ Plazeboalarm

Wissenschaftsjournalist Marcus Anhäuser betreibt diesen Blog seit April 2005 und befüllt ihn nach eigener Aussage mit „lässigen Texten über haarsträubende Wissenschaft und den ganzen Rest“. Welche Gesundheitsjournalisten Schleichwerbung betreiben macht Anhäuser genauso zum Thema wie die Zusammensetzung von Fertigerichten.

sicher, wird es immer noch geben – aber ihre Funktion wird sich verschieben. Fischer: „Ich denke, die Papierform wird zunehmend zur Speicherform, die dynamische Diskussion wird sich ins Netz verlagern. Nicht nur in die Blogs, sondern auch auf die vielen anderen Kommunikationsplattformen, die es im Internet gibt.“

Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln
SusanneTheisen@gmx.net

Special Olympics National Winter Games

Das Lächeln der Athleten

Unter dem Motto „In jedem von uns steckt ein Held“ leistete Special Olympics Deutschland mit den nationalen Winterspielen vom 28. Februar bis zum 4. März im sächsischen Wintersportort Altenberg einen Beitrag zur Inklusion (Teilhabe) von Menschen mit geistiger Behinderung. 620 Athleten aus 13 Bundesländern und vier ausländische Delegationen gingen an den Start – ein neuer Teilnehmerrekord. 241 Betreuer und 100 Familienangehörige unterstützten die Sportler. Darüber hinaus waren 350 freiwillige Helfer unermüdlich im Einsatz.



oben: Jeder Athlet startet das Special-Smiles-Programm am Zahnputzbrunnen, wandert dann durch den Kariestunnel, um abschließend von einem Zahnarzt gescreent zu werden.

rechts: Maskottchen Putzi hat immer gut lächeln.

Vier Tage lang stand die Erzgebirgsstadt Altenberg ganz im Zeichen der Athleten mit geistiger Behinderung, die mit Wärme und Begeisterung aufgenommen wurden. Mehr als 3800 Zuschauer besuchten die sportlichen Wettbewerbe – Hunderte Schüler aus Altenberg und Umgebung engagierten sich als Volunteers (Helfer) oder in Fanprojekten. Neben den sportlichen Wettbewerben in den Disziplinen Eiskunstlauf, Eisschnelllauf, Ski Alpin, Skilanglauf und Snowboard stand ein umfangreiches buntes Rahmenprogramm auf dem Plan.

Der erste Höhepunkt war die Eröffnungsfeier im Zentrum von Altenberg am Skiareal Raupennest mit 1500 Teilnehmern und Gästen. Elisa Reppert, Skilangläuferin der Lebenshilfe Dresden, entzündete die Special-

Olympics-Flamme unter Anwesenheit bekannter Altenberger Sportler wie der Biathletin Romy Beer und des Bob-Olympiasiegers Harald Czuday.

„Beginnend mit einer faszinierenden Eröffnungsveranstaltung haben wir mit diesen rundum gelungenen nationalen Winterspielen eine neue Qualität an Angeboten für unsere Athletinnen und Athleten mit geistiger Behinderung erreicht“, resümiert Prof. Hans-Jürgen Schulke, Präsident des Organisationskomitees und Vizepräsident von Special Olympics Deutschland. Besonders erfreut zeigt er sich über das sichtlich gewachsene Selbstbewusstsein, mit dem sich die Athleten in Altenberg präsentiert haben. Auch hinsichtlich des Miteinanders von Menschen mit und ohne geistige Behin-

derung setzten die Spiele in Altenberg Akzente. „Das zeigte sich in den sportlichen Angeboten, in den gemeinsamen Volunteer- und Schülerprojekten, in den integrativen Begegnungen sowie in den zahlreichen Medienberichten, die die Athleten in den Mittelpunkt rückten“, erklärte Schulke.

Kooperationen vereinbart

Anlässlich der Eröffnung des Gesundheitsprogramms Healthy Athletes® wurde eine Kooperationsvereinbarung zwischen Special Olympics Deutschland in Sachsen (SODiS),



dem Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden (UKD) und der Medizinischen Fakultät (MF) Carl Gustav Carus unterzeichnet. Mit dieser Vereinbarung sollen insbesondere für Healthy Athletes® Ärzte, Zahnärzte und medizinisches Fachpersonal als regionale Koordinatoren in Sachsen für die Disziplinen des Gesundheitsprogramms gewonnen werden. Das Ziel: gemeinsam mit der Fachschaft Studenten für die Arbeit als Volunteers bei regionalen SOD-Veranstaltungen zu begeistern und die Voraussetzungen für diese ehrenamtliche Tätigkeit zu schaffen.

Organisiert werden soll ebenfalls eine enge Zusammenarbeit mit der Sächsischen Landes-

Screening-Statistik

Art	Anzahl (Anteil in %) der Athleten
Gingivaentzündungen	126 (44%)
behandlungsbedürftige, kariöse Zähne	80 (28%)
Schmerzen im Mund / an den Zähnen	16 (6%)
mit zahnärztlichem Behandlungsbedarf	90 (32%)
mit akutem zahnärztlichem Behandlungsbedarf	37 (13%)

Quelle: I. Kaschke/SOD

ärzte- sowie mit der Sächsischen Landes Zahnärztekammer und entsprechenden Verbänden. Special Olympics in Sachsen wird im Rahmen von Vorlesungen über seine Ziele und Aufgaben berichten und für ein ehrenamtliches Engagement von Studentinnen und Studenten werben. UKD und MF werden durch aktive Mitwirkung und Auswertung der Veranstaltungen die wissenschaftliche Arbeit auf den Gebieten Sport, Gesundheit und geistige Behinderung unterstützen. Mit dieser Kooperationsvereinbarung sollen in Sachsen sowohl Strukturen entwickelt als auch Netzwerke gebildet werden, um die Gesundheitsförderung für Menschen mit geistiger Behinderung nachhaltig zu verbessern. Die Partner erhoffen sich, Nachahmer für ihre Kooperation in anderen Bundesländern zu finden. Während der Spiele in Altenberg wurden vier Bereiche des Gesundheitsprogramms

INFO

20 Jahre SOD

Special Olympics Deutschland (SOD) feiert in diesem Jahr 20-jähriges Bestehen. Aus Anlass dieses Jubiläums wurde das Projekt „Wunschbox“ von SOD und dem Premium Partner ABB ins Leben gerufen. Während der Veranstaltung in Altenberg konnte jedermann seine Wünsche für die Zukunft in einer Videobox in die Kamera sprechen. Die besten Beiträge sind nun im Netz zu finden.

■ www.youtube.com/user/SpecialOlympics

Healthy Athletes® mit Unterstützung der Sächsischen Landesärzte- und der Sächsischen Landes Zahnärztekammer sowie der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Universität Dresden und mehr als 80 freiwilligen Helfern aus Altenberg und Umgebung angeboten. Vor Ort waren Zahnärzte, Physiotherapeuten sowie Studenten der Medizin und der Zahnmedizin der Universitätsmedizin Dresden, die die Athleten berieten und untersuchten. Das Zahn- und Mundgesundheitsprogramm Special Smiles konnte durch die engagierte Unterstützung vieler Kolleginnen und Kollegen wiederum in gewohnter Qualität angeboten werden. Dr. Mathias Wunsch, Präsident der Landes Zahnärztekammer Sachsen, berichtete bereits im Vorfeld der Veranstaltung: „Wir haben sehr gern die Aufgabe übernommen, als Kammer das zahnärztliche Gesundheitsprogramm, das während der Special Olympics für die Athleten zur Verfügung steht, zu unterstützen. Zwölf niedergelassene Zahnärzte aus Sachsen konnten gemeinsam mit ihren Praxisteams dafür gewonnen werden, die Teilnehmer zu untersuchen. Die Mundgesundheit hat einen wichtigen Einfluss auf die allgemeine Gesundheit. Sie ist gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung von Bedeutung, da diese oftmals keine eigene Einschätzung abgeben können und aufgrund der Behinderungen einer verstärkten zahnmedizinischen Fürsorge bedürfen.“

Die Teilnahme an allen Bereichen des Gesundheitsprogramms wurde nicht nur den Athleten selbst angeboten, sondern auch Besuchern mit geistiger Behinderung aus Wohn Einrichtungen, Schulen und Werkstätten aus der Umgebung Altenbergs. Oftmals ist hier der medizinische Behandlungsbedarf noch um ein Vielfaches höher. Auch für die Volunteers waren die Veranstaltung und die Begegnung mit den Special Olympics-Athleten ein großartiges Erlebnis, wie beispielsweise die Zahnärztin Iris Langhans beim Special-Smiles-Programm berichtete: „Die Freude und Begeisterung der Athleten waren ansteckend, alles toll organisiert und unkompliziert!“ Sie war darüber hinaus auch über die sportlichen Leistungen

erfreut. „Ich wusste nicht, dass es Wettkämpfe in so vielen Wintersportdisziplinen gibt.“

Keine Berührungängste

Gerade für die Studierenden war die Veranstaltung eine großartige Gelegenheit, Berührungängste im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung abzubauen, wie Katharina Lotze, Studentin im 7. Semester Zahnmedizin, einschätzte. Beeindruckt und erfreut waren die Athleten nicht nur über Maskottchen Putzi, der die Zahnputzübungen unterstützte, sondern vor allem durch das Mundhygieneprogramm selbst, mit Putzen am Brunnen und Kontrollen im Kariestunnel. Das wurde besonders durch das große Engagement der Mitarbeiterinnen der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege des Freistaates Sachsen e.V. ermöglicht.

Richtig glücklich und erleichtert waren die Athleten dann, wenn bei den Untersuchungen alles in Ordnung war: „Da sind wir aber froh! Alle Zähne ok!“, konnten Floorballspieler Patryck Szybecke-Weigel und Nicky Ross aus Schleswig-Holstein freudig feststellen. Viele Athleten konnten lächeln – für andere ergaben sich ein erheblicher Weiterbehandlungsbedarf sowie gesundheitliche Probleme: So musste bei Special Smiles 127 Athleten (insgesamt 262 Untersuchte) eine zahnärztliche Behandlung empfohlen werden. Fast jeder siebte untersuchte Athlet war mit einem BMI größer als 30 adipös.

Roman Eichler, Athletensprecher von Special Olympics Deutschland und des Landesverbands Sachsen, resümierte seine Eindrücke von Altenberg: „Am Lächeln der Athleten sieht man ja, wie es war. Sie haben die Hauptrolle gespielt, und die Leute hier waren sehr herzlich zu ihnen. Die Spiele waren sehr gut organisiert und werden uns auch wegen des Bilderbuchwetters unvergesslich bleiben.“ Schließlich konnte auch er richtig lächeln.

Dr. Imke Kaschke MPH
Manager Healthy Athletes
Special Olympics Deutschland e.V.

■ www.nationalgames.de

Versorgung von Patienten mit seltenen Leiden

Netzwerken hilft

Die Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen ist in Deutschland, aber auch andernorts in Europa oftmals unzureichend. Aufgrund der geringen Patientenzahlen bei einzelnen Krankheitsbildern fehlt es an Experten und an spezialisierten Einrichtungen. Die EU erhofft sich von einer stärkeren elektronischen Vernetzung einen besseren Zugang der Patienten zu den Versorgungsmöglichkeiten. Viel hängt davon ab, inwieweit sich die EU-Staaten und die Ärzte auf diesem Gebiet engagieren.



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

in Deutschland, aber auch in anderen europäischen Ländern an Spezialisten und an spezialisierten Einrichtungen für die Behandlung der Betroffenen. Die Folge ist eine mitunter jahrelange Odyssee von Arzt zu Arzt, bis die richtige Diagnose gestellt wird. „Vielen Ärzten fehlt das Bewusstsein, dass der Patient an einer seltenen Erkrankung leiden könnte“, so Dr. Christine Mundlos von der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE), einem deutschen Netzwerk von Patientenorganisationen.

Falschdiagnosen

Bei rund 40 Prozent der Betroffenen werde mindestens eine Falschdiagnose gestellt, bis feststeht, woran sie tatsächlich leiden. Im Schnitt dauert es sieben Jahre bis zur korrek-

In Deutschland leben rund vier Millionen Menschen mit einer seltenen Erkrankung. Europaweit sind es schätzungsweise 27 bis 36 Millionen. Genauer lässt sich ihre Zahl nicht beziffern, da bislang nicht alle seltenen Erkrankungen medizinisch erforscht und erfasst sind. Als selten gilt eine Krankheit, wenn weniger als einer von 2 000 Menschen von ihr betroffen ist.

Die meisten dieser Krankheiten sind genetischen Ursprungs und gelten als nicht heilbar. Obwohl Krankheitsanzeichen schon bei der Geburt oder in Kindheitsjahren erkennbar sein können, treten über die Hälfte der seltenen Krankheiten erst im Erwachsenenalter auf. Sie sind häufig lebensbedrohlich oder führen zu chronischer Invalidität. Für die meisten dieser Krankheiten gibt es überdies in der Regel keine wirksamen Behandlungsmöglichkeiten. Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung sowie eine angemessene Pflege können jedoch dazu beitragen, die Lebensqualität und die Lebenserwartung der Patienten zu verbessern.

Zu den bekannteren seltenen Erkrankungen gehören die Lungenkrankheit Mukoviszidose, die Glasknochenkrankheit, Muskel-

dystrophien, genetisch bedingte Stoffwechselfstörungen oder angeborene Störungen der Blutbildung.

Da die Patientenzahlen bei den einzelnen Leiden in der Regel klein sind, mangelt es

INFO NAMSE

Das Nationale Aktionsbündnis für Menschen mit seltenen Erkrankungen (NAMSE) soll die gesundheitliche Situation von Menschen mit seltenen Erkrankungen verbessern helfen. Das Gremium wurde im März 2010 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ins Leben gerufen. Zu den Bündnispartnern gehören unter anderem die Allianz chronischer seltener Erkrankungen (ACHSE), die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, die Deutsche Forschungsgemeinschaft, Vertreter der ärztlichen und zahnärztlichen Selbst-

verwaltung sowie der gesetzlichen und privaten Krankenkassen als auch diverser Ministerien.

Das Aktionsbündnis soll dazu beitragen, die Empfehlung des Ministerrates der EU zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen umzusetzen. Dazu gehören die Koordination von Maßnahmen für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit seltenen Erkrankungen sowie die Förderung von Modellprojekten und Aktionen im Bereich der seltenen Erkrankungen. Ein erster Vorschlag für einen nationalen Aktionsplan soll 2013 vorliegen. NAMSE wird durch eine vom BMG finanzierte Geschäftsstelle unterstützt. ps

Foto: MEV

Die fünfjährige Josephine leidet unter dem Williams-Beuren-Syndrom, einem seltenen Gendefekt. Die betroffenen Menschen haben sehr spezifische Gesichtszüge, sind sprachgewandt, einfühlsam und kontaktfreudig. Neben einem Herzfehler, geistiger Behinderung und Einschränkungen im Wachstum sind auch die Zähne betroffen.



Foto: Verena Müller/ACHSE e.V.

Vorbild

ECORN-CF könnte zum Vorbild für eine engere EU-weite Zusammenarbeit zwischen Experten auch für andere seltene Erkrankungen werden. Immerhin will die Gemeinschaft den Zusammenschluss von nationalen Fachzentren zu sogenannten europäischen Referenznetzen auf freiwilliger Basis fördern. So sieht es die neue EU-Richtlinie für die Rechte der Patienten bei Auslandsbehandlungen vor.

Das entsprechende Fachwissen über die einzelnen Erkrankungen soll mithilfe elektronischer Tools EU-weit zwischen Fach- und Hausärzten sowie spezialisierten Einrichtungen verbreitet werden. EU-Gesundheitskommissar John Dalli hofft, dass die Betroffenen dadurch schneller Zugang zu einer korrekten Diagnosestellung und zu möglichen Therapien erhalten.

Voraussetzung hierfür ist, dass die EU-Staaten bis Ende 2013 Strategien entwickeln, um die Versorgung der Patienten vor Ort gewährleisten zu können. Noch gibt es erst wenige solcher nationalen Aktionspläne.

Erste Bemühungen des in Deutschland im März 2010 gegründeten Nationalen Aktionsbündnisses für seltene Erkrankungen (NAMSE) weisen nach Ansicht von Mirjam Mann, Geschäftsführerin bei ACHSE, indessen in die richtige Richtung. „Wichtig ist eine systematische Herangehensweise an das Thema und eine Vernetzung aller Beteiligten.“ Nur so sei es möglich, auch im föderalen deutschen Gesundheitssystem eine bedarfsgerechte Versorgung für Patienten mit seltenen Krankheiten anzubieten.

Petra Spielberg
Christian-Gau-Str. 24
50933 Köln

■ Zum Netzwerk ACHSE siehe auch den Bericht in den zm 11/2010, S. 26-28.

INFO ACHSE

Die Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen, ACHSE e. V., ist ein übergeordnetes Netzwerk von Selbsthilfeorganisationen. Derzeit gehören über 90 Patientenvertretungen dem Verein an. Mitglied kann jede Organisation werden, die eine seltene Erkrankung vertritt und bereit ist, für die Betroffenen bundesweit aktiv zu sein. Die ACHSE sieht ihre Hauptaufgabe darin, Menschen mit seltenen

Erkrankungen in der Öffentlichkeit Gehör zu verschaffen und ihre Interessen gegenüber Politik und Gesundheitswesen auf nationaler wie europäischer Ebene wirksam zu vertreten. Seinen Ursprung hat das Netzwerk in der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE). ps

ten Diagnose. „Das ist für die Patienten sehr frustrierend“, so Mundlos.

Da seltene Krankheiten für die öffentliche Gesundheit ein ernstes Problem darstellen, gehören sie zu den Prioritäten der Gesundheits- und Forschungsprogramme der EU. Ein EU-weit gültiges Gesetz soll beispielsweise die Entwicklung von Arzneimitteln für seltene Krankheiten, sogenannte Orphan-Drugs, voranbringen. Auch fördert die Gemeinschaft Forschungs- und Entwicklungsprojekte in diesem Bereich. Beispiel hierfür ist das EU-Expertenetzwerk zu Mukoviszidose unter der Federführung des Frankfurter Uniklinikums (ECORN-CF), das im Oktober 2007 an den Start ging.

Im Rahmen des Netzwerks tauschen Experten in Europa auf einer qualitätsgesicherten Grundlage Informationen über die Krankheit sowie deren Diagnose- und Therapieoptionen aus. „Indem sie auf diese Weise ihr Wissen auf die Reise schicken, kann dem



Foto: ojo images

Bei seltenen Erkrankungen kann es oft Jahre bis zur korrekten Diagnose dauern.

Patienten der Besuch eines Zentrums im Ausland erspart bleiben“, erklärt Prof. Dr. Thomas Wagner, Leiter der Abteilung für Pneumologie, Allergologie und Mukoviszidose an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt.

Dentalmuseum Zschadraß

Mehr als eine Wunderkammer

1991 kauft ein Dentallabor in Grimma neue Möbel. Wohin aber mit dem alten Inventar? Zum Wegwerfen waren die Instrumente und Geräte eindeutig zu schade, dachte sich Zahntechniker Andreas Haesler. Zum Glück. Denn heute ist das aus den Sammlungen entstandene Dentalhistorische Museum in Zschadraß für die Aufarbeitung der Geschichte der Zahnheilkunde weltweit einzig.



Fotos: Dentalmuseum Zschadraß und Rolf Walter

Arbeitsplatte einer Ritter-Einheit aus dem Jahr 1932

Gut 20 Jahre später: Statt einer kleinen Privatauswahl historischer Stücke präsentiert das Museum auf 250 Quadratmetern die größte Sammlung zur Kulturgeschichte der Zahnmedizin auf der ganzen Welt.

Stellte Initiator Haesler anfangs noch auf Firmenveranstaltungen in einer Nische von etwa vier Quadratmetern einige historische zahnärztliche und zahntechnische Gerätschaften aus, war der Schatz im Jahr 2000 schon so groß, dass man damit locker ein Museum füllen konnte. Was man auch tat: Im September öffnete im sächsischen

Schloss Colditz das erste Dentalmuseum Deutschlands seine Tore.

Großer Besucherandrang

Haesler: „Schnell war klar, dass wir vor allem Besucher brauchen, um das Projekt mit Leben zu füllen.“ Rasch zeigte sich, dass sich größtenteils Fachfremde für das Museum interessieren – und man das Konzept auf ihre Erwartungen und Bedürfnisse zuschneiden musste. Mit Erfolg: Die Besucherzahlen steigen seitdem Jahr für Jahr.

Was aber sollte mit den vielen Exponaten geschehen, die noch im Verborgenen lagerten? Dass in Colditz alte Behandlungsstühle und selbst Vulkanisierkessel einen Platz fanden, hatte sich nämlich fix herumgesprochen: Über die Jahre gaben dort Techniker, Zahnärzte und Vertreter immer mehr museale Stücke ab. Und im Schloss wurde jedes Jahr eine neue Etage für die neuen Objekte erschlossen. „Diese Menge an Material machte es nicht immer leicht“, stellt Haesler fest. „Schnell wurde man als Messi belächelt und nicht ernst genommen.“



Praxiseinrichtung um 1880, diente bei der Neufilmung der *Buddenbrooks als Requisite*

meter entfernt von Dresden, Leipzig und Chemnitz. Das jetzige 9 000 Quadratmeter große Areal liegt in einer alten Parkanlage, etwa einen Kilometer vom Schloss Colditz entfernt. Der gesamte Komplex – die „Quadrige Dentaria“ – umfasst inzwischen vier Häuser: das Museumsgebäude, die Bibliothek, das Technikum und das Gästehaus.

Heute beherbergt das Museum die weltweit umfangreichste Sammlung rund um den Zahn – bestehend aus insgesamt mehr als 200 kleinen und großen Privatsammlungen und über 100 Bibliotheken. Darunter auch die Firmenarchive von Degussa, Emil Huber, De Tray, Ubert & Co., Ritter und Henry Schein. Kein Land fehlt, jeder Kontinent ist mit Objekten vertreten.

Immenser Fundus

Derzeit arbeiten drei Mitarbeiter mithilfe der Kulturräumförderung die umfangreichen historischen Quellen der Bibliothek auf. Eine Recherche mit übergeordneter Bedeutung: „Die Dokumentation steht zwar erst am Anfang, aber in einzelnen Bereichen konnten wir die Geschichtsschreibung bereits korrigieren und vervollständigen“, erklärt Haesler.

Bisher ergab allein das Sortieren des Katalogbestands, dass dort mehr als 1400 internationale Firmen und zehntausende Einzelpositionen vertreten sind. Allein in den Jahren 2009 und 2010 arbeiteten die Helfer nachweislich mehr als 22 000 Stunden an dem Projekt, betont Haesler. Weit mehr als 20 Haupt- und Teilausstellungen wurden außerdem in ganz Deutschland realisiert. Diverse Stücke lieh das Museum zudem schon an Filmproduktionen aus. Zum Beispiel für die Neufilmung von Thomas Manns *Buddenbrooks*.

Spenden sind nach wie vor willkommen. Gelder werden gerade jetzt dringend gebraucht, um das Dach des Museumsgebäudes neu einzudecken und die Bibliotheksräume aufzubauen. Außerdem muss die Heizung dringend umgerüstet werden. Haesler bekräftigt: „Nur durch das ehrenamtliche Engagement können wir unsere Geschichte lebendig gestalten.“ ck



Anatomische Studien

INFO

Spenden willkommen

Spenden an das Dentalhistorische Museum Zschadraß gehen an die Raiffeisenbank Grimma eG
BLZ: 86065483, Kto: 80008694
Infos: Verein zur Förderung und Pflege des Dentalhistorischen Museum e.V.
Andreas Haesler, Im Park 9b
04680 Zschadraß
www.dentalmuseum.eu

Doch der Spott wich alsbald Respekt. Dafür sorgten auch die zahlreichen „Anschalter“, darunter der erste Bericht in den *zm* im April 2001. Sie stellten laut Haesler maßgeblich die Weichen für die Entwicklung des Projekts. Plötzlich krepelten viele die Ärmel hoch und halfen mit, das Museum zu erhalten und weiter auszubauen. Die intensiven Kontakte aus dieser Zusammenarbeit bestehen Haesler zufolge zum Teil noch heute.

Im Mai 2006 zog das Museum erneut um. Und zwar nach Zschadraß, etwa je 60 Kilo-

Heben Sie diese Seite für einen Fall aus Ihrer Praxis auf

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

An die Arzneimittelkommission der Deutschen Zahnärzte BZÄK/KZBV
Chausseestraße 13, 10115 Berlin

◀ Graue Felder nicht ausfüllen!
▼

	Pat. Init. <input type="text"/>	Geburtsdatum <input type="text"/>	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Schwangerschaftsmonat:	
Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation):					
lebensbedrohlich: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
aufgetreten am: _____ Dauer: _____					
Arzneimittel/Werkstoff:	Dosis, Menge	Applikation	wegen	BfArM-Nr.	
1.					
2.					
3.					
4.					
Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel ① ② ③ ④		dieses früher gegeben ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		vertragen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
				ggf. Reexposition neg. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/>	
Allgemeinerkrankung:					
behandelt mit:					
Anamnestiche Besonderheiten: Nikotin <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Kontrazeptiva <input type="checkbox"/>					
Sonstiges:					
Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gegen:					
Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:					
Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:					
wiederhergestellt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit Defekt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Exitus <input type="checkbox"/>					
(ggf. Befund beifügen) Todesursache:					
Weitere Bemerkungen (z. B. Klinikeinweisung, Behandlung durch Hausarzt/Facharzt, Befundbericht, Allergietestung etc.):					
Bericht erfolgte zusätzlich an: BfArM <input type="checkbox"/> Hersteller <input type="checkbox"/>				sonstige <input type="checkbox"/>	
				Beratunsbrief erbeten <input type="checkbox"/>	
Name des Zahnarztes (evtl. Stempel)		Klinisch tätig? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Datum:	
Unterschrift					

Standortgeschichte der Berliner Universitätszahnkliniken

Aus drei mach eins

Raumnot, Provisorien, Fusionen, Umbauten und Umzüge – die Standortgeschichte der Berliner Universitätszahnkliniken ist so wechselvoll wie bei kaum einer anderen vergleichbaren Institution in Deutschland. Die Teilung und Wiedervereinigung der Stadt hat Spuren hinterlassen, die bis heute nachwirken. Aus den Kliniken Nord, Süd und Mitte entstand nach jahrelangen und zähen politischen Entscheidungsprozessen das heutige Centrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Erstmals wird in diesem Beitrag die komplexe Orts- und Baugeschichte der Kliniken im Überblick zusammengefasst.

Die Berliner Universitäts-Zahnklinik ist nicht nur die älteste in Deutschland, sie hat auch die mit Abstand wechselvollste Geschichte. Dass sich seit 1884 an elf Häusern irgendwann einmal ein Schild „Universitäts-Zahnklinik“ befand, liegt einerseits an vielen provisorischen und gescheiterten Erweiterungs- und Umzugsplänen. Andererseits durchläuft auch die Zahnklinik ab 1948 die Spaltung der Stadt und der Universität. Die zwei Tochterinstitute waren Nutznießer der Schau-fensterfunktion beider Halbstädte, mussten nach der Wiedervereinigung aber den Prozess zweier Fusionen über sich ergehen lassen und dabei auch sachfremde Entscheidungen ertragen.

Diese politisch verursachte Topographie ist ein Alleinstellungsmerkmal des Berliner Instituts. Aber im Gegensatz zur Wissenschaftsgeschichte gibt es hierzu kaum Veröffentlichungen, und die wenigen untersuchen nur einzelne Standorte oder Zeitab-



Zahnklinik Nord,
Föhrrer Straße 15



Zahnklinik Mitte,
Invalidenstraße 87-89



Zahnklinik Süd,
Aßmannshauer Straße 4-6

schnitte. [3, 4, 7, 10, 12, 20] Eine komplette Synopse fehlt bisher. Und damit fehlt dem historisch Interessierten auch eine verlässliche Quelle. Dieser Beitrag will die Lücke mit einer kurzen Orts- und Baugeschichte schließen.

Bewegte Vorgeschichte

Schon die Vorgeschichte zur Gründung ist langwierig und sehr bewegt, wie folgende markante Eckdaten zeigen:

1855: Der Arzt Dr. Eduard Albrecht gründet seine „Öffentliche Klinik für Mundkrankheiten“, in der er auch Studenten ausbildet. [Anm. 1]

1861: Albrecht wird zum Privatdozenten für Zahnheilkunde habilitiert.

1866: Der Besuch dieser Klinik wird für die Berliner Zahnmedizin-Studenten obligat.

1868: Albrecht wird außerordentlicher Professor, sein Institut von der Universität jährlich mit 300 Talern subventioniert.

1869: Die Berliner Zahnmedizin-Studenten werden an der Universität immatrikuliert.

1875: Albrecht erhält ein staatliches Professorengehalt.

1882: Der Kultusminister plant die Errichtung einer Universitäts-Zahnklinik unter Albrechts Direktorat.

1883: Nach Albrechts Tod wird der Charité-Chirurg Prof. Friedrich Busch Leiter des Zahnärztlichen Unterrichts. Er gliedert das Fach in drei Disziplinen: Chirurgie, Prothetik und Zahnerhaltung. Dies unterscheidet das Institut von den sonst üblichen „Ein-Mann-Einrichtungen“ und wird sich bald überall durchsetzen.

1884: Am 9. Oktober wird das Institut offiziell gegründet. Eine Berliner Spezialität, der Dualismus von Charité (seit 1710) und Medizinischer Fakultät der Universität (seit 1810), verwirrt bis heute die Chronisten: Die Zahnklinik gehört von Beginn an zur Universität, nicht zur Charité.

Geschäftsführender Direktor wird Prof. Busch, die anderen Leiter erhalten Titularprofessuren: Carl Sauer für die Prothetik

und der Amerikaner Willoughby Dayton Miller für die Zahnerhaltung. [Anm. 2]

Das erste Institutsgebäude

Das Wintersemester 1884 begann in dem eigens dafür umgebauten Mietshaus in der Dorotheenstraße 40, nur wenige Gehminuten vom Brandenburger Tor entfernt. [Anm. 3] Weil zunächst nur die beiden oberen Etagen frei waren, wurden in Sauer's Wohnung Laboratoriumsplätze für die Prothetik eingerichtet. Mit dem ersten Tag begann also die hässliche Tradition der Berliner Universitäts-Zahnmedizin: die Raumnot. Erst 1888 konnte dieser Außenposten ins Mutterhaus einziehen.

Quelle: Fotosammlung der Berliner Universitäts-Zahnklinik



Das erste eigene Gebäude: Im Haus Dorotheenstraße 40 wurde 1884 das Berliner Zahnärztliche Universitätsinstitut eröffnet.

Dort zeigten sich aber immer mehr bauliche Probleme, und der große Zustrom erzeugte mittlerweile eine drangvolle Enge. Miller stand für seine Forschung nur ein 3,7 Quadratmeter großes Labor zur Verfügung, was ihm noch den Neid seiner Kollegen einbrachte. Aber bis 1904 scheiterten mindestens sechs Umzugs- beziehungsweise Erweiterungspläne am preußischen Finanzminister.

Erst als 1906 ein Kongress wegen Einsturzgefahr baupolizeilich untersagt wurde, reagierte das Ministerium: Um die akute Not zu lindern, zog die konservierende Abteilung in die Universitätskliniken in der Ziegelstraße. Miller hatte da die Universität schon frustriert verlassen. Den neu berufenen

Foto: Increa/Fotolia.com



Professoren Fritz Williger (Chirurgie), Hermann Schröder (Prothetik) und Wilhelm Dieck (Zahnerhaltung) versprach man Ende 1907 endlich einen Neubau.

Neubau in der Invalidenstraße

Die neue Zahnklinik sollte möglichst nahe bei einem großen Krankenhaus errichtet werden, wofür sich die Charité anbot. Deren nördliche Begrenzung bildete die Invalidenstraße, dort entstand zwischen 1910 und 1912 ein sehr komfortabel eingerichtetes Haus. Dessen vier Flügel gruppierten sich um einen Innenhof, wodurch einige Räume von zwei Seiten Tageslicht erhielten. In jeder Abteilung lag ein Hörsaal mit 50 Plätzen, dazu kam der große Saal für 240 Hörer. Die Konservierende Abteilung bei-

spielsweise verfügte über 61 Behandlungsstühle.

Von der Charité blieb die neue Zahnklinik aber getrennt. Statt durch eine Tür musste man einen etwa 800 Meter langen Umweg gehen. Nur während des Ersten Weltkrieges, als die Zahnklinik zum Reservelazarett wurde, gab es das „Professorentürchen“ für den kurzen Weg in die Charité.

Mit der Unterabteilung „Chirurgische Prothese“ begann damals eine andere Berliner Tradition, die Defektprothetik. Sie nutzte im Universitätsklinikum eine Station mit 36 Betten. Zwei Schüler Schröders profilierten sich dort: Franz Ernst und Arnold Ehrlicke, deren Namen heute eher mit Nebensächlichem verknüpft sind: der „Ernstschen Ligatur“ und dem „Ehrlicke-Löffel“.

Schon 1931 wurde es wieder eng. Und traditionell scheiterten alle Erweiterungspläne am Geldmangel. Eine Ausdehnung auf das Charité-Gebiet hätte die Angliederung der Zahnklinik erfordert und unterblieb auch deshalb.

Die politischen Entwicklungen ab 1933 machten keinen Bogen um die Zahnklinik, rigoros entließ man „nichtarische“ Mitarbeiter und Dozenten, unter anderem Konrad Lipschitz, Fritz Münzesheimer, Fritz Trebitsch und Konrad Cohn. 1935 wurden zwei Etagen des östlichen Nachbarhauses mit der

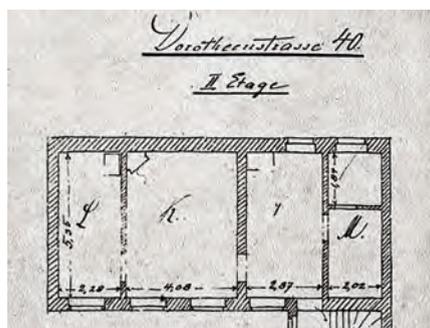


Der großzügige Neubau für das Zahnärztliche Institut in der Invalidenstraße, unmittelbar neben der Charité. Kurz nach Eröffnung 1912 wurde es schon zum Postkartenmotiv.

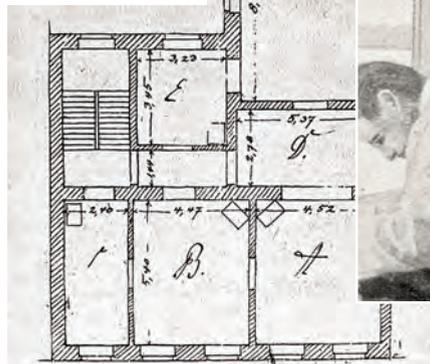
Zahnklinik verbunden. Dort entstand das „Zahnärztliche Materialprüfungsamt“ ZÄM-PA unter Leitung von Friedrich Schoenbeck. [Anm. 4] Die Zahnklinik erlitt im November 1943 erstmals Bombenschäden, wurde jedoch kurzfristig wiederhergestellt. Im April 1945 trafen mehrere Granaten das Haus, nachdem Bombeneinschläge in der Umgebung schon das Dach abgedeckt und sämtlich Fester eingedrückt hatten.

Erster Nutzer nach dem Ende der Kämpfe war eine Kavallerieeinheit der Roten Armee. Schon im Mai begann das Aufräumen. Pläne, den teilzerstörten Westflügel als Baumaterial für den Ostflügel abzureißen, gab man auf, als die Studenten die Enttrümmerung und Instandsetzung massiv unterstützten. Trotzdem musste das erste Nachkriegssemester das Zoologische Institut nutzen. Im März 1946 startete die Ausbildung wieder im Hause, im Frühjahr 1947 galt es offiziell als wiederhergestellt. Nur die teilzerstörte Werksteinfassade des Hauptportals zeugt heute noch von den Kriegsschäden. [Anm. 5]

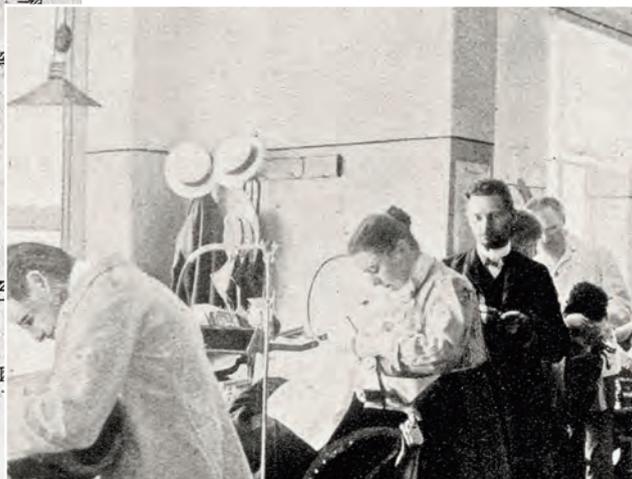
Nun aber lag das Institut plötzlich direkt an der Grenze vom sowjetischen zum britischen Sektor, aus der im Juni 1948 eine Währungs- und schließlich auch eine politische Grenze wurde.



Grundriss des 2. Stockwerks Dorotheenstraße 40. Die Räume A bis H im Vorderhaus und Seitenflügel waren „Plombierzimmer“. Nach Aufgabe der Institutsdiener-Wohnung kamen 1889 auch die Räume des Hinterhauses hinzu. Das kleine frei bleibende Zimmer dort nutzte Miller für sein berühmtes Forschungslabor.



Quelle: Fotosammlung der Berliner Universitäts-Zahnklinik



Plombierzimmer in der Dorotheenstraße

Quelle: Fotosammlung der Berliner Universitäts-Zahnklinik



In Kliniker-Labor der Zahnklinik Invalidenstraße, 1936



Quellen: Fotosammlung der Berliner Universitäts-Zahnklinik

Die 1946 wiedereröffnete Zahnklinik Invalidenstraße. Der durch Artilleriebeschuss während der letzten Kriegstage zerstörte Teil des Dachstuhles und die Direktoratsräume der Konservierenden Abteilung wurden erst später rekonstruiert.

Die Teilung

Wie schon 1919 drängten viele Kriegsheimkehrer an die Universität zurück, sahen sich nun aber einer restriktiven Zulassungspolitik ausgesetzt: Der Alliierte Kontrollrat hatte

bestimmt, dass aktive Mitglieder der NDSAP und ihrer Unterorganisationen keinesfalls für ein Studium zugelassen würden. Die sowjetische Besatzungsbehörde verschärfte dies deutlich. Ihr ging es um die „Brechung des bürgerlichen Bildungsprivilegs“, weshalb Arbeiter- und Bauernkinder so lange zu bevorzugen waren, bis ein gerechter sozialer Ausgleich erreicht sei [6].

So wurden gerade auch Zahnmedizin-Studenten im Herbst 1948 zu den Gründungs-Aktivisten einer alternativen, freien Universität in den Westsektoren, der sich aus politischen und wirtschaftlichen Gründen auch einige Professoren anschlossen. Carl Ulrich Fehr, seit dem Wintersemester 1946 mit Lehrauftrag für Prothetik am Institut beschäftigt, setzte sich an die Spitze der Bemühungen um eine neue Zahnklinik. [Anm. 6]

FU: Sybelstraße und Zahnklinik Süd

Die neue Zahnklinik der Freien Universität (FU) startete unter Fehrs Direktorat in denkbar schlechten Räumen: Sie bekam acht Wohnungen eines Mietshauses in der Sybelstraße zugewiesen, wo nach raschem Umbau schon Anfang Dezember 1948 der Lehrbetrieb startete. Die Studenten arbeiteten meist an Tretbohrmaschinen und Feldbehandlungstühlen, was ebenso wie die „drangvoll fürchterlich“ genannte Enge vom Enthusiasmus der Gründer wettgemacht wurde. 1952 aber drohte die baupolizeiliche Schließung, weil sich die



Im Sommer 1990 werden die Anlagen der Grenzübergangsstelle Invalidenstraße abgerissen, die seit 1964 das Hauptportal der Zahnklinik (im Bild links) blockierten.

Foto: Blankenstein



Foto: Blankenstein

Zahnklinik Invalidenstraße: Hörsaal der Prothetik (1993)

Deckenbalken unter der Last der Technik und der vielen Menschen durchzubiegen begannen.

Jetzt endlich akzeptierte man die Notwendigkeit eines Neubaus und im Oktober begann die Planung. Unklar war zunächst der Standort: Sollte er möglichst nahe der Vorklinik in Dahlem oder der Klinik in Westend liegen? Die Entscheidung für ein fiskalisches Grundstück im Bezirk Wilmersdorf (U- und S-Bahnhof Heidelberger Platz) genau in der Mitte zwischen diesen beiden Standorten wirkt sich bis heute negativ aus: Die Klinik ist jetzt das einzige Centrum der neuen Charité außerhalb eines Campus und erfordert einen gewissen Studententourismus.

Fehr erlebte die Krönung seines Lebenswerkes nicht mehr. Er starb im Dezember 1955. Genau ein Jahr später wurde die „Poliklinik und Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ in der Aßmannshäuser Straße 4–6 eröffnet. Ihr wichtigster Gebäudeteil war in der für diesen Zweck erstmals



Quelle: Sammlung Eichner, Berlin

Drangvolle Enge in der ersten Zahnklinik der Freien Universität in der Charlottenburger Sybelstraße (um 1950)

genutzten sogenannten Shed-Bauart errichtet: Neun quer liegende Sheds (geplant waren zwölf) ergaben einen lang gestreckten Trakt mit außen verlaufenden getrennten Zugängen für Patienten und Personal. Jeder Saal enthielt zehn Behandlungstühle. Damit vermied man die sonst üblichen labyrinthartigen Riesensäle. Erster Klinikdirektor wurde Ewald Harndt. [Anm. 7]

Die Zahl der Studienbewerber stieg bald rasant an; dementsprechend entstanden Pläne für eine Erweiterung und eine zweite Zahnklinik im Norden der Stadt. Wie gewohnt, verzögerte sich die Angelegenheit, sodass nach massiven Studentenprotesten zum Wintersemester 1971/72 nördlich der überfüllten Zahnklinik zunächst eine Behelfsbaracke mit 20 Behandlungstühlen

errichtet wurde. Erst 1977 begann der Bau von „Haus II“, das seit 1980 Vorklinik, Mensa, Bibliothek, Verwaltung und Forschung beherbergt. Jetzt erhielt die Klinik ihr heute noch bekanntes Namenskürzel Zahnklinik Süd, denn inzwischen lag im Wedding der Grundstein für die neue Zahnklinik Nord.

FU: Zahnklinik Nord

Man wollte nicht alte Fehler wiederholen und wählte diesmal ein Grundstück möglichst nahe an einer Klinik, dem städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhaus (RVK) in der Föhrer Straße im Wedding, wo es endlich auch genügend Patienten für die klinischen Praktika gab. Mit der Nähe zu U- und S-Bahn war auch eine günstige Verkehrsanbindung gegeben.

Für das ursprünglich geplante kompakte Gebäude hätten jedoch einige Bäume, darunter auch eine 100 Jahre alte Kastanie gefällt werden müssen, was der Bausenator verweigerte [20]. Um die Kastanie zu bewahren, nutzte man die in der Aßmannshäuser Straße schon bewährte Shedbauweise, passte die Maße und die Raumverteilung aber den modernen Bedingungen an. Die insgesamt neun Sheds im zweigeschossigen Längstrakt waren für zehn bis zwölf Arbeitsplätze mit liegender Behandlung ausgeführt. Wie auch im „Süden“ wurden



Der 1956 eröffnete Neubau der FU-Zahnklinik in der Aßmannshäuser Straße 4-6.

Quelle: Sammlung Eichner, Berlin

darunter zwei große Studentenlabore eingerichtet. Der dreigeschossige Haupttrakt nahm im Erdgeschoss Verwaltung, Cafeteria und Hörsäle auf, der erste Stock gehörte der Chirurgie/Röntgenologie, im zweiten Stock befanden sich Forschungslabore und die Räume der fünf Abteilungsleiter. Die Zahnklinik Nord erhielt eine moderne Struktur mit jeweils C4-Professuren für Oralchirurgie, Zahnerhaltung, Prothetik, Kieferorthopädie und Parodontologie. [Anm. 8] Die separate MKG-Chirurgie befand sich gegenüber in der Kopfklinik des Virchow-Krankenhauses.

Auch dieses Projekt benötigte vom Planungsbeginn bis zur Eröffnung am 6. April 1983 elf Jahre, weshalb man ab 1981 in der einstigen Kinderklinik Groninger Straße ein Provisorium mit 20 Behandlungsplätzen einrichtete. Das Konzept der beiden FU-Zahnkliniken sah die gemeinsame Vorklinik im Süden vor, nach dem Physikum ging die Hälfte der Studenten an den Standort Nord. Beide Häuser bildeten – einmalig in Deutschland – eine eigene Fakultät.

Die 1983 eröffnete Zahnklinik Nord an der Föhler Straße im Wedding. Im Hintergrund das gerade zum Universitätsklinikum erweiterte Virchow-Klinikum.



Quelle: Fotosammlung der Berliner Universitäts-Zahnklinik

HU: Zahnklinik Mitte

In Ost-Berlin fügte 1951 ein Verwaltungsakt nun endlich zusammen, was längst schon zusammenwuchs: Die Kliniken der Humboldt-Universität (HU) und die Zahnklinik Invalidenstraße wurden mit der Charité vereint. Allerdings gab es weiterhin keinen direkten Zugang von der Zahnklinik zur Charité. [5] [Anm. 9]



Eine Berliner Spezialität: Die Behandlungssäle der neuen FU-Zahnklinik waren in Shedbauweise errichtet worden.

Das änderte sich erst nach dem Mauerbau am 13. August 1961: Plötzlich lag die Zahnklinik an einer Sackgasse. Und weil die an der 150 Meter entfernten Sandkrugbrücke eingerichtete Grenzübergangsstelle immer mehr expandierte, geriet 1964 auch das Portal zur Invalidenstraße in das Sperrgebiet. Über Nacht wurden deshalb zwei Fenster der Südfront zu Türen erweitert und damit der noch heute benutzte Haupteingang direkt vom Charité-Gelände geschaffen. [Anm. 10] Die Klinik trug nun die Bezeichnung „Fachbereich (später Fachrichtung) Stomatologie“, 1984 wurde sie zu einer Sektion aufgewertet.

1963 führten die auch in der DDR stark gestiegenen Studentenzahlen zu einigen Erweiterungsplänen, von denen keiner umgesetzt wurde: 1973 kam erstmals das südlich der Zahnklinik liegende Haus der einstigen chirurgische Nebenstation („Nebenchirurgie“) als Erweiterung ins Gespräch; hier war während der Errichtung des Bettenhochhauses die Kieferklinik interimistisch untergebracht.

Ein kompletter Zahnklinik-Neubau außerhalb des direkten Grenzgebietes kam nie über das Ideen-Stadium hinaus. Ab 1978 plante eine Arbeitsgruppe unter Roland Kluge den Umzug in den Gebäudekomplex der einstigen Universitäts-Frauenklinik zwischen Tucholsky- und Monbijoustraße, wo die mit Abstand großzügigste Lösung für eine Berliner Zahnklinik in ihrer gesamten Geschichte entstanden wäre. Der fertige Plan wurde 1984 jedoch zugunsten der alten Erweiterungsidee in der Nebenchirurgie wieder



„Gartenseite“
der Zahnklinik Süd
im Wintersemester
1959/60

Quelle: Sammlung Vrohl, Berlin

aufgegeben. Lediglich die neu geschaffene Forschungsabteilung residierte nun in der Tucholskystraße. Jetzt sollten Verwaltung, Bibliothek, Vorklinik, Kinderzahnmedizin und Kieferorthopädie in die Neben Chirurgie verlagert werden, damit sich die anderen Abteilungen (inklusive der gerade verselbstständigten Periodontologie) im Stammhaus ausbreiten konnten. Eine Brücke sollte beide Gebäude miteinander verbinden. 1988 begannen die Arbeiten, wurden jedoch nur schleppend vorangetrieben und im Frühjahr 1991 ganz eingestellt. Denn nach der deutschen Wiedervereinigung hatte Berlin nun drei Zahnkliniken. Und ein riesiges Haushaltsloch.

Fusion Mitte-Nord und Schließung Mitte

Für die Charité begann nun eine befreiende, manchmal auch schmerzhaft Erneuerung. Struktur- und Berufungskommissionen krepelten Klinikum und Fakultät um, alle wissenschaftlichen Mitarbeiter mussten sich auf ihre Stellen neu bewerben, die Professoren wurden deutschlandweit ausgeschrieben.

Mitten hinein in diesen Prozess platzte am 24. Juni 1992 die Meldung, der Berliner Senat wolle die Zahnklinik Invalidenstraße, die im allgemeinen Sprachgebrauch jetzt „Zahnklinik Mitte“ hieß, ad hoc schließen. [2] Dazu kam es nach lautem Protest zwar nicht, aber die politische Forderung nach Studienplatzabbau blieb akut. Während im Hintergrund schon am Gesetz für eine Fusion gearbeitet wurde, berief der Senat noch drei der fünf Zahnmedizinischen Ordina-

rien. [Anm. 11] Mit Wirkung zum 1. April 1994 aber wurde die Gesamtberliner Ausbildungskapazität von 270 auf 160 jährliche Immatrikulationen gesenkt. Die zahnmedizinische Fakultät der FU wurde aufgelöst und die Zahnklinik Süd dem Steglitzer Uni-

versitätsklinikum zugeordnet. Dagegen ging die Zahnklinik Nord als klinische Ausbildungsstätte zur Charité über und fusionierte mit der Zahnklinik Mitte, wo nur die Vorklinik verblieb.

Es erwies sich als segensreich, dass zur Leitung dieses Prozesses ein auswärtiger Fachmann berufen wurde: Der Schweizer Parodontologe Prof. Rateitschak [Anm. 12]. Nach dessen Mandatsende wurde Klaus-Peter Lange Direktor des neuen „Zentrums für Zahnmedizin“.

Nun aber kam es zu einer sehr unterschiedlichen Entwicklung an FU und HU: An der HU wurde die ohnehin noch junge Zahnklinik technisch und wissenschaftlich weiter modernisiert, zum Beispiel verselbstständigte sich die Kinderzahnmedizin (leider wurde die Berufsliste nie umgesetzt) und warb

INFO

Halle – Leipzig – Berlin: Streit um die Erstgründung

Seit Jahrzehnten schwelt zwischen Berlin, Halle und Leipzig der Streit, wo das erste Zahnärztliche Universitätsinstitut Deutschlands gegründet wurde: Halle bezieht sich auf das Jahr 1883 [18], Leipzig bestreitet dies und verweist seinerseits auf den 16. Oktober 1884 [14], womit man auch den Berlinern um wenige Tage voraus wäre. Der Anfang in Berlin ist nicht einfach zu datieren. Bereits 1829 gab es an der Universität das „Studium der Beflissenen der Zahnheilkunde“, das aber nicht zur Approbation führte. Die „Beflissenen“ waren mangels Hochschulreife auch nicht immatrikuliert. Mitunter wird 1855, das Gründungsjahr von Albrechts Privatklinik [11, 19] genannt. Auch die Professur für Albrecht 1868, die staatliche Subventionierung ab 1873 oder die Berufung eines Charité-Professors in Nachfolge Albrechts 1883 hätte man jeweils zum Gründungsjahr erheben können. Aber für ein vollwertiges Universitätsinstitut bedarf es der Erfüllung einiger Kriterien [21]:

- Alle Studenten sind an einer Fakultät immatrikuliert.

- Die Leiter gehören zur medizinischen Fakultät und werden staatlich besoldet.
- Die Institutsräume gehören der Universität.
- Der Etat wird von der Universität komplett getragen.

Diese Kriterien waren in Berlin erst mit der am 9. Oktober 1884 verkündeten Institutsinauguration gegeben, der Jahresetat lag bei 33 000 RM. Dort hielt man sich in der Folgezeit immer an diese Unterscheidung zwischen Privat- und Staatsinstitut und beging im Oktober 2009 folgerichtig „erst“ das 125. Jubiläum. [1, 15]. Die Hallenser begannen mit einem Jahresetat von 150 Reichsmark [17]. Die Einrichtung des Leipziger Instituts wurde erst durch ein privates Legat ermöglicht. Beide Kliniken waren also zunächst Privat Institute, die sich in erster Linie selbst finanzieren mussten. Ein Status, den die Albrechtsche Klinik in Berlin schon 1868 hatte. Dieser Sichtweise schlossen sich zuletzt auch die Leipziger in ihrer 2009 erschienen Festschrift an [9]. Damit bleibt die Ehre der Erstgründung in Berlin, was freilich die Leistungen der beiden mittel-deutschen Kliniken nicht schmälert. fb

die Parodontologie das erste zahnmedizinische Graduiertenkolleg Deutschlands ein. 2001 begann die Überlegung, dem Spagat zwischen den zwei Standorten durch den freiwilligen Umzug auch der Vorklinik in den Norden ein Ende zu setzen. Die sehr großzügige Gestaltung des Gebäudes in der Föhrer Straße erlaubte dies relativ unkompliziert.

An der Zahnklinik Süd hätte es ähnlich laufen können, denn parallel zu einer Grundsanierung hatte man hier gerade die 1954 erzwungene Verkürzung des Behandlungstraktes „geheilt“: Hinter dem letzten Shed wurde ein Anbau für die chirurgische Poliklinik errichtet. Mit diesem im März 1992 fertig gestellten Bauteil erhielt der Komplex sein heutiges Gesicht.

Das 1994 in Kraft getretene „Neuordnungsgesetz Zahnmedizin“ brachte dem Süden jedoch eine gegensätzliche Entwicklung: Nach der mühseligen administrativen Ein-



Quelle: Fotosammlung der Berliner Universitäts-Zahnklinik

Die neun Sheds der Zahnklinik Nord konnten bis zu zwölf Behandlungseinheiten aufnehmen. Eine sehr angenehme Besonderheit war die komplette Schalldämmung des Hauses.

gliederung in das Klinikum Steglitz kam 1996 wie aus heiterem Himmel die Entscheidung, diese Zahnklinik zu schließen. Nur ein Formfehler rettete das Haus, dessen Etat nun aus dem Steglitzer Klinikum kam,

das sich selbst einem immer schärferen Kürzungsdruck ausgesetzt sah. Also wurde weiter Personal abgebaut, fielen die vakanten Professuren von Oralchirurgie und Werkstoffkunde weg, wurde die Eckprofessur

Zahnerhaltungskunde auf C3 herabgestuft. An die überfällige Verselbstständigung von Parodontologie und Kinderzahnmedizin war nicht mehr zu denken. Um Kosten zu senken, vermietete die Zahnklinik zirka acht Prozent ihrer Fläche unter anderem an das Fortbildungsinstitut der Zahnärztekammer, welches nun zwar gut an die Universität angebunden ist, aber auch wertvolle Räume blockiert.

Fusion Nord-Süd und Schließung Nord

Das berüchtigte Berliner Haushaltsloch aber wuchs und bald geriet die Universitätsmedizin wieder in den Fokus. Im Januar 2002 wollte die Landesregierung durch die Umwandlung des Klinikums Steglitz in ein regionales Versorgungskrankenhaus jährlich 90 Millionen Euro einsparen, was auch die Aufgabe der Zahnklinik Süd bedeutet hätte. Den Protesten setzte der Senat wiederum eine „Expertenkommission“ entgegen, wel-



Quelle: Sammlung Vohli, Berlin

che diese Summe durch eine erneute Fusion zu erzielen können glaubte. Also wurde das „Steglikum“ 2003 zum „Campus Benjamin Franklin“ der Charité. Um die Freie Universität nicht ihrer Medizin zu berauben, schuf man eine gemeinsame Gliedkörperschaft von FU und HU, die „Charité – Universitätsmedizin Berlin“. En passant wurde erneut die Zahl der Zahnmedizin-Studienanfänger auf jetzt 80 halbiert. Offen blieb, wo diese Studenten auszubilden seien.

Die frisch fusionierte Fakultät entschied dieses Problem politisch statt sachlich: Zwar



Quelle: Fotosammlung der Berliner Universitäts-Zahnklinik

Die berühmte einhundertjährige Kastanie auf der „Gartenseite“ der Zahnklinik Nord. Das Gebäude musste um sie herum in V-Form gebaut werden.

schnitt die Zahnklinik Nord bei den fünf geprüften Kennzahlen (wirtschaftlicher Ertrag, wissenschaftlicher Output, Ausrüstungsgrad und baulicher Zustand sowie Lage auf einem Campus) jeweils besser ab. In der Fakultät aber gab es die Furcht, die

Zahnklinik nun ihren Endpunkt. Die wünschenswerte Verlagerung auf einen Campus bleibt angesichts der Finanzlage eine Utopie. Immerhin gönnte man dem Haus in der Aßmannshäuser Straße einige dringend nötige Modernisierungen, eine auskömmliche Personalausstattung und die weitere Hoffnung auf die Besetzung des kommissarisch verwalteten Parodontologie-Lehrstuhles.

Und wenn all die Energie, die während der letzten 18 Jahre durch die Arbeit in längst untergegangenen Gremien, durch aufgeblähte Bürokratie, durch Umzüge und Umbauten endlich wieder in Forschung und Lehre fließen kann, wird man sich 2014, im 130. Jahr dieser längsten und kompliziertesten Zahnklinik-Geschichte Deutschlands, auch wieder eine pompöse Feier gönnen. – Falls dem Berliner Senat bis dahin nicht die nächste Halbierung der Mittel einfällt.

Schließung der Zahnklinik Süd könne der Anfang vom Ende des Steglitzer Campus sein. Also votierte der Fakultätsrat im Juni 2004 mit knapper Mehrheit für den Standort Süd, der nun einziger Außenstandort der Charité ist. Das Gebäude der Zahnklinik Nord wurde im September 2008, 25 Jahre nach seiner Eröffnung, geräumt und einem Forschungsinstitut zugewiesen.

Vereint an einem Ort

124 Jahre nach ihrer Gründung fand die bewegte Topographie der Universitäts-

Die nach zwei Fusionen erhaltene Berliner Universitätszahnklinik im heutigen Ausbauzustand, vorn links im Bild der Anbau für die Chirurgie, rechts das Haus II für Vorklinik, Bibliothek, Chefetage und Mensa.

Dr. Felix H. Blankenstein
Charité Centrum für
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde –
Abteilung für Zahnärztliche Prothetik,
Alterszahnmedizin und Funktionslehre
Aßmannshäuser Str. 4-6, 14197 Berlin

zm Leser service

Die Literaturliste sowie eine Liste mit ausführlichen Anmerkungen kann im Bereich Download auf www.zm-online.de abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.

Gran Canaria

32. Sportweltspiele der Medizin

Die Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit werden in diesem Jahr vom 2. bis zum 9. Juli in Las Palmas de Gran Canaria, Hauptstadt der Kanareninsel Gran Canaria, ausgetragen. 25 Disziplinen werden angeboten, das sind Badminton, Basketball, Beachvolleyball, Fechten, Fußball mit elf Spielern (auch Senioren), Fußball mit sechs Spielern, Geländelauf, Gewehrschießen, Gewichtheben, Golf, Halbmarathon, Judo, Leichtathletik, Mountainbike, Pistolschießen, Radfahren, Schach, Schwimmen, Segeln, Squash, Tennis, Tischtennis, Tontaubenschießen, Triathlon, Volleyball. sf

Anmeldung:
mpr marketing
Bockenheimer Landstr. 17/19
60325 Frankfurt am Main
Tel.: 069/71034342
Fax: 069/71034344
info@sportweltspiele.de

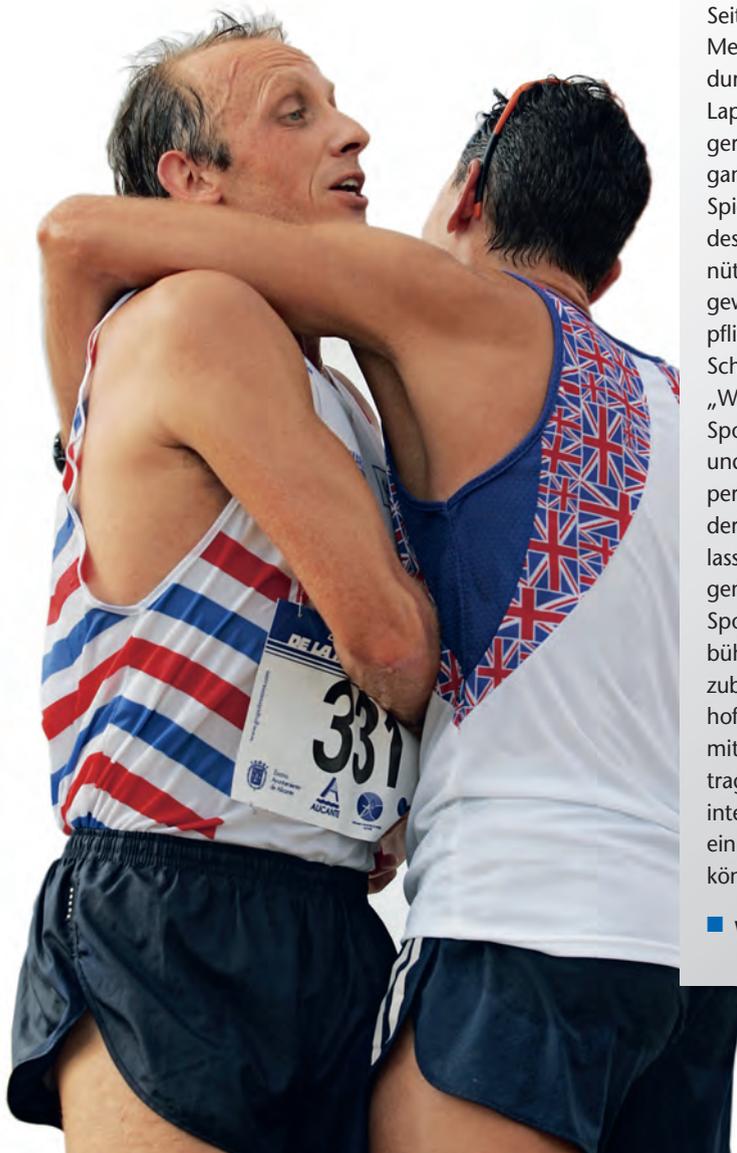
■ www.sportweltspiele.de/

Recklinghausen

Meisterschaften im Ärzte-Tennis

Die 38. Deutschen Tennismeisterschaften der Ärzte und Apotheker finden in diesem Jahr vom 5. bis zum 7. August 2011 wieder im Stadtgarten auf der Anlage der Recklinghauser Tennisgesellschaft e.V. statt. Das Nenngeld beträgt 65 Euro. Teilnahmeberechtigt sind Zahnärzte, Ärzte, Tierärzte und Apotheker. Es gilt die Turnierordnung des DTB. sf

Anmeldung:
Winfried Hoff
Dorstener Str. 40
45657 Recklinghausen
Tel.: 02361/27077
Fax: 02361/5823893
ra-notar-w.hoff@t-online.de



INFO

Geist der Spiele

Seit die Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit 1978 durch die Journalistin Liliane Laplaine-Monthéard ins Leben gerufen wurden, stehen sie ganz im Geist der Olympischen Spiele: Sie sind der Schönheit des Sports und der Uneigennützigkeit der Anstrengung gewidmet. Jeder Sportler verpflichtet sich, folgenden Schwur zu respektieren:

„Wir geloben, während der Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit bei unserem persönlichen Einsatz den Geist der Freundschaft walten zu lassen und unseren Gegnern, gemäß den Grundsätzen der Sport- und Berufsethik, gebührende Achtung entgegenzubringen. Darüber hinaus hoffen wir, unsere Wettkämpfe mit so viel Fair Play auszutragen, dass sich die großen internationalen Begegnungen ein Beispiel daran nehmen können.“

■ www.medigames.com

Foto: Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit

Dillingen/Saar

Fechtmeisterschaft der Medizinberufe

Die 15. Offene Europäische Fechtmeisterschaft der Medizinberufe a.W. wird in diesem Jahr am 11. Juni in Dillingen/Saar in der Sporthalle West am Eisstadion ausgetragen. Veranstalter sind der Deutscher Fechter-Bund (DFB) sowie der Fechter-Bund

Saar. Ausrichter dieses Sportevents ist der Verein FSG Dillingen 1982 e.V.

Startberechtigt sind alle Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, sonstige Angehörige der Medizinberufe sowie Studierende und Azubis der entsprechenden Fächer mit gültigem Sportpass. Das Startgeld beträgt 20 Euro je Waffe per Verrechnungsscheck

mit Meldung und 30 Euro für Doppelstarter. Studenten und Azubis zahlen die Hälfte. Meldeschluss ist am Dienstag, dem 07. Juni 2011. sf

Anmeldung:
Dr. Hans-Wilhelm Deutscher
Illtalstr. 58
66571 Eppelborn-Bubach
Tel.: 06881/7026
Dr.Deutscher@t-online.de

■ www.fsg-dillingen.de

Niedernberg (Bayern)

27. Ärzte-Triathlonmeisterschaft

Die 27. Deutsche Triathlonmeisterschaft der Ärzte und Apotheker wird am 24. Juli 2011 erneut in Niedernberg bei Aschaffenburg ausgetragen. Veranstalter ist der Triathlonverein Deutscher Ärzte und Apotheker e.V. (TVDÄ). Start ist um 9:10 Uhr. Die Distanzen lauten: 1,5 km Schwimmen, 54 km Radfahren, 10,6 km Laufen. Startberechtigt in der Meisterschaftsklasse (TM/TW) sind alle approbierten Ärzte, Tierärzte, Zahnärzte und Apotheker. Das Startgeld beträgt 85 Euro, für TVDÄ-Mitglieder 75 Euro sowie für Studenten 60 Euro. Das Startgeld beinhaltet Wettkampf und Symposium (23.07.2011), Ehrenpreise, Urkunde, Streckenverpflegung, Versicherung, Ergebnislisten und Organisationskosten. Anmeldeschluss ist der 26.06.2011, Nachmeldungen können nicht akzeptiert werden. Das Anmeldeformular finden Sie auf der Seite des TVDÄ unter Formulare/Berichte. sf

■ www.tvdae.de



Raesfeld (Nordrhein-Westfalen)

Radspportmeisterschaften der Ärzte

Saisonhöhepunkt für alle rad-sportinteressierten Zahnärzte sind die am 2. und 3. Juli 2011 stattfindenden Deutschen Meisterschaften der Medizinberufe im Einzelzeitfahren und im Straßenrennen. Am 2. Juli 2011 kann jeder Meisterschaftsteilnehmer auf der Traditionsstrecke des RRC Duisburg in Raesfeld/NRW die Faszination des Zeitfahrens wie auch einen erlebnisreichen Meisterschaftstag im Kreise vieler Kollegen erleben. Die Strecke bietet allen Rad-sportlern die Chance, unter optimalen Bedingungen ihre persönlichen Bestleistungen zu steigern.

Die Deutschen Meisterschaften im Straßenrennen finden am darauffolgenden Tag, dem 3. Juli 2011, in Recklinghausen/NRW im Rahmen des Wallringfestes auf einem 1800-m-Rundkurs statt. Viele Tausend Zuschauer garantieren eine beeindruckende Kulisse und werden die Teilnehmer zusätzlich motivieren. Die Organisation beider Veranstaltungen an einem Wochenende in unmittelbarer Nähe ermöglicht den Athleten die Teilnahme an beiden Wettkämpfen. sf

Anmeldung online:

■ www.zeitfahr-cup.de

■ www.wallringfest.de

Benefiz-Golf in Olching bei München

Zahnärzte golfen für den guten Zweck

Mit ihrem Benefiz-Golfturnier setzt die BLZK seit 1993 ein Zeichen für soziale Verantwortung. Der Erlös geht auch 2011 an die Rudolf Pichlmayr-Stiftung. Die Stiftung setzt sich für Kinder und Jugendliche vor und nach einer Organtransplantation ein. Mit dem GC Olching wurde ein renommierter Austragungsort gefunden. Der 18-Loch-Meisterschaftsgolfplatz gehört zu den Leading Golf Courses Germany und besticht durch seinen Parklandschaftscharakter.

Strategisch platzierte Hindernisse verlangen ein durchdachtes taktisches Spiel.

Am 27. Juli erwartet die Golfer in diesem Jahr neben dem Turnier auch ein kulinarisches Highlight: In der „Dining Range“ kocht der bekannte TV- und Sternekoch Stefan Marquard. Weitere Highlights sind die Siegerehrung und eine Tombola mit attraktiven Preisen. Von der Teilnehmergebühr (125 Euro beziehungsweise 90 Euro für Mitglieder des GC Olching) wird nach Abzug



der Aufwendungen für Greenfee und Abendprogramm die Spende für die Stiftung abgeführt. Die Veranstaltung finanziert sich aus Sponsorengeldern und der Spende von Sachpreisen, die im Rahmen der Tombola

sowie einer Versteigerung verlost werden. Im letzten Jahr konnte so ein Reinerlös von knapp 8000 Euro eingespielt werden. sf/pm

■ www.blzk.de/golf

■ www.ederhof.eu

Identifizierung

Unbekannter männlicher Toter

Am 19.12.2010 wurde in Neuss-Uedesheim ein unbekannter männlicher Leichnam aus dem Rhein geborgen. Die Person konnte bis heute nicht identifiziert werden. Nach der Obduktion ist von einer Liegezeit im Rhein von mehreren Tagen bis wenigen Wochen auszugehen. Es kann nicht gesagt werden, wo und unter welchen Umständen die Person in den Rhein gelangte.



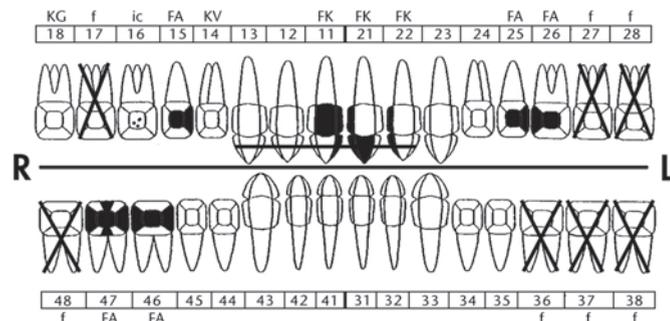
Beschreibung

Der Mann hatte eine kräftige Körperstatur, war 1,72 Meter groß und wog 85 Kilogramm. Das Alter wird grob auf 40 bis 50 Jahre geschätzt. Er könnte südeuropäischer oder arabischer Herkunft sein.

Hinweise zur Identifizierung bitte an:

Harald Kummerow, Kriminalhauptkommissar
LR Rhein-Kreis Neuss als KPB
Dir K / KG 2 / KK 11
Jülicher Landstr. 178
41464 Neuss
Tel.: 02131/300-25117 oder -25201
Fax: 02131/300-25209
Harald.Kummerow@polizei.nrw.de

Zahnstatus



f – fehlt, FA – Amalgam-Füllung, KG – Goldkrone, ic – Initialkaries, KV – Krone mit Verblendung, FK – Kunststoff-Füllung

Besonderheiten:

- mit Säure-Ätz-Technik befestigter Draht auf den Palatinalflächen der Zähne 13, 12, 11, 21, 22
- Engstand in der Unterkieferfront
- starke Schliiffacetten an den Zähnen 45, 44, 43
- Platzmangel für Zahn 12



Stiftung Hilfswerk
Deutscher Zahnärzte

www.hilfswerk-z.de

Ihr Beitrag für
mehr Menschlichkeit!

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.

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



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/Picture Desk:

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

Verantwortlich im Sinne des Presserechtes:

Egbert Maibach-Nagel

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

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

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

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



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

Verlag:

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

Geschäftsführung der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH:

Jürgen Führer, Norbert Froitzheim

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 Ärztebank, 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 4. Quartal 2010:

Druckauflage: 84 933 Ex.

Verbreitete Auflage: 83 651 Ex.

101. Jahrgang

ISSN 0341-8995

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 157

Astra Tech

Anatomisch geformtes Implantat

Das OsseoSpeed TX Profile ist anatomisch geformt für den schräg atrophierten Kieferkamm und ermöglicht, den Knochen rund um das Implantat zu erhalten. Astra Tech hat das neue Zahnimplantat

jetzt auf der IDS vorgestellt.

Das patentierte OsseoSpeed TX Profile, ein Implantat mit abgeschrägter Implantatschulter, macht Schluss mit dem häufigen Kompromiss zwischen dem Erhalt des marginalen Knochenniveaus auf der einen Seite und dem Erreichen einer ansprechen-

den Ästhetik in Situationen mit schräg atrophiertem Kieferkamm auf der anderen Seite.

Bei Einsatz des neuen Implantats kann der marginale Knochen 360 Grad um das Implantat erhalten werden. „Mit dem abgeschrägten Design passt sich das Implantat an die Anatomie des Kieferkammes an. Das eignet sich besonders gut für die Insertion in der ästhetischen Zone“, erklärt Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner, Direktor der Klinik für MKG-Chirurgie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz.

Astra Tech GmbH
An der kleinen Seite 8, 65604 Elz
Tel.: 06431 9869-0
Fax: 06431 9869321
www.astratechdental.de
E-Mail: Katja.Geis@astratech.com

CompuGroup Medical

Toller Erfolg für CGM Dentalsysteme

Die CGM Dentalsysteme, ein Tochterunternehmen der CompuGroup Medical AG, überraschte mit einem visuell völlig neuartigen Messekonzept auf der IDS. Am CGM Airport mit dem Motto „Wir bringen Sie sicher zu Ihren Zielen“ konnten sich Interessenten während eines Probeflugs, in einer dafür eigens geschaffenen Flugkabine, von der Leistungsfähigkeit der neuen Lösungen für die zahnärztliche Praxis überzeugen.

Wer der gewohnten Hektik der Messe entfliehen wollte, fand

auf dem „CGM Airport“ nicht nur maßgeschneiderte Software-Lösungen, sondern auch Raum für entspannten Erfahrungsaustausch. Zahlreiche Gespräche drehten sich um Neuheiten wie die Online-Terminbuchung, die Mobile Praxis und die erste Cloud Computing-Lösung.

CompuGroup Medical
Dentalsysteme GmbH
Maria Trost 25
56070 Koblenz
Tel.: 0261 8000-1900
Fax: 0261 8000-1922
www.cgm-dentalsysteme.de

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

Ivoclar Vivadent

Richtig reinigen nach der Einprobe



Ivoclean von Ivoclar Vivadent reinigt wirkungsvoll die Klebeflächen prothetischer Restaurationen nach der Einprobe. Die Paste ist universell einsetzbar und einfach in der Anwendung.

Die Kontamination von Restaurationsoberflächen mit Speichel lässt sich bei der Einprobe nicht verhindern. Sie stellt bei der anschließenden, definitiven adhäsiven Befestigung der indirekten Restauration ein Problem dar. Die Lösung heisst Ivoclean: eine ef-

fektive und universelle Paste zur Reinigung der Klebeflächen prothetischer Restaurationen nach der Einprobe. Die Paste schafft die Grundlage für eine optimale adhäsive Befestigung.

Das Präparat eignet sich für alle Restaurationsmaterialien: Dazu zählen Glas-, Zirkoniumoxid- und Aluminiumoxidkeramik, edelmetallhaltige und edelmetallfreie Legierungen sowie indirekte Komposit-Versorgungen. Ivoclean ist ab Mai 2011 erhältlich.

Ivoclar Vivadent GmbH
Postfach 11 52
73471 Ellwangen, Jagst
Tel.: 07961 889-0
www.ivoclarvivadent.de
E-Mail: info@ivoclarvivadent.de

Philips

Weltneuheit: Sonicare Airfloss

Sonicare AirFloss ist ein einfach anzuwendendes, effektives und effizientes Produkt für die häusliche Reinigung der Zahnzwischenräume. Es wurde mit großem Erfolg auf der IDS vorgestellt.

Sonicare AirFloss arbeitet mit einem Hochdruck-Sprühstrahlgemisch aus Luft und winzigen Wassertropfen. Diese Microburst-Technologie bietet eine völlig neue Art des Plaquebiofilm-Managements im approximalen Bereich. Mit AirFloss wird nun ein innovatives, ergonomisch gestaltetes Gerät im Markt eingeführt, das es dem Anwender ermöglicht, zuhause die Zahnzwischenräume einfach und effektiv – in weniger als einer Minute – zu reinigen.¹

Der Startknopf von Sonicare AirFloss ist so einfach wie ein Mausklick und die Düse gleitet am Zahnfleischrand entlang, bis die



Spitze im Zahnzwischenraum positioniert ist.

¹ A Randomized, Parallel Design Study to Evaluate the Effect of Airfloss (Chinook) on Removal of Interproximal Plaque and Reduction in Gingivitis. Jain V, Wei J, Jenkins W, DeLaurenti M.

Philips GmbH
Lübeckertordamm 5
20099 Hamburg
Tel.: 040 2899-1509
Fax: 040 2899-71509
www.philips.de/sonicare

Hu-Friedy

Fein und stabil

Hu-Friedy hat seine patentierten Ultraschalleinsätze der Swivel-Reihe um eine neue Kategorie erweitert. Mit Swivel XTTM bietet das Unternehmen nun einen ultradünnen Einsatz, der gleichermaßen Effizienz und Komfort im Scaling entscheidend erhöht. Swivel XTTM ergänzt die Produktreihe um eine Spitze, die um bis zu 50 Prozent feiner ist als die der übrigen Swivel-Einsätze. Sie ist damit dünn genug für das Reinigen schwer erreichbarer Stellen, gleichzeitig stabil genug, um die mittleren bis harten Ablagerungen sicher zu entfernen.



In ersten Anwendungen konnte die Hu-Friedy-Neuheit Klinikärzte bereits überzeugen. In einer Studie stuften rund drei Viertel aller Befragten die Einsätze als gutes bis exzellentes Instrument für die Entfernung starker Ablagerungen ein.

*Hu-Friedy Mfg. BV
Customer Care Department
Tel.: 0800 483743-39
Fax: 0800 483743-40
www.hufriedy.eu
E-Mail: info@hu-friedy.eu*

American Dental Systems

Optische Höchstleistung auf einen Blick

Mit dem neuen Dentalmikroskop von American Dental Systems können optische Höchstleistungen erzielt werden. Das Top-Produkt in der Kompaktklasse zeichnet sich durch ein einmaliges Preis-Leistungsverhältnis aus. Es ist als Boden-, Wand- und Deckenmontage oder als Bodenstativlösung erhältlich. Im Mikroskop ist ein fünfstufiger manueller Vergrößerungswechsler mit manueller Feinfokussierung integriert. Durch die Kombination des Standardfokus von 250 mm und dem Weitwinkelokular mit der Vergrößerung x 12,5 bietet das optische System eine bis zu 24-fache Vergrößerung. Für ein völlig homogenes Lichtfeld sorgt eine integrierte Lichtquelle. Wahlwei-



se steht eine 150W-Halogen-, 50W-Metall-Halide und eine LED-Lichtquelle zur Verfügung.

*American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Straße 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 08106 300-300
Fax: 08106 300-310
www.ADSystems.de
E-Mail: info@ADSystems.de*

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

Nobel Biocare

Nächste Implantat-Generation

Auf der 34. IDS präsentierte Nobel Biocare eine Reihe von Produkten, Technologien und Service-Innovationen. NobelReplace ist nun auch in zwei neuen Ausführungen erhältlich. Die erste Ausführung verfügt über die moderne konische Innenverbindung der dritten Generation (NobelReplace CC 1), während die zweite über das Plattform Shifting verfügt, das auf der bekannten Drei-Kanal-Innenverbindung basiert (NobelReplace PS 2). Der wesentliche Vorteil dieses Implantatsystems, nämlich eine bemerkenswert hohe Primärstabilität, wird durch das wurzel-



förmige Design gewährleistet. Im standardisierten, schrittweise angelegten Bohrprotokoll mit einfach aufgebautem Chirurgie-Kit und in der bekannten Farbkodierung von chirurgischen und prothetischen Komponenten, was dazu beiträgt, die für das Einsetzen benötigte Zeit durch eine schnelle und sichere Identifikation zu reduzieren.

*Nobel Biocare Deutschland GmbH
Stolberger Str. 200, 50933 Köln
Tel.: 0221 50085-151, Fax: -352
www.nobelbiocare.com
E-Mail: info@nobelbiocare.com*

3M ESPE

Eine Erlebniswelt auf der IDS



Mehr als 2 000 Dentalprodukte für die innovative Zahnheilkunde entwickelt, produziert und vertreibt die 3M ESPE AG. Auf der IDS in Köln stellte das Unternehmen mit neuen und weiterentwickelten Produkten seine Innovationskraft unter Beweis.

Präsentiert wurden Lösungen, die durch eine besonders einfache Anwendung überzeugen und gleichzeitig hochästhetische

und absolut präzise Ergebnisse ermöglichen. Abformungen von höchster Präzision können auf klassischem Weg mithilfe der Impregum Penta Produktfamilie erzielt werden. Diese umfasst verschiedene Materialkomponenten mit unterschiedlichen Viskositäten und Verarbeitungszeiten. Im digitalen Workflow erfolgt die Abformung mit dem Intraoralscanner Lava Chairside Oral Scanner C.O.S. Ermöglicht wird auch eine digitale Implantatabformung – ohne Abformpfosten.

*3M ESPE AG
ESPE Platz, 82229 Seefeld
Tel.: 0800 2753773
Fax: 0800 3293773
www.3MESPE.de
E-Mail: info3mespe@mmm.com*

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

DMG

Erfinder zum Anfassen

Karies frühzeitig behandeln, ohne zu bohren – dieses Thema war ein Schwerpunkt am DMG Messestand auf der IDS. Möglich wird die neue Behandlung durch Icon, das weltweit einzige Produkt zur Kariesinfiltration. Zwei der maßgeblichen Entwickler der Infiltrationsmethode waren am DMG Stand persönlich anwesend: OA PD Dr. Hendrik Meyer-Lückel und Dr. Sebastian Paris hielten nicht nur Vorträge zur neuen Behandlungsmethode, die beiden „Väter“ der Kariesinfiltration (neben Prof. Dr. A. M. Kielbassa und OA Dr. J. Müller von der Charité Berlin) standen auch für Fragen zur Verfügung. Die Möglichkeit, die Kariesinfiltration so aus erster Hand näher kennenzulernen, wurde von den interessier-



ten Besuchern genutzt. Die Infiltration mit Icon ermöglicht es, Karies im Frühstadium substanzschonend zu therapieren – ohne Spritze, ohne Bohrer. Eine Aussicht, die den Zahnarztbesuch für viele Patienten deutlich angenehmer erscheinen lässt.

*DMG
Elbgaustraße 248
22547 Hamburg
Kostenfreies Service-Telefon:
0800 3644262 (aus dt. Festnetz)
www.dmg-dental.com
E-Mail: info@dmg-dental.com*

Procter & Gamble – Oral B

Aufsteckbürsten Großpackung

Eine optimale Vorsorge mit einer Oral-B Elektrozahnbürste gelingt erst richtig als „System“, also in Kombination mit einer der verschiedenen Oral-B Aufsteckbürsten – je nach individuellem Mundpflegebedürfnis des Patienten. Zur Stärkung der Serviceleistung der zahnärztlichen Praxis stellt Oral-B deshalb jetzt eine exklusive 100er Großpackung mit zwei der wichtigsten Oral-B Aufsteckbürsten, Oral-B PrecisionClean und Oral-B Sensitive, sowie ergänzendem Infomaterial für Patienten zur Verfügung.

Die exklusive Großpackung für Zahnarztpraxen enthält 60 „Oral-B PrecisionClean“ Aufsteckbürsten zur täglichen Zahnpflege für saubere Zähne und ge-



sundes Zahnfleisch und 40 „Oral-B Sensitive“ Aufsteckbürsten, die mit ihren extra-weichen Borsten speziell für Patienten mit Zahnfleischentzündung oder –rückgang, Parodontitis oder überempfindlichen Zähnen geeignet sind.

*Procter & Gamble
Germany GmbH
Professional Oral Health
Sulzbacher Straße 40
65823 Schwalbach am Taunus
Tel.: 06196 8901
Fax: 06196 894929
www.oralbprofessional.com*

BEYCODENT

Neue Labor-Auftragsbeutel

Wie die Firma BEYCODENT mitteilt, sind ab sofort die neuen Auftrags-Beutel für Laboraufträge erhältlich. Mit Blick auf die Umweltentlastung wurden die bisherigen Auftragsaschen neu konzipiert.

Dank neuer Produktionsverfahren wird durch die neue Ausführ-

ung der Auftrags-Beutel etwa 25 Prozent weniger Rohstoff verbraucht. Der Preis für den Anwender ist stabil geblieben.

Die praktische Doppelkammer (Kängurutasche) erleichtert das Mitsenden von Laboraufträgen und Notizen, ohne dass diese durch Feuchtigkeit beeinträchtigt werden. Die Haupttasche des Labor-Auftragsbeutels wird mit einem Gripverschluss schnell und leicht verschlossen. Drei Beschriftungstreifen sind für zusätzliche Vermerke vorgesehen.



BEYCODENT
 Wolfsweg 34, 57562 Herdorf
 Tel.: 02744 9200-17
 Fax: 02744 766
 www.beycodent.de
 E-Mail: service@beycodent.de

Bien-Air

Kostengünstiger Technologieeinstieg

Bien-Air Medical Technologies blickt auf eine über 50-jährige Erfahrung in der Dentalmedizin zurück und gibt ihr Wissen und ihre Erfahrungen in Form eines CAD/CAM-Systems an die zahntechnischen Laboratorien weiter. Das Bien-Air-CAD/CAM-System ist für Laboratorien jeder Größe gedacht und überzeugt durch

sein industrielles Konzept, seine Kompaktheit und seine Flexibilität. Es besteht aus Scanner, Software und Bearbeitungseinheit. Da es sich um ein offenes System handelt, können gescannte Daten auch an andere Fräseinheiten geschickt werden. Das Unternehmen betont, dass es kein eigenes



Bien-Air-Fräszentrum geben wird. Denn die Bien-Air Medical Technologies will keine Konkurrenz zu den eigenen Kunden aufbauen

Bien-Air Deutschland GmbH
 Jechtinger Str. 11, 79111 Freiburg
 Tel.: 0761 455740
 Fax: 0761 474728
 www.bienair.com

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

Ultradent Products

Miniatur-Bürste für effektive Reinigung

Oft muss ein Zahnarzt an den Zähnen in kleinste, enge Räume vordringen. Reinigungsarbeiten sind dort mit herkömmlichen Hilfsmitteln oft erschwert oder sogar unmöglich.

Hier kommt STARbrush ins Spiel: Ein Miniatur-Bürstchen, das seinen Namen verdient. Das Borstenbündel ist dünner als der Win-

kelstück-Schaft; so erreicht man mit STARbrush Fissuren, Kavitäten-Ecken und Winkel oder die Bereiche um Brackets mühelos. STARbrush besitzt fest-elastische Nylonborsten und kann mit jeder Reinigungspaste eingesetzt werden; für Zahnoberflächen empfiehlt sich zum Beispiel Ultrapro Tx, für Kavitäten und Stümpfe Consepis Scrub, die Paste, die gleichzeitig reinigt und desinfiziert.

STARbrush ist in Packungen mit 30, 50 oder 100 Stück erhältlich.

Ultradent Products, USA
UP Dental GmbH
Am Westhover Berg 30
51149 Köln
Tel.: 02203 3592-15, Fax: -22
www.updental.de
E-Mail: info@updental.de



solutio

Vorreiter unter sich

In der digitalen Zahnarztpraxis sind iPads als zusätzliche Geräte zur vorhandenen technischen Praxisausstattung stark im Kommen. Neben der uneingeschränkten Mobilität schätzen viele Zahnärzte deren sofortige Einsatzbereitschaft und das moderne Design, das vor allem junge Patienten anspricht. Mit der Praxismanagement-Software CHARLY auf dem iPad setzt solutio jetzt einen weiteren Trend. Mit den neuen Features wird die Praxisorganisation mit CHARLY in Zukunft noch flexibler. Dies beginnt bereits bei der anfänglichen Anamnese in CHARLY, die mit der innovativen Applikation uneingeschränkt und kabellos er-



folgen kann. Da sich die Patientenstammdaten über das iPad nicht nur prüfen, sondern auch direkt eingeben lassen, eröffnen sich viele neue Möglichkeiten im Praxisalltag.

Ermöglicht wird dies durch eine Anbindung des Terminbuchs von CHARLY mit den Standardkalendern von iPad und iPhone.

solutio GmbH
Max-Eyth-Straße 42
71088 Holzgerlingen
Tel.: 07031 4618-70, Fax: -77
www.solutio.de
E-Mail: info@solutio.de

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

VOCO

Sicherer Halt für Prothesen

Heute werden vielfach Implantate für die Fixierung von Totalprothesen verwendet, denn geringe Implantatdurchmesser und ein reduzierter chirurgischer Aufwand machen diese Option sehr interessant. Meistens lässt sich die vorhandene Prothese weiterverwenden und braucht lediglich mit den entsprechenden Attachments/Sekundärteilen für die lösbare Verbindung mit den Implantaten/Primärteilen ausgestattet zu werden. Hierfür bietet VOCO jetzt mit Quick Up ein selbsthärtendes, gingivafarbenes Komposit für das Einkleben von Attachments/Sekundärteilen und deren Wiederbefestigung in Prothesen mit Kunststoffbasis an. Das Material erlaubt die ebenso



einfache wie zügige Chairside-Anwendung, so dass Ungenauigkeiten, die durch den Transfer auf ein Modell im Labor entstehen können, ausgeschlossen sind.

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

Straumann

Kooperation und Garantie

Straumann setzt aktuell auf mehr Sicherheit und Vereinfachung: Gemeinsam mit Dental Wings und 3M ESPE hat Straumann auf der IDS bekannt gegeben, ihre Kräfte für die Etablierung einer offenen globalen Standard-Software-Plattform für verschiedene Anwendungen im Dentalbereich zu bündeln. Diese Initiative soll die Flexibilität,

die Einfachheit und die Benutzerfreundlichkeit verbessern. Gleichzeitig gilt es, den Zeitaufwand, die Kosten und Investitionsrisiken zu verringern.

Eine weitere Neuerung berührt vor allem den Sicherheitsaspekt: Straumann gewährt ab sofort eine lebenslange Garantie für seine Implantate, die ab dem 1. März gekauft wurden. Bisher galt die branchenübliche Garantie von zwei Jahren für Abutments immerhin zehn Jahre. Sollten diese Teile vorzeitig Schäden nehmen, wird durch Straumann kostenfreier Ersatz gewährt.

Straumann GmbH
Jechtinger Straße 9
79111 Freiburg
Tel.: 0761 45010
Fax: 0761 4501490
www.straumann.de
E-Mail: info.de@straumann.com



Komet

Schallspitzen für die Prophylaxe

Hochqualitative Schallspitzen der „SonicLine“ unterstützen den Behandler jetzt auch innerhalb der Prophylaxe und Parodontologie.

Die grazilen Scalerspitzen SF1–3 führen zu einer effektiven und ermüdungsfreien Entfernung von Zahnstein und Belägen. Die rundum aktive, elliptische Arbeitsweise der Schallspitze macht es dem Anwender speziell beim zirkulären Arbeiten einfach, wenn die Spitze um den Zahn geführt werden muss.

Beim subgingivalen Arbeiten stellt sich oft das Problem, dass Plaque in neun Millimeter tiefen Taschen nicht vollständig entfernt werden kann. Die gerade Universalspitze



SF-4 reduziert die subgingivale Mikroflora jedoch erheblich: Form und Effektivität der neuen Komet-Schallspitze schaffen eine günstige Prognose für die Wiederherstellung eines entzündungsfreien Parodonts.

*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*

DCI-Dental Consulting

Leichtigkeit, Komfort und Ergonomie

Zur IDS 2011 gab es wichtige Neuigkeiten bei DCI: Die federleichten Lupen zeichnen sich

im Brillenglas kann zusätzlich die aufrechte Sitzhaltung fördern, um Nacken- und Rückenschmerzen



vorzubeugen. Die LEDs präsentieren sich mit dem weltweit geringsten Gewicht von drei Gramm oder einem neuen Akku

nicht nur durch einzigartige Leichtigkeit mit nur elf Gramm und höchstem Komfort durch die Flip-up-Funktion aus, sondern ermöglichen eine ergonomisch perfekte Arbeitshaltung durch die variable Einstellung des Arbeitsabstandes von 25 bis 60 Zentimetern. Eine Prisma-Linse

mit Dimm-Funktion, bieten höchste konstante Lichtintensität und gewinnen durch eine hygienisch einwandfreie Bedienung mit dem Ellenbogen.

*DCI-Dental Consulting GmbH
Kämpenstr. 6 b
24106 Kiel
Tel.: 0431 35038
E-Mail: info@dc-dental.com*

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

medentis

ICX-templant und Denta5



medentis medical blickt auf eine erfolgreiche IDS zurück. Auf mehr als 130 Quadratmetern interessierte das Unternehmen mit dem ICX-templant Volksimplantat und dem Denta5 CAD/CAM-System für individuelle Abutments

plant Volksimplantat bietet, und konnten sich ein umfassendes Bild davon machen, wie das ICX-templant Volksimplantat innovative Konzepte der modernen Implantologie und der dentalen Prothetik als faires Markenimplantat vereint.

Neben diesem Implantat war auch das neu vorgestellte Denta5 CAD/CAM System für individuelle Abutments und digitale Prothetik ein Publikumsmagnet.

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

zahlreiche Besucher.

Die Besucher des Messestandes zeigten sich beeindruckt von den Möglichkeiten, die das ICX-tem-

Heraeus Kulzer

Einstieg in die digitale Abformung



der IDS. Der neue Intraoralscanner, den Heraeus gemeinsam mit 3Shape entwickelt hat, ist schnell, präzise und komfortabel für Zahnarzt und Patient. Er benötigt kein Puder oder Kontrastspray und gibt auch reflektierende Oberflächen exakt wieder.

Auf der IDS präsentierte Heraeus zahlreiche Produktinnovationen und Weiterentwicklungen für die digitalen und klassischen Arbeitsabläufe in Zahnarztpraxis und Labor. Ein Highlight: der Einstieg in die digitale Abformung mit dem Intraoralscanner cara TRIOS.

„Ob digital oder klassisch: Im dentalen Bereich wird es künftig eine Vielzahl möglicher Arbeitsabläufe geben“, betonte Dr. Martin Haase, Geschäftsführer der Heraeus Kulzer GmbH, auf

Aus den Messdaten generiert der cara TRIOS in Echtzeit eine detailgetreue anatomische 3D-Darstellung auf dem Bildschirm. Über die intuitiv zu bedienende Software kann der Zahnarzt schon während des Scanvorgangs mögliche Scan- oder Präparationsfehler erkennen und vermeiden.

*Heraeus Kulzer GmbH
Grüner Weg 11, 63450 Hanau
Tel.: 0800 43723368
www.heraeus-dental.com
E-Mail: info.dent@heraeus.com*

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

Ultradent

Premiumklasse in neuem Design

Mit der Weiterentwicklung der Premium-Behandlungseinheiten U 1500, U 5000 S und U 5000 F hat die Dental-Manufaktur ULTRADENT eine moderne Geräte-Klasse geschaffen, die im Segment der Kompakt-Behandlungseinheiten Standards auf hohem Niveau anbietet. Die spezielle ULTRADENT-Modulbauweise macht dabei eine individuelle Ausstattung nach den Wünschen und Vorgaben des Zahnarztes möglich.

Die Modelle 2011 verfügen über interessante Neuerungen. Besonders auffällig sind die großen 19 Zoll Flachbildschirme und die komplett überarbeiteten Helferinnenelemente. Das Bedienele-

ULTRADENT
Premium-Klasse
2011



ment auf der Assistenzseite hat eine neue Aufhängung bekommen und ist dadurch noch ergonomischer ausgerichtet. Das Design der Helferinnenelemente und des Traytisches wurde ideal an das Gesamtkonzept angepasst.

*ULTRADENT
Dental-Medizinische Geräte
GmbH & Co. KG
Eugen-Sänger-Ring 10
85649 München
Tel.: 089 420992-70 Fax: -50
www.ultradent.de
E-Mail: info@ultradent.de*

Tokuyama

Weichbleibende Unterfütterungen

Sofreliner Tough – Unterfüttungsmaterial für das Labor und für die direkte Anwendung in der Zahnarztpraxis. Bei der direkten Chairside-Methode wird Sofreliner Tough in nur einer Sitzung unterfüttert, so dass dem Patienten unangenehme Wartezeiten ohne Prothese erspart bleiben. Die Applikation von Sofreliner Tough erfolgt direkt vor Ort auf die Prothese und passt sich um-

gehend der Kieferform des Patienten an. Geringste Geruch- und Temperaturbildung lassen neben der indirekten Versorgung auch eine direkte Versorgung problemlos zu.

Das Material entspricht einem 100 prozentigen A-Silikon mit einer Shorehärte von 43, das für die dauerhafte Unterfütterung anwendbar ist. Mit einer Haltbarkeit von circa zweieinhalb Jahren ist Sofreliner Tough M ausgesprochen zuverlässig und sicher, ob bei Voll- oder Teilprothesenversorgungen.



*Tokuyama Dental
Deutschland GmbH
Siemensstr. 46
48341 Altenberge
www.tokuyama-dental.de
E-Mail: info@tokuyama-dental.de*

DÜRR DENTAL

Intraoral- und Fluoreszenzaufnahmen

Die neueste Generation der Intraoralkamera VistaCam iX zeichnet sich nicht nur allein durch ihre Funktionalität aus, sondern erfüllt sämtliche Ergonomieansprüche und wurde bereits mit dem bekannten iF product design award ausgezeichnet. Die VistaCam-Produktlinie steht für effektive Kommunikation und Diagnose-Unterstützung. Die Kamera erfüllt in den Bereichen Tiefenschärfe und Bildqualität hohe Ansprüche bei voll digitaler Bildübertragung.

Kariesfrüherkennung und Plaque-Visualisierung wurden bisher mit der Fluoreszenzkamera VistaProof realisiert. Nun werden intraorale Kamerabilder und Fluoreszenzaufnahmen in der neuen



VistaCamiX vereint. Der Anwender kann sich schnell einen Überblick über den aktuellen Zahnstatus verschaffen. Die dazugehörige Software DBSWIN ermöglicht eine präzise Lokalisation und Auswertung des Kariesbefalls am Bildschirm.

DÜRR DENTAL AG
Höfigheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 07142 705-440
Fax: 07142 705-441
www.duerr.de
E-Mail: heiner.k@duerr.de

BUSCH & Co.

Patientenfreundliches Präparieren

Bei der Fissuren- und Kavitätenpräparation ist es das Ziel, eine optimale Oberflächengüte unter Berücksichtigung einer vibrati-



onsarmen und patientenschonenden Behandlung zu erreichen.

Für diese Anforderungen hat das Unternehmen die Instrumentengruppe der „SPEEDIES“ entwickelt. Diese Hartmetall-Instru-

mente mit der Kreuzverzahnung ermöglichen ein schnelleres, patientenfreundlicheres Präparieren. Die spezielle Schneidengeometrie überwindet den Eindringwiderstand der zu bearbeitenden Materialien wie Schmelz, Dentin und bestehender Füllungen leichter und trägt das Material vibrationsärmer ab.

Weitere Informationen können beim Hersteller angefordert werden.

BUSCH & Co.
Unterkaltenbach 17-27
51766 Engelskirchen
Tel.: 02263 860
Fax: 02263 20741
www.busch.eu
E-Mail: mail@busch.de

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

Dentaurum

Neues Keramiksystem ceraMotion

DENTAURUM stellt zu seinem 125-jährigen Firmenjubiläum sieben neu aufeinander abgestimmte Keramiklinien für Legierungen, ZrO₂, Titan, Pressen und Überpressen vor. Aus 15 Jahren Erfahrung mit eigener Keramikentwicklung entstand die Basis für ceraMotion.

Die neue Hybrid Philosophie beinhaltet sowohl Verblend- als auch Presskeramiken. Eine einheitliche Schichttechnik und gleichbleibende Farben sowie Transparenzgrade erleichtern die Arbeit auch mit unterschiedlichen Gerüstwerkstoffen. Eine thermische Zweifachbehandlung garantiert reproduzierbare Materialeigenschaften. Durch die Stabilität der optischen Eigenschaften, auch nach mehrfa-



chen Bränden, wird eine hohe Farbvitalität und Farbtreue erreicht.

Dentaurum GmbH & Co. KG
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 07231 803-0
Fax: 07231 803-295
www.dentaurum.de
E-Mail: info@dentaurum.de

dentaltrade

Erfolgreiche Re-Zertifizierung

Es war eine Messe der Superlative – so fällt auch im Hause dentaltrade das Resümee zur 34. IDS absolut positiv aus. Als einer der drei führenden Anbieter von Zahnersatz aus internationaler Produktion war dentaltrade erstmals gemeinsam mit dem eigenen Meisterlabor Expert Dental Lab (EDL) vor Ort. „Unser Full-Service-Plus Konzept und das Angebots-Special 2011 haben eine super Resonanz erhalten. Zudem haben wir viele interessante Gespräche geführt und zahlreiche neue Kontakte geschlossen“, freuen sich die dentaltrade Geschäftsführer Sven-Uwe Spies und Wolfgang Schultheiss.

Ein weiteres Top-Thema war die erfolgreiche Rezertifizierung des Unternehmens nach DIN EN ISO



13485:2003 + AC 2007. Bei diesem Audit gab es wiederum Bestnoten von Seiten des TÜV Nord Cert.

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

SHOFU Dental

Beachtliche Resonanz



Zur diesjährigen IDS bot die Firma SHOFU Dental mit einer Speaker's Corner auf dem eigenen Stand internationalen Experten, Zahnmedizinern, Zahntechnikern und Fachleuten aus der Dentalindustrie Informationen und die Gelegenheit zum kollegialen Meinungsaustausch. Auf großes Interesse bei den Zahnmedizinern stießen die Re-

ferate, die sich mit dem MiCD-Konzept beschäftigten: Er ist als ganzheitlicher Ansatz zu verstehen, der unter Berücksichtigung von Psyche, Gesundheit, Funktion und Ästhetik minimalinvasive Behandlungsmethoden mit ästhetischer Zahnmedizin vereint. Aufmerksame Zahntechniker verfolgten gespannt die Präsentationen namhafter nationaler und internationaler Kollegen über die Keramiksysteeme „Vintage MP“ und „Vintage ZR“ und das keramische Malfarbensystem „Vintage Art“.

SHOFU Dental GmbH
Am Brüll 17
40878 Ratingen
Tel.: 021 02 8664-0, Fax: -65
www.shofu.de
E-Mail: info@shofu.de

Permadental

Klasse in der Masse

Um auf sich aufmerksam zu machen, rüstete Permadental für 14 Tage die Messe-Bahnlinien mit sogenannten Swing Cards aus. Mit dieser Aktion sollten die mit Permadental zusammenarbeitenden Zahnärzte unterstützt werden. Mit im Boot war als Werbepartner Johnson & Johnson, der auf der Rückseite der Swing Cards sein Produkt Listerine präsentierte. Die auffälligen Karten an den Haltestangen der Bahnen waren nicht zu übersehen. Die Botschaft lautet: Hochwertiger Zahnersatz muss nicht teuer sein. „Damit konnten wir während der IDS einen großen Schwung an Bahnfahrern und Messebesuchern erreichen und bis heute 54 Kölner



Partnerpraxen zu neuen Patienten verhelfen“, erklärt Klaus Spitznagel von Permadental. „Da diese Kampagne bis Ende September läuft, erwarten wir noch weitere Patienten, die diese Möglichkeit des zusätzlichen Preisnachlasses in Anspruch nehmen möchten.“

Permadental
s-Heerenberger Straße 400
46446 Emmerich
Tel.: 02822 10065
www.permadental.de
E-Mail: info@permadental.de

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

J. Morita

Durchstarten mit TwinPower Turbine



Die neue Ultramini TwinPower Turbine überzeugt durch ihre Größe und Durchzugskraft: Die Belastung für den Patienten lässt sich durch das kleine, aber leistungsstarke Instrument weiter reduzieren und erleichtert zugleich die Arbeit für den Anwender. Mit der extrem kompakten Turbine kann der Behandler hartsubstanzschonend vorgehen, da er durch die geringe Größe auch in schwer zugänglichen Bereichen exakt arbeiten kann. Die bessere Sicht durch den Mini-Kopf erlaubt dabei die ideale Kontrolle

des Instruments auch im Molarenbereich. Ein Kopfwinkel von 15 Grad erlaubt dem Behandler, den Bohrer parallel zur Zahnachse zu halten und damit äußerst gefühlvoll zu arbeiten. Das bewährte Doppelrotor-System sorgt für ein kraftvolles Drehmoment und ermöglicht gleichzeitig das ruhige und sanfte Arbeiten.

J. Morita Europe GmbH
Justus-von-Liebig-Str. 27a
63128 Dietzenbach
Tel.: 06074 836-0, Fax: -299
www.morita.com/europe
E-Mail: pkunkel@morita.de

B.T.I.

Platzhalter und mehr

Mit den neuen provisorischen Expansionsimplantaten von B.T.I. steht dem Implantologen nun eine sinnvolle Ergänzung für Techniken zur Kieferkamm-spaltung oder -spreizung zur Verfügung. Die Interimsimplantate kommen bei einem zweizeitigen Protokoll zum Einsatz: Im ersten Schritt wird zum Beispiel die Kieferkamm-spaltung mittels Ultraschallchirurgie durchgeführt und die Expansionsimplantate werden mit dem chi-

urgischen Motor inseriert. Hierbei unterstützen die provisorischen Implantate die Spaltung beziehungsweise Spreizung und können ebenfalls als Platzhalter für die definitiven Implantate fungieren. Im zweiten Schritt werden die Expansionsimplantate entfernt und die Insertion der definitiven Implantate – gegebenenfalls bei gleichzeitiger weiterer Expansion – wird vorgenommen. Die Expansionsimplantate stehen in den Durchmessern 2,5 und 3,0 mm und in den Längen 8,5 und 11,5 mm zur Verfügung.



B.T.I. Deutschland GmbH
Mannheimer Str. 17
75179 Pforzheim
Tel.: 07231 42806-10, Fax: -15
www.bti-implant.com
E-Mail: info@bti-implant.de

Sirona

Für effiziente Behandlungsabläufe

Mit der neuen Behandlungseinheit SINIUS von Sirona gewinnt der Zahnarzt Zeit. Die Einheit ist voll und ganz darauf ausgerichtet, effiziente Behandlungsabläufe zu unterstützen und bietet dabei ein Maximum an Qualität und Komfort. Der Zahnarzt bedient SINIUS über die moderne Touchscreen-Oberfläche Easy-Touch. Es ist intuitiv verständlich und wird auch für die Steuerung der Endodontiefunktion sowie des ApexLocators verwendet, die optional in die Einheit integriert werden können. Bei der Endodontiefunktion ist eine Feilenbibliothek hinterlegt. Der Behandler kann EasyTouch auch über den Fußschalter bedienen.

Dabei ist SINIUS in der Anschaf-



fung, auch dank der individuellen Konfigurationsmöglichkeiten, kostengünstig und wirtschaftlich“, sagt Susanne Schmieder, Leiterin Marketing im Geschäftsbereich Behandlungseinheiten bei Sirona.

Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 06251 16-0
Fax: 06251 16-2591
www.sirona.de
E-Mail: contact@sirona.de

W&H

Jetzt: Lisa und Lina

W&H führt mit Lisa und Lina zwei Sterilisatoren der Klasse B ein: Lisa wurde für die intensive Nutzung entwickelt und arbeitet daher mit den neuen Klasse-B-Zyklen, die den gesamten Sterilisationszyklus nach Art und Anzahl der zu sterilisierenden Instrumente automatisch verkürzen beziehungsweise optimieren. Das patentierte ECO-Trockensystem verkürzt zudem die Trockenzeit.

Der Lina Sterilisator bleibt dem W&H Konzept treu: Er bietet ausschließlich Klasse-B-Zyklen und einen kurzen ECO-B-Zyklus für kleine Beladungen sowie eine einfache Bedienung durch seine praktische Tastatur. Darü-



ber hinaus lässt er sich auch erweitern. Bei Bedarf ist der optionale Multiport nachrüstbar, der das Speichern von Zyklen in einem USB-Stick und das Drucken von Strichcode-Etiketten über den LisaSafe Etikettendrucker ermöglicht.

W&H Deutschland GmbH
Raiffeisenstraße 4
83410 Laufen/Obb.
Tel.: 08682 8967-0, Fax: -11
www.wh.com
E-Mail: office.de@wh.com



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 6. 5. 2011 schicken oder faxen an:

zm
Deutscher Ärzte-Verlag
Leserservice Industrie und Handel
Rosemarie Weidenfeld
Postfach 40 02 65
50832 Köln

Fax: 02234 7011-255

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** – Eine Erlebniswelt auf der IDS (S. 150)
- American Dental Systems** – Optische Höchstleistung (S. 149)
- Astra Tech** – Anatomisch geformtes Implantat (S. 148)
- BEYCODENT** – Neue Labor-Auftragsbeutel (S. 151)
- Bien-Air** – Kostengünstiger Technologieeinstieg (S. 151)
- B.T.I.** – Platzhalter und mehr (S. 156)
- BUSCH & Co.** – Patientenfreundliches Präparieren (S. 153)
- CompuGroup** – Toller Erfolg für CGM Dentalsysteme (S. 148)
- DCI Consulting** – Leichtigkeit, Komfort und Ergonomie (S. 154)
- dentaltrade** – Erfolgreiche Re-Zertifizierung (S. 155)
- Dentaurum** – Neues Keramiksystem ceraMotion (S. 155)
- DMG** – Erfinder zum Anfassen (S. 150)
- DÜRR DENTAL** – Intraoral- und Fluoreszenzaufnahmen (S. 155)
- Heraeus** – Einstieg in die digitale Abformung (S. 154)
- Hu-Friedy** – Fein und stabil (S. 149)
- Ivoclar** – Richtiges Reinigen nach Einprobe (S. 48)
- J.Morita** – Durchstarten mit TwinPowerTurbine (S. 156)
- Komet** – Schallspitzen für die Prophylaxe (S. 153)
- medentis** – ICX-templant und Denta5 (S. 154)
- Nobel Biocare** – Nächste Implantatgeneration (S. 150)
- Permadental** – Klasse in der Masse (S. 156)
- Philips** – Weltneuheit: Sonicare Airfloss (S. 148)
- Procter & Gamble** – Aufsteckbürsten Großpackung (S. 150)
- SHOFU** – Beachtliche Resonanz (S. 156)
- Sirona** – Für effiziente Behandlungsabläufe (S. 158)
- solutio** – Vorreiter unter sich (S. 152)
- Straumann** – Kooperation und Garantie (S. 152)
- Tokuyama** – Weichbleibende Unterfütterungen (S. 154)
- Ultradent** – Premiumklasse in neuem Design (S. 155)
- Ultradent Products** – Miniatur-Bürste für effektive Reinigung (S. 152)
- VOCO** – Sicherer Halt für Prothesen (S. 152)
- W&H** – Jetzt: Lisa und Lina (S. 157)

- 3M Espe AG**
Seite 23
- Acteon Germany GmbH**
Seite 109
- American Dental Systems GmbH**
Seite 31
- APW Akademie Praxis & Wissenschaft**
Seite 95
- Bai Edelmetalle AG**
Seite 153
- BDIZ EDI e.V.**
Seite 125
- BEGO Bremer Goldschlägerei Wilh. Herbst GmbH & Co.**
Seite 57
- Beycodent Beyer + Co GmbH**
Seite 77
- Brasseler GmbH & Co.KG**
2. Umschlagseite
- Bundeszahnärztekammer Arbeitsgem. der deutschen Zahnärztekammern e.V.**
Seite 131
- Carestream Health Deutschland**
Seite 91
- Coltène/Whaledent GmbH & Co. KG**
Seite 7 und 97
- DeguDent GmbH**
Seite 73 und 75
- Dental Magazin**
Seite 143
- Dental Online College GmbH**
Seite 133
- dentaltrade GmbH & Co. KG**
Seite 11
- Dentaurum GmbH & Co. KG**
Seite 21
- Deutscher Ärzte-Verlag**
Seite 141
- Dexcel Pharma GmbH**
Seite 19
- DGI Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich e.V.**
Seite 111
- DMG Dental-Material GmbH**
Seite 69 und 89
- Doctorseyes GmbH**
Seite 99
- Dreve Dentamid GmbH**
Seite 61
- Dux Dental BV**
Seite 129
- enretec GmbH**
Seite 29
- Girardelli Dental-Medizinische Produkte**
Seite 83
- Heinrich-Heine Universität Poliklinik f. Zahnerhaltung**
Seite 123
- Heraeus Kulzer GmbH**
Seite 4/5 und 37
- ic med EDV-Systemlösungen für die Medizin GmbH**
Seite 51
- IFG Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH**
Seite 87
- IMEX Dental + Technik GmbH**
Seite 25
- ITI Internationales Team für Implantologie**
Seite 119
- Ivoclar Vivadent AG**
Seite 79
- Johnson & Johnson GmbH**
Seite 115
- KaVo Dental GmbH**
Seite 15
- Kettenbach GmbH & Co. KG**
Seite 43
- Medentis Medical GmbH**
Seite 53
- Müller-Omicron GmbH & Co. KG**
Seite 59
- Multivox Petersen GmbH**
Seite 81
- Nobel Biocare Management AG**
Seite 47
- orangedental GmbH & Co.KG**
Seite 45
- Permamental Zahnersatz**
Seite 13
- Procter & Gamble GmbH**
4. Umschlagseite
- Protilab**
Seite 27
- R-dental Dentalerzeugnisse GmbH**
Seite 105
- Real KFO Fachlaboratorium für Kieferorthopädie GmbH**
Seite 153
- Schülke & Mayr GmbH**
Seite 101
- Semperdent Dentalhandel GmbH**
Seite 33
- Septodont Holding S.A.S**
3. Umschlagseite
- solutio GmbH**
Seite 65
- Southern Dental Industr. GmbH**
Seite 103
- Steinbeis-Transfer-Institut Management of Dental and Oral Medicine**
Seite 151
- Trinon Titanium GmbH**
Seite 107
- Ultradent Dental-medizinische Geräte GmbH & Co. KG**
Seite 93
- Ultradent Products USA**
Seite 149
- Vita Zahnfabrik H.Rauter GmbH & Co.KG**
Seite 17
- Voco GmbH**
Seite 117
- W & H Deutschland GmbH**
Seite 113
- youvivo GmbH**
Seite 9
- ZF Electronics GmbH**
Seite 121
- Einhefter 4-stg.**
Protilab zwischen Seite 48/49
- Vollbeilagen**
BDIZ EDI e.V.
Dental-Union GmbH
Dürr Dental AG
F1 Dentalsysteme Deutschland GmbH
Loser & Co. GmbH
Vertrieb von Dentalprodukten

Datenschutz

Mit VPN ins Netz

Die Nutzung eines VPN-Gateways ist neben dem unabhängigen PC und einem Proxy-Server eine weitere Möglichkeit, die Zahnarztpraxis ans Internet anzubinden. Darauf weisen Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung in ihrem aktualisierten Datenschutzleitfaden hin. Aufgrund der frühzeitigen Drucklegung konnte die bereits überarbeitete Version des neuen EDV-Leitfadens in der 6. Ausgabe „Datenschutz für die Praxis-IT – Gemeinsamer Leitfaden von BZÄK und KZBV für die Praxis-EDV“ leider nicht mehr berücksichtigt werden. Daher hier noch einmal eine Übersicht der Möglichkeiten, die eigene Praxis-IT an das World Wide Web anzubinden:

■ Nutzung eines eigenen unabhängigen Internet-PCs ohne Ankopplung an das Praxis-Ver-

waltungssystem PVS (gerne auch „Insellösung“ genannt): sicher

■ Nutzung eines zwischengeschalteten Proxy-Servers: nahezu sicher

■ Nutzung eines VPN-Gateways. Die Darstellung dieser Lösung fehlte bislang in der Auflistung. Bei dieser Kommunikationsform haben alle Rechner in der Praxis Zugang zum Internet. Alle Anfragen in und alle Antworten aus dem Internet werden über ein VPN-Gateway mit diversen Schutzmechanismen – Firewall, Intrusion, Prevention und Virenschutz – geleitet. Mit dem Kommunikationspartner (zum Beispiel KZVen) können gesicherte, verschlüsselte Verbindungen mittels VPN-Techniken aufgebaut werden: nahezu sicher

■ Direkte Anbindung von Praxisrechnern mit Patientendaten beziehungsweise des PVS an das Internet über einen einfachen Router: extrem unsicher.

■ Den aktualisierten Leitfaden von BZÄK und KZBV finden Sie unter: www.kzbv.de und www.bzaek.de



Foto: procdente e.V.

Pünktliche Medikamenteneinnahme

App erinnert chronisch Kranke

Chronisch kranke Patienten müssen in der Regel eine hohe Anzahl an Tabletten einnehmen. Im Rahmen des Projekts „iNephro“ wurde nun ein Medikamentenplan entwickelt, der als App für Smartphones oder iPod zur Verfügung steht. Darin kann der Patient einfach eine Übersicht seiner regelmäßig einzuneh-

menden Medikamente führen. Eine Erinnerungsfunktion erleichtert die regelmäßige Einnahme, die auch protokolliert werden kann. Das Projekt wurde von der Klinik für Nephrologie am Universitätsklinikum Essen initiiert und von der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie unterstützt. mp/pm

Dreifach-Katastrophe in Japan

Okubo dankt Engel für Anteilnahme

Der Präsident der Japan Dental Association, Dr. Mitsuo Okubo, hat sich in einem Dankeschreiben bei dem Präsidenten der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, für die Anteilnahme am Leid der japanischen Bevölkerung nach der Dreifach-Katastrophe bedankt. Zuvor hatte Engel in einem Kondolenz-

schreiben im Namen der deutschen Zahnärzteschaft sein Beileid für die Opfer der Katastrophe bekundet. Am 11. März 2011 hatte ein Erdbeben der Stärke neun die japanische Insel erschüttert. Es war das stärkste Beben in der Geschichte des Landes. Hinzu kamen ein gewaltiger Tsunami und die Zerstörung des Atomkraftwerks eins in Fukushima. Mehrere Tausend Menschen wurden getötet oder verletzt, Tausende gelten noch als vermisst, Hunderttausende wurden obdachlos. Die Japan Dental Organisation bittet um Spenden über den folgenden Link. sf



Foto: ddp images-dapd

■ www.jda.or.jp/en

Eckpunkte zum Versorgungsgesetz

Bund und Länder einigen sich

Die Gesundheitsminister der Länder und das Bundesgesundheitsministerium (BMG) haben sich auf Eckpunkte für das kommende Versorgungsgesetz verständigt, wie das Deutsche Ärzteblatt berichtet. Kern der Eckpunkte sei eine flexiblere Bedarfsplanung, bei der die Länder eine größere Rolle spielen sollen als bisher: „Die Länder werden bei Fragen der Bedarfsplanung im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Anwesenheits- und Initiativrecht haben“, erklärte Stefan Grüttner (CDU), Vorsitzender der Gesundheitsministerkonferenz und Sozialminister des Landes Hessen dem Blatt zufolge. Auch bei der Bedarfsplanung auf Länderebene, die derzeit zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereini-

gungen verhandelt wird, sei eine Beteiligung der Länder vorgesehen. Von einem Stimmrecht der Länder in den Gremien sei hingegen nicht die Rede gewesen. Können sich die Selbstverwaltung auf Länderebene jedoch nicht auf eine Bedarfsplanung verständigen, sollten die Länder einspringen. Das Versorgungsgesetz solle zum 1. Januar 2012 in Kraft treten. Um diesen Zeitplan einzuhalten, sollen die Eckpunkte des BMG noch in der Koalition abgestimmt werden. Diskussionsbedarf gebe es vor allem noch beim Abbau der Überversorgung: Denn hier gebe es Vorschläge, Sitze in überversorgten Regionen durch die Selbstverwaltung aufzukaufen und nicht wieder zu besetzen, so der Bericht. pr

Hufeland-Preis**Prof. Klaus Pieper ausgezeichnet**

Der Hufeland-Preis gilt als der wichtigste Medizinerpreis im Bereich der Prävention in Deutschland. Der diesjährige Preis ging an Prof. Dr. Klaus Pieper, Direktor der Abteilung Kinderzahnheilkunde der Philipps-Universität Marburg. Ausgezeichnet wurde seine Präventionsstudie „Frühkindliche Gebisszerstörung – Ein neues Konzept der Prävention als Chancengleichheit bei allen Kindern“ in Zusammenarbeit mit Dr. Anahita Jablonsli Momeni und Dr. Martina Krutisch. Die wissenschaftliche Arbeit zeigt Möglichkeiten auf, wie die frühkindliche Karies erfolgreicher bekämpft werden kann. „Bei Kleinkindern ist der Kariesbefall leider immer noch zu hoch und bei Kindern in

sozial schwierigen Lebenslagen tritt Karies insbesondere in Form der frühkindlichen Karies verstärkt auf“, erklärt der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Dietmar Oesterreich. Deshalb sei es wichtig, spezielle Prophylaxe-Programme weiterzuentwickeln, wie zum Beispiel das Konzept der Intensivprophylaxe im Kindergarten. Mit der zweijährigen Forschung Piepers wurde überprüft, ob Kinder, die an einem Intensivzahnpflegeprogramm teilnehmen, gesündere Zähne haben als Kinder, die nur gelegentliche Zahnputzunterweisungen erhalten. Auch der Präsident der BZÄK, Dr. Peter Engel, begrüßte die Entscheidung: „Prof. Pieper hat sich um die Prävention besonders verdient gemacht. Die Anerkennung durch den Hufeland-Preis zeigt, dass in der Zahnmedizin die Prophylaxe einen besonderen Stellenwert besitzt.“ sf/pm

■ Ein ausführlicher Bericht über die Preisverleihung erfolgt in der nächsten *zm*-Ausgabe.



Foto: Stiftung Hufeland

EU-Register**Infos über Arzneimittelprüfungen**

Ein neu ins Internet gestelltes EU-Register informiert interessierte Bürger über die Ergebnisse von klinischen Arzneimittelprüfungen, die in der EU durchgeführt werden. Das online-Register enthält Informationen über klinische Prüfungen, einschließlich pädiatrischer Prüfkonzepte, die von der Industrie und von Forschungseinrichtungen durchgeführt werden. Ziel des Registers ist es, die klinische Arzneimittelforschung für Ärzte, Patienten und andere

Interessierte transparenter zu machen und unnötige klinische Mehrfachprüfungen zu vermeiden. Der Zugang zum Register erfolgt über die zentrale EU-Datenbank EudraPharm, die Informationen über in der EU zugelassene Arzneimittel, wie Packungsbeilagen, enthält. Jedes Jahr werden in der EU etwa 4 000 klinische Prüfungen genehmigt. Die Industrie und die Forschungseinrichtungen müssen die Informationen fortlaufend aktualisieren. pr/ps

Neuaufgabe**„Daten & Fakten 2010“ erschienen**

Die Falt-Broschüre „Daten & Fakten“ mit allen aktuellen Zahlen zur zahnärztlichen Versorgung ist jetzt in neuem Design erschienen. Anschaulich und übersichtlich gestaltet listet die neue Ausgabe relevante statistische Daten wie die „GKV-Ausgabenentwicklung“, „Zahnärzte nach Regionen und Geschlecht“, „Zahnarztdichte nach



Kammerbereich“ und viele weitere auf. Einzelexemplare können angefordert werden, solange der Vorrat reicht. Im Internet-auftritt von BZÄK und KZBV finden Sie „Daten und Fakten“ als komplette pdf-Datei sowie als Einzeldatei zum

Download.

■ www.bzaek.de

■ www.kzbv.de

Barmer GEK Zahnreport**Frauen liegen vorne**

Laut dem ersten Barmer-GEK-Zahnreport liegt die zahnärztliche Behandlungsquote in Deutschland bei 69 Prozent. Dabei zeigt sich eine Geschlechterdifferenz: Bei der Behandlungsrate, den Kontakten und den Ausgaben im vertragszahnärztlichen Bereich liegen Frauen zumeist vorne. Der Unterschied beginnt kurz vor dem zehnten Lebensjahr und beträgt bis zu 14 Prozentpunkte. Besonders zahnarztscheu sind junge Männer in der Altersgruppe der 20- bis 25-Jährigen. Mit den Daten von 2009 ist erstmals möglich, die zahnärztliche Versorgung auf

Basis von Krankenkassenabrechnungsdaten auszuwerten. Auf jeden Bundesbürger entfallen im Jahr durchschnittlich 2,15 Zahnarztkontakte. Beachtlich ist der Ost-West-Unterschied: Während Sachsen und Thüringer auf durchschnittlich 2,4 Zahnarztbesuche pro Jahr und Einwohner kommen, erreichen Rheinland-Pfälzer durchschnittlich 1,9 und Saarländer gar nur 1,8. Bei der Inanspruchnahme von Prophylaxe-Leistungen liegen die neuen Bundesländer gleichfalls vorne. Insgesamt erhielten 52 Prozent der Bevölkerung mindestens einmal im Jahr Prophylaxe-Leistungen, 47,6 Prozent ließen sich Zahnstein entfernen. Das Präventionsniveau im zahnärztlichen Bereich sei vergleichsweise hoch. Doch es entfielen fast sechs Prozent aller Füllungen auf Milchzähne. mp/pm



Foto: ddpimages

■ Mehr dazu im nächsten Heft

Altersdemenz**Neue Studie zur Versorgung gestartet**

Zur besseren Versorgung von Demenzkranken hat in Mecklenburg-Vorpommern eine der europaweit umfangreichsten Studien begonnen. Wie Sozialministerin Manuela Schwesig (SPD) zum Start sagte, soll die Forschungsarbeit von Greifswalder und Rostocker Wissenschaftlern helfen, die Herausforderungen einer immer älter werdenden Gesellschaft zu bewältigen.

Laut Schwesig ist Mecklenburg-Vorpommern wegen der Abwanderung vieler junger Menschen bundesweit das „Labor für den demographischen Wandel“. Für die Studie mit dem Namen DelpHi-MV (Demenz: lebenswelt- und personenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern) würden

speziell weitergebildete Pflegefachkräfte zu Hause lebende Demenzkranke versorgen und deren Angehörige unterstützen. Dadurch sollen sich Lebensumstände und die Lebenszufriedenheit verbessern. Die Studie soll fünf Jahre laufen. Dem Leiter der Studie, Wolfgang Hoffmann von der Uni Greifswald, zufolge sind die beiden Universitäten in Mecklenburg-Vorpommern im Moment fast die einzigen, die in diesem Bereich forschen. sf/dpa

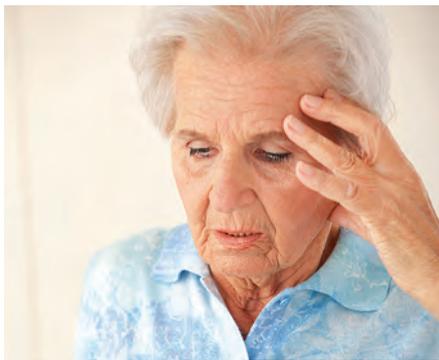


Foto: MEV

DAZ-Studie zur Endo-Therapie**Neue Ergebnisse zur Praxis**

Die Vorsitzende des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ), Dr. Celina Schätze, hat die Ergebnisse der Studie „Die Praxis der Endodontie zwischen Hochschule, Wirtschaftlichkeit und Verantwortung“ vorgestellt, die vom DAZ gemeinsam mit der Brendan-Schmittmann-Stiftung erarbeitet wurde.

Aus Sicht von Schätze steht die Kontroverse um das rechte therapeutische Maß in der Endodontie in einer Reihe mit ähnlichen Kontroversen in anderen Therapiebereichen. Schätze warnte vor einer drohenden Diskrepanz zwischen einer hochspezialisiert-

ten High-End-Wissenschaft und dem Gesundheitsnutzen für den Patienten im Versorgungsalltag. Die statistische Auswertung der beantworteten Fragebögen verdeutlichte, „dass die Zahnärzte manchen Ungereimtheiten der herrschenden Endodontie-Lehrmeinung, mit Erfahrung und Logik entgegneten“, so Schätze. Aus den Antworten werde auch deutlich, dass viele Zahnärzte zusätzliche Hilfsmittel und Methoden einsetzen, die im Bema nicht vorgesehen sind und von ihnen nicht zusätzlich in Rechnung gestellt werden.

sf/pm

Ab 2013**Mehr Eigenkapital für PKV nötig**

Die privaten Krankenversicherer benötigen deutlich mehr Kapital wenn Solvency II ab 2013 eingeführt wird. Solvency II ist die neue EU-Eigenkapitalrichtlinie für Versicherungsunternehmen. Dies hat laut „Ärzte-Zeitung“ Carsten Zielke errechnet, Versicherungsanalyst bei der Société Générale. Bleiben die Regeln so, wie sie heute stehen, benötigen die Versicherer 5,8 Milliarden Euro frisches Geld. Das sei keine leichte Aufgabe, weil viele Krankenversicherer sich nicht einfach frisches Geld auf dem Kapitalmarkt holen können. Zielke sagte, dass mindestens vier Gesellschaften den vorgeschriebenen Rechnungszins von 3,5 Prozent für die Alterungsrückstellungen „nicht mehr oder gerade

noch“ schafften. In Zukunft werde das noch schwerer, weil die Zinsen bei Neuanlagen sinken. Die Krankenversicherer gaben 2009 zwischen 33,1 Prozent und 78,3 Prozent der Beitragseinnahmen für den Schadenaufwand aus, im Mittel waren es 61,3 Prozent. Im Jahr davor lag die Quote bei 60,6 Prozent. Sie umfasst Ausgaben für Ärzte, Kliniken, Arzneimittel sowie auch Schadenbearbeitungskosten der Versicherer. Die Vertriebskosten der Branche steigen weiter. 2009 gaben die Unternehmen zwischen 1,8 Prozent und 35,9 Prozent der Beiträge für Abschlusskosten aus, vor allem für Provisionen. Im Mittel lag dieser Aufwand bei 10,6 Prozent, verglichen mit 11 Prozent im Jahr 2008. sg



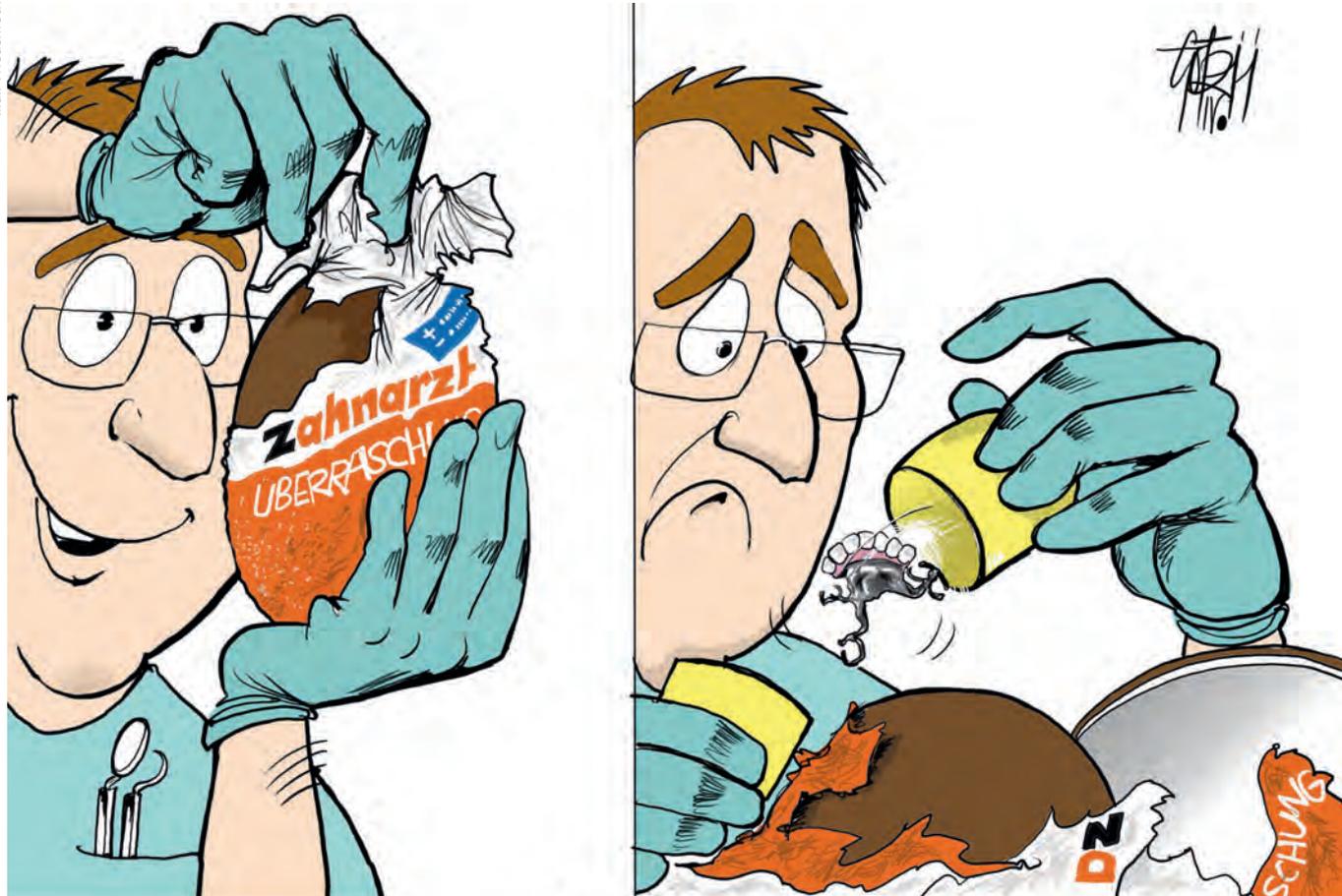
Foto: CC

Gesundheitsausgaben in Deutschland**Neuer Rekord**

Die Ausgaben für Gesundheit in Deutschland sind besonders stark gestiegen und haben einen neuen Rekord erreicht. 278,3 Milliarden Euro wurden 2009 insgesamt im Gesundheitswesen aufgewendet, das waren 5,2 Prozent mehr als im Jahr davor. Neuere Zahlen gibt es noch nicht. Zwischen 2000 und 2008 wuchsen die Ausgaben nur um

2,7 Prozent pro Jahr. Als Gründe für den besonders deutlichen Anstieg in 2009 nannte das Statistische Bundesamt in Wiesbaden die Honorare in Arztpraxen, höhere Tariflöhne in den Krankenhäusern, Ausgaben für Arzneimittel und Pflege. Die gesetzliche Krankenversicherung schulterte rund 57,8 Prozent aller Ausgaben. mp/dpa

Illu.: Wriedenroth



Frohe GOZtern!

Kolumne

P wie Pokerface

Jetzt hat die FDP die Karten für eine neue Politikära aufgedeckt. Guidoesk war gestern. Nach einem Jahrzehnt haben die Gelben das F im Parteikürzel mal parteiintern angewendet und sich sozusagen von ihrem eigenen Chef beFREIt.

Die Spekulationen waren ja zugegebenermaßen so spannend wie der Moment beim Pokern. Spiele ich ja auch des Öfteren, um mal andere Karten in der Hand zu halten als die speckigen Karteikarten der Patienten. Und nur mal nebenbei – mein Pokerface ist gar nicht so übel.

Das beste Blatt im FDPschen Führungs-Poker – quasi einen Royal Flush – hatte unser Gesundheitsminister Philipp Rösler. Dabei favorisiert der doch eigentlich mehr das Sein als

den beim Poker so wichtigen Schein. Und wenn's mal schwierig wird, bespricht er in seinem Schrein den Bambus, bis der sich ihm gebeugt hat. Nur brechen darf er nicht.

Mal ehrlich, was hat der Kerl nicht schon alles auf den Weg gebracht! In bester Ministerialmanier bahnt der sich doch seinen Weg durch den Schmidt-

schen Verwaltungswust. Aus den Papierbergen stampft er mundgerechte Happen mit astronomischen Namen wie AMNOG. Die schmecken zwar nicht allen, aber wenigstens hat jeder im Gesundheitswesen was zu beißen.

Der dürrtige Happen unserer neuen GOZ gleicht allerdings eher einer vertrockneten Seele vom Vorvortrag meint

Ihr vollkommener Ernst

Erst Parkinson, dann Sexsucht

Über einen doppelten Schicksalsschlag, der einen 51-jährigen Franzosen traf, berichtete die „Ärzte-Zeitung“: Zuerst erkrankte er an Morbus Parkinson, darauf an einem unbezähmbaren Drang zu Sex und Glücksspiel. Zumindest die Ursache der Sucht glaubte er dingfest gemacht zu haben: die unerwünschte Wirkung eines Parkinson-Medikaments. Weil er es als schweres Versäumnis erachtete, dass Hypersexualität nicht im Beipackzettel aufgelistet war, verklagte er den Hersteller auf 450 000 Euro Schmerzensgeld. Ein Gericht in Nantes gab dem Mann Recht. Doch stutzte es seine Geldforderung kräftig zurück: Der Pharmakonzern muss ihm bloß 110 000 Euro Entschädigung zahlen. Nach Bekanntwerden des Falles meldeten sich dem Bericht nach etliche weitere Patienten, die unter ähnlichen Nebenwirkungen litten. sg