

Risikopatienten

Rheuma

**Vertreterversammlung
der KZBV**

**Pharmageldern
auf der Spur**



Foto: Klaus-Werner Friedrich-ib-F1ONLINE

■ *Eines hat die wohl noch nicht bewältigte Ehec-Krise gezeigt: Die Art, wie eine moderne Kultur mit medizinischen Gefahren umgeht, hat viel mit der Erwartungshaltung des Einzelnen an die Gesellschaft zu tun.*

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

viele Medienvertreter sehen in der „Ehec-Krise“ eine der bisher schwersten Bewährungsproben für Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr. Es stimmt, es sind auch Momente wie diese, an denen sich das Gesundheitssystem messen lassen muss. Sind wir gut auf Epidemien vorbereitet? Funktioniert unser medizinisches Krisenmanagement? Sind die jeweils eingebundenen Institutionen fachlich gerüstet, auch außergewöhnlichen Anforderungen standzuhalten? Das sind Fragen, die die Öffentlichkeit bewegen, während in Deutschlands Krankenhäusern gegen Ehec gekämpft wird. Was dabei erstaunt, ist immer wieder, wie schmal augenscheinlich der Grat zwischen Unterstützung und dem in unserer Gesellschaft berühmten „Daumen nach unten“-Syndrom sein kann. Bisher ist es im Zuge von Ehec ja noch nicht zu den bekannten öffentlichen Opferritualen gekommen. Auch Daniel Bahr bleibt ungeschoren.

Was allerdings aus den Ereignissen und ihrer medialen Verstärkung deutlich herauszuhören ist, ist die Erwartungshaltung, die die Gesellschaft an ihr Gesundheitswesen hat.

Da ist nicht die Spur von Achtung für ein System, das einen so komplexen Vorgang, in einer Millionenbevölkerung die Herkunft eines spezifischen Infektionskeims auszumachen, dessen Ausbreitung gezielt einzudämmen oder den Stamm möglichst zu vernichten, umsetzen soll. Da ist so gut wie keine Stimme, die sich dazu äußert, dass die moderne Medizin durch rasche und gezielte Behandlung viele Leben rettet, die unter anderen Bedingungen schlichtweg verloren wären.

Ist unsere Gesellschaft, allen voran die Medien, nicht mehr willens, differenziert auf die Geschehnisse zu reagieren? Leben wir inzwischen mit der Erwartungshaltung medizinischer Allmacht, die die Verantwortlichen nur falsch handeln? Reklamieren wir das Anrecht auf Unversehrtheit und den Schutz gegen alle Fährnisse des Lebens? Meinen wir tatsächlich, der modernen Medizin und den in ihrem Namen Handelnden alles abfordern können?

Die Erwartung, die der moderne Mensch an alle Beteiligten des Gesundheitswesens – egal ob Heilberuf, Forschung und Lehre oder auch politische Verantwortung – setzt, steigt weiterhin ins Unermessliche. Das in

den letzten Jahrzehnten prosperierte Sicherheitsdenken gipfelt inzwischen in Forderungen, die keiner mehr einhalten kann.

Wo das Vertrauen in den Fortschritt solche Auswüchse hat, haben realistische Grundeinschätzung, Einsicht oder gar menschliche Eigenschaften wie Dankbarkeit und Demut gegenüber Erreichtem einfach keinen Platz mehr.

Wer holt uns moderne Menschen aus dieser fatalen Schleife „mittelalterlichen“ Denkens? Sind wir in der Lage, auch so etwas aus der „Ehec-Krise“ zu lernen?

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Titelfoto: Sebastian Kaulitzki – Fotolia.com / Foto: VISUM

Zum Titel

Rund ums Rheuma: Die Titelstory beleuchtet alle Facetten der Erkrankung und berücksichtigt den Zusammenhang mit Parodontopathien.

Seiten 30, 36



Foto: Sebastian Kaulitzki – Fotolia.com

Griechenlands Eurokrise lässt Anleger von Staatsanleihen nach Alternativen suchen.

Seite 76

Editorial

1

Versorgungsgesetz:
Sprung auf den richtigen Zug

22

*Rheuma und Parodontitis:
Paro-Erreger ist mögliche Ursache
der rheumatoiden Arthritis*

36

Leitartikel

Der Präsident der BZÄK, Dr. Peter Engel,
über die Besetzung des G-BA

4

Ehec-Krisenmanagement:
Horror auf dem Teller

24

Nachrichten

6

Aus den Ländern

53. Fortbildungswoche Westerland:
Für Zähne ist man nie zu alt

26

Gastkommentar

Der Sozialpolitik-Journalist Walter
Kannengießer zur Pflegeversicherung

14

Gesundheit und Soziales

Gesundheit bei Jungen und Männern:
Unter starke Arme greifen

28

Politik und Beruf

KZBV-Vertreterversammlung:
Der Durchbruch

16

Titelstory

Von der Fibromyalgie bis zur rheumatoiden
Arthritis: Rheuma – eine Krankheit
mit vielen Facetten

30

Zahnmedizin



Der aktuelle klinische Fall:
Rezidivierende mediane Halszyste

38

Kariesexkavation: Neue Erkenntnisse
und selbstlimitierende Methoden

42

Medizin

Repetitorium:
Das Ullrich-Turner-Syndrom

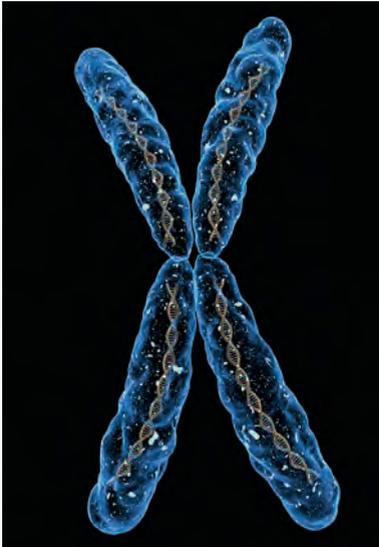
50

Tagungen

AKOPOM: Prognosefaktoren bei Karzino-
men des oberen Aerodigestivtrakts

54

Foto: Sebastian Kaulitzki – Fotolia.com



Wenn nur ein X-Gen da ist oder wenn das zweite X defekt ist, dann leiden Mädchen am Ullrich-Turner-Syndrom.

Seite 50

Foto: Yuri Arcurs – Fotolia.com



So topfit sind längst nicht alle Männer. Gerade für den jungen Nachwuchs fehlt es an spezifischen Maßnahmen, um gesund zu bleiben oder zu werden.

Seite 28

Foto: CARO_Caro-Muhs



Im Berliner BMG (Foto links) brodelt derzeit in den politischen Kochtöpfen ein Gericht, das auch Zahnärzten munden soll: das Versorgungsgesetz.

Seite 22

3. Zahnärztinnenkongress: Frauen bleiben die Zukunft der Zahnmedizin **56**

DGP: Das Göteborger Konzept **58**

Veranstaltungen **62**

Finanzen

Anleihen in fremden Währungen: Weg von Euro und Dollar **76**

Praxismanagement

Betriebliche Veranstaltungen: Wenn der Fiskus mitfeiern will **80**

Recht

Urteile **82**

EDV und Technik

Online-Datenbank: Der Zuwendungsfinder **84**

Persönliches/Rezension **85**

Internationales

CED-Tagung in Budapest: Konsens auf breiter Basis **86**

Fachtagung in Brüssel: Eine Plattform für die Freien Berufe **88**

Inserentenverzeichnis **89**

Impressum **90**

Bekanntmachungen **91**

Neuheiten **92**

Letzte Nachrichten **125**

Zu guter Letzt **128**





Foto: BZÄK/pietschmann

G-BA: Nicht ohne uns

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

die Übergabe des Staffeltabes von Philipp Rösler an Daniel Bahr hat den Arbeitsablauf im Bundesgesundheitsministerium so gut wie gar nicht berührt.

Das hat nicht zuletzt die nahtlose Fortsetzung der aktuellen Reformbestrebungen bewiesen.

Der jüngst vorgestellte Referentenentwurf für

das Versorgungsgesetz zeigt, dass das Ministerium seine Vorhaben unbeeindruckt und mit Kontinuität verfolgt. Mehr und mehr wird klar: Der neue Minister hat schon als Staatssekretär die Dinge maßgeblich mitgestaltet. Daniel Bahr ist zwar ein junger Verantwortlicher, ein „Newcomer“ ist er für das deutsche Gesundheitswesen aber nicht.

Schon deshalb wird auch er – wie sein Vorgänger – an der in diesem Referentenentwurf noch einmal bestärkten Unterstützung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nichts ändern wollen. Es bleibt unverkennbar und parteiübergreifend die Absicht der Gesetzgeber, diese ursprünglich als Pufferzone zwischen Staat und Gesundheitswesen gedachte Institution auszubauen, ihre Aufgabenfelder auszuweiten

und dem Gremium maßgeblichen Einfluss auf die Regulation des deutschen Gesundheitswesens zu geben.

Das Ministerium hat seinen Willen erklärt, die Verfahren und Entscheidungswege des G-BA zu prüfen. Das gilt sowohl für die in der Vergangenheit oft kritisierte mangelnde Transparenz der Gremienarbeit, aber vor allem auch für Beteiligungsrechte der Betroffenen an der Arbeit dieser Institution.

Und man mag vom G-BA und seiner Arbeit halten, was man will, richtig ist: Das, was diese Institution entscheidet, trifft nicht allein die für den GKV-Bereich denkenden und agierenden Versichertengruppen und deren Zahn-/Ärzte. Was der Bundesausschuss anfasst, betrifft alle. Der G-BA hat die Aufgabe zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Der G-BA ist die Instanz für untergesetzliche Normengebung im gesamten Gesundheitsbereich. Er ist definitiv Rechtsnachfolger der ehemaligen Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen und des Koordinierungsausschusses.

Wir fordern die Beteiligung der Bundeszahnärztekammer nicht nur als Stellungnahme-

berechtigte, sondern als aktiv stimmberechtigtes Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss. Hier geht es eben nicht allein um spezifische Belange der GKV und ihres Gegenübers. Hier geht es um übergreifend die Belange des zahnärztlichen Berufsbildes betreffende Maßgaben wie Qualitätsmanagement und -sicherung, um Hygiene und Infektionsschutz, um Patientenrechte, um Themen wie die Heilkunde-Übertragungsrichtlinie oder auch um Regelungen, die sich massiv auf den Bereich der zahnärztlichen Fortbildung auswirken. Das kann und darf nicht ohne die Interessenwahrnehmung und den Einfluss der Berufsvertretung aller deutschen Zahnärzte auf Bundesebene laufen.

Als Bundeszahnärztekammer haben wir mit Bekanntwerden der Eckpunkte unmißverständlich unseren politischen Willen in die Diskussion eingebracht. Wir sind fest davon überzeugt, dass wirklich sachgerechte Entscheidungen diese Beteiligung unseres Berufsstands durch die Kammer brauchen. Es kann nicht angehen, dass dieser Ausschuss, der in den kommenden Jahren nach bisheriger Einschätzung Funktion und Ablauf unseres Handelns maßgeblich regeln kann, ohne unsere Beteiligung und unsere Stimme arbeitet.

Und es kann auch nicht Sinn des Gesetzgebers, schon gar nicht dieses Bundesgesundheitsministers sein, die Ausgestaltung des Gesundheitswesens über die Köpfe der Kammern hinweg vorzunehmen.

Wir wissen, dass das Bundesgesundheitsministerium unsere Belange ernst nimmt und sich nicht leichtfertig über unsere Argumentation hinwegsetzen wird. Wir werden hier unseren Anspruch vertreten, in aller Sachlichkeit, aber auch mit aller dem Gewicht unseres Anspruchs entsprechenden Beharrlichkeit. Das sind wir dem Berufsstand schuldig.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Peter Engel

Präsident der Bundeszahnärztekammer

Bekämpfung von Volkskrankheiten**Gesundheitsforschung wird verstärkt**

Die Bundesregierung verstärkt den Kampf gegen Volkskrankheiten wie Diabetes, Krebs und Herz-Kreislaufprobleme. In sechs sogenannten Gesundheitszentren werden solche Leiden ab sofort erforscht. An den Zentren mit 39 Standorten sollen Experten aus mehr als 120 Universitäten und anderen Einrichtungen fachübergreifend und vor allem praxisorientiert zusammenarbeiten. Der Bund investiert dafür mehrere hundert Millionen Euro. „Damit schlagen wir ein neues Kapitel in der Gesundheitsforschung auf, zum Wohle der Patienten in Deutschland“, sagte Bundesforschungsministerin Annette Schavan (CDU) am Donnerstag bei der Präsentation in Berlin. Die Regierung reagiere damit unter anderem auf den demografischen Wandel: Bis 2050 soll jeder dritte Deutsche mindestens 65 Jahre alt sein. Neben



Foto: MEV

den schon seit 2009 bestehenden Zentren für Hirnerkrankungen und Diabetes kommen vier weitere für Herz-Kreislauf, Infektionen, Krebs- und Lungenforschung hinzu. Auch Unternehmen sollen eingebunden werden. „Die Zentren sind das Herzstück des neuen Rahmenprogramms Gesundheitsforschung der Bundesregierung“, sagte die Ministerin. Dafür will der Bund bis 2014 insgesamt 5,5 Milliarden Euro ausgeben. eb

Zahnbehandlungen**PKV schürt Angst**

Die Privatversicherer schüren in den Medien die Angst vor einem Anstieg der Kosten für Zahnarztbehandlungen um fast 20 Prozent – Grund sei die neue Gebührenordnung. Damit startete die PKV einen weiteren Versuch, die GOZ-Novellierung zu torpedieren. Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) sieht keinen Änderungsbedarf der seit 1989 unveränderten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), da die Zahnärzte Wege gefunden hätten, die Teuerungsrate auszugleichen. Während die Leistungen seit 1989 nach den gleichen Punktwerten abgerechnet wer-

den, könne der reale Preis via GOZ-Faktor angepasst werden. Nach Darstellung der Privatversicherer multiplizierten die Zahnärzte bereits rege – je nach Komplexität und Zeitaufwand der Behandlung – den Faktor, dessen Richtgröße bei 2,3 liegt. Wie die „Süddeutsche Zeitung“ (SZ) mit Verweis auf PKV-Kreise schreibt, sei die Zahl der Fälle mit einem Steigerungsfaktor über 2,3 zwischen 2000 und 2009 um fast 65 Prozent gestiegen. Da im Zuge der Novellierung viele Punktwerte erhöht werden sollen, geht das Bundesgesundheitsministerium davon aus, dass die Mediziner in

GKV**Finanzprobleme bei über 20 Kassen**

Mehr als 20 gesetzliche Krankenkassen müssen wegen Finanzproblemen auf die Kostenbremsetreten oder Zusatzbeiträge verlangen. „Einige Kassen haben zu wenig getan“, sagte der Sprecher des Bundesversicherungsamts, Tobias Schmidt, in Berlin. Er bestätigte damit einen Bericht der „Bild“-Zeitung. Auch größere Kassen befänden sich unter den Versicherungen mit zu geringer Reserve. „Ein Viertel der unserer Aufsicht unterstehenden Kassen liegt unter dem Mindestsoll“, erläuterte Schmidt. Derzeit stehen von den rund 150 Krankenkassen 93 unter Aufsicht des Amtes, vor allem Betriebs- und Ersatzkassen. Bei manchen der betroffenen Kassen seien die Probleme größer, bei anderen geringer, sagte

Schmidt. „Das ist breit gestreut.“ Sparen könnten diese Kassen mit dem Abbau freiwilliger Leistungen oder von Personal. Bis zum Aufstellen der Haushaltspläne fürs kommende Jahr im November müssten sich die betroffenen Kassen „Gedanken machen“, so Schmidt. Das bedeute aber nicht, dass diese Versicherungen vor der Pleite stünden. Eine Sprecherin des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen (BKKen) sagte der Nachrichtenagentur dpa, ihr lägen keine Zahlen vor, die auf eine Schieflage weiterer BKKen hindeuteten. Die Ersatzkassen hatten im ersten Quartal 518 Millionen Euro Überschuss, teilte eine Sprecherin mit. „Das zeigt, dass die Finanzsituation solide ist.“ eb/dpa



Foto: MEV

Zukunft wieder niedrigere Multiplikatoren verwenden werden. In den PKV-Kreisen hieß es laut „SZ“ jedoch, es widerspreche „aller Lebenserfahrung, dass die Zahnärzte darauf verzichten werden, den sich ihnen bietenden gesetzlichen Spielraum auch auszuschöpfen“. Am Ende würden die Honorare deshalb nicht wie vorgesehen um sechs, sondern „um 14 bis 18 Prozent“ steigen, so das Szenario der PKV. „Die PKV versucht wiederholt, mit falschen

Zahlen Ängste zu schüren und die längst überfällige Novellierung der privaten Gebührenordnung zu torpedieren“, erklärte dagegen der KZBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz der „SZ“. Die Mehrkosten kämen in etwa in der Größenordnung, die das Gesundheitsministerium vorhersagt, die Zahlen der PKV seien ein „Horrorzenario“, mit dem sich die Privatkassen „einmal mehr als Verhandlungspartner diskreditiert“ hätten. mp

Bearbeitung von Leistungsanträgen

City BKK braucht Hilfe anderer Kassen

Die bankrotte City BKK braucht die Unterstützung anderer Krankenkassen, um Berge unbearbeiteter Post zu bewältigen. Mehr als 10 000 Anträge müssen noch geprüft werden. „Es gibt in vier Leistungsbereichen Rückstände bei der Bearbeitung“, sagte Kassenvorstand Oliver Reken der Tageszeitung „Die Welt“. Um das aufzuholen, müssten ab jetzt 43 Mitarbeiter von anderen Krankenkassen aushelfen. „Bis zum 30. Juni sollen alle unbearbeiteten Leistungsanträge erledigt sein“, gab sich Reken optimistisch. Der Vorstand begründete die verzögerte Bearbeitung mit der hohen Belastung seiner Mitarbeiter. „Hätten alle anderen Kassen unsere Versicherten ohne Verzögerung aufgenommen, wäre das Problem nicht so groß“, sagte er. Wie die Zeitung



Foto: MEV

unter Berufung auf Experten anderer Kassen berichtet, liegen bei der City BKK schon seit mehreren Wochen insgesamt mehr als 10 000 Anträge auf Leistungen unbearbeitet herum. Nach Angaben von Reken haben bislang fast 100 000 der ehemals gut 130 000 Mitglieder die City BKK verlassen und sind zu anderen Kassen gewechselt. „Unser Ziel ist, dass alle Kunden bis zum 30. Juni eine neue Kasse gewählt haben“, sagte er. Die Mitglieder, die zum 1. Juli noch immer nicht gewechselt hätten, müssten sich trotzdem keine Sorgen um ihren Versicherungsschutz machen. „Wir haben eine Lösung gefunden, bei der die Versichertenkarte der City BKK auch noch nach dem 1. Juli akzeptiert werden wird“, berichtete der Krankenkassenvorstand. eb/dpa

Krankenkassen

BMG will Beiträge nicht senken

Obwohl im Gesundheitsfonds mit Überschüssen im Milliardenbereich zu rechnen ist, plant die Bundesregierung keine Entlastung der Beitragszahler durch eine Senkung des Kassenbeitrags. Für eine Senkung gebe es keinen Spielraum, erklärte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) laut „Deutschem Ärzteblatt“. Der GKV-Spitzenverband erwartet zum Ende dieses Jahres einen Überschuss von zwei Milliarden Euro im Gesundheitsfonds. Dazu kommt noch der vom Gesetzgeber vorgeschrie-

bene Reserveüberschuss von fünf Milliarden Euro. Angesichts des Überschusses plädiert der Verband dafür, die Kassenbeiträge zu senken beziehungsweise die Überschüsse einzusetzen, um mögliche Zusatzbeiträge zu verhindern. Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) auf der anderen Seite sprach sich gegen eine allgemeine Beitragssenkung aus, weil dies vor allem den Arbeitgebern zugute komme, berichtet das „Ärzteblatt“. Stattdessen solle der Versichertenbeitrag gesenkt werden. eb

Bulimie und Magersucht**KBV-Konzept für Essgestörte**

Die KBV hat ein neues Versorgungskonzept für an Bulimie oder Magersucht erkrankte Kinder vorgestellt. KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller rief die Krankenkassen zur Teilnahme an dem Vertrag auf. „Kinder leiden fast ebenso häufig wie Erwachsene an psychischen Erkrankungen. Doch oftmals fehlen geeignete Versorgungsstrukturen, während die Wartezeiten für vorhandene Therapieplätze sehr lang sind“, erklärte Müller. Deshalb ziele das Konzept auf eine frühe Intervention, um die Heilungschancen zu erhöhen, auf einen nieder-



Foto: MIEV

schwelligem Zugang und auf die Kooperation der Akteure für einen zeitnahen Therapiebeginn. Multiprofessionelle Teams, eine interdisziplinäre Koordination

und die Dokumentation seien Kernbestandteile des Versorgungskonzepts. An der Entwicklung arbeiteten der Berufsverband Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland, der Berufsverband deutscher Psychiater und Psychotherapeuten, die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte mit. Essstörungen gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und weisen eine hohe Letalitätsrate auf. ck/pm

AOK Baden-Württemberg**Neuer Chef**

Deutschlands fünftgrößte Krankenkasse, die AOK Baden-Württemberg, hat einen neuen Chef: Christopher Hermann folgt auf Rolf Hoberg, der zum 1. Oktober in Ruhestand geht. Der Verwal-



tungsrat bestätigte den Wechsel am Donnerstag bei einer Sitzung in Baden-Baden. Hermann war bislang Stellvertreter von Hoberg. Die AOK Baden-Württemberg versichert nach eigenen Angaben 3,8 Millionen Menschen im Land. ck/dpa

UN-Ziel**Aids in zehn Jahren besiegen**

Aids in zehn Jahren besiegen – unter dieses Motto stellte UN-Generalsekretär Ban Ki Moon eine hochrangige HIV/Aids-Konferenz bei den Vereinten Nationen in New York.

„Diese historische Zusammenkunft ist ein Aufruf, in Aktion zu treten“, sagte Ban vor Politikern und Experten aus aller Welt. Das Ziel könne erreicht werden, wenn alle Partner „globale Solidarität wie nie zuvor“ bewiesen, die Preise für Medikamente gesenkt und die Gesundheit sowie Menschenwürde von Frauen und Mädchen mehr beachtet würden. Weiter gehöre dazu, die Jugend noch mehr aufzuklären und neue Kommunikationstechniken stärker einzusetzen. Die dreitägige Konferenz „UNite for Universal Access“ sollte auch die Spendenbereitschaft neu beleben.

Dank internationaler Initiativen war die Zahl der Neuinfektionen

mit HIV im vergangenen Jahrzehnt um 25 Prozent zurückgegangen.

Global werden sechs Millionen HIV-Infizierte mit lebensverlängernden Medikamenten versorgt. Aber neun Millionen, die ebenfalls dringend behandelt werden müssten, haben noch immer keinen Zugang zu ihnen. eb/dpa



Foto: CC

Antidiskriminierung**Schutz für chronisch Kranke gefordert**

Die Leiterin der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Christine Lüders (Foto), und der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Hubert Hüppe, fordern, alle chronisch kranken Menschen vor Diskriminierung zu schützen. Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) schützt vor Benachteiligungen wegen einer Behinderung. Die Auslegung des Begriffs sei in Rechtsprechung und Lehre jedoch noch immer nicht geklärt. So werden etwa eine HIV-Infektion oder Diabetes nicht immer als Behinderung angesehen. Diese Menschen hätten dann keinen Diskriminierungsschutz. Lüders und Hüppe unterstrichen: „Ein enges Verständnis des Behinderungsbegriffs schließt Menschen mit chronischen Krankheiten aus. Gerade auch nicht sichtbare Beeinträchtigungen wie chronische Krankheiten stellen für Menschen eine Behinderung im



Foto: ADS

Arbeitsleben und im Alltag dar.“ Nun sei die Rechtsprechung gefordert, ihre enge Definition von Behinderung aufzugeben. „Falls sich keine Verbesserungen einstellen, besteht Handlungsbedarf für den Gesetzgeber“, betonten die Beauftragten. Etwa 25 Prozent aller Anfragen an die Antidiskriminierungsstelle des Bundes betreffen den Diskriminierungsgrund Behinderung, berichten sie. Eine Vielzahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder der HIV-Infektion suchte dort Rat und Hilfe, weil sie Diskriminierungserfahrungen an ihrer Arbeitsstelle und teilweise auch schon im Bewerbungsverfahren gemacht hätten. mp/pm

US-Krebspatienten**Erst die Therapie, dann die Insolvenz**

Die hohen Therapiekosten enden für einige Krebspatienten in den USA in der Privatinsolvenz. Und je länger ein Patient lebt, also je erfolgreicher die Behandlung ist, desto größer ist das Bankrottrisiko. In einer aktuellen Studie des Fred Hutchinson Cancer Research Center in Seattle untersuchten Wissenschaftler knapp 232 000 Krebsfälle von erwachsenen Patienten in den Jahren 1995 bis 2009. Die Ergebnisse wurden auf der Jahrestagung der American Society of Clinical Oncology in Chicago präsentiert.



Foto: CC

„Krebspatienten stehen aufgrund von Einnahmefällen und privaten Zuzahlungen unter hohem finanziellen Druck“, berichtet der Studienleiter Dr. Scott Ramsey. „Durchschnittlich steigt die Privatinsolvenzrate in den fünf Jahren nach der Diagnose um das Vierfache.“ Bereits ein Jahr nach der Krebsdiagnose liegt laut Studie die Insolvenzrate doppelt so hoch wie bei der Durchschnittsbevölkerung.

„Das Insolvenzrisiko für Krebspatienten ist nur wenig bekannt“, bemängelte Ramsey.

Zudem sei das Bankrottrisiko von Krebsart zu Krebsart unterschiedlich. Am höchsten wäre es bei Lungenkrebs, bei Leukämie und bei Schilddrüsenkrebs.

eb/pm

Großbritannien**Computerpleite im Gesundheitswesen**

„Das weltweit größte zivile IT- und Computerprojekt ist ein totaler Reinfall.“ Mit diesen Worten zogen britische Gesundheitspolitiker jetzt Bilanz eines 2002 gestarteten milliardenschweren Investitionsprogramms für neue Computer und Informationstechnologie (IT) in britischen Zahnarzt- und Hausarztpraxen sowie Kliniken. Die Zahnärzteschaft ist enttäuscht.

Das Gesundheitsministerium wollte mit dem Investitionsprogramm Praxen, Krankenhäuser und ambulante Gesundheitseinrichtungen des staatlichen Gesundheitsdienstes (National Health Service, NHS) informationstechnologisch auf den neuesten Stand bringen. Dafür

wurden ursprünglich 12,7 Milliarden Pfund (mehr als 15 Milliarden Euro) im Gesundheitsetat zur Verfügung gestellt.

„Das System wird niemals so funktionieren, wie das ursprünglich geplant war“, stellte nun das „National Audit Office“ (NAO) kritisch fest. „Für Patienten und Steuerzahler ist das alles eine große Enttäuschung und Geldverschwendung.“ Das NAO kontrolliert regelmäßig die Ausgaben der Regierung. Ziel ist, die Verschwendung von Steuergeldern zu verhindern.

Laut NAO wurden bislang lediglich vier vollständige Computersysteme an große NHS-Kliniken ausgeliefert und installiert.

mp/ast

Ministertreffen**Gleiche Chancen für Frauen schaffen**

Trotz guter Ausbildung arbeiten Frauen oft in Minijobs, haben schlechtere Aufstiegschancen als Männer und meist sind sie es, die Angehörige zu Hause pflegen: Die Frauen- und Gleichstellungsminister der 16 Bundesländer wollten auf einer Konferenz solch unterschiedlichen Lebenswelten von Männern und Frauen entgegenwirken.

Sie trafen sich in Plön (Schleswig-Holstein), um über Pflege, Frauenquoten und haushaltsnahe Dienstleistungen zu beraten. Den Vorsitz hatte Schleswig-Holsteins Frauenminister Emil Schmalfuß (parteilos).

„Auch mit Blick auf den demografischen Wandel und den Fachkräftemangel benötigen wir eine offene Diskussion über die tatsächliche Realität der Wahlmöglichkeiten von Frauen und Männern in unserer Gesellschaft“, sagte Schmalfuß.



Foto: MEV

Grundlage der Debatte war ein Gutachten der Sachverständigenkommission für den ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. Demnach unterbrechen Frauen viel häufiger als Männer ihre Erwerbstätigkeit für Kinderbetreuung und die Pflege von Angehörigen. Ein Antrag Hessens hatte zum Ziel, gerade pflegenden Frauen zu ermöglichen, auch ihren Beruf auszuüben. eb/dpa

EU-Kommission**Kampagne gegen Rauchen gestartet**

Der EU-Gesundheitskommissar John Dalli hat Mitte Mai mit dem Slogan „Ex-Raucher sind nicht zu stoppen“ eine EU-weite Kampagne gestartet, die junge Menschen dazu bewegen soll, mit dem Rauchen aufzuhören. Die Kampagne richtet sich vornehmlich an Raucher im Alter zwischen 25 und 34 Jahren. Das sind fast 28 Millionen Menschen in der EU. Die auf drei Jahre angelegte Kampagne zeigt auf, wie es gelingen kann, mit dem Rauchen aufzuhören und welche Nachteile der Nikotinkonsum hat. Sie setzt dabei auf die Vorbildfunktion ehemaliger Raucher. Ausstiegs-



Foto: MEV

willige Raucher können sich auf einer kostenlosen digitalen Plattform für Gesundheitscoaching („iCoach“) in allen EU-Amts-sprachen praktische Tipps holen. Rauchen ist die Ursache Nummer eins für vermeidbare Krankheiten in der Europäischen Union und führt Schätzungen zufolge EU-weit jedes Jahr zu mehr als 650 000 Todesfällen. Jeder dritte EU-Bürger ist Raucher. pr/ps

Regierungsinitiative**Mehr Jobs für behinderte Menschen**

Die Bundesregierung will mit insgesamt 100 Millionen Euro bessere Berufschancen für behinderte Menschen schaffen.

Das sieht der sogenannte Nationale Aktionsplan zur UN-Behindertenrechtskonvention vor, den Bundessozialministerin Ursula von der Leyen (CDU) vorstellte. Demnach solle das Geld über fünf Jahre hinweg bereitgestellt werden. „Wir investieren das Geld in eine bessere Berufsorientierung, Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen“, sagte von der Leyen der „Hannoverschen All-

gemeinen Zeitung“. Besondere Beachtung fänden schwerbehinderte Jugendliche.

Bis zu 10 000 junge Behinderte sollen ab Herbst über zwei Jahre auf das Berufsleben vorbereitet werden. Zusätzlich sollen 1 300 neue betriebliche Ausbildungsplätze für Jugendliche mit Handicaps auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt geschaffen werden, indem es für Arbeitgeber spezielle Anreize gebe. Ziel sei zudem, 4 000 neue altersgerechte Jobs für schwerbehinderte Menschen über 50 Jahre zu schaffen. eb/dpa

Konsensuspapier veröffentlicht**Diabetes mellitus und Parodontitis**

Das Wissen um die Beziehung zwischen Diabetes mellitus und Parodontitis wurde bislang in der Therapie von Diabetikern und Parodontitispatienten oftmals nicht ausreichend berücksichtigt. Die Mitglieder des Wissenschaftsausschusses der Initiative „Gesund im Mund bei Diabetes“ haben daher auf der Grundlage evidenzbasierter Daten gemeinsam das Konsensuspapier zu den bidirektionalen Zusammenhängen zwischen Parodontitis und Diabetes erarbeitet. Langfristig streben sie damit eine Ergänzung der wissenschaftlich begründeten, praxisorientierten Handlungsempfehlungen in der Versorgung von Diabetes- und Parodontitispatienten an.

Der Wissenschaftsausschuss der Initiative setzt sich dafür ein, dass es durch eine gezielte Anamnese mithilfe eines Fragebogens sowohl in der Zahnarzt- als auch in der Allgemeinarzt-



sowie in der Diabetologenpraxis möglich ist, das individuelle Risiko der Patienten einschätzen zu können. Der aufgenommene Zahnstatus soll rechtzeitig auf Veränderungen der Mundgesundheit hinweisen und frühzeitig eine Überweisung ermöglichen. Das Konsensuspapier mit dem Titel „Diabetes mellitus und Parodontitis – Wechselbeziehung und klinische Implikationen“ ist in der April-Ausgabe der renommierten Fachzeitschrift „Der Internist“ im Springer Verlag erschienen und wird noch in diesem Herbst in den Zahnärztlichen Mitteilungen publiziert werden. sp/pm

Milliardenspenden**Impfschutz armer Kinder unterstützen**

Regierungen, Organisationen und Stiftungen haben in London 4,3 Milliarden US-Dollar für einen besseren Impfschutz von Kindern in armen Ländern zusammengetragen. Allein der US-Milliardär und Microsoft-Gründer Bill Gates spendete über seine Stiftung eine Milliarde Dollar. Mit dem gesammelten Geld hat die Weltweite Allianz für Impfung und Immunisierung (Global Alliance for Vaccines and Immunization, Gavi) 7,6 Milliarden US-Dollar zur Verfügung, um Impfprogramme in Entwicklungsländern zu fördern. Premierminister David Cameron sagte für die britische Regierung zu, bis 2015



Foto: MEV

die Summe von knapp 1,5 Milliarden Pfund bereitzustellen – 814 Millionen Pfund (923 Millionen Euro) mehr, als bisher geplant. Die EU-Kommission ist mit weiteren zehn Millionen Euro dabei, nachdem sie bereits kürzlich

20 Millionen Euro bereitgestellt hatte – zusätzlich zu ihren anderen Programmen zur Kindergesundheit in Entwicklungsländern.

Gavi will mit dem Geld 250 Millionen Kinder impfen, etwa gegen Tetanus und Diarrhö. Die Krankheiten gelten als eine der

häufigsten Todesursache für Kinder unter fünf Jahren in Entwicklungsländern. „Jedes Jahr sterben auf diesem Planeten 1,7 Millionen Kinder an Krankheiten, die vermeidbar sind“, sagte Gavi-Direktor David Ferreira, Südafrika. eb/dpa

Entwicklungsländer**GlaxoSmithKline verbilligt Impfstoff**

Der britische Pharmakonzern GlaxoSmithKline (GSK) will den Preis für seinen Impfstoff gegen Durchfallerkrankungen durch Rota-Viren in Entwicklungsländern deutlich senken. GSK-Chef Andrew Witty sagte, dass eine Dosis künftig 2,50 Dollar kosten solle, die komplette Impfung eines

Kindes läge dann bei fünf Dollar. Dies wären 67 Prozent weniger als bisher. Es handele sich hierbei „nicht um eine Spielerei oder eine einmalige philanthropische Geste“ zitiert das Internetportal „Spiegel Online“ den GSK-Chef. Es gehe darum, das Geschäftsmodell zu ändern. ck

Migräne und Kopfschmerzen**Kognitive Folgen nicht bestätigt**

Die Sorge, dass eine Migräne oder andere Kopfschmerzen langfristig die kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigen, scheint unbegründet zu sein. Eine Kohortenstudie im Britischen Ärzteblatt (BMJ 2011; 342: c7357) bestätigt allerdings, dass es zu Beschädigungen der weißen Hirnsubstanz kommen kann, wie jetzt das Deutsche Ärzteblatt schreibt. Hyperintensitäten der weißen Hirnsubstanz sind in der Kernspintomografie ein Hinweis auf eine ischämische Schädigung. Diese „weißen Flecken“ werden infolge der Fortschritte der Kernspintomografie immer häufiger auch bei Personen entdeckt, bei denen keine Hinweise auf einen Schlaganfall oder sonstige Hirnschädigungen vorliegen. Überproportional häufig werden sie bei Migräne-Patienten beobachtet. Da die Migräne in jungem Lebensalter auftritt und die Schmerzattacken sich mehr oder weniger häufig wiederholen, bestand die Befürchtung, dass die Patienten im Alter kognitive Störungen entwickeln. Dies können Tobias Kurth und Mitarbeiter vom französischen Forschungsverbund INSERM jetzt nicht bestätigen. Ihre Tests an den Teilnehmern der Epidemiology-of-Vascular-Ageing-Studie, einer Kohorte von 780 Personen im Alter von 69 Jahren, zeigt, dass eine Migräne oder andere heftige Kopfschmerzen in der Anamnese nicht mit schlechteren Ergebnissen in kognitiven Tests einhergehen. Die Studie zeigt aber erneut, dass Menschen mit einer Migräne in der Vorgeschichte häufiger Hyperintensitäten der weißen Hirnsubstanz aufweisen, was übrigens auch auf Patienten



Foto: Deutsches Grünes Kreuz

mit starken Kopfschmerzen anderer Genese zutraf. Kopfschmerzpatienten hatten zweifach häufiger ausgeprägte Hyperintensitäten der weißen Hirnsubstanz (oberstes Drittel). Besonders deutlich war die Assoziation bei Patienten, die unter einer Migräne mit Aura gelitten hatten. Die Autoren ermittelten eine Odds Ratio von 12,4. Sie lässt trotz eines sehr weiten 95-Prozent-Konfidenzintervalls (1,6 bis 99,4) kaum Zweifel daran, dass es sich hierbei um eine besonders schädliche Form der Migräne handelt. Frühere Studien hatten die Migräne mit Aura bereits mit einer erhöhten Rate von Schlaganfällen in Verbindung gebracht. Die zerebralen Ischämien werden als Folge der Gefäßkontraktion interpretiert, zu der es während der Migräneattacken kommt. Schlaganfälle sind allerdings insgesamt ein seltenes Ereignis bei Migräneuren (die Erkrankung tritt ja meist bei jüngere Menschen auf) und die Gefahr, dass sich viele sogenannte stumme Infarkte über die Jahre zu einer signifikanten Verschlechterung der kognitiven Leistungen kumulieren, scheint aufgrund der jetzigen Studie nicht zu bestehen. sp/pm

Foto: proDente e.V.

Universität Tübingen**Steuerung von Proteinen entschlüsselt**

Forscher am Proteom Centrum der Universität Tübingen haben eine bisher unbekannt Form des Regulatorproteins Ubiquitin, das Entzündungsprozesse beeinflusst, identifiziert. Das kleine Protein trägt den Namen Ubiquitin. Es kommt allgegenwärtig (ubiquitär) in den Zellen höherer Lebewesen vor. Ubiquitin bindet an andere Proteine und beeinflusst deren Eigenschaften auf unterschiedlichste Weise. Die Modifizierung von Proteinen durch Ubiquitin, die sogenannte Ubiquitinierung, deren Entdeckung im Jahr 2004 mit dem Nobelpreis ausgezeichnet wurde, ist für viele regulatorische Prozesse in der Zelle von größter Bedeutung. So kann Ubiquitin zur Entstehung von Krankheiten beitragen, aber auch Fehler in der Proteinbildung korrigieren helfen. Es können sich Ketten von Ubiquitin-Molekülen

bilden und mit einem Zielprotein verbinden. Man spricht dann von Polyubiquitinierung. Eine neue Form der Polyubiquitinierung, haben jetzt die Forscher in Tübingen nachgewiesen. Die Wissenschaftler um Prof. Boris Macek, haben damit einen Beitrag zu einer internationalen Studie geleistet, über deren Ergebnisse die Fachzeitschrift „Nature“ berichtet hat. In der Studie wurde gezeigt, dass ein wichtiger Regulationsmechanismus der Zelle von dieser neuen Form der Ubiquitinierung reguliert wird. Der NF-KappaB-Signaltransduktionsweg ist bei der Entstehung von Entzündungsprozessen wichtig. Die neuen Erkenntnisse über dessen Regulierung können, so hoffen die Forscher, zur Entwicklung neuer Therapien führen. sf

■ DOI:10.1038/nature09814

Kiefergelenkschmerz**Bei Frauen Symptom für Herzinfarkt**

Frauen und Männer erleben dieselben Krankheiten häufig anders. Darauf weist die Hirnforscherin Prof. Bettina Pfliegerer vom Universitätsklinikum Münster hin. Das klassische Beispiel sei der Herzinfarkt. Während Männer meist die typischen Symptome aufweisen, etwa, dass der Schmerz in den Arm ausstrahlt, können Frauen auch Schmerzen

im Kiefergelenk, einige sogar im Rücken haben. Da denke man bei Frauen nicht gleich an einen Infarkt, erklärte Pfliegerer im Gespräch mit der dpa.

Zudem reagieren Frauenherzen auf Medikamente manchmal anders als Männer. Pfliegerer: „Man darf nicht vergessen, dass die meisten Medikamente an Männern erprobt wurden und dementsprechend dosiert werden. Frauen brauchen aufgrund ihrer körperlichen Beschaffenheit eine andere Dosierung.“ Grundsätzlich würden Frauen schneller reagieren. Bereits bei den ersten Anzeichen einer Krankheit suchen Frauen einen Arzt auf. sf/dpa



Schlaganfall**Neurotransmitter als Therapieoption**

Der chemische Botenstoff Noradrenalin vermag offensichtlich feinmotorische Defizite, die nach einem Apoplex auftreten, zu reduzieren. Daraus ließe sich ein neuer therapeutischer Ansatz zur Rehabilitation nach einem Schlaganfall ableiten, wie jetzt bekannt wurde. In der Studie von Christian Grefkes vom Max-Planck-Institut für neurologische Forschung, die in Zusammenarbeit mit dem Institut für Neurowissenschaften und Medizin des Forschungszentrums Jülich sowie der Neurologischen Klinik der Uniklinik Köln entstand, erledigten elf Schlaganfall-Patienten mit motorischen Defiziten (42 bis 74

Jahre alt) verschiedene Aufgaben, in denen die maximale Griffkraft sowie die Fingerklopfrate bestimmt beziehungsweise Zeigebewegungen ausgeführt wurden. Dabei beeinflussten die Wissenschaftler die Verweildauer des natürlich ausgeschütteten chemischen Botenstoffs Noradrenalin durch die Gabe von Reboxetin (RBX). Diese Substanz verlangsamt die Wiederaufnahme des Transmitters in die neuronalen Zellspeicher und verlängert somit dessen stimulierende Wirkung auf die Kopplung im kortikalen Motorik-Netzwerk. Die Untersuchung war placebo-kontrolliert (*Annals of Neurology*, 69(2), 375-388, 2011). Die Er-

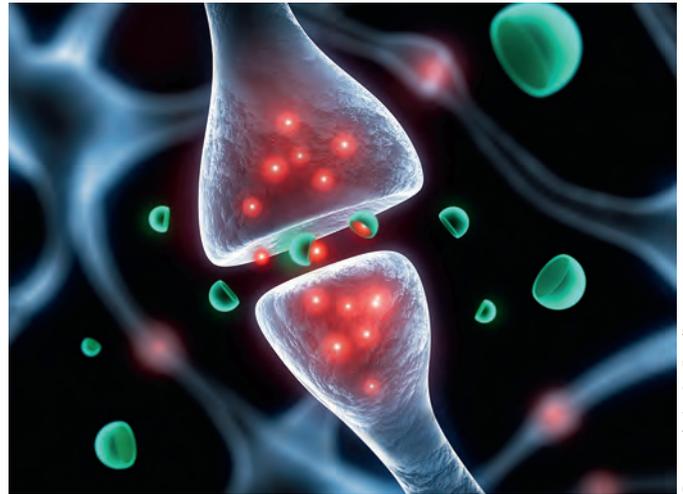


Foto: psdesign1 – Fotolia.com

gebnisse waren beeindruckend. Die Griffkraft der betroffenen Hand vervierfachte und die Fingerklopfrate verdoppelte sich im Schnitt. Diese motorischen Verbesserungen waren auf kortikaler Ebene mit einer Normalisierung der zuvor krankhaft erhöhten Hirnaktivität verbunden, wie magnetresonanztomografische Gehirnscans erkennen ließen –

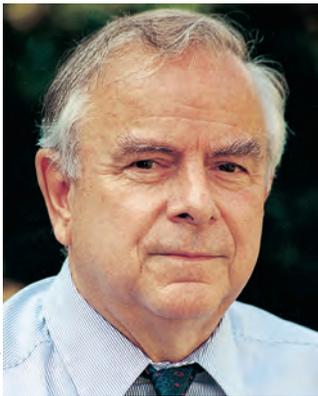
insbesondere in den motorischen Arealen der geschädigten Hemisphäre. Diese Prozesse gingen einher mit einer gesteigerten Kommunikationseffizienz zwischen dem Handareal und den vorgeschalteten motorischen Kontrollzentren. Geplant ist die Testung von Reboxetin an einer größeren Patientengruppe über einen längeren Zeitraum. sp/pm

Was der Pflege gut tut

Die Sozialpolitiker der Koalition haben sich weitgehend über die Leistungsverbesserungen im Pflegefall, vor allem zugunsten der Demenzzkranken, verständigt. Über die künftige Organisation der Pflegeversicherung und deren finanzielle Absicherung ist noch nicht entschieden. Wegen der Alterung der Gesellschaft, der Zunahme der Pflegebedürftigen und der Abnahme der Beitragszahler bleibt der Politik nur noch eine kurze Zeitspanne für eine grundlegende Reform, durch die nicht nur die Leistungen verbessert, sondern diese auch seriös finanziert werden. Noch immer weichen die Akteure der Koalition einer offenen Diskussion dieser zentralen Frage für die Zukunft der Pflegeversicherung aus. Damit wächst die Gefahr, dass in den Hinterzimmern der Politik über die Köpfe der Betroffenen hinweg Kompromisse vereinbart werden, die langfristig zu einer Verdoppelung bis Verdreifachung der Beitragssätze führen müssten.

In den Vordergrund der Überlegungen sind Vorschläge gerückt, mit zusätzlichen Beiträgen einen kollektiven Kapitalstock anzusammeln, der bei der Beschleunigung des Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen und der weiteren Abnahme der Zahl der Beitragszahler wieder aufgelöst und zur Finanzierung der Pflege herangezogen werden könnte. Für eine begrenzte Zeit soll also die Finanzierung der Pflege durch Mittel aus dem Kapitalstock entlastet und gesichert werden.

Foto: privat



Die Pflegeversicherung sollte durch eine zweite Säule ergänzt werden, die „verpflichtend, individualisiert und generationengerecht“ ausgestaltet wird. Darauf hatte sich die Koalition festgelegt. Politiker von CDU und CSU rücken jetzt davon ab, moniert Sozialpolitik-Journalist Walter Kannengießer.

Vor diesem Weg ist zu warnen. Der Fonds würde zu einer Art Reservekasse der Pflegeversicherung, auf die der Gesetzgeber beliebig zugreifen könnte. Die Idee, den Fonds verfassungsrechtlich abzusichern, bietet keinen wirksamen Schutz. Solche Klauseln können vom Gesetzgeber jederzeit aus der Verfassung gestrichen werden. Über die Verwendung der Mittel des Fonds, der mit der Pflegeversicherung verbunden bliebe, würde



Foto: Ute Grabowsky-photothek.net

Die im Koalitionsvertrag vorgesehene ergänzende Säule ist nur über eine eigenständige Zusatzversicherung zu erreichen, deren individuelle Anwartschaften auf Leistungen im Pflegefall durch individuell zugeordnetes Kapital gedeckt werden. Es handelt sich also nicht um eine Versicherung zur Ansammlung eines später an den Versicherten auszuschüttenden Kapitals, sondern um eine Absicherung des Pflegefallrisikos. Jeder

Bürger kann mit verhältnismäßig niedrigen Beiträgen ihm zugeordnete Anwartschaften und Kapitalbeträge erwerben, die er im Pflegefall abrufen kann. Sozialpolitisch sinnvoll ist eine solche Versicherung nur, wenn sie alle Bürger erfasst, relativ niedrige Mindestbeiträge vorschreibt und mit einem Sozialausgleich aus Steuermitteln verbunden wird. Solche Risiko-Versicherungen könnten auch Lebensversicherungen anbieten.

Der Vorteil dieses Modells ist klar: Die gesetzliche Pflegeversicherung mit einkommensbezogenen Beiträgen gewährleistet eine Grundsicherung. Das zur Risikovorsorge von den Versicherten in der zweiten Säule gebildete Kapital ist dem politischen Zugriff entzogen. Beiträge und Leistungen bleiben stabil und damit für den Versicherten kalkulierbar. Das Modell ist nicht nur für die Versicherten, sondern auch für die Politiker attraktiv. Sie haben dies nur noch nicht erkannt.

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

KZBV-Vertreterversammlung

Der Durchbruch

Zwei Jahre harte Arbeit liegen hinter dem Vorstand der KZBV und seinem Team. Mit dem Versorgungsgesetz kommt am Ende der verdiente Erfolg: Endlich fallen die Budgets und die strikte Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung. Zahnärzte können sich also in Zukunft wieder am Versorgungsbedarf orientieren. Ein Wermutstropfen aber bleibt: der halbherzige Ost-West-Angleich.

„Als wir vor zwei Jahren unsere Strategien zur Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung unter dem Titel „Perspektive Mundgesundheit“ vorlegten, hatten wir unsere Patienten fest im Blick“, rekapituliert der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz auf der KZBV-Vertreterversammlung am 9. Juni in Hamburg die Geschehnisse. „Ziel war, die Mundgesundheit der Bevölkerung zu verbessern und eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten.“ Grundlage des Konzepts: der Paradigmenwechsel in Richtung präventionsorientierte Zahnheilkunde und Zahnerhaltung.

Fotos: KZBV-Darçhinger



Die Budgetierung ist Geschichte! Die Anstrengungen des KZBV-Vorstands tragen endlich Früchte: Vize Dr. Wolfgang Eßer, Chef Dr. Jürgen Fedderwitz und Vize Dr. Günther E. Buchholz.

Eine echte Strukturreform

Offensichtlich ist die Botschaft angekommen: „Der Arbeitsentwurf begründet die vorgesehenen gesetzlichen Regelungen, und zwar ausdrücklich mit den von uns genannten Folgen für die Versicherten“, berichtet Fedderwitz. „Erstmals in der Gesundheitspolitik wurde etwas vorgelegt, was den Namen Strukturreform verdient.“ Zuvor hatte die KZBV der Politik eindringlich und immer wieder vermittelt, dass für die effektive Versorgung der Versicherten Struktur-reformen dringend vonnöten sind. „Wer politisch etwas erreichen will, muss auch Kante zeigen“, so der KZBV-Chef. „Der Arbeitsentwurf zum Versorgungsgesetz ist damit ein Beleg für eine zielorientierte, mit eigenen Inhalten und Forderungen, aber auch mit anerkannten Belegen unterfütterte Politik der Zahnärzteschaft. Und folglich auch ein Erfolg für das geschlossene Auftreten des Berufsstands.“

Ein Meilenstein in der Genese ist für den stellvertretenden KZBV-Vorsitzenden Dr. Wolfgang Eßer das 14-Punkte-Papier der AG Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Darin wird die Abkopplung der zahnärztlichen Vergütung von der Grundlohnsummenentwicklung als „nicht mehr sachgerecht“ bezeichnet. Und zum ersten Mal vorgeschlagen, Parameter zu entwickeln, die auch die Morbiditätsentwicklung berücksichtigen. Eßer: „Wir haben nachgewiesen, dass die zahnärztliche Versorgung den einzig relevanten Versorgungsbereich mit langfristig stabilen Ausgaben darstellt – und damit die Panikmache der AOK als solche geoutet. Bei uns gibt es keine beitragsatzrelevanten Mengen- und Ausgabensteigerungen.“ Ganz im Gegenteil: Die KZBV konnte die versorgungswidrige Wirkung der Budgetierung belegen, die den geänderten Leistungsbedarf der Primärkassen überhaupt nicht abbildet und zu einer

unfairen Vergütung der Zahnärzte führt. „Die AOK wird daher künftig nicht mehr die von den Zahnärzten finanzierten Wettbewerbsvorteile genießen, sondern – wie alle anderen auch – die erbrachten Leistungen bezahlen müssen“, stellte Eßer fest. „Die Zeiten, als wir 850 000 AOK-Patienten umsonst behandelt haben, sind vorbei!“ Die Vereinheitlichung der Punktwerte zwischen Primär- und Ersatzkassen auf KZV-Ebene werde für die Zahnärzte wie zugesagt finanzneutral erfolgen und für die GKV insgesamt keine Mehrkosten verursachen. Was haben die Zahnärzte nun unterm Strich erreicht? Eßer verdeutlicht: „Die Politik hat ihre Zusagen im Wesentlichen eingehalten. Der Entwurf für ein Versorgungsgesetz enthält sinnvolle Regelungen zur Reform des zahnärztlichen Vergütungssystems. Das heißt, der Vorrang des Grundsatzes der Beitragsstabilität und die strikte Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung werden

gekippt.“ Laut Eßer will man neue Kriterien entwickeln, die eine bedarfsgerechte Vergütung ermöglichen. Eßer: „Beitragsstabilität, Zahl und Struktur der Versicherten, die Morbiditätsentwicklung und die Kosten- und Versorgungsstruktur stehen künftig gleichgewichtet nebeneinander.“ Die KZVen erhalten zudem größere Verhandlungsspielräume für die Vereinbarung der Gesamtvergütungen, damit sie die Versorgungsrealität bedarfsgerecht abbilden können. Überschreitungen bedingen nicht länger zwangsläufig Rückzahlungen. „Es ist ein Reset erfolgt, weil die gegenüber der KZV abgerechneten Punktmengen für zahnärztliche Leistungen angemessen berücksichtigt werden“, bilanziert Eßer. Das Morbiditätsrisiko gehe wieder auf die Krankenkassen über, „wie das in einem wettbewerblich orientierten System auch unerlässlich ist“. Darüber hinaus könnten die KZVen den Honorarverteilungsmaßstab wieder in eigener Regie beschließen.

Was das Versorgungsgesetz beinhaltet:

- die Abschaffung der Budgetierung
- die Abkopplung der zahnärztlichen Vergütung von der Grundlohnsumme,
- die Berücksichtigung struktureller Veränderungen in der Versichertenlandschaft,
- die Förderung regionaler Strukturen und Kompetenzen für die Vereinbarung der Gesamtvergütungen,
- die Punktwertangleichung zwischen Primär- und Ersatzkassen,
- dass die regionalen Planungsbereiche entsprechend der Grenzen von Stadt und Landkreisen aufgehoben werden,
- eine Flexibilisierung der vertragszahnärztlichen Berufsausübung,
- die Aufhebung der Residenzpflicht,
- flexiblere Regelungen bei der Genehmigung von Zweitpraxen,
- dass man von der Bedarfsplanungsrichtlinie zum Zweck einer bedarfsgerechten Versorgung abweichen kann.

Einziges Wermutstropfen: das Thema Ost-West-Angleich. „Wir werden weiter von der Politik einfordern, dass sie sich an ihre Versprechen hält und eine Regelung im Ver-

sorgungsgesetz aufnimmt, die den Vertragsparteien in den neuen Bundesländern weitere Anpassungsschritte ermöglicht“, versprach Eßer.

Ebenso unzulänglich: das aktuelle Patientenrechtegesetz. Fedderwitz: „Die Politik folgt einmal mehr dem Zeitgeist, der öffentlichen Meinung und dem daraus resultierenden Druck. Hier warne ich vor neuen



absoluten Freiheiten zulasten der Ärzte und Zahnärzte!“ Es könne weder einseitig zu ausufernden formalen Verpflichtungen für den Behandler kommen, noch dürfe es eine Beweislastumkehr geben. Sanktionen beim Fehlermanagement müssten gleichfalls ausgeschlossen werden. Anzumerken sei, dass die angestrebten Dokumentationsziele schon jetzt weitestgehend von den Zahnärzten erfüllt werden. „Wir haben deutlich gemacht, dass bei uns Zahnärzten die Patientenbeteiligung schon viel weiter vorangeschritten ist als in anderen Bereichen“, subsumierte Fedderwitz. „Wir brauchen daher auch keine weitere Institutionalisierung von nicht legitimierten Organisationen. Mitentscheidung heißt auch Mitverantwortung!“ Seine Empfehlung: sich weiterhin aktiv um das Thema zu kümmern.

Bei der GOZ-Novelle müsse der Verordnungsgeber ebenfalls noch seine Hausaufgaben machen. Fedderwitz: „2003 hat uns der Gesetzgeber mit der Bema-Umrelationierung verpflichtet, eine präventionsorientierte, minimalinvasive Zahnheilkunde zu implementieren. Jetzt geht es offenbar in die andere Richtung.“ Fedderwitz bleibt freilich dabei: „Die Abwertung großer Kompositfüllungen und die Aufwertung von

Inlaypositionen führt nicht nur fachlich, sondern auch versorgungspolitisch in die völlig falsche Richtung.“

Beim Kernprojekt Alters- und Behinderten-zahnheilkunde hat die KZBV Eßer zufolge ihre Hauptforderung – den besonderen Versorgungsbedarf alter und gehandicapter Menschen abzubilden – in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht. Eßer: „Es geht hier nicht um die Schaffung neuer Ressourcen für die Zahnärzte, sondern um eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung.“ Noch fehlten Präventionsleistungen und eine strukturierte und flächendeckend organisierte aufsuchende Betreuung in der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung der Betroffenen. „Deshalb muss der Gesetzgeber den ersten Schritt tun und den ordnungspolitischen Rahmen im SGB V schaffen“, forderte Eßer.

Ineffiziente Strukturen

Wie ineffizient der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) derzeit arbeitet, stellte der stellvertretende KZBV-Vorstand Dr. Günther E. Buchholz dar: „Die Organisation des G-BA schafft Bürokratie statt sie abzubauen, was sich letztlich in den Entscheidungen, Richtlinien und Beschlüssen niederschlägt.“ Stichwort: die sektorenübergreifende QS-Richtlinie. Buchholz: „Doch nicht nur die Entscheidungen des G-BA, sondern auch seine stark bürokratisierten Strukturen verschlingen enorme personelle und finanzielle Ressourcen der Trägerorganisationen, ohne dass sich die Produktivität steigert. Das muss sich ändern.“ Ziel der KZBV: die zahnärztliche Tätigkeit zu entbürokratisieren und die Freiheit des Berufsstands zu erhalten. „Es ist ineffektiv, wenn alle Richtlinienbeschlüsse ausschließlich in einem sektorenübergreifenden Plenum getroffen werden müssen“, sagte Buchholz. Nach vielen Gesprächen sei es der KZBV gelungen, sich mit KBV und DKG auf eine gemeinsame Positionierung zur Umstrukturierung des G-BA zu verständigen. Zentrale Forderung: die Rückkehr zu sektorspezifischen Beratungs- und Entscheidungsstrukturen. Und Bingo: Der Entwurf

des Versorgungsgesetzes sieht laut Buchholz eine Reform der schwerfälligen Entscheidungsstruktur des G-BA vor. Erstmals werde anerkannt, dass die vertragszahnärztliche Versorgung einen eigenen Leistungsbereich beschreibt. Geplant sei, dass künftig nur die Leistungsorganisationen in dem Gremium vertreten sind, deren Versorgungsbereich auch von dem Beschluss betroffen ist. Buchholz: „Unsere zentrale Forderung ist die Schaffung sektorspezifischer Beschlussgremien.“ Neugkeiten auch bei der papierlosen Abrechnung: „Auf Basis eines neuen Vertrags zum Datenaustausch mit dem

Fotos: KZBV-Darçhinger



Die Delegierten begrüßten die geplante Strukturreform der vertragszahnärztlichen Vergütung einstimmig.

INFO

VV-Beschlüsse

- Die Delegierten begrüßten einstimmig die im GKV-Versorgungsgesetz geplante Strukturreform der vertragszahnärztlichen Vergütung. Der Gesetzgeber greife damit eine langjährige Forderung der KZBV auf, die strikte Budgetierung der Gesamtvergütungen abzulösen. In einem zunehmend wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen sei es „nicht nur konsequent, sondern auch längst überfällig, den absoluten Vorrang des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität aufzugeben, den Vertragspartnern vor Ort größere Spielräume zu geben und die zahnmedizinische Versorgung am Bedarf der Patienten auszurichten.“ Das Morbiditätsrisiko müsse wieder auf die Krankenkassen übergehen.
- Die Zahnärzte fordern unisono, die Ost-Honorare konsequent anzupassen.
- Sie mahnten eine deutliche Nachbesserung des GOZ-Referentenentwurfs an. Insbesondere müsse der Punktwert erhöht und die Vergütung regelmäßig an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst werden. Das Zielleistungsprinzip dürfe nicht eingeführt und gesteigerte Bürokratiekosten und verwaltungstechnischer Mehraufwand in den Praxen müssten vermieden werden.
- Die Vertreterversammlung forderte den Gesetzgeber auf, im G-BA „gleichberechtigte sektorenspezifische und sektorenübergreifende Beschlussgremien zu schaffen“.

- Beim Patientenrechtegesetz rief das Zahnärzterparlament die Politik dazu auf, „die bewährten, von der Rechtsprechung entworfenen Haftungs- und Beweislastregelungen aufzugreifen“. Eine generelle Umkehr der Beweislast hinsichtlich eines Verschuldens des Zahnarztes wurde abgelehnt. Eine verschuldensunabhängige Haftung führe „zu Defensivmedizin und einer unnützen Maximierung diagnostischer und therapeutischer Leistungen und damit eher zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung“.

- Kritisch äußerten sich die Delegierten auch zu den jüngsten Entwicklungen bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Die bekannt gewordene Sicherheitsschwachstelle der Lesegeräte stelle „die Sinnhaftigkeit der Fortführung des Basis-Rollouts in Frage“. In einer mit überwältigender Mehrheit angenommenen Resolution forderten sie von den Trägerorganisationen der gematik die verbindliche Zusicherung, „dass eine schnellstmögliche Lösung des Problems erarbeitet wird, und dass diese Lösung nicht mit Kosten für die Zahnärzte verbunden sein darf. Andernfalls kann den Zahnärzten nicht empfohlen werden, diese Lesegeräte anzuschaffen“. Gematik und Gesetzgeber müssten für „sichere, praktikable und wirtschaftliche Prozesse beim Einsatz der eGK und der dazu notwendigen Lesegeräte in den Praxen“ sorgen.

GKV-Spitzenverband werden ab 2012 alle Abrechnungen komplett elektronisch an die Krankenkassen übermittelt, einschließlich der Material- und Laborrechnung“, teilt Buchholz mit.

In Zukunft ohne Papier

Damit es nicht zu einem erhöhten Erfassungsaufwand in der KZV kommt, weil die Praxen Papier liefern, deren Inhalte in Daten übersetzt werden müssen, ist auch die Strecke Praxis-KZV elektronisch abzubilden. „Wie die Daten von der Praxis in die KZV kommen, haben aber nicht die Kassen zu bestimmen“, machte Buchholz klar. Die KZVen gestalten das Verfahren der Datenübermittlung zwischen Praxis und KZV aus – auch wenn diese wie bei Handabrechnern nicht elektronisch erfolgt. Buchholz sagte zu, Vorträge zu entwerfen, um alle Zahnärzte und ihre Teams dezidiert zu dem Thema zu informieren. Die KZBV entwickelt jetzt für sämtliche Abrechnungsbereiche die entsprechenden Module. Danach ist jeder PVS-Hersteller verpflichtet, ein Abrechnungsprogramm für alle Bereiche anzubieten. Buchholz: „So geht Bürokratieabbau!“ ck



KZBV-Diskussionsforum zum dualen Krankenkassensystem

Tendenz zur Konvergenz

Die gesetzlichen Krankenkassen preisen seit geraumer Zeit Selektivverträge und Selbstbehalte an, die privaten haben ihren ungeliebten Basistarif. Existieren die beiden Säulen GKV und PKV überhaupt noch in Reinform? Was dran ist an der „Konvergenz der Systeme“, fragte der Vorstand der KZBV Ökonomen, Juristen und Praktiker. Und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die zahnärztliche Versorgung?

„Das Thema Konvergenz hat durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ein neue Dimension erreicht“, erläuterte der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Wolfgang Eßer in seiner Einführung. „Der Wettbewerb ist seitdem eine verwurzelte Realität im Gesundheitswesen.“ Als Beispiele nannte er den Basistarif und die Selektivverträge wie auch den Gesundheitsfonds und die Fusionsproblematik der Kassen. Unterm Strich sei bei beiden Systemen ein deutlicher Wandel zu erkennen.

Unterschied verschwimmt

Eßer zufolge verschwimmen die Unterschiede zwischen den Gesetzlichen und den Privaten zunehmend: „Die PKV auf der einen Seite versucht mittlerweile die Vergünstigungen, die die GKV im Rahmen der Kostenerstattung erzielt hat, auch für sich zu reklamieren. Und fordert zugleich neben der Öffnungsklausel die Budgetierung in der GOZ, die wir auf GKV-Ebene gerade abschaffen wollen. Das GKV-Finanzierungsgesetz auf der anderen Seite hat durch die sukzessive Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge die Voraussetzungen für einen Preiswettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen geschaffen.“ Eßer: „Je stärker die Differenzen in den Versicherungsprinzipien aufgehoben werden, umso mehr wird die PKV ihre Legitimation als eigenständiges Geschäftsmodell verlieren.“

Überzeugt, dass sich nach wie vor zwei Säulen gegenüberstehen, war dagegen Dr. Ulrich Orłowski, Abteilungsleiter für den Bereich Krankenversicherung und Pflegeversicherung im Bundesgesundheitsministerium (BMG). Er bezweifelt, dass die Entwicklung die Bürgerversicherung und damit das

Sachleistungsprinzip mit allen Eigenarten einläutet: „Ein zukunftsbezogenes Gesundheitssystem braucht Pluralismus und Wettbewerb.“ Aber auch die völlige Privatisierung habe kaum Chance auf Realisierung. Wichtig sei, dass die Wettbewerbsbedingungen von PKV und GKV so ausgestaltet werden, dass jede Säule seine Versicherungsfunktion eigenständig erfüllen kann. Und dass man ihr die notwendigen Instru-

ner zum Tragen. Orłowski: „Therapiefreiheit und freie Arztwahl wären durch eine Öffnungsklausel gefährdet!“

Kleiner Stiefbruder

Im Unterschied zur GKV, der der Gesetzgeber Wahlmöglichkeiten einräume, sei die PKV mit ihren jetzigen Instrumenten nicht überlebensfähig – daher verlange sie mehr Steuerungsmöglichkeiten, verdeutlichte der Ökonom Prof. Dr. Jürgen Wasem von der Universität Duisburg-Essen. „PKV und GKV bewegen sich aufeinander zu. Doch diese Konvergenz führt nicht automatisch zu einer Vereinheitlichung der Systeme – das bedarf einer Entscheidung des Gesetzgebers.“ Für



Der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz diskutiert mit PKV-Direktor Volker Leienbach, Moderator Andreas Mihm, Wilfried Jacobs, AOK Rheinland/Hamburg, und Ex-BMGler Franz Knieps.

mente an die Hand gibt, um die Vollversicherung anzubieten. Was die von der PKV angestrebte Öffnungsklausel betrifft: Sie sei allein schon deshalb nicht mit der GOZ-Novellierung vereinbar, weil man die Patienten vor finanzieller Überforderung schützen wolle. Orłowski: „Die GOZ ist eine staatliche Gebührenordnung.“ Geschützt werde aber auch der Zahnarzt in seiner selbstständigen Tätigkeit – hier komme die ordnungspolitische Idee vom freiberuflich tätigen Medizi-

die Konvergenz spreche, dass die Bürger ihre Präferenzen in einem solchen System besser realisieren könnten. Wasem: „Chroniker werden zum Beispiel in Selektivverträgen unter Umständen besser versorgt.“

Da die Versicherungsgemeinschaft mit GKV-Ressourcen in Zukunft deutlich sorgfältiger umgehen müsse, plädiert er für ein einheitliches Versicherungssystem. Was laut Wasem nicht zwingend den Ausschluss der PKV aus der Vollversicherung bedeutet. „Aber der

Fotos: KZBV/Darhinger

Versicherte muss die Wahl haben zwischen Kostenerstattung und Sachleistung: Krankenkassen müssen Selektivverträge mit den Leistungbringern schließen. Da bleibt kein Platz für Kollektivverträge!“ Wasem schlägt für PKV und GKV ein Mindestversicherungsniveau mit darüber hinausgehenden Wahlleistungen vor. Freimütig bekennt er sich zur Konvergenz: „Wir brauchen in der Grundversorgung einheitliche Rahmenbedingungen, deshalb bin ich für ein einheitliches Versicherungssystem.“

Annäherungsversuche

Auch Jurist Prof. Dr. Helge Sodan, Direktor des Deutschen Instituts für Gesundheitsrecht, beobachtet eine Annäherung von GKV und PKV. Zum Beispiel, indem die Regelungen der GKV – Kontrahierungszwang, Risiko-Ausgleich, Sicherstellungsauftrag – via Basistarif auf die PKV übertragen werden. Umgekehrt führten die Selbstbehalte zu einer Angleichung der GKV an die PKV – für Sodan eine Schwächung des Solidarprinzips.

„Die Öffnungsklausel wiederum schränkt die freie Arztwahl ein, sobald PKV-Patienten nur noch zu Zahnärzten gehen dürfen, mit denen eine Separatvereinbarung getroffen wurde“, führte er aus. „1913 wurden die kollektivvertraglichen Strukturen und die Selbstverwaltung eingeführt, weil die Ärzte der Macht der Kassen nichts entgegenzusetzen konnten. Denn Wettbewerb muss mit gleich langen Spießen erfolgen.“ Zwar sei derzeit eine Übereinstimmung nur in Einzelfällen sichtbar, die Tendenz zur Konvergenz jedoch unverkennbar. Nichtsdestotrotz könne man nicht von einer Nivellierung sprechen – dieser Begriff werde der Intention des Gesetzgebers nicht gerecht. Sodan stellte gleichwohl klar: „Jede weitere Annäherung muss kritisch beobachtet werden.“

Mit den Selektivverträgen sei es im Übrigen „ganz einfach“, meinte Prof. Dr. Ulrich Wenner: „Als Zahnarzt haben Sie gar nichts davon!“ Der Vorsitzende Richter am Bundessozialgericht findet es allerdings heikel, dass Hartz-IV-Bezieher via Gericht oft

medizinische und zahnmedizinische Leistungen zugesprochen werden, die nicht im GKV-Katalog enthalten sind, sondern zur privaten Versorgung zählen.

Kein Platz für Spielräume

Dass die Gestaltungsmöglichkeiten für Ex-Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler in Sachen Gesundheitsreform äußerst bescheiden ausfielen, da die ganzen Grundsatzentscheidungen bereits vorher getroffen worden waren, beschrieb der frühere Abteilungsleiter im BMG, Franz Knieps. Die dadurch angestoßene Konvergenz hält er für richtig.

Dagegen hob PKV-Direktor Volker Leienbach auf die Unterschiede ab, die seiner Meinung nach immer noch charakteristisch für das duale System sind. Leienbach: „Die PKV lebt vom Unterschied! Und zwar hinsichtlich der Finanzierung und der Leistung. Wir wollen keine Konvergenz!“ Die PKV sei immer noch ein Korrektiv, weil sie eine weitgehende Distanz zum Staat halte. Das gelte



Koexistenz, Kooperation, Konkurrenz oder Konvergenz? Moderator Andreas Mihm fragt Jurist Helge Sodan.

auch für die GOZ. Leienbach: „Wenn wir eine einheitliche Gebührenordnung gewollt hätten, dann hätten wir schon eine. Auch bei der GOZ leben wir vom Unterschied.“ Die PKV wolle keine Budgetierung – dazu sei die Öffnungsklausel auch kein Widerspruch, sondern eine betriebswirtschaftliche Basis, die nicht unterschritten werde. Verbunden, so Leienbach, mit mehr Geld für Ärzte und Zahnärzte. Sofern sie eine dokumentierte Qualität und einen entsprechenden Service

für die Versicherten garantieren. Den Basistarif lehne die PKV nach wie vor ab.

„Die PKV hatte bei der Anhörung das BMG aufgefordert, zu prüfen, ob die Honorarsteigerung bei der neuen GOZ die vorhergesagten sechs Prozent nicht überschreitet und falls ja, dies zu begrenzen. Diese Kontrolle wiederum ist nichts anderes als die Forderung nach einer Budgetierung“, hielt KZBV-Chef Dr. Jürgen Fedderwitz dagegen. „Konvergenz ist mir egal“, behauptete indes Wilfried Jacobs, Chef der AOK Rheinland/Hamburg. „Hauptsache, ich habe in meinem System die Spielräume, die ich brauche.“ Eine entscheidende Rolle bei den Zusatzversicherungen und Wahlтарifen erhalte jetzt die Pflegezusatzversicherung. Jacobs: „Die GKV muss lernen, mit dem Instrument Wahlтарife umzugehen. Wahlтарife, das hat der Gesetzgeber so gewollt, werden sich in der GKV durchsetzen.“

Mischwesen unerwünscht

Für den Zahnarzt zähle, dass er die notwendige Therapiefreiheit besitzt, um vernünftig Zahnheilkunde zu betreiben, betonte Fedderwitz. „Das Festzuschussmodell beim Zahnersatz ist ein herausragendes Beispiel dafür, dass wir Zahnärzte Vorbildgeber sind.“ Dieses anerkannte Steuerungsinstrument ermögliche den Versicherten die Teilhabe am medizinischen Fortschritt. Selbst Hartz-IV-Empfängern garantierten die Festzuschüsse ein hohes Maß an Versorgungsqualität. Der Basistarif sei hingegen in ordnungspolitischer Zielrichtung problematisch. Fedderwitz: „Entscheidend ist, dass die Patienten am medizinischen Fortschritt partizipieren. Das aber ist mit einer Annäherung der Systeme nicht möglich.“ Absolutes No-go sei, den Steigerungssatz beim Festzuschuss zu begrenzen. Fedderwitz: „Die Freiheitsgrade müssen stimmen, um das Versorgungsniveau zu halten. Wollen wir uns diese Freiheit in Diagnose und Therapie bewahren, dann brauchen wir ein duales System. Zwei Ebenen sind folglich erforderlich. Außer Dualismus gibt es dann auch Koexistenz und Kooperation.“ ck

Versorgungsgesetz

Sprung auf den richtigen Zug

Visualisiert man den Prozess vom Beginn der Erarbeitung des Versorgungsgesetzes bis zur Verabschiedung als Zugfahrt, so steht die Lok schon dampfend und zischend auf dem Gleis. Die Zahnärzteschaft hat den Weg zum Bahnhof gefunden. Auch die Sitzplätze im Gesetzeszug sind nicht zuletzt aufgrund zahlreicher Gespräche der Vorstände mit Vertretern aus dem BMG seit längerem reserviert.

Foto: zmf/Weinardus

Einzig an der Qualität der Sitze wird noch bis zur letzten Sekunde vor der Abfahrt gefeilt. Denn es fahren nicht viele Züge auf dem Schienennetz der Gebührenneuordnung für den zahnärztlichen Berufsstand.

Zuletzt hatten die Vorstände von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) am 29. Juni beim Anhörungsverfahren zum Referentenentwurf für das Versorgungsgesetz in Berlin Gelegenheit zum Feinschliff (nach Redaktionsschluss).

Hauptforderung der BZÄK war es, einerseits das Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in den Gesetzentwurf einzubinden und andererseits innerhalb des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die gleiche Stellung zu erhalten wie die Bundesärztekammer (BÄK).

Hauptanliegen der KZBV war es, inhaltliche Korrekturen im Wortlaut vorzunehmen, um die Neuregelungen zur Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen auf ein sicheres Fundament zu stellen. Konkret handelte es sich um Formulierungen bei der Anpassung der Punktwerte zwischen Primär- und Ersatzkassen sowie im Bereich der Beseitigung der Bestimmung zur strikten Budgetierung der Gesamtvergütungen, wengleich sich die Forderungen hinsicht-

lich einer Entbudgetierung über ganz weite Strecken im Referentenentwurf niedergeschlagen haben. Schließlich wurden Verhandlungsspielräume zwischen Kassen und KZVen in den neuen Ländern eingefordert. Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Prof. Kuno Winn, hatte die Krankenkassen zuvor in einer Erklärung aufgefordert, bei der Debatte um die richtigen Weichenstellungen in der Gesundheitspolitik wieder den Patienten und dessen Versorgung in den Mittelpunkt zu rücken. „Wer von Geschenken für Ärzte spricht, wenn notwendig erbrachte Leistungen honoriert werden sollen, der offenbart sein nachhaltig gestörtes Verständnis von Leistungsgerechtigkeit“, so Winn.

Die Weichen stehen fest

Im Grundsatz sollen mit dem „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ tatsächlich die Weichen für neue Versorgungsstrukturen gestellt werden, um bundesweit eine „hochwertige, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung gewährleisten zu können“, so der Wortlaut im Referentenentwurf vom 6. Juni, nachdem das BMG Ende Mai einen ersten 152-seitigen Arbeitsentwurf vorgelegt hatte.

Wo die Stellschrauben gezogen werden, ist so gut wie sicher: So soll sich die Bedarfsplanung von Arztsitzen etwa an regionalen Besonderheiten orientieren, um Über- und Unterversorgung vorzubeugen oder strukturiert Einhalt zu gebieten. Dafür sollen auch Anreize im Vergütungssystem geschaffen und mobile Versorgungskonzepte gefördert werden. Auffällig ist: Während im Arbeitsentwurf noch von „drohendem Ärztemangel“ zu lesen war, fällt der Ton im Referentenentwurf gemäßiger aus. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erhalten mehr Flexibilität bei der Honorarverteilung und die Vertragspartner vor Ort mehr Gestaltungsspielraum bei den Verhandlungen zu den Vergütungen. Unterm Strich verspricht das Gesetz weniger staatliche Regulierungswut und mehr Souveränität für die Selbstverwaltung und die regionalen Akteure.

Auch der G-BA bekommt laut Entwurf neue Strukturen. Seine unparteiischen Vorsitzenden sollen ab Mitte 2012 vom Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages bestätigt, beziehungsweise mittels Zweidrittelmehrheit abgelehnt werden können. Neu sind laut „Ärzte Zeitung“ die Anforderungen an die sechs Jahre im Amt bleibenden unparteiischen Vorsitzenden. Aktive Funktionäre aus den Reihen von Kassen, Ärzten und Krankenhäusern sind demnach genauso wenig zugelassen wie niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten. Vorschlagen könnten die Organisationen demnach lediglich Personen, die in den drei Jahren vor Amtsantritt nicht in einer der Trägerorganisationen des höchsten Gremiums der Selbstverwaltung oder als Niedergelassener tätig waren.

Auch die Vertreter der Ärzteschaft feilen bis zuletzt an der Qualität ihrer Sitze auf dem Zug zum Gesetz. Der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, spricht weiterhin von einem Medizinerangel: „Das Versorgungsgesetz selbst löst überhaupt kein Problem, denn unser drängendstes Problem ist der Ärztemangel.“ sf

■ **Über den Verlauf der Anhörungen zum Versorgungsgesetz berichten wir in der nächsten Ausgabe.**

Ehec

Horror auf dem Teller

Knapp 3 600 Menschen sind an Ehec beziehungsweise Hus erkrankt, 39 bislang daran gestorben. Zum Vergleich: Das Robert Koch-Institut geht von jährlich 5 000 bis 15 000 Grippetoten in Deutschland aus. Bleibt die Frage: Warum verursacht Ehec solche Panik?

Wer auf die Seite des Robert Koch-Instituts (RKI) ging, um sich über die Seuche Ehec zu informieren, war erstmal ratlos. Verwiesen wurde und wird dort auf das Bundesinstitut für Risikobewertung, das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, das Hessische Sozialministerium, das Hessische Ministerium für Umwelt, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und – last, but not least – auf das RKI selbst. Wo finde ich denn nun alles Wichtige zu Ehec?, verzweifelte manch naiver Verbraucher.

Nicht nur der. Auch die Verbraucherschützer, Ärzte und die Opposition stellten jüngst die Frage nach den Zuständigkeiten und rügten in dem Zusammenhang das Ehec-Krisenmanagement. Dröseln man das Wirrwarr auf, ergibt sich folgendes Bild: Das RKI gehört zum Bundesgesundheitsministerium,

das Institut für Risikobewertung ist dem Landwirtschaftsministerium zugeordnet. Die Berichte der Bundesländer laufen derweil beim Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit zusammen. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr und Landwirtschaftsministerin Ilse Aigner wussten wahrscheinlich selbst nicht, wer, wie und wann den Hut auf hatte.

Da haben wir den Salat

Dieses Chaos tadeln auch die Forscher: Die föderale Struktur der BRD sei völlig ungeeignet, um den Verlauf der Krankheit bei den Patienten zu dokumentieren, Lebensmittel zu kontrollieren und dann die Bevölkerung zeitnah und umfassend zu informieren. Ulrich Frei, ärztlicher Direktor der Berliner Charité, beklagte, dass die Universitätsklinik die Ehec-Fragebögen des RKI viel zu spät bekommen habe: „Wir brauchen eine bessere Informationspolitik!“ Dass Niedersachsens Landwirtschaftsminister Gert Lindemann die Sprossen eines Biohofs im Kreis Ülzen für die Epidemie verantwortlich gemacht hatte, noch bevor ein positives Ergebnis vorlag, stand ebenfalls in der Kritik. „Es ist ein bisschen unglücklich, wenn einzelne Landesminister mit Befunden vortreten“, sagte etwa Stefan Etgeton vom Bundesverband der Verbraucherzentralen. Da haben wir den Salat, so viel steht fest. Denn die Ehec-Welle ebbt zwar ab und die Zahl der Erkrankten geht weiter zurück. Was aber bleibt, ist Verunsicherung. Sprossen, Salat, Gurken, Fleisch, mangelnde Hygiene: Wie, verflixt noch mal, wird Ehec übertragen? Wie kann man sich schützen? Das fragten sich auch die Ruderer aus England, Holland und Frankreich. Sie blieben der Ruder-WM in Deutschland sicherheitshalber



Foto: CC

Darf es noch ein Tomätchen sein? Nein, zum Leidwesen der Bauern verzichteten die Marktkunden in Zeiten von Ehec zumeist auf Obst und Gemüse.

fern. Zudem sind unsere europäischen Nachbarn unzufrieden, dass ihr Gemüse zurzeit mehrheitlich auf dem Müll statt auf dem Esstisch landet.

Die Gurkentruppen

Wie wir mit Ehec umgehen, scheint freilich nicht nur durch die Informationspolitik, sondern auch maßgeblich durch die Medien bestimmt worden zu sein. Ein paar Kostproben gefällig? „Ehec-Schock – Frau steckte acht Menschen mit dem Killer-Keim an“, „Ehec! Angst vor dem Killerkeim im Darm – Charité-Arzt: Bis zu 100 Tote nicht auszuschließen“, „Ehec-Patientin: Mama, ich will noch nicht sterben!“ Seriöse Berichterstattung sieht anders aus. Kein Wunder, dass viele Menschen nach diesen Schlagzeilen nur noch Astronautennahrung zu sich nehmen wollten. Hoffen wir, dass Wissenschaftler, Politiker und Journalisten aus dieser Erfahrung lernen. Und nicht nochmals als Gurkentruppen auftreten. Wie schreibt die Bayerische Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen treffend: „Im Straßenverkehr sterben jeden Tag 15 Personen, wir haben aber keine Angst – im Gegensatz zu Ehec.“ ck

INFO

Miese Krisenpolitik

Laut ZDF-Politbarometer zählt ein Viertel der Befragten Ehec zu den wichtigsten Problemen in Deutschland, neben Atomkraft (33 Prozent). Fast ein Drittel sieht die eigene Gesundheit durch den Darmerreger für gefährdet. Kritisiert wird vor allem das Krisenmanagement der Behörden, Ämter und Ministerien. Insgesamt 53 Prozent sind der Ansicht, dass diese ihre Sache eher schlecht machen, 38 Prozent finden ihre Arbeit eher gut. Von Defiziten in der Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern gehen 58 Prozent aus, nur gut ein Fünftel glaubt, dass sie gut funktioniert. Die Mannheimer Forschungsgruppe Wahlen erhob in der repräsentativen Umfrage vom 7. bis zum 9. Juni 2011 bei 1 332 zufällig ausgewählten Wahlberechtigten telefonische Interviews.

53. Fortbildungswoche Westerland

Für Zähne ist man nie zu alt

Mit diesem Titel punkteten die Veranstalter der schleswig-holsteinischen Kammerfortbildungswoche und hatten bereits vier Wochen vor Tagungsbeginn „die Tore schließen“ müssen. Denn mit einer Rekordzahl von weit über Tausend fortbildungswilligen Teilnehmern aus dem gesamten Bundesgebiet waren selbst die gerade vergrößerten Kapazitäten des Westerländer Kongresscenters am Limit.

Die Tatsache, dass „die deutsche Bevölkerung bald auf dem Kopf steht“, wie es Referent Prof. Christoph Benz aus München formulierte, hatte den Vizepräsidenten, Fortbildungsreferenten und Tagungsleiter Dr. Michael Brandt und sein Organisationsteam auf den Plan gerufen, um zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin genau das Thema zu „beackern“, das zukünftig jeden dritten Patienten in der Zahnarztpraxis betreffen wird. So erlebten die Teilnehmer nicht nur einen umfassenden Überblick über zahnmedizinische Aspekte jedweder Couleur im hohen Lebensalter, sondern lernten auch mehr zum Umgang mit dem sogenannten „Problempatienten“, der zwar nicht so aussieht, weil er sich fit und jugendlich hält, doch die eine oder andere versteckte Erkrankung mit auf den Zahnarztstuhl bringt. Herausragende Referenten erläuterten aus diversen Sichtwinkeln wie Implantologie, Prophylaxe, Kommunikation mit Senioren, physiologische Alterung, Polymorbidität, für die Altershand noch handhabbare Restaurationen – um nur

Foto: Nona L. Vendel



einige zu nennen – die komplexen Zusammenhänge und ihre möglichen pharmakologischen Interaktionen. Mehr als 40 Seminare und 20 Vorträge mit dem Schwerpunkt der altersgerechten Zahnheilkunde zogen die Teilnehmer aus dem Strandkorb in die Tagungsräume, nicht nur zum gemeinsamen Lernen und zum Auffrischen alter Kontakte, sondern auch zum Erleben modernster altersgerechter Zahnmedizin.

Ein wesentlicher Bestandteil der Sylter Fortbildungswoche ist das Notfalltraining für den Zahnarzt und sein Team, das noch von Prof. Dr. Dr. Werner Hahn eingeführt, seit Langem von dem Referententeam Prof. Dr. Dr. Thomas Kreuzsch, Hamburg, und Prof. Dr. Dr. Patrick Warnke, Kiel, geleitet wird. Sie schulen in ihren praktischen Trainingsseminaren nicht nur den Blick für das Erkennen des Risikopatienten, sondern machen auch für das Einschätzen einer jeglichen Risikosituation fit. Sie trainieren das gesamte Team, das am „Tag X“ Hand in Hand in Sekundenschnelle handeln muss, damit nicht nur das Absetzen des Notrufs routiniert erfolgt, sondern auch die Reanimation eines Patienten fachgerecht und ohne zusätzliche Komplikationen wie „Wo ist denn der Ambubbeutel?“ Leben retten kann. Viele Teams kommen alljährlich zu diesen Kursen, um die erlernten Kenntnisse anlässlich dieser Fortbildungswoche wieder aufzufrischen und die wesentlichen Handgriffe zu vertiefen. sp

„Ich warne die Branche: Die privaten Krankenversicherungen brauchen uns mehr als wir sie“, gab Kammerpräsident Dr. K. Ulrich Rubehn bei der Kongresseröffnung zu bedenken.



INFO

KZV-Fenster mit Blick über den Tellerrand

Der Vorstandsvorsitzende der KZV-Schleswig-Holstein, Dr. Peter Kriett (r.), hatte den Schweizer Internisten PD Dr. Peter Berchthold (l.), Bern, zum Vortrag geladen, damit er aus der Sicht des Präsidenten des „Forums Managed Care“ die Diskussion um die Veränderungen des schweizerischen Gesundheitssystems vorstellt und den deutschen Zahnärzten mit dem Blick über die Landesgrenzen Denkansätze für ein auch in Deutschland diskutierbares Procédere liefert. Seine Ausführungen lieferten reichhaltigen Diskussionsstoff.



Fotos: zfm





Gesundheitszustand von Jungen und Männern

Unter starke Arme greifen

Foto: Denkou Images / vario images

In puncto Gesundheitsvorsorge schneidet das „starke Geschlecht“ schwach ab. Soziokulturelle und psychosoziale Aspekte sind verantwortlich dafür, dass Gesundheitszustand und -verhalten der männlichen Bevölkerung nicht in ausreichendem Maße verbessert und gefördert werden, kritisieren Experten.

„Ein Mann, der zu beschäftigt ist, sich um seine Gesundheit zu kümmern, ist wie ein Handwerker, der keine Zeit hat, seine Werkzeuge zu pflegen“, sagt ein spanisches Sprichwort. Doch es sind nicht nur die Männer selbst, die ihre Gesundheit mitunter sträflich vernachlässigen, indem sie zu viel arbeiten, sich ungesund ernähren, zu viel Alkohol trinken oder sich zu wenig bewegen.

Vielmehr scheinen auch gesellschaftliche Umstände und fehlende, auf die spezifischen Bedürfnisse des männlichen Geschlechts ausgerichtete Gesundheitsangebote mit dafür verantwortlich zu sein, dass die Lebenserwartung der Männer jener der Frauen noch immer rund fünfzehn Jahre hinterherhinkt. Zu diesem Schluss kommen die Autoren des ersten deutschen Männergesundheitsberichts.

Der Bericht der Stiftung Männergesundheit und der Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit versucht mit Vorurteilen aufzuräumen und das Thema unter ganzheitlichen Gesichtspunkten zu beleuchten.

„Wer die Gesundheit des Mannes wirklich fördern will, muss körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden ganzheitlich stärken“, lautet daher auch die Botschaft des Buches. Denn der genetische Alters-Vorteil der Frauen beträgt Studien zufolge gerade mal ein Jahr.

„Bisher gibt es noch viel zu wenige Ansätze in Diagnostik, Therapie und Prävention von psychischen Erkrankungen, die den besonderen Bedürfnissen von Männern gerecht werden.“

Männergesundheitsbericht 2010

Ein Blick in die Historie belegt zudem ein anderes interessantes Phänomen. „Die viel zitierte Doppelbelastung von Familie und Beruf ist erstaunlicherweise nach allen vorliegenden Untersuchungen eher gesundheitsförderlich im Vergleich zu der einseitigen beruflichen Belastung, der die meisten Männer ausgesetzt sind“, so Prof. Martin Dinges vom Institut für Geschichte der Medizin in Stuttgart bei einem Expertengespräch zum Thema Männergesundheit in der Evangelischen Akademie Bad Boll.

Seit sich vor allem ab Mitte der 1980er-Jahre der Anteil berufstätiger Frauen erhöht hat, habe sich die Differenz in der Lebenserwartung von Frauen und Männern stetig verringert und zwar von rund sieben auf derzeit knapp fünfzehn Jahre. Die Veränderungen der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung und des Risikoverhaltens von männlichen und weiblichen Jugendlichen dürften die Unterschiede weiter abschleifen, meint Dinges. Die Medizin wiederum habe an der abnehmenden Differenz nur einen geringen Anteil und zwar Studien zufolge nur von etwa einem Viertel.

Medizinische Angebote an Bedürfnissen ausrichten

Dennoch sei es wichtig, medizinische Angebote stärker als bislang auf die spezifischen Bedürfnisse von Jungen und Männern auszurichten, so Dr. Reinhard Winter und Gunter Neubauer vom Sozialwissenschaftlichen Institut Tübingen. Bereits männliche Schulkinder würden mit Angeboten zur Gesundheitsförderung und -bildung nämlich

schlechter erreicht als Mädchen, obwohl Jungen bis zum Alter von 17 Jahren zum Beispiel signifikant häufiger Unfälle und Verletzungen erlitten und eher zu Übergewicht neigten, so Neubauer. Auch läge die Selbstmordrate bei männlichen Heranwachsenden deutlich höher. „Jeweils dreimal mehr Jungen als Mädchen sterben durch Transportmittelunfälle und durch Suizid“, konstatierte Winter.

Zugleich sei der Wissens- und Forschungsstand über die spezifischen gesundheitlichen Probleme von Jungen flach, kritisierte der Pädagoge. Die meisten Ansätze beschäftigten sich vornehmlich mit einem Vergleich zwischen dem Gesundheitszustand und -verhalten von Jungen und Mädchen.

Dr. Matthias Stiehler vom Institut für Erwachsenenbildung und Gesundheitswissenschaft in Dresden bemängelte zudem, dass die hohe Komorbidität zwischen der Neigung zum Selbstmord und typisch männlichen psychischen Erkrankungen, wie Depressionen und antisoziale Persönlichkeitsstörungen, oft verkannt werde.

Auch würden das Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) oder die zunehmende Spiel- und Computersucht von männlichen Jugendlichen nicht ausreichend tief analysiert. „Das schnelle Verschreiben von Ritalin bei ADHS zeigt, dass es allemal einfacher ist, ein Medikament zu verabreichen, als sich mit hinter den Symptomen steckenden Ursachen auseinanderzusetzen“, kritisierte der Diplomtheologe.



Einig waren sich die Experten darüber, dass Angebote zur Gesundheitsförderung, zum Beispiel in Schulen oder auf speziellen Jugendgesundheitstagen, auch gezielter auf das Problem der Milieuzugehörigkeit eingehen sollten. „Über Aufklärungsbroschüren, selbst wenn sie in verschiedenen Sprachen vorliegen, erreichen sie Migranten zum Beispiel kaum“, sagte der Pädiater Dr. Bernhard Stier aus Butzbach.

Während zudem Mädchen durch Besuche beim Frauenarzt frühzeitig regelmäßig Zugang zum Medizinbetrieb bekämen und dadurch auch für andere Vorsorge- und

Statt riskantes Verhalten oder die zunehmende Spiel- und Computersucht, aber auch ADHS bei Jungen und jungen Männern zu analysieren, würden für Letzteres voreilig Medikamente (Ritalin) verschrieben, monieren Kritiker.



medizinische Leistungen besser erreichbar seien, fehle Jungen und Männern ein solcher „Vertrauensarzt“, der sie von der Pubertät bis ins hohe Alter begleitet. „Der Anteil der Frauen in den Arztpraxen liegt im Schnitt bei 60 Prozent“, verdeutlichte Dinges.

Herausforderung für alle Lebensbereiche

Neben den Ärzten seien aber auch die Politik sowie andere gesellschaftliche Gruppen, Kindergärten, Schulen und Einrichtungen zum Beispiel der Jugendhilfe stärker gefordert, um dem Thema Jungen- und Männergesundheit den Stellenwert einzuräumen, der ihm gebührt, so das Fazit der Veranstaltung in Bad Boll.

Petra Spielberg
Fachjournalistin für Gesundheits- und Sozialpolitik
p.spielberg@t-online.de

INFO

Im Dialog bleiben

Der erste deutsche Männergesundheitsbericht möchte den gesundheitlichen Belangen von Männern nicht allein zu medizinischer, sondern auch zu mehr gesellschaftlicher Aufmerksamkeit verhelfen. Um den Dialog zwischen Wissenschaftlern, Politikern, Vertretern von Krankenkassen, Unternehmen, Verbänden und Kommunen stetig aufrechtzuerhalten, wird die Publikation von den Autoren auf Kongressen und Veranstaltungen vorgestellt und diskutiert.

■ www.maennergesundheitsbericht.de



Rheuma – eine Krankheit mit vielen Facetten



Foto: picture alliance/Bildagentur online

Christine Vetter

Der Begriff Rheuma ist mannigfaltig. Hier werden die wesentlichen Grundlagen der verschiedenen Erkrankungs-facetten dargestellt. Auch Zahnarzt-relevante Aspekte wie der Umgang mit Rheumakranken sowie mögliche Komorbiditäten im orofazialen Bereich werden auf den Folgeseiten genauer unter die Lupe genommen.

Die Erkrankung beschreibt eine heterogene Gruppe von Krankheiten, die den Bewegungsapparat betreffen und mit Schmerzen und oft auch mit Bewegungseinschränkungen einhergehen. Darunter fallen ganz unterschiedliche Störungen von der Fibromyalgie über rheumatische Beschwerden bei der Gicht bis hin zum Morbus Bechterew und zur rheumatoiden Arthritis. Zu den Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises gehören praktisch alle chronisch schmerzhaften und mit dauerhaften Bewegungseinschränkungen einhergehenden Störungen des Stütz- und Bewegungsapparats. Nach Angaben der Deutschen Rheuma-Liga umfasst diese Definition allerdings mehr als 450 verschiedene Erkrankungen mit zum Teil ganz unterschiedlichen Ursachen. Sie lassen sich in vier Hauptgruppen unterteilen:

- die entzündlich-rheumatischen Erkrankungen wie zum Beispiel die rheumatoide Arthritis (chronische Polyarthritis),
- degenerative Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen wie etwa die Arthrose,
- den Weichteilrheumatismus, zu dem beispielsweise die Fibromyalgie zählt, und
- Stoffwechselerkrankungen mit rheumatischen Beschwerden wie die Gicht.

Unter diesen verschiedenen Krankheitsbildern sind die degenerativen Erkrankungen mit Abstand am häufigsten: So wird hierzulande die Zahl der Menschen mit Arthrose auf etwa fünf Millionen geschätzt. Es handelt sich meist um ältere Menschen jenseits des 60. Lebensjahres. Auch der Weichteilrheumatismus ist weit verbreitet. Die Zahl der Betroffenen wird mit ein bis zwei Millionen angegeben, wobei mehr Frauen als Männer betroffen sind [Merkblatt „Fakten über Rheuma“ der Deutschen Rheuma-Liga].

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen

Fasst man den Begriff „Rheuma“ enger, so sind darunter die entzündlich-rheumatischen Erkrankungen des Immunsystems zu verstehen. In Deutschland leiden offiziellen Angaben zufolge etwa zwei Prozent der erwachsenen Bevölkerung unter einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung, wobei keinesfalls nur ältere Menschen betroffen sind. Vielmehr können sich Störungen wie die rheumatoide Arthritis bereits im Jugend- oder sogar im Kindesalter manifestieren. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts (Gesundheitsberichterstattung des Bundes) leben hierzulande sogar rund 15 000 Kinder



Die sogenannten „Prädilektionsstellen“ für rheumatische Beschwerden sind die Gelenke.

Foto: picture alliance/Arco Images GmbH

und Jugendliche mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung. Jährlich ist zudem mit rund 1 500 Neuerkrankungen zu rechnen, wobei das Krankheitsbild als juvenile idiopathische Arthritis bezeichnet und damit gegenüber der rheumatoiden Arthritis des Erwachsenen abgegrenzt wird.

Die entzündlich-rheumatischen Erkrankungen stellen ihrerseits ebenfalls eine heterogene Krankheitsgruppe dar. Sie umfassen mehr als 100 verschiedene Krankheitsbilder, darunter vergleichsweise häufige Störungen wie die rheumatoide Arthritis und die ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) sowie seltene Erkrankungen wie den Systemischen Lupus erythematodes, die Vaskulitiden und Kollagenosen.

Bei den entzündlich-rheumatischen Erkrankungen handelt es sich um gesundheitlich gravierende Allgemeinerkrankungen, die durch eine Störung des Immunsystems vermittelt sind. Dieses bildet vermehrt Entzündungsmediatoren, was inflammatorische Prozesse in verschiedenen Körperbereichen nach sich zieht. Entsprechend der Dokumentation des Robert Koch-Instituts ist daher eine weitere Unterteilung der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen in folgende Gruppen erfolgt.

■ Entzündliche Gelenkerkrankungen, wobei die rheumatoide Arthritis das wichtigste Krankheitsbild darstellt,

■ entzündliche Erkrankungen der Wirbelsäule, zu denen vor allem die ankylosierende Spondylitis zählt, und

■ die entzündlich-rheumatische Erkrankungen der Gefäße und des Bindegewebes, zu denen die Vaskulitiden und Kollagenosen gehören.

Zentrales Ziel: Früherkennung

Den betroffenen Patienten drohen auf lange Sicht erhebliche Komplikationen, wobei insbesondere die Gelenkdestruktionen und die damit verbundenen Bewegungseinschränkungen und Behinderungen zu nennen sind. Davon abgesehen sind die Entzündungsprozesse meist nicht auf die Gelenke oder die Wirbelsäule beschränkt, sondern betreffen auch die Gefäße, was mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko assoziiert ist.

Generell sind daher Frühdiagnose und Frühtherapie die derzeit wohl wichtigsten Ziele in der Rheumatologie. Zu den Symptomen, die eine unverzügliche rheumatologische Abklärung im Hinblick auf eine rheumatoide Arthritis erfordern, gehören:

■ neue oder wiederholt auftretende Schwellungen in einem oder mehreren Gelenken,
■ Morgensteifigkeit der Gelenke über mindestens 30 Minuten, die sich im Tagesverlauf bessert,

■ erhöhte Entzündungsparameter wie ein erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) oder eine erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG).

Hinsichtlich einer Spondylarthritis gilt es hellhörig zu werden,

■ bei einem neu aufgetretenen oder einem chronischen, tiefsitzenden Rückenschmerz,
■ bei Beginn des Rückenschmerzes vor dem 45. Lebensjahr,
■ bei entzündlichem Rückenschmerz, der sich bei Bewegung bessert, nachts oder morgens auftritt,
■ bei Morgensteifigkeit im Rücken von mehr als 30 Minuten und
■ bei positivem Nachweis des HLA-B-27 (Human Lymphocyte Antigen), das mit einem Morbus Bechterew assoziiert ist.

Doch auch Patienten, die kaum Kraft in den Händen haben und solche mit nächtlichen, den Schlaf störenden Rückenschmerzen sollten unverzüglich an einen Rheumatologen verwiesen werden. Denn je früher eine adäquate Behandlung eingeleitet wird, desto besser sind die Therapieerfolge. Dazu gehört auch eine verbesserte allgemeine Prognose, da dem Patienten nicht nur Schmerzen und Funktionseinschränkungen erspart werden. Vielmehr kann durch eine adäquate Frühtherapie oft auch die Arbeitsfähigkeit erhalten und die Komorbidität günstig beeinflusst werden.

Notfall: neu aufgetretene rheumatoide Arthritis

Eine neu aufgetretene rheumatoide Arthritis, kurz RA, ist deshalb, so betont es die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), als ein medizinischer Notfall anzusehen, was bislang aber kaum Beachtung findet. Doch die rheumatoide Arthritis gehört zu den besonders gefürchteten Erkrankungen in der Rheumatologie. Sie kann sich in praktisch jedem Lebensalter manifestieren. Der Gipfel der Neuerkrankungsrate liegt allerdings so die DGRh, bei Frauen zwischen dem 55. und dem 64., bei Männern zwischen dem 65. und dem 75. Lebensjahr, wobei deutlich mehr Frauen als Männer erkranken.



Dem Krankheitsbild, das früher auch als chronische Polyarthritis bezeichnet wurde, liegt eine chronisch entzündliche Gelenkerkrankung zugrunde. Diese betrifft meist symmetrisch vor allem die Stamm-fernen Gelenke. Es kommt in aller Regel zu schmerzhaften, geschwollenen Gelenken im Hand- und im Fußbereich und zu Steifigkeit und Bewegungseinschränkungen. Ohne adäquate antiinflammatorische Behandlung droht langfristig infolge der chronischen Gelenkentzündung die Zerstörung des Knorpels und des angrenzenden Knochens, was oft massive Fehlstellungen und Einschränkungen der Funktionsfähigkeit zur Folge hat. Davon abgesehen geben die Betroffenen erhebliche Allgemeinsymptome an. Sie leiden unter grippeähnlichen Beschwerden, Abgeschlagenheit, Müdigkeit und Kraftlosigkeit sowie zum Teil unter Fieber.



Foto: OKAPIA

typische Rheumahände



Foto: OKAPIA

Im Röntgenbild werden die Deformationen der Gelenke deutlich.

Behandlung einer schmerzenden Schulter



Foto: Your Photo Today

Die Diagnose einer RA fußt dabei auf der Anamnese, der klinischen Untersuchung sowie dem Nachweis von Entzündungsreaktionen im Blutserum (CRP, BSG) und gegebenenfalls dem Nachweis von Autoantikörpern. Angezeigt ist ferner eine radiologische Kontrolle der betroffenen Gelenke, um potenzielle Gelenkveränderungen zu erfassen. Klassifiziert wird die RA anhand der Krankheitsaktivität entsprechend der Vorgaben des American College of Rheumatology, kurz ACR. Die Gesellschaft hat sieben Krankheitskriterien formuliert, anhand derer die Krankheitsaktivität bestimmt wird. Dazu gehören zum Beispiel die Morgensteifigkeit, der Befall von mehr als drei Gelenken, die Arthritis an Hand-, Fingergrund- und Fingermittelgelenken, das Auftreten symmetrischer Gelenkentzündungen, das Vorliegen subkutaner Knoten (Rheumaknoten), der Nachweis von Autoantikörpern (Rheumafaktoren) im Serum sowie typische Veränderungen an den Händen im Röntgenbild.

Dabei gilt entsprechend der Leitlinie folgende Faustregel: Sind mehr als zwei Gelenkregionen betroffen und bestehen die Entzündungszeichen seit mehr als sechs Wochen und sind von einer morgendlichen Gelenksteife von mindestens 60 Minuten begleitet, so beträgt die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer persistierenden entzündlichen Gelenkerkrankung etwa 45 Prozent. Von diesen 45 Prozent werden 25 Prozent erosiv verlaufen. Liegt zusätzlich ein positiver Rheumafaktor vor, be-

trägt die Wahrscheinlichkeit einer persistierenden Arthritis 71 Prozent, wobei etwa 50 Prozent der Fälle erosiv verlaufen.

Deutliche Fortschritte bei der Behandlung der RA

Wie schwer die rheumatoide Arthritis verläuft, lässt sich allerdings im Einzelfall nicht vorhersagen. Die frühere Annahme, dass sich lediglich in zehn bis 15 Prozent der Fälle eine dauerhafte Remission erwirken lässt, gilt nach Angaben des Robert Koch-Instituts als überholt. Dank moderner Therapiestrategien sind demnach bei entsprechend früh einsetzender Behandlung bei jedem zweiten Patienten eine dauerhafte Remission und damit ein beschwerdefreier Zustand erreichbar.

Die übrigen Patienten müssen aber immer noch mit wiederholt auftretenden Phasen erhöhter Krankheitsaktivität rechnen sowie mit einer potenziellen Gelenkzerstörung. Es handelt sich dabei jedoch meist um Patienten, bei denen die Behandlung vergleichsweise spät begonnen wurde. Als prognostisch ungünstig gelten außerdem bereits frühzeitig nachweisbare positive Rheumafaktoren, ein höheres Lebensalter beim Krankheitsbeginn sowie Rauchen. Bekannt ist außerdem, dass die RA bei Frauen im Allgemeinen zu stärkeren Funktionsbeeinträchtigungen führt als bei Männern und dass bei ihnen auch eine höhere krankheitsbedingte Mortalität gegeben ist. Ungünstig auf den Krankheitsverlauf wirken sich außerdem fehlende soziale Bezugssysteme, schlechte ökonomische Bedin-



gungen und ein niedriges Bildungsniveau aus, so heißt es in den offiziellen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie.

Therapeutisch besonders bedeutsam ist die frühe Phase der RA, da die Gelenkveränderungen anfangs die höchste Progredienz zeigen. Für die langfristige Prognose ist deshalb eine adäquate antientzündliche Behandlung in dieser Krankheitsphase besonders bedeutsam, was erklärt, warum die Rheumatologen so eindringlich auf eine möglichst frühzeitige Diagnosestellung und einen frühen Behandlungsbeginn drängen. Die ersten drei bis sechs Monate der Erkrankung gelten dabei als wichtiges „therapeutisches Fenster“, das möglichst nicht verpasst werden darf. In diesem Zeitfenster sollte es gelingen, die krankhaften immunologischen Prozesse zurückzudrängen oder sogar zu stoppen.

Behandelt wird üblicherweise mit krankheitsmodifizierenden Arzneimitteln, den sogenannten DMARDs (Disease Modifying Anti-Rheumatic

damit die Gelenkerstörung aufgehalten und die Lebensqualität verbessert werden. Gelingt dies nicht, so kommen die sogenannten Biologika zum Einsatz, die seit einigen Jahren verfügbar sind. Sie hemmen Entzündungsmediatoren, greifen damit zentral in den Entzündungsprozess ein und haben aufgrund ihrer überzeugenden klinischen Wirksamkeit innerhalb kurzer Zeit die Therapie der RA revolutioniert. Zu den Biologika zählen Substanzen, die den Tumornekrosefaktor-alpha inhibieren (Adalimumab, Etanercept und Infliximab) wie auch Wirkstoffe, die sich gegen Interleukin-1 (Anakinra) sowie gegen Interleukin-6 (Tocilizumab)



Foto: picture alliance

Kryotherapie – unter ärztlicher Überwachung werden die Patienten in der Kältekammer behandelt.



Foto: picture alliance

Bewegungstraining im Warmwasserbad ist gelenkschonend und gesellig, was gerade älteren Patienten gut gefällt.

Drugs), die nicht nur die Symptome bessern, sondern auch den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen. Hierzu gehören vor allem Methotrexat, Sulfasalazin und Antimalariamittel. Durch diese Basistherapie kann bei der Mehrzahl der Betroffenen die entzündliche Aktivität nachhaltig gesenkt,

richten. Allerdings ist unter der Behandlung mit Biologika auch mit nicht unerheblichen Nebenwirkungen zu rechnen. Hierzu gehört in erster Linie das deutlich erhöhte Risiko für Infektionen und vor allem für schwere Infektionen. Im Rahmen von Beobachtungsstudien wird zudem langfristig überwacht,



ob infolge der Therapie möglicherweise auch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung bösartiger Tumore besteht.

Die Behandlung der RA beschränkt sich aber nicht auf die Pharmakotherapie, sondern muss multidisziplinär erfolgen und eine adäquate Physiotherapie umfassen mit Krankengymnastik, Ergotherapie und im Bedarfsfall orthopädischer Schuhversorgung. Die Betroffenen sollten zur regelmäßigen körperlichen Aktivität motiviert werden. Wichtig ist aufgrund der Komorbidität auch ein gutes Risikofaktoren-Management.

Ankylosierende Spondylitis – Wirbelsäule krümmt sich

Die ankylosierende Spondylitis (AS) manifestiert sich meist zwischen dem 20. und dem 40. Lebensjahr, wobei bei diesem Krankheitsbild anders als bei der RA überwiegend Männer erkranken. Allerdings wird in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes aktuell darauf hingewiesen, dass die AS-Häufigkeit bei Frauen möglicherweise unterschätzt wird, da die Erkrankung bei ihnen oft leichter verläuft und somit zum Teil nicht erkannt oder nicht richtig diagnostiziert wird.

Das zentrale Problem bei der ankylosierenden Spondylitis ist die zunehmende Verknöcherung und damit Versteifung der Wirbelsäule aufgrund der chronischen Entzündung der Wirbelgelenke. Dies bedingt eine zum Teil erhebliche Bewegungseinschränkung. Dabei sind die Beschwerden anfangs meist unspezifisch, was eine verzögerte Diagnosestellung nach sich zieht. Die Betroffenen klagen über Schmerzen im Gesäßbereich, die wechselnd links und rechts und zum Teil in den Oberschenkel ausstrahlen. Es besteht eine Morgensteifigkeit, die sich ebenso wie die Schmerzen im weiteren Tagesverlauf und auch bei Bewegung bessert. Nicht selten sind auch andere Körperregionen von der Entzündung betroffen, wobei es besonders häufig zu einer Entzündung der Regenbogenhaut, also zur Iritis kommt.

Aber auch andere Gelenke können entzündlich verändert sein, ebenso weitere Organe wie etwa Lunge, Herz und Nieren.

Typisch für den Morbus Bechterew ist der schubförmige Verlauf, wobei ähnlich wie bei der RA in Phasen hoher Krankheitsaktivität auch Allgemeinsymptome beklagt werden wie Abgeschlagenheit und zum Teil auch Fieber. Bei schwerem Krankheitsverlauf kommt es infolge der Versteifung zur Kyphose, also einer nach vorn gebeugten Haltung der Betroffenen und zur Brustkorbstarre und damit möglicherweise auch zu Beeinträchtigungen bei der Atmung. Allerdings ist der Krankheitsverlauf individuell

Typisch Frau: Systemischer Lupus erythematodes

Zu den entzündlich-rheumatischen Erkrankungen gehört auch der systemische Lupus erythematodes (SLE). Die Erkrankung ist zugleich ein Prototyp einer Autoimmunerkrankung, da die Patienten verschiedene Autoantikörper bilden. Entsprechend vielfältig sind die Symptome der Betroffenen. Sie reichen von allgemeiner Müdigkeit und Abgeschlagenheit über Muskelschwäche, Gewichtsabnahme, Fieber und Frösteln, Nierenentzündungen, Gelenkschmerzen und -schwellungen bis hin zu charakteris-



Eine erfolgreiche Methode zur Bekämpfung des Gelenkrheumatismus ist die Elektrotherapie.

sehr variabel. Viele Patienten zeigen eine eher milde Aktivität mit langen beschwerdefreien Intervallen, während andere erheblich unter den Schmerzen und der Bewegungseinschränkung durch die Versteifung zu leiden haben.

Behandelt wird die AS mit nichtsteroidalen Antirheumatika und vor allem mit krankengymnastischen Übungen, die der Versteifung der Wirbelsäule entgegenwirken. Indiziert sind auch Kälteanwendungen sowie weitere physiotherapeutische Maßnahmen. Die bei der RA eingesetzten Basistherapeutika sind bei der Bechterewschen Erkrankung weitgehend wirkungslos. Anders bei den Biologika, die offenbar auch bei der AS gut wirksam sind und zunehmend auch bei diesem Krankheitsbild eingesetzt werden.

tischen Hautveränderungen in Form eines schmetterlingsförmigen Hautausschlags im Gesicht. Es kann ferner zu entzündlichen Veränderungen im Bereich der Lunge und des Herzens kommen.

Frauen erkranken etwa zehnmal häufiger am SLE als Männer, wobei sich die Erkrankung meist im gebärfähigen Alter manifestiert. Sie ist bislang nicht heilbar, allerdings hat sich die Prognose der Betroffenen in den vergangenen Jahren deutlich gebessert. So galt der SLE früher als häufig zum Tode führende Erkrankung und die Fünfjahresüberlebensrate lag in der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts bei nur 50 Prozent. Inzwischen liegt sie bei 90 bis 95 Prozent und die Zehnjahresüberlebensrate bei 85 Prozent. Häufige Todesursachen sind



laut Robert Koch-Institut eine Arteriosklerose sowie das Versagen verschiedener Organsysteme. Behandelt wird der SLE in aller Regel mit Kortikoiden sowie Antimalariamitteln und/oder Immunsuppressiva zur Dämpfung der Entzündungsreaktionen.

Fibromyalgie – der ganze Körper schmerzt

Bei der Symptomatik der Fibromyalgie stehen chronische Schmerzen in verschiedenen Körperregionen im Vordergrund. Es besteht oft zusätzlich eine Druckschmerzempfindlichkeit sowie ein Steifigkeits- und ein Schwellungsgefühl der Hände, der Füße und des Gesichts. Außerdem klagen die Betroffenen oft über Müdigkeit sowie



Im Wasser lassen sich die schmerzenden Glieder viel leichter bewegen.

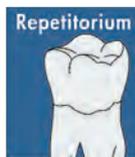
Foto: TK

Schlafstörungen und es besteht eine Assoziation zu psychischen Störungen wie einer erhöhten Ängstlichkeit sowie Depressionen. Auch bei der Fibromyalgie erkranken deut-

lich mehr Frauen als Männer, das Verhältnis liegt bei vier bis sechs zu eins.

Wichtig bei der Fibromyalgie ist ein umfassendes Behandlungskonzept. Es sollte entsprechend der Leitlinien der DGRh eine Patientenschulung beinhalten sowie eine kognitiv-verhaltenstherapeutische und operante Schmerztherapie. Die Patienten sollten zu körperlichem Ausdauertraining motiviert werden. Auch ist die Verordnung eines Antidepressivums angezeigt.

Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln



Aus Sicht der Zahnmedizin

Antibiotika-Prophylaxe bei Patienten mit künstlichem Gelenkersatz

Bei Patienten mit künstlichem Gelenkersatz (insbesondere bei einer rheumatoiden Arthritis) ist ein erhöhtes Risiko des Auftretens einer bakteriellen Infektion (BI) des endoprothetischen Gelenks nach medizinischen und zahnmedizinischen Eingriffen beschrieben. Diese ist zumeist hämatogen induziert. Ein unmittelbarer Nachweis einer Assoziation zwischen Infektionen künstlicher Gelenke und einer dentogenen Ursache lässt sich allerdings nicht immer herstellen. Ein dentogener Ursprung kann jedoch bei typischen oralen Erregern angenommen werden, wenn sie im identifizierten Gelenk nachgewiesen werden, ein zeitlicher Zusammenhang zu einer Zahnbehandlung besteht und wenn kein anderer Fokus gefunden werden kann. Liegt das seltene Krankheitsbild der BI vor, so ist die Mortalität bei 10 bis 25 Prozent; 25 bis 50 Prozent der überlebenden Patienten erleiden einen irreversiblen Verlust von Gelenkfunktionen. Hiermit stellt die BI eine schwere Komplikation bei Patienten

mit Gelenkersatz dar. Eine Präventionsstrategie der BI vor invasiven medizinischen und zahnmedizinischen Eingriffen ist immer noch die häufig angewendete antibiotische Prophylaxe, obwohl deren Anwendung kontrovers diskutiert wird. In der Praxis herrscht weitgehend Unsicherheit über das potenzielle Infektionsrisiko, dem beispielsweise Patienten mit Hüftendoprothesen durch zahnärztliche Eingriffe ausgesetzt sind.

Die generelle antibiotische Prophylaxe vor zahnärztlichen Interventionen mit Bakteriämierisiko bei Patienten mit künstlichen Gelenken weist keinen evidenz-basierten Nutzen auf und kann daher nicht universell empfohlen werden. Bei rheumatischen Patienten ist sie aber anzuraten. Aufgrund der hohen Resistenz der parodontal pathogenen Keime gegenüber den häufig in der Zahnmedizin verwendeten Antibiotika Penicillin und Clindamycin sollten auch zur Prophylaxe Substanzen eingesetzt werden, die ein erweitertes Erregerspektrum erfassen.

Gegebenenfalls kann ein orthopädischer Rheumatologe zur Indikationsstellung beratend hinzugezogen werden. Entsprechend der Medikation der Rheumapatienten (wie Cortison, Methotrexat), ist mit Komplikationen aufgrund der bestehenden Immunsuppression zu rechnen. Dies können sowohl das Auftreten von Wundheilungsstörungen beziehungsweise verzögerter Wundheilung, häufigere dentogene Infektionen beziehungsweise foudroyantere Verläufe sein.

Die Medikamentenkombination Cortison und Ibuprofen sollte aufgrund des gesteigerten Risikos für Magenschleimhautschädigungen vermieden werden.

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

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



Paro-Erreger ist mögliche Ursache der rheumatoiden Arthritis

Bereits seit Jahren ist bekannt, dass es eine enge Assoziation zwischen der rheumatoiden Arthritis (RA) und einer Parodontitis gibt. Völlig geklärt sind die Zusammenhänge bislang jedoch nicht. Allerdings mehren sich die Hinweise dafür, dass das parodontalpathogene Bakterium *Porphyromonas gingivalis* wohl Autoimmunerkrankungen wie die RA triggern kann.

Das Forschungsgebiet wird schon lange verfolgt und gewinnt zunehmend an Brisanz. Das Interesse ist so groß, dass die Assoziation zwischen Parodontitis und rheumatoider Arthritis im vergangenen Jahr sogar zum Thema der Eröffnungsrede beim Jahreskongress der Amerikanischen Rheumatologischen Gesellschaft erkoren wurde. Bei diesem weltgrößten Rheumatologenkongress stellte Prof. Dr. Gerald Weissmann aus New York die neuesten Vorstellungen und Hypothesen zum Zusammenhang zwischen den beiden Krankheitsbildern vor. Weissmann vermutet, dass *Porphyromonas gingivalis* in Peptiden und Proteinen die Aminosäure Arginin in Citrullin umwandeln kann, ein Phänomen, das auch als „Citrullinierung“ bezeichnet wird. Das citrullinierte Protein wird dadurch zum Autoantigen und es kommt zur Bildung von Autoantikörpern und zu Entzündungsprozessen.

Henne oder Ei

Untersucht werden die Zusammenhänge zwischen der Parodontitis und systemischen Erkrankungen laut Prof. Dr. Thomas Kocher, Greifswald, seit gut zehn Jahren. Das gilt insbesondere für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch für die rheumatoide Arthritis, die ebenso wie die Parodontitis mit dem Abbau von Knochengewebe einhergeht. Bei beiden Erkrankungen ist die Ätiologie nicht genau bekannt. Es gibt aber Risikofaktoren wie das Rauchen, die bei beiden Krankheitsbildern gleich sind, und möglicherweise

besteht auch eine gemeinsame genetische Prädisposition. „Wir wissen, dass die Parodontitis zu etwa 30 bis 40 Prozent genetisch determiniert ist. Und auch bei der rheumatoiden Arthritis ist eine genetische Prädisposition bekannt“, so Kocher.

Dass es Zusammenhänge gibt, ist nach seinen Worten unbestritten. So zeigen Querschnittsuntersuchungen, dass Patienten mit Parodontitis überproportional häufig eine rheumatoide Arthritis aufweisen. Umgekehrt leiden Patienten mit RA häufiger als gelenkgesunde Menschen an einer Parodontitis. Nicht eindeutig zu klären ist jedoch, wer dabei Henne und wer Ei ist. Auch die therapeutische Bedeutung des Zusammenhangs ist noch nicht ganz klar: „Es gibt erste kleine Behandlungsstudien, die auf eine Verbesserung der RA hinweisen, wenn die Parodontitis adäquat behandelt wird“, erklärt der Zahnmediziner und Parodontologe und fordert zugleich longitudinale Kohortenstudien sowie weitere multizentrische randomisierte Behandlungsstudien.

Für eine enge Assoziation sprechen nach Kocher auch Befunde, wonach sich in der Synovialflüssigkeit von RA-Patienten DNA von *Porphyromonas gingivalis* nachweisen ließ wie auch Antikörper gegen den Erreger. Gut belegt ist ferner, dass die Parodontitis ihrerseits einen Anstieg der proinflammatorischen Zytokine bewirkt. In vitro wurde nach Kocher außerdem gesehen, dass *Porphyromonas gingivalis* Knorpelzellen infiltrieren kann.



Foto: medicalpicture

In Gelenke, Herz- und Hirngefäße sowie zu anderen Orten des Körpers gelangen die Erreger und ihre Bestandteile oder Produkte laut Prof. Dr. James Deschner, Bonn, der in Bonn ein von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördertes Verbundprojekt zu den Ursachen und Folgen von Parodontitis leitet, im Zuge der Bakteriämie, mit der schon beim einfachen Kauen zu rechnen ist. Die Bakterien respektive deren Bestandteile können dabei schon in der Blutbahn Leukozyten stimulieren und zur vermehrten Bildung von Entzündungsmediatoren wie Interleukin-1 oder TNF- α anregen. Sie erreichen mit dem Blutstrom verschiedene Organe, wo sie entsprechende Entzündungsreaktionen provozieren können. Zusammenhänge werden laut Deschner beispielsweise beim Diabetes gesehen, bei der Koronaren Herzerkrankung und ebenso beim Rheuma.

***Porphyromonas gingivalis* provoziert Autoantikörper**

Bei der RA scheint die Assoziation sogar besonders eng zu sein. Das hat nach Deschner seinen Grund darin, dass *Porphyromonas*



Kommt ein Patient mit einer solchen parodontalen Situation in die Praxis, sollte er auch nach rheumatischen Beschwerden gefragt werden.

gingivalis das Enzym Peptidylarginin-Deiminase bildet, das in Peptiden Arginin in Citrullin umwandelt. Die Citrullinierung führt zur Bildung entsprechender Antikörper, die im Gelenk mit den citrullinierten Proteinen Immunkomplexe bilden, die sodann die Entzündungszellen aktivieren und die Entzündungsprozesse im Gelenk triggern. Die Peptidylarginin-Deiminase dürfte damit laut Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle, Berlin, der Mittler zwischen den beiden Erkrankungen sein. „Die Citrullinierung findet auch direkt im Gelenk statt“, erklärt die Rheumatologin.

Der Körper erkennt das entsprechende Peptid nicht mehr als „eigenes“, sondern stuft es als „fremd“ ein und bildet Antikörper gegen das eigene Eiweiß, die sogenannten ACPAs (Anti citrullinated peptid/protein antibodies). Diese Autoantikörper spielen bei der RA laut Gromnica-Ihle eine große Rolle: „Patienten mit RA, bei denen wir ACPAs nachweisen können, zeigen im Allgemeinen einen deutlich schwereren Verlauf der Erkrankung.“ Porphyromonas gingivalis ist nach Angaben der Rheumatologin der bislang einzige Keim, von dem bekannt ist, dass er Peptidylarginin-Deiminase bildet

und somit die Citrullinierung bewirken kann. Es scheint somit zumindest bei der ACPA-positiven RA einen eindeutigen pathogenetischen Zusammenhang mit der Parodontitis zu geben.

Diskutiert werden nach Deschner aber auch andere Hypothesen. Demnach erfahren die im Blut zirkulierenden neutrophilen Granulozyten und Makrophagen in der erkrankten Gingiva ein gewisses Priming und werden durch die lokalisierten Erreger stimuliert. Sie wandern auf ihrem Weg durch den Körper auch in Kompartimente, die bereits eine gewisse Entzündungsaktivität besitzen, wo sie dann überschießende Entzündungsreaktionen hervorrufen können.

Jeder zweite RA-Patient hat schwere Parodontitis

Weitere Faktoren könnten nach Deschner zum Tragen kommen: „Es kommt bei vielen Patienten mit schwerer rheumatoider Arthritis aufgrund der Gelenkveränderungen zu Behinderungen und so möglicherweise auch zu Einschränkungen bei der Mundhygiene, was möglicherweise die Parodontitis verstärken und die pathologischen

Reaktionen wie in einem Teufelskreis forcieren kann.“ Unklar ist nach seinen Worten zudem bislang, ob es nicht Risikofaktoren gibt, die beide Krankheitsbilder, die Parodontitis und eine rheumatische Erkrankung triggern. Infrage kommen nach Deschner das Rauchen und möglicherweise eine spezielle genetische Disposition.

Epidemiologisch ist der Zusammenhang zwischen RA und Parodontitis laut Gromnica-Ihle bereits lange bekannt: „Wir wissen, dass fast jeder zweite RA-Patient mit schwerem Krankheitsverlauf eine Parodontitis aufweist, während bei der Arthrose nur jeder vierte Patient auch eine Parodontitis hat.“ Auch bei anderen rheumatischen Erkrankungen wie dem Morbus Bechterew sind nach den Worten der Medizinerin entsprechende Zusammenhänge zu sehen, die Betroffenen weisen ein vierfach erhöhtes Risiko für eine Parodontitis auf. Wird diese konsequent behandelt, so bessert sich in aller Regel auch die rheumatische Erkrankung. Umgekehrt gilt nach Gromnica-Ihle das Gleiche: „Wenn wir die rheumatische Erkrankung mit Wirkstoffen behandeln, die die Entzündung effektiv zurückdrängen, so bessert sich oft auch die Parodontitis.“ Die Rheumatologin fordert deshalb von ihren Kollegen, jeden RA-Patienten beim Zahnarzt vorzustellen, damit eine eventuell vorliegende Parodontitis adäquat behandelt wird. Umgekehrt sollte aus ihrer Sicht jeder Patient mit ausgeprägter Parodontitis zum Rheumatologen geschickt werden, wenn er auf Befragen angibt, Gelenksbeschwerden zu haben. Gromnica-Ihle: „Wir brauchen unbedingt eine enge Kooperation der beiden Disziplinen.“

Es besteht übrigens auch eine historische Verbindung zwischen der RA und Erkrankungen des Zahnfleisches, berichtet Gromnica-Ihle. So wurde das Krankheitsbild der rheumatoiden Arthritis erstmals im 19. Jahrhundert ausführlich beschrieben und zwar in den damals am weitesten entwickelten Gesellschaften in England und Frankreich. In beiden Ländern stieg parallel der Konsum von raffiniertem Zucker massiv an und es kam zugleich zu einer sprunghaften Zunahme der Häufigkeit periodontaler Erkrankungen. cv

Unklare zervikale Raumforderung

Rezidivierende mediane Halszyste

Markus Hullmann, Martin Gosau, Torsten E. Reichert



Fotos: Hullmann

Abbildung 1: In der lateralen Ansicht ist die zervikale Schwellung deutlich erkennbar.

Eine fünfjährige Patientin wurde aufgrund einer unklaren Raumforderung im Bereich des Mundbodens durch einen niedergelassenen HNO-Kollegen zur Abklärung und zum Ausschluss eines odontogenen Fokus bei gleichzeitig bestehenden subfebrilen Temperaturen in unserer Klinik vorgestellt (Abbildung 1).

Anamnestisch bestand seit zwei Wochen eine submentale, größtenprogrediente und indolente Schwellung. Schluck- und Atembeschwerden bestanden nicht. Seit drei Tagen klagte die Patientin über grippale Symptome, die bereits im Abklingen waren. Bei der klinischen, extraoralen Untersuchung zeigte die Schwellung eine prall-elastische Konsistenz ohne Druckschmerzhaftigkeit. Eine begleitende Hyperämie war nicht nachweisbar. Verletzungen im Halsbereich waren nicht erkennbar. Bei der bimanuellen Palpation ließ sich die verschiebliche Schwellung kaudal des Musculus mylohyoideus lokalisieren. Bei der intraoralen Inspektion zeigte sich ein unauffälliger Zahnstatus. Aus den Speicheldrüsenausführungsgängen ließ sich klares Sekret expri-

mieren. Im OPT (Orthopanthomogramm) konnte kein pathologischer Befund im Bereich der Zähne und der Kieferknochen lokalisiert werden. In den letzten drei Monaten waren keine zahnärztlichen Eingriffe vorgenommen worden. Eine dento-gene Ursache konnte somit ausgeschlossen werden.

In der anschließend durchgeführten Sonografie des Halses kam eine 2,3 cm mal 2,4



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

cm mal 1,2 cm messende, hypodense und homogene Raumforderung mit dorsaler Schallverstärkung in der Medianebene des Halses oberhalb des Os hyoideum zur Darstellung (Abbildung 2).

Auf eine weiterführende computertomografische Darstellung (CT) wurde aufgrund des jungen Alters der Patientin aus strahlenhygienischen Gründen verzichtet. Daraufhin wurde die Verdachtsdiagnose einer medianen Halszyste gestellt und die operative Entfernung des Prozesses angestrebt. In Allgemeinnarkose wurde die Raumforderung über einen extraoralen Zugang operativ entfernt (Abbildungen 3 und 4).

Neben der Enukleation des zystisch imponierenden Gewebes wurde der mittlere Teil



Abbildung 2: Sonografischer Befund: zystische Raumforderung mit homogenem Binnenecho und dorsaler Schallverstärkung

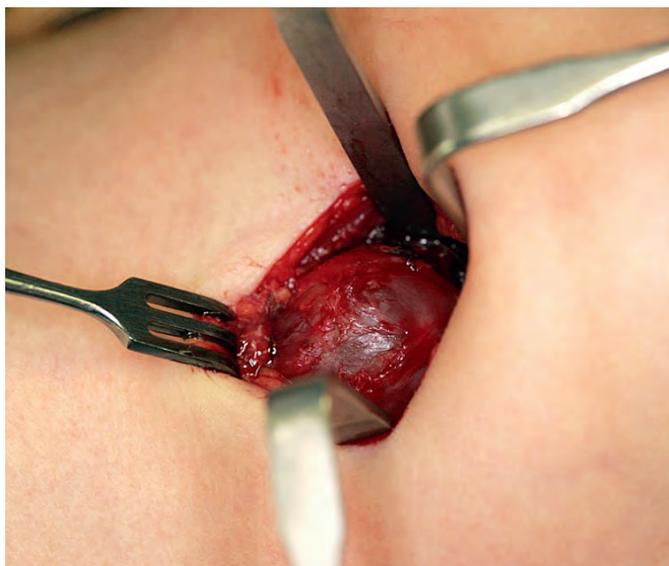


Abbildung 3:
Intraoperativer
Befund der zystisch
imponierenden
Raumforderung

des kranialen Randes des Zungenbeins mit entfernt. Das entnommene Gewebe wurde histopathologisch begutachtet und die Verdachtsdiagnose bestätigt. Die beschriebene Grippe-symptomatik, die den Verdacht auf einen möglichen Infekt gelenkt hatte, bestand höchstwahrscheinlich unabhängig vom Primärbefund. Nach einem dreitägigen stationären Aufenthalt konnte die Patientin bei Ausbleiben perioperativer Komplikationen in die ambulante Nachsorge entlassen werden. Ein Jahr postoperativ wurde die Patientin erneut in unserer Poliklinik aufgrund einer wiederaufgetretenen submentalen Schwellung vorgestellt. Wiederum zeigte sich eine prall-elastische, indolente Schwellung kaudal der Mundbodenmuskulatur. Die Ultraschalluntersuchung konnte erneut eine hypodense Raumforderung mit dorsaler Schallverstärkung mit einem Durchmesser von 1,2 cm mal 1,1 cm mal 0,9 cm Durchmesser nachweisen (Abbildung 5). Es musste daher von einem Rezidiv der medianen Halszyste ausgegangen werden. In der veranlassten Revisionsoperation konnte wieder ein zystischer Prozess entnommen werden. Die Histopathologie bestätigte den Verdacht eines Rezidivs. Zur Prophylaxe wurde in diesem Eingriff der gesamte mediane Anteil des Os hyoideum reseziert. Am zweiten postoperativen Tag konnte die Patientin in die ambulante Nachsorge entlassen werden.

Diskussion

Die mediane Halszyste gehört zur Gruppe der angeborenen Halszysten, die ihre Ursache während der Embryogenese finden. Die Anlage der Schilddrüse entwickelt sich zunächst im Bereich des Pharynx als Ausprossung des oberen Proenterons. Im weiteren Verlauf wächst das Gewebe schlauchförmig durch die Zungenanlage nach kaudal. Ihre endgültige Lage vor der Trachea nimmt die Schilddrüse etwa in der siebten Embryonalwoche ein [Ozolek, 2009]. Der Ductus thyreoglossus markiert den Abstiegspfad des Gewebes. In der Regel obliteriert er in der fünften Gestationswoche und hinterlässt lediglich das Foramen caecum als sichtbare Vertiefung am Zungenrund. In etwa 25 bis 30 Prozent der Fälle kann ein Rest des Ductus thyreoglossus als dritter, unpaarer Schilddrüsenlappen (Lobus pyramidalis) imponieren. Bleibt der Ductus thyreoglossus vollständig als Relikt bestehen, spricht man von einem Ductus thyreoglossus persistens. Hierdurch kann es zur Entwicklung einer medianen Halszyste kommen [Ozolek, 2009]. Bedingt durch die Entwicklungsgeschichte handelt es sich bei der medianen Halszyste um eine unpaare Raumforderung, wodurch sie sich von den lateralen Halszysten unterscheidet, die paarig auftreten können. Zu 75 Prozent liegt sie in der Mittellinie des Halses, zu 25 Prozent



Abbildung 4: Das entnommene Präparat, ohne die zusätzlich entnommenen Anteile des Ductus und des Hyoids

leicht von der Mittellinie des Halses abweichend [Ahuja et al., 2005]. Die mediane Halszyste manifestiert sich zu 65 Prozent im infrahyoidalen Halsabschnitt, 15 Prozent liegen auf dem Niveau des Os hyoideum und 20 Prozent, wie in unserem Fall beschrieben, im suprahyoidalen Halsbereich [Imhof et al., 2004]. Zu 50 Prozent manifestiert sie sich vor dem 20. Lebensjahr [Ahuja et al., 2005]. Bei den differenzialdiagnostischen Überlegungen muss sie von anderen zervikal auftretenden Tumoren unterschieden werden. Als solche kommen entzündliche Prozesse (Abszess, Phlegmone, Lymphadenitiden) und Neoplasien (Lipome, Neurofibrome, Hämangiome, Teratome) infrage [Glosser et al., 2003]. Bei der klinischen extraoralen Untersuchung sollten Aspekte wie Hautkolorit und Temperatur sowie eventuelle Hautläsionen erfasst werden. Um odontogene Ursachen auszuschließen, sollte der Zahnstatus erhoben und ein OPT angefertigt werden. Der nächste diagnostische Schritt sollte die Verwendung der Ultrasonografie sein, da sie einfach verfügbar und nebenwirkungsfrei ist. Der Befund kann sich sowohl echofrei als auch echoarm oder

echoreich zeigen, abhängig von der Binnenstruktur der Raumforderung [Imhof et al., 2004]. Bei nicht eindeutiger Zuordnung des Befunds in der Sonografie können weitere bildgebende Verfahren wie das MRT und das CT zur Anwendung kommen. Dabei erfordert die MRT-Diagnostik bei Kindern oftmals eine Sedierung, um Bewegungsartefakte zu vermeiden [Koch, 2005]. Im beschriebenen Fall konnte unter Berücksichtigung des Patientenalters auf eine Computertomografie und eine Magnetresonanztomografie des Halses verzichtet werden, da der sonografische Befund bereits eine zystische Struktur mit homogenem Binnenecho zeigte. Die Therapie der Wahl ist die vollständige

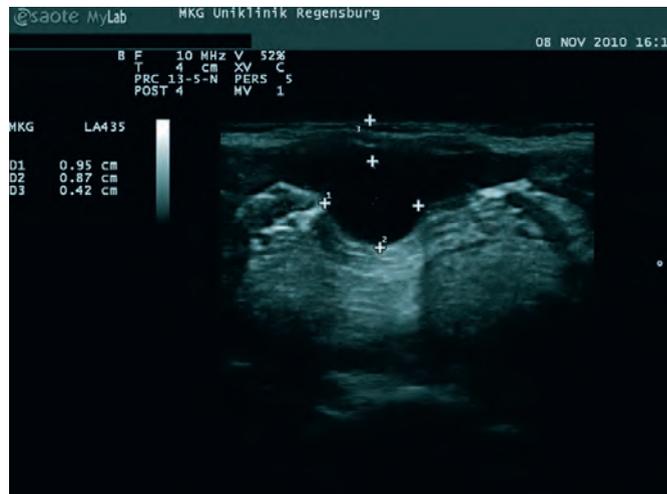


Abbildung 5: Im Ultraschall nach einem Jahr nachgewiesenes Rezidiv

Resektion des zystischen Prozesses mit möglichst weit nach lingual reichender Entfernung von Resten des Ductus thyroglossus und Resektion der medianen Anteile des Os hyoideum zur Rezidivprophylaxe [Deane und Telander, 1978]. Die Schnittführung verläuft hierbei parallel zu den Hautspannungslinien, idealerweise in einer vorhandenen Hautfalte. Hauptrisiken des Eingriffs sind die Verletzung von Nachbarstrukturen wie Halsgefäße und Nerven. Bei ausgedehnten Befunden besteht das Risiko einer Atemwegsverlegung durch ein reaktives Ödem oder eine Nachblutung. Das Rezidivrisiko bei unvollständiger Resektion oder Belassung der angrenzenden Areale

Fazit für die Praxis

- Neben Entzündungen müssen Fehlbildungen oder Neoplasien als Ursache für eine Raumforderung des Halses in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einbezogen werden.
- Die Diagnostik sollte eine eingehende zahnärztliche Untersuchung zum Ausschluss eventueller odontogener Ursachen einschließen.
- Schonendstes und im Kindesalter ideales Diagnostikum ist die Ultrasonografie, die bereits wichtige Hinweise auf die Beschaffenheit der Raumforderung erbringen kann.
- Zur Vermeidung postoperativer Rezidive ist die Resektion ausreichender Anteile des Os hyoideum notwendig.

des Os hyoideum liegt bei 19 Prozent, wie dies auch im beschriebenen Fall zunächst auftrat [Knipping und Goetze, 2008].

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg
markus.hullmann@klinik.uni-regensburg.de



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



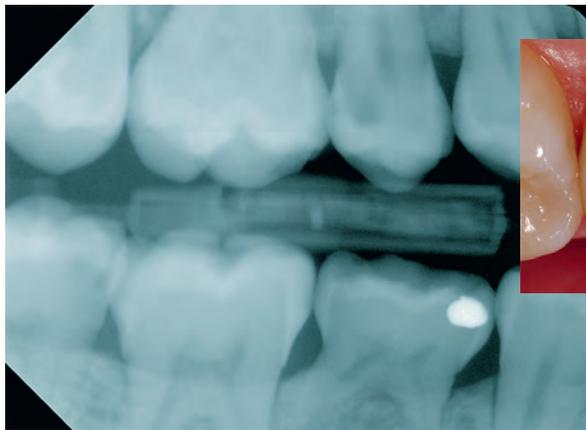
Die Literaturliste kann im Bereich Download auf www.zm-online.de abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.

Kariesexkavation

Neue Erkenntnisse und selbstlimitierende Methoden

Karl-Heinz Kunzelmann, Jan H. Koch

In der Forschung gibt es die klare Tendenz, kariöses Dentin weniger invasiv zu exkavieren als bisher üblich. Ziel ist es, möglichst viel Zahnschubstanz zu erhalten. Bei pulpanaher Karies soll zudem eine Eröffnung vermieden werden. Neu eingeführte rotierende Polymerinstrumente könnten ein Schritt in die richtige Richtung sein. Sie bewahren gegenüber Hartmetallbohrern eine Dentinschicht von durchschnittlich einem halben Millimeter.



Fotos: Kunzelmann

Abbildung 1: Bei einer 24-jährigen Patientin wird in der Bissflügelaufnahme als Zufallsbefund eine ausgeprägte okklusale Karies an Zahn 25 festgestellt.



Abbildung 2: Klinisch ist die Karies nicht zu erkennen, so dass von einer klassischen versteckten Karies gesprochen werden muss.

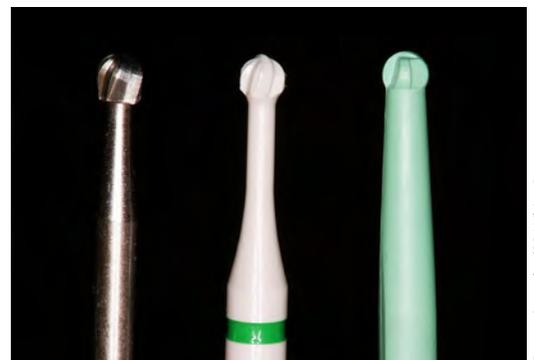
Auch im digitalen Zeitalter wird routinemäßig mit Hartmetall-Rosenbohrern solange exkaviert, „bis die Sonde klirrt“ oder die Sondierung zumindest das Gefühl ausreichender Härte vermittelt. Beurteilt wird zum einen, ob die Sonde die Oberfläche noch „ritzen“ kann, und zum anderen, wie es klingt, wenn die Sonde über das Dentin geführt wird („cri dentaire“). Das Interpretieren dieser beiden Kriterien erlernt man während der Ausbildung. Die Sonden-geometrie oder der Anpressdruck beeinflussen jedoch das Ergebnis der Sondenprüfung, wodurch diese großen individuellen Schwankungen unterliegt.

Darüber hinaus gibt es immer wieder klinische Situationen, bei denen das Dentin die gewohnte Härte mit dem typischen Sondenklirren gar nicht aufweist. Die meisten Zahnärzte kennen Fälle junger Patienten,

die regelmäßig beim Zahnarzt waren und bei denen eines Tages – oft als Zufallsbefund – im Röntgenbild eine versteckte Karies (englisch: hidden caries) diagnostiziert wird (Abbildungen 1 und 2). Wenn man in diesen Fällen klassisch exkaviert, besteht ein sehr hohes Risiko, die Pulpa zu eröffnen. Grund dafür ist, dass große Anteile des Dentins so weich sein können, dass die Kontrolle mit der Sonde keinen zuverlässigen Endpunkt ergibt. Da Stahl- und Hartmetallbohrer aufgrund ihrer Härte auch gesundes Dentin abtragen können, wird mit diesen Instrumenten oft mehr wertvolle Zahnschubstanz entfernt als eigentlich notwendig ist [Celiberti et al., 2006; Dammaschke et al., 2008]. Auch mit den seit

einigen Jahren verfügbaren Zirkoniumdioxidbohrern, deren Schneiden härter als Hartmetall sind, kann gesundes Dentin mühelos abgetragen werden (Abbildungen 3, 4 a bis 4c) [Strassler, 2010].

Natürlich lässt kariöse Zahnschubstanz bei entsprechender Erfahrung auch mithilfe konventioneller Instrumente sehr schonend exkavieren. Dennoch haben Studien gezeigt, dass auf diese Weise selbst bei großer klinischer Sorgfalt gesundes Dentin entfernt wird. Gleichzeitig wird in derselben Kavität Dentin belassen, das zuvor als entfernenswert eingestuft wurde [Willmott et al., 2007]. Viele neuere Studien, Übersichtsartikel und eine Cochrane-Metaanalyse zeigen zudem, dass ein minimalinvasives oder zweizeitiges Exkavieren ebenso sicher ist, wie die konventionelle, invasivere Kariesentfernung [Alves et al., 2010; Bjorndal et al., 2010; Casagrande et al., 2009; Lula et al., 2009; Ricketts et al., 2006].



Fotos: Strassler/SS White Burs

Abbildung 3: Rotierende Instrumente zur Kariesentfernung (v.l.n.r.): Hartmetall-Rosenbohrer, Zirkoniumdioxid-Rosenbohrer (Cerabur, Komet/Gebr. Brasseler) und Polymerbohrer (SmartBurs 2, SS White Burs)



Fotos: Strassler/SS White Burs

Abbildung 4a bis 4c: Während Polymerbohrer aufgrund ihrer Materialeigenschaften kein gesundes Dentin abtragen können, wird mit Zirkoniumdioxid- und Hartmetallrosenbohrern gesundes Dentin mühelos entfernt (von oben nach unten: Anwendung von SmartBurs 2 für 10 Sekunden/kein Abtrag, Hartmetallrosenbohrer für 2 s/Präparationstiefe 0,89 mm, Cerabur für 2 s/0,98 mm).

Erforderliche Dentinmenge, die entfernt werden muss

Wie viel Dentin im Rahmen der invasiven Therapie mechanisch entfernt wird, hängt von zahlreichen Variablen ab. Die Grande Dame der Kariesforschung, Edwina Kidd, formulierte zunächst die allgemein akzeptierte Annahme, dass die Demineralisation von Schmelz und Dentin auf die Anwesenheit von Mikroorganismen zurückzuführen ist [Kidd, 2004]. Sie leitet dann formal logisch korrekt ab, dass es nach heutigem Kenntnisstand gar nicht notwendig ist, bis ins harte Dentin zu exkavieren. Vielmehr genüge es, den Biofilm dauerhaft zu entfernen und neue Bakterien durch eine dentinadhäsive Restauration von ihrem Substratnachschiebung fernzuhalten.

Diese absolut überzeugende Argumentationskette hat in der zahnärztlichen Praxis bis heute noch nicht die breite Aufmerksamkeit gefunden, die ihr gebührt. Neben dem Gesetz der (menschlichen) Trägheit, das auch für die Zahnmedizin gültig ist, könnte dies daran liegen, dass sich Kavitäten nicht sicher randdicht versiegeln lassen [Mertz-Fairhurst et al., 1998]. Das gilt sogar unter Laborbedingungen. Deutlich besser ist daher die Akzeptanz von Verfahren, bei denen zunächst die Kavität auf klassische Weise eröffnet und das massiv infizierte Dentin entfernt wird. Erst dann wird etwas schonender exkaviert, also nicht automatisch bis ins gesunde Dentin. Ideal wäre eine selektive Exkavationsmethode, bei der der Abtrag automatisch stoppt, wenn erhaltungsfähige Dentinanteile erreicht sind.

Intaktes Kollagen gilt als Maßstab

Durch Säuren aus dem Biofilm wird der mineralische Anteil des Zahnes aufgelöst. Gleichzeitig zerstören diese Säuren und auch bakterielle Enzyme im Dentin die Tertiärstruktur der Kollagenfasern. Von den Studien zur schrittweisen Kariesexkavation weiß man, dass sich weiches Dentin unter einer dichten Füllung verändert. Es wird trockener und härter, kann also remineralisiert werden [Kidd, 2004].

Dentin kann remineralisieren, solange Bestandteile vorhanden sind, die Hydroxylapatit-Kristallisationskeime enthalten (Abbildungen 5a bis 5f) [Ahmed, 2007]. Das ist der Fall, wenn die Tertiärstruktur des Kollagens noch intakt ist. Durch das Einwirken organischer Säuren wird der Verlauf der Kollagenfasern sichtbar, die Fasern sind vollständig von Hydroxylapatit umhüllt (Abbildung 5b). Im weiteren Verlauf werden zunächst individuelle Kristalle sichtbar, die Fasern selbst sind noch immer umhüllt (Abbildung 5c). Die Kristalle werden dann weiter aufgelöst, und die Kollagenfasern sind nun deutlich zu erkennen (Abbildung 5d). Solange die typische Querstreifung noch zu erkennen ist, kann das Kollagen noch remineralisiert werden (Abbildung 5e). Wenn schließlich die Tertiärstruktur

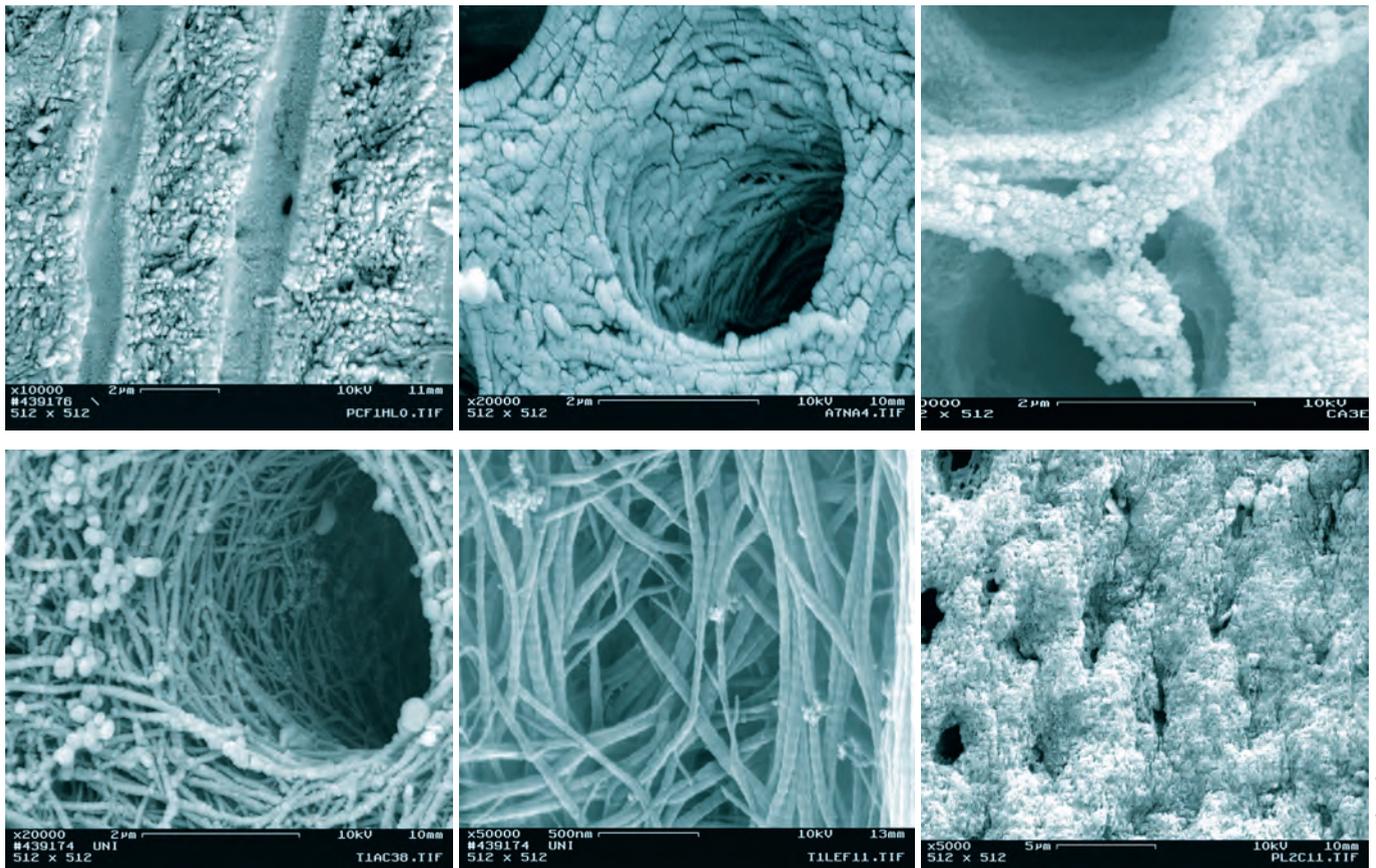


Abbildung 5a bis 5f: Bei gesundem, nicht kariös verändertem Dentin werden die Kollagenfasern durch Hydroxylapatitkristalle stabilisiert (5a). Mit zunehmender Herauslösung der Kristalle durch bakterielle organische Säuren nimmt die Dentinhärte ab (5b bis 5e). Im letzten Stadium geht die dreidimensionale Kollagenstruktur verloren, das Kollagen ist denaturiert (Abbildung 5f, weitere Hinweise im Text).

Fotos: Ahmed

zerstört ist, spricht man von denaturiertem Dentin (Abbildung 5f). Ein logischer Behandlungsendpunkt wäre somit der Übergang zwischen demineralisiertem Dentin und denaturiertem Dentin.

Diese Argumentationskette wurde bereits von Fusayama vertreten [Fusayama, 1979]. Fusayama prägte das heute oft verwendete Begriffspaar „infiziertes Dentin“ (infected dentin) und „kariös verändertes, aber erhaltungswürdiges Dentin“ (affected dentin) [Fusayama, 1979]. Infiziertes und demineralisiertes Dentin mit denaturierten Kollagenfasern ist nach Fusayamas Auffassung irreversibel erweicht, also nicht mehr remineralisierbar. Es muss im Rahmen der Karietherapie entfernt werden. Dagegen können Dentinanteile mit Remineralisationspotential, also diejenigen mit nicht denaturierten Kollagenfasern, erhalten werden.

Gradient statt Grenze

Im Zusammenhang mit dieser einfach klingenden Differenzierung müssen einige Begriffe geklärt werden. Einerseits ist eine Einteilung in zwei oder mehr Karieszonen willkürlich. Aufgrund der Diffusionsprozesse in kariösen Läsionen handelt es sich nicht um klar abgrenzbare Bereiche, sondern vielmehr immer um Gradienten. Diese verlaufen von der Läsion in Richtung unverändertes Dentin, mit allmählich abnehmender Bakteriedichte, zunehmendem Mineralisationsgrad und zunehmender Härte (Abbildungen 6a und 6b). Mithilfe mikro-computertomografischer Aufnahmen ist es zudem möglich, an nur einem Zahn zu untersuchen, wie viel Material mit unterschiedlichen Bohrern entfernt wird. Abbildung 7 zeigt ein Beispiel für eine derartige Auswertung. Durch Übereinanderlegen der Befunde zu

unterschiedlichen Zeitpunkten können die jeweiligen Abtragstiefen zum entsprechenden Zeitpunkt dargestellt werden.

Die zweite Klarstellung betrifft das von Fusayama entwickelte Produkt „Caries Detector“ (Kuraray), das im Wesentlichen Propylenglykol enthält. Aufgrund der Molekülgröße von Propylenglykol diffundiert Caries Detector nur in Schmelz- und Dentinporen, die für dieses Molekül groß genug sind. Zufällig deckt sich dieser Diffusionsbereich mit der mikroskopisch bestimmbar Hauptmasse an Bakterien. Man wird aber bei der Anwendung von Caries Detector feststellen, dass die Farbe beim Exkavieren nicht in einem Augenblick noch intensiv rot sichtbar ist und nach dem Abtragen der nächsten Dentinschicht plötzlich verschwindet. Auch hier folgt die Farbintensität einem Gradienten. Daher sollte nur die intensive Rotfärbung entfernt, die blassrosa verfärbten

Anteile aber ignoriert werden [Boston et al., 2008; Javaheri et al., 2010]. Innerhalb des Intervalls zwischen „nicht mehr denaturiert“ und „vollständig mineralisiert“ kann man davon ausgehen, dass in Richtung gesunden Dentins die Härte und der Hydroxylapatitanteil zunehmen. Andererseits nehmen die Farbstoffeinlagerung und der Anteil an Mikroorganismen ab. Welcher Bereich innerhalb dieses Intervalls den optimalen therapeutischen Bereich darstellt, kann man derzeit noch nicht exakt definieren. Das klinische Erscheinungsbild der Karies ist dafür einfach zu vielfältig.

Methoden der Kariesexkavation

Inzwischen gibt es zahlreiche Verfahren, die dem Zahnarzt die Entscheidung erleichtern sollen, wie weit er exkavieren muss. Im Idealfall wird mit diesen Verfahren ein therapeutischer Endpunkt erreicht, der in dem soeben definierten Intervall erhaltungswürdigen Dentins liegt. Man nennt diese Verfahren daher auch selbstlimitierende Methoden [Kunzelmann, 2005]. In der Tabelle sind Verfahren zusammengestellt, für die der Anspruch erhoben wird, dass sie Karies sehr schonend entfernen. Von aktivem Feedback spricht man, wenn der Endpunkt anhand von bestimmten Parametern beeinflusst werden kann. Passives Feedback bedeutet, dass der Behandlungsendpunkt vom Anwender nicht beeinflussbar ist, weil er in die Methode integriert ist.

1. Aktives Feedback (= Schwellenwert einstellbar)
 - a. Fluoreszenz-Feedback (Fluorescence Aided Caries Excavation = FACE)
 - b. Drehmoment-kontrollierte Bohrer
 - c. Fluoreszenz-gesteuerte Laser
2. Passives Feedback (= Schwellenwert nicht variierbar, intrinsisch festgelegt)
 - a. Chemo-mechanische Verfahren (Carisolv)
 - b. Proteolytische Enzyme (zum Beispiel Pepsin, Trypsin, Kollagenase, Papain: Handelsname Papacarie)
 - c. Rotierende Polymerinstrumente (Smartburs 2, Polybur P1)

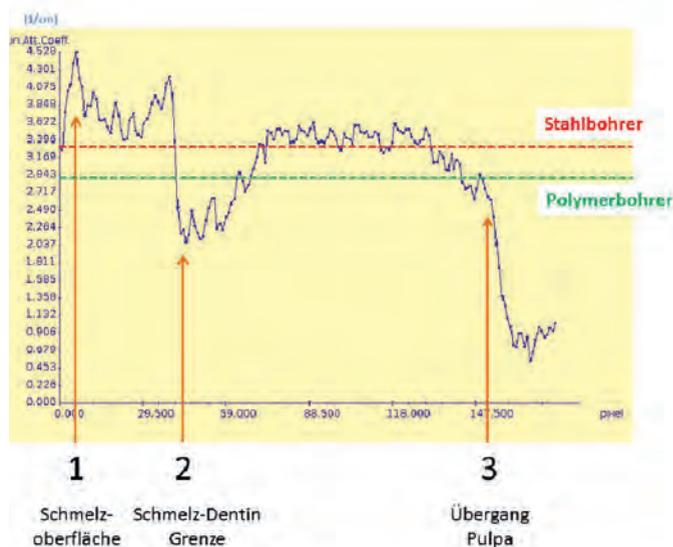
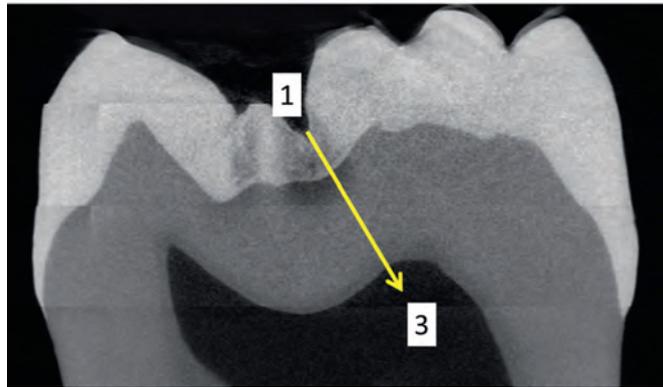


Abbildung 6a und 6b: Mikro-computertomografischer Schnitt durch einen Molaren mit Fissurenkaries. Die Schichtebene verläuft durch eine D1-Läsion (Karies bis in das schmelz-nahe Dentindrittel). Die Grauwerte können in Hydroxylapatit-Konzentrationen umgerechnet werden [mgHAP/cm³]. Deren Verlauf entlang der Linie 1-3 ist im Diagramm dargestellt. 1 kennzeichnet die Schmelzoberfläche, 2 entspricht der Schmelz-Dentin-Grenze und 3 ist der Übergang vom Dentin zur Pulpa. Man erkennt ausgehend von 2, dass die Hydroxylapatit-Konzentration in Richtung „gesundes Dentin“ kontinuierlich zunimmt. Wertet man die Konzentration während der Exkavation aus, dann entspricht die grüne Linie einem Polymerinstrument und die schwarze Linie einem Hartmetallinstrument. Polymerinstrumente sind somit deutlich schonender als HM-Instrumente.

Fluoreszenz-kontrollierte Systeme

Mit einem fluoreszenz-kontrollierten System (Fluorescence-Aided Caries Excavation = FACE) wird die Veränderung fluoreszenzoptischer Eigenschaften bei kariösem Dentin für die selektive Kariesentfernung mit einem Winkelstück und konventionellen Rosenbohrern genutzt [Lennon et al., 2002; 2009]. Bei diesem kommerziell noch nicht verfügbaren System werden Farbstoffmoleküle (Fluorophore) in der kariösen Läsion mit Licht bei circa 405 Nanometer zur Fluoreszenz angeregt. Exkaviert wird dann nur der Dentinanteil, der dieses Fluoreszenzsignal aufweist.

Die in einer Läsion vorhandenen Fluorophore können auch bei der Anwendung eines Lasers als Feedbacksystem genutzt werden (KEY Laser 3+, KaVo) [Krause et al., 2008; Tao und Fried, 2009].

Drehmoment-kontrolliertes „Bohren“

Das einem Zahnarzt wohlvertraute taktile Feedback kann man messtechnisch nachstellen, indem man drehmoment-gesteuerte Motoren verwendet. Solche Motoren werden bereits in der Endodontie eingesetzt. Ebenso wie in der Endodontie müssen diese Motoren für jedes Instrument individuell programmiert werden. In einer Machbarkeitsstudie wurde nachgewiesen, dass das Prinzip funktioniert [Alhorn, 2006]. Eine kommerzielle Version ist noch nicht verfügbar.

Carisolv und Enzymlösungen

Bereits in den 1980er-Jahren wurde ein sogenanntes chemomechanisches Verfahren eingeführt. Bei diesem wird das kariöse Dentin mit einem Gemisch aus Natriumhypochlorit und Aminosäuren selektiv vorbehandelt und das angelöste Material mit

nicht sehr weit verbreitet. Ursache könnte sein, dass viele Anwender Carisolv nach dem klassischen Kriterium der Kariesfreiheit beurteilen, also eine harte Oberfläche erwarten [Maragakis et al., 2001].

Gerade der Aspekt der Oberflächenhärte beeinflusst ganz wesentlich, wie selbstlimitierende Exkavationsverfahren vom Anwender beurteilt werden. Jedes Verfahren,

rium für Kariesfreiheit sein. Carisolv und alle anderen substanzerhaltenden Exkavationsverfahren sollten entsprechend für den Einsatz in der täglichen Praxis neu bewertet werden.

In einer klinischen Studie wurde die Anwendungssicherheit einer Enzymlösung mit Pepsin als wichtigstem Wirkstoff nachgewiesen [Dipsche, 2009], die Lösung ist jedoch kommerziell noch nicht verfügbar. Auf der Basis von Papain ist eine Enzymlösung mit ähnlichem Wirkungsanspruch in Brasilien kommerziell verfügbar (Papacárie, Fórmula & Açã, São Paulo) [Bussadori et al., 2005; Kotb et al., 2009]. Sie ist aber auf dem deutschen Markt bisher nicht erhältlich.

Polymerinstrumente

Im Jahr 2003 kam unter der Bezeichnung SmartPrep, später SmartBurs, erstmals ein rotierendes Polymerinstrument auf den Markt, das aufgrund seiner speziell eingestellten Härte nur erweichtes Dentin entfernt. Sobald die Schneiden auf gesundes Dentin treffen, verformen sie sich und das Instrument wird unbrauchbar. Der an der Temple University in Philadelphia von Prof. Daniel Boston entwickelte „Bohrer“ wurde in einer Reihe von Studien in Bezug auf vollständige Exkavation untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass weniger Dentin abgetragen wird als mit Hartmetallinstrumenten, das verbleibende Dentin also weicher ist [Dammaschke et al., 2006; Prabhakar und Kiran, 2009]. Gegenüber dem konventionellen Vorgehen wird eine Dentinschicht von bis zu 0,9 Millimetern Dicke erhalten, im Durchschnitt sind es immerhin 0,5 Millimeter [Tsolmon, 2008].

Das Dentin ist nach Anwendung von SmartPrep/SmartBurs 1 härter als nach Anwendung von Enzymen. Daraus lässt sich ableiten, dass die Polymerinstrumente etwas mehr Substanz abtragen [Tsolmon, 2008]. Da die Dentinhärte circa 60 Prozent der Härte von unverändertem Dentin beträgt, kann analog gefolgert werden, dass nach Anwendung der Polymerinstrumente remineralisierbares und damit erhaltungswürdiges Dentin auf der Oberfläche verbleibt.

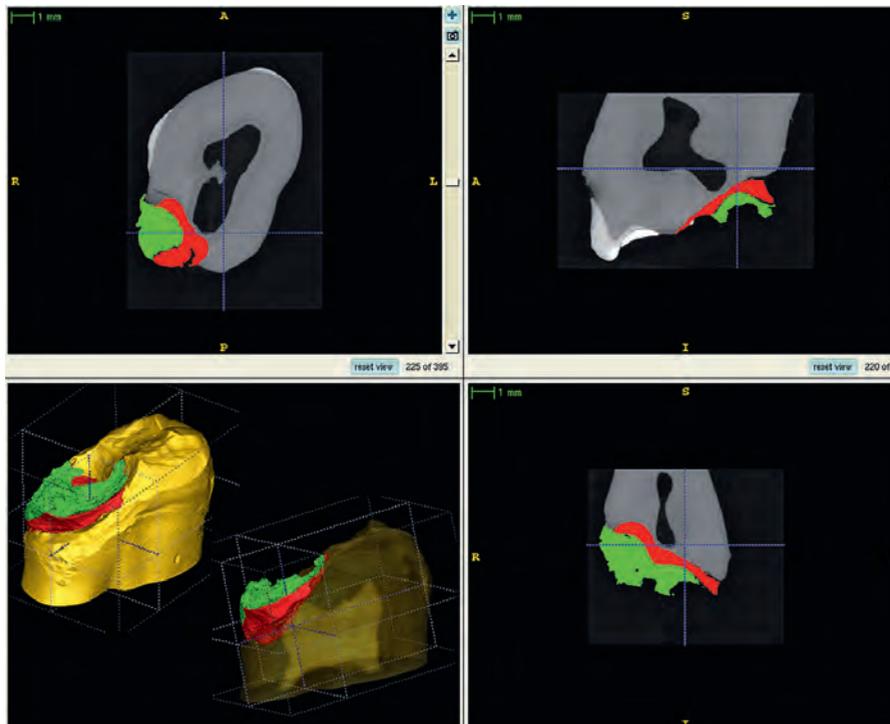


Abbildung 7: Mikro-computertomografischer Vergleich des Dentinabtrags beim Exkavieren mit einem Hartmetall- und einem Polymerinstrument. Links und rechts oben sowie rechts unten sieht man die dreidimensionale Röntgenaufnahme eines Zahnes in verschiedenen Schnittebenen. Die Aufnahme links oben entspricht der Ausgangssituation, rechts oben ist der Abtrag nach Anwendung des Polymerinstruments (grün) und in der Aufnahme rechts unten die Situation nach Exkavation mit einem Hartmetallinstrument erkennbar (rot). Links unten sind die Daten dreidimensional dargestellt. Anhand der transparenten Einstellung für Dentin kann man erkennen, dass die Exkavation sehr nah an das Pulpakavum heranreicht. Es wird deutlich, dass mit Hartmetallinstrumenten das Risiko, die Pulpa zu eröffnen, signifikant erhöht ist.

einem speziellen Instrument abgeschabt (Handelsname Caridex, später Carisolv, Anbieter: Mediteam). Die wirksame Komponente ist Natriumhypochlorit, das eine unspezifische Kollagenspaltung bewirkt. Der therapeutische Endpunkt liegt vor dem gesunden Dentin, wenn man die Dentinhärte als Kriterium wählt [Tsolmon, 2008]. Obwohl die prinzipielle Eignung dieser Methode umfassend dokumentiert ist [Ericson et al., 1999; Peric, 2009], ist das Produkt

das substanzschonend arbeitet und seinen Behandlungsendpunkt im demineralisierten Dentin hat, muss aber zwangsläufig eine weichere Oberfläche hinterlassen als die Exkavation bis in unverändertes Dentin. Folgt man der Argumentation von Kidd [2004] oder der zweiten Annahme, nur Dentin mit denaturierten Kollagenanteilen zu entfernen, dann muss man für alle zukünftigen Studien die Zielkriterien neu überdenken. Die Dentinhärte kann nicht mehr das Krite-

Polymerinstrumente der zweiten Generation

Seit dem Jahr 2010 ist ein Nachfolger des oben erwähnten Polymerinstruments mit der Bezeichnung SmartBurs 2 erhältlich (Anbieter: SS White Burs, Lakewood/USA, deutscher Vertrieb: atec Dental, Ebringen, Abbildung 8 unten). Diese Instrumente haben eine ähnliche Schneidengeometrie, sind aber etwas härter als ihre Vorgänger. Sie bestehen vollständig – also auch im Schaftbereich – aus Polyamid und können nur einmal angewendet werden. Das Wirkprinzip ist laut Hersteller identisch: Aufgrund ihrer eingestellten Härte tragen sie kariös erweichtes Dentin ab. Verändertes, aber strukturell intaktes Dentin verbleibt in der Kavität.

Ein vergleichbares Produkt ist seit der IDS 2011 von Komet/Gebr. Brasseler unter dem Handelsnamen Polybur P1 verfügbar. (Polybur P1, Komet/Gebr. Brasseler, Lemgo, Abbildung 8 oben). Unterschiede zwischen beiden Instrumenten gibt es in der Schneidengeometrie, die bei dem Komet-Instrument an einen Rosenbohrer angelehnt ist. Zudem ist der Schaft etwas schlanker gestaltet als bei SmartBurs 2, wodurch das Instrument besonders für zierliche Kavitäten geeignet ist.

Indikationen von Polymerinstrumenten

Die wichtigste Indikation für selbstlimitierende rotierende Polymerinstrumente ist weiche, pulpanahe Karies bei klinisch symptomlosen Milch- und bleibenden Zähnen, hier besonders bei versteckter Karies (Abbildungen 1 und 2). Dadurch wird im Vergleich zu Stahl- und Hartmetallbohrern das Risiko, die Pulpa zu eröffnen, deutlich reduziert. Polymerinstrumente sind somit eine Ergänzung des klassischen Instrumentariums mit dem Ziel der schonenden Kariesexkavation im Bereich der Pulpa. Pulpafern eignen sich wegen der höheren Effizienz Hartmetall-Rosenbohrer oder Löfflelexkavatoren besser.

Diese Interpretation des Indikationsbereichs ist wichtig für die Akzeptanz dieser Instrumente. Weder Polymerinstrumente noch andere selbstlimitierende Verfahren sollen die bisherige Vorgehensweise ersetzen. Der Zugang zur Kavität muss beispielsweise aufgrund der Härte von Schmelz immer mit Diamant- oder Hartmetallinstrumenten geschaffen werden. Hartes Dentin, das aus mechanischen oder ästhetischen Gründen entfernt werden muss, kann mit Polymerinstrumenten nicht entfernt werden. Alle selbstlimitierenden Systeme spielen aber ihre

Stärke dort aus, wo unter allen Umständen eine Pulpaeröffnung vermieden werden soll. Bei allen Erfolgen der modernen Endodontie muss nach wie vor die eigene Pulpa als die beste Wurzelfüllung gelten. Klinisch symptomlose Zähne, bei denen die Pulpa-vitalität durch schonendes Exkavieren erhalten werden soll, sind daher die perfekte Indikation für selbstlimitierende Verfahren. Dies gilt für das Milchgebiss ebenso wie für das bleibende Gebiss. Natürlich lassen sich auch mit Polymerinstrumenten Pulpaeröffnungen nicht bei allen pulpanahen Läsionen vermeiden. Wenn man aber mit diesen schonenden Instrumenten die Pulpa eröffnet hat, dann war es nicht zu vermeiden.

Anwendung von Polymerinstrumenten

Der Zugang zur Kavität wird wie gewohnt mit rotierenden oder oszillierenden Diamant- oder Hartmetallinstrumenten hergestellt. In den peripheren Anteilen der Kavität kann kariös erweichtes Dentin mit Hartmetall-Rosenbohrern entfernt werden. In den pulpanahen Anteilen, das heißt in der Praxis „wenn sich der Puls beim Gedanken an eine unmittelbar bevorstehende potenzielle Eröffnung des Nervs beschleunigt“, kommt das Polymerinstrument zum Einsatz.

Dabei sollte mit geringem Anpressdruck gearbeitet werden. Noch fehlen für die hier genannten Polymerbohrer prospektive kontrollierte Studien. Die vorliegenden Labor- und klinischen Studien mit Carisolv und Enzymen und auch die klinischen Studien zur schrittweisen Kariesentfernung belegen bereits jetzt, dass mit dieser schonenden Methode eine hohe Anwendungssicherheit verbunden sein dürfte. Eine mögliche Limitation sollte aber deutlich angesprochen werden: Wenn man demineralisiertes Dentin schont, dann wird das auch auf dem Röntgenbild sichtbar. Im Prinzip ist eine höhere Strahlendurchlässigkeit der Beweis, dass das Konzept funktioniert. Andererseits könnten Anwender fürchten, dass ihnen eine unvollständige Kariesentfernung unterstellt wird. Damit die substanzschonende Kariesexkavation zu einem erfolgreichen Konzept wird, sollten Patienten über deren Vorteile informiert werden. Zudem muss innerhalb des Berufsstands kommuniziert werden, dass die höhere Radioluzenz des Dentins in tiefen Kavi-

Zusammenfassung und Ausblick

Auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse ist bei der Kariesentfernung auch in der Praxis der Paradigmenwechsel notwendig, der in der wissenschaftlichen Literatur bereits seit über 15 Jahren zu beobachten ist. Um intakte Zahnschicht so weit wie möglich zu erhalten und unbeabsichtigte Pulpaeröffnungen zu vermeiden, sollte nur das unwiederbringlich demineralisierte, erweichte Dentin entfernt werden. Verändertes, aber remineralisierbares Dentin kann dagegen ohne Risiko belassen werden.

Was passiert aber mit dem remineralisierbaren Dentinanteil? Lohnt sich der Aufwand des selbstlimitierenden Exkavierens überhaupt? Wird der Defekt, wie derzeit routinemäßig der Fall, mit einer adhäsiven Füllung verschlossen, so dringt das Dentinadhäsiv weit in die Kollagenstruktur ein [Imazato et al., 2002]. Es umschließt die Fasern vollständig mit Methylmethakrylat und füllt

der Gedanke interessant, im Sinne einer modifizierten Caries-profunda-Behandlung eine Art Unterfüllung auf diesen pulpanahen Defekt zu applizieren und damit dem remineralisationsfähigem Dentin Kalzium- und Phosphationen zur Verfügung zu stellen. Diese Unterfüllung würde dann gleichzeitig die Infiltration mit Monomer verhindern. Da das Dentin mit Gewebeflüssigkeit perfundiert wird und deshalb feucht ist, könnten im Lauf der Zeit aus dieser Unterfüllung Kalzium- und Phosphationen in den Defekt diffundieren und dort die vorhandenen Hydroxylapatit-Kristallisationskeime zum Wachstum bringen. Auf diese Weise wäre eine Defektheilung denkbar, was über die reine Schonung des Gewebes weit hinausgeht. Dass dies keine Zukunftsmusik ist, bestätigen Experimente an der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Ludwig-Maximilians-Universität München, bei denen als Unterfüllungsmaterial wasserlösliche Kalziumphosphatzemente verwendet werden. Diese Zemente wurden mit Strontium als Marker dotiert, das innerhalb von sechs Monaten in dem gesamten remineralisationsfähigen Defektbereich nachgewiesen werden konnte. Aus einer amerikanischen Arbeitsgruppe wird über eine ähnliche Methode berichtet, die nicht nur auf Kalzium- und Phosphationen vertraut, sondern zusätzlich Dentinmatixproteine verwendet [Dai et al., 2010]. Die Forscher haben dieser Idee bereits einen klangvollen Namen gegeben: Guided Tissue Remineralization. Wenn sich das Konzept als valide erweisen sollte, wäre ein weiterer Schritt in Richtung substanzschonender, biologisch begründeter Karietherapie gelungen.

Fotos: Kunzelmann

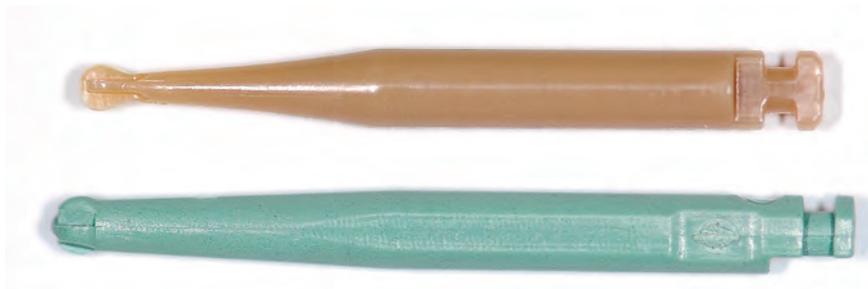


Abbildung 8: Polymerinstrumente sind objektiv selbstlimitierend, tragen also aufgrund ihrer reduzierten Härte weniger Dentin ab als Hartmetallbohrer. Das nach der Anwendung zurückbleibende Dentin ist aber remineralisierbar und stellt daher nach Ausschluss einer Pulpitis kein Risiko für die Prognose des Zahnes dar (oben: Polybur P1, Kommet/Gebr. Brasseler; unten: SmartBurs 2, SS White Burs).

tätenanteilen kein zwingendes Zeichen für Karies ist, sondern nur der Ausdruck geringerer Mineralisation. Hier schließt sich der Kreis zu der Argumentation von Edwina Kidd: Solange keine zusätzlichen Befunde für eine Verbindung zwischen diesem strahlendurchlässigen Areal und aktivem Biofilm vorliegen, kann man nicht von Karies sprechen. Hierzu gehören Randverfärbungen, die auf Spalten hindeuten, Beläge, osmotisch oder thermisch bedingte Sensitivitäten oder offensichtliche Defekte der Füllung.

die Hohlräume weitgehend aus [Hahn und Hellwig, 2004]. Die Kollagenfasern werden versiegelt und eventuell zurückbleibende Bakterien immobilisiert. Eine Remineralisation mit Hydroxylapatit ist dann natürlich nicht mehr möglich. Der eindeutige Vorteil des selbstlimitierenden Exkavierens ist aber der Erhalt einer zusätzlichen Dentinschicht von bis zu 0,9 Millimetern. Gerade pulpanah kann diese Differenz den Ausschlag geben, wenn es darum geht, eine Wurzelkanalbehandlung zu vermeiden. Deshalb ist

Prof. Dr. Karl-Heinz Kunzelmann
Poliklinik für Zahnerhaltung
und Parodontologie
Ludwig-Maximilians-Universität München
Goethestr. 70
80336 München
karl-heinz@kunzelmann.de

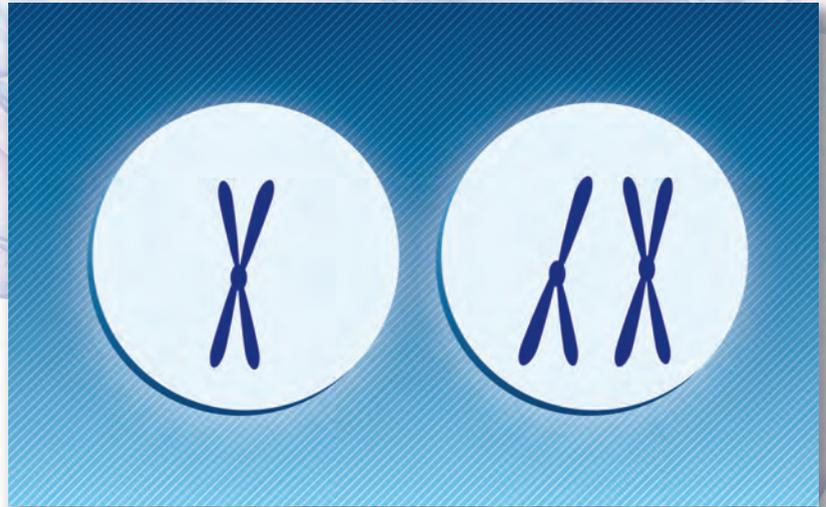
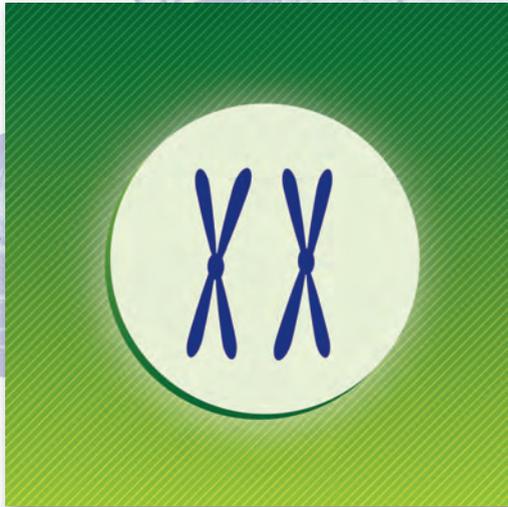
zm Leser service

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

Repetitorium

Das Ullrich-Turner-Syndrom

Bei diesem Krankheitsbild ist eines der beiden X-Chromosome der betroffenen Mädchen strukturell verändert oder fehlt ganz. Das hat erhebliche Konsequenzen vom Kleinwuchs über Fehlbildungen in verschiedenen Körperbereichen bis hin zur Unfruchtbarkeit.



Mit einer Häufigkeit von rund einem Fall auf 2 500 Geburten tritt hierzulande ein Ullrich-Turner-Syndrom (UTS) auf. Die Störung dürfte damit häufiger sein, als allgemein bekannt ist, wobei laut Angaben der Turner-Syndrom-Vereinigung Deutschland e.V. von rund 16 000 betroffenen Mädchen und Frauen in Deutschland ausgegangen wird. Dieses Krankheitsbild erhielt seinen Namen durch die beiden „Entdecker“ der Krankheit, den deutschen Pädiater Otto Ullrich (1894 – 1957), der bereits die wesentlichen körperlichen Merkmale der Störung wie den Minderwuchs, den gedrungenen Körperbau, den Faltenhals, eine Überstreckbarkeit der Ellenbogengelenke und die ausbleibende Geschlechtsentwicklung beschrieben hat, sowie den amerikanischen Endokrinologen Henry Turner (1892 – 1970), der

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

die Symptome als eigenständiges Syndrom klassifizierte.

Ursache der Störung ist noch unbekannt

Noch unklar sind die genauen Ursachen des UTS, das gelegentlich auch als Monosomie X bezeichnet wird. Es liegt vor, wenn ein komplettes X-Chromosom bei den Mädchen fehlt oder wenn ein Teil eines X-Chromosoms verloren gegangen oder strukturell verändert ist. Dies geschieht kurz vor, bei oder nach der Fusion von Eizelle und Spermium, quasi als Fehlverteilung der Chromosomen während der Zellteilung. Es handelt sich damit nicht um einen festgeschriebenen, genetisch determinierten und vererbten Defekt, folglich wird keine familiäre Häufung der Störung beobachtet. Da in den Zellkernen der Betroffenen nur ein einzelnes funktionierendes X-Chromosom vorliegt, ist die Ausprägung der Kinder automatisch „weiblich“.

Auslösende Ursache der Chromosomen-Fehlverteilung können möglicherweise, so wird spekuliert, ionisierende Strahlen sein,

chemische Noxen oder Virusinfektionen. Ein höheres Alter der werdenden Mutter scheint anders als bei der Trisomie 21 kein Risikofaktor zu sein.

Bei etwa der Hälfte der Mädchen mit Ullrich-Turner-Syndrom – im angloamerikanischen Sprachraum ist nur von einem Turner-Syndrom die Rede – fehlt ein X-Chromosom komplett. Damit sind bei den Betroffenen statt der üblichen 46 nur 45 Chromosomen vorhanden und der Karyotyp wird als 45X oder 45X0 charakterisiert. Das Turner-Syndrom ist zugleich die einzige Störung, bei der sich der Mensch trotz des Fehlens eines Chromosoms weitgehend normal ohne massiv verringerte Lebenserwartung entwickeln kann.

Bei jedem fünften Mädchen ist von dem Defekt nur ein Teil der Körperzellen betroffen, während die übrigen einen normalen Chromosomensatz aufweisen. In einem solchen Fall wird von einem Mosaik-Chromosomen-Muster als UTS-Sonderform gesprochen. Jedes dritte Mädchen mit UTS besitzt beide X-Chromosomen, wobei jedoch eines von ihnen unvollständig oder strukturell verändert ist. Es liegen damit unterschiedliche

Varianten der Störung vor, was Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung erklären kann.

Diagnostik per Chromosomen-Analyse

Besteht aufgrund der klinischen Symptomatik und des Phänotyps der Mädchen der Verdacht auf ein UTS, so lässt sich dieser anhand einer Blutuntersuchung und Darstellung des Karyotyps abklären. Die Diagnose wird allerdings nicht selten bereits pränatal anhand einer Chromosomenanalyse bei einer Fruchtwasseruntersuchung oder Chorionzottenbiopsie gestellt. Weitere Hinweise auf ein UTS können sich auch schon vorgeburtlich ergeben, zum Beispiel durch eine ausgeprägte Nackentransparenz im Ultraschall. Oft erfolgt eine gezielte Diagnostik jedoch erst im Grundschulalter, wenn die Mädchen durch ihren Kleinwuchs auffallen oder als Teenager, wenn die übliche Entwicklung in der Pubertät ausbleibt. Nicht selten wird die Störung aber auch erst im Erwachsenenalter festgestellt, etwa bei der Abklärung einer ungewollten Kinderlosigkeit.

Kleinwuchs als Leitsymptom

Leitsymptom des UTS ist der Kleinwuchs, wobei die Mädchen meist schon bei der Geburt einige Zentimeter kleiner als üblich sind. Sie wachsen in den ersten zwei bis drei Lebensjahren weitgehend normal, bleiben dann aber in ihrem Wachstum zurück und sind in aller Regel stets deutlich kleiner als gleichaltrige Mädchen. Unbehandelt bleibt der typische Wachstumsschub während der Pubertät aus und die Mädchen erreichen meist nur eine Körperendgröße von durchschnittlich etwa 147 Zentimetern, obwohl sie bis etwa zum 20. Lebensjahr weiterwachsen.

Auch die Ursache des Minderwuchses ist bislang weitgehend ungeklärt. Vermutet wird eine Beteiligung des sogenannten SHOX-Gens auf dem kurzen Arm des frag-



Die pränatale Diagnostik (hier die Amniozentese) kann Aufschluss über die Generkrankung bringen.

Foto: BSIP/DocStock

mentarisch vorliegenden oder fehlenden X-Chromosoms, das offenbar eine wichtige Funktion für das Körperwachstum besitzt. Werden die Mädchen mit Wachstumshormonen behandelt, so lässt sich die verzögerte Wachstumsgeschwindigkeit in gewissen Grenzen ausgleichen. Denn obwohl beim UTS kein manifester Mangel an Wachstumshormonen vorliegt, nimmt unter der Therapie das Längenwachstum der Kinder in aller Regel zu. Vermutet wird, dass sich das Wachstumshormon in erster Linie günstig auf das Knochenwachstum auswirkt. Trotzdem gewinnen die Mädchen durch eine solche Behandlung im Mittel acht Zentimeter an Körpergröße hinzu.

Es gibt weitere Behandlungsversuche, um dem Kleinwuchs zu begegnen. Dazu gehören die hormonelle Verzögerung der Pubertät sowie die Behandlung mit Androgenen oder anabolen Steroiden, um so einen Wachstumsschub zu forcieren. Allerdings besteht bei einer solchen Behandlung die Gefahr der Virilisierung. Ein zu langes Hinauszögern der Pubertät kann außerdem der späteren Entwicklung einer Osteoporose Vorschub leisten. Eine solche Behandlung sollte deshalb nur in einem versierten Zentrum erfolgen.

UTS-Folgen auf Pubertät und Fertilität

Die Geschlechtsorgane der Mädchen wie die Schamlippen und die Klitoris sowie die Gebärmutter und die Eileiter sind normal angelegt, nicht aber die Eierstöcke, die oft bindegewebig degeneriert sind. Es kommt dadurch zu Beeinträchtigungen der Sexualreife, die Brustentwicklung ist verzögert und auch die Menstruation tritt – wenn überhaupt – später als üblich ein. Da die Eierstöcke nicht normal entwickelt sind, kommen – so Informationen der Turner-Syndrom-Vereinigung Deutschland e.V. – die meisten Betroffenen nicht spontan in die Pubertät und bleiben in aller Regel auch infertil. Allerdings ist die Ausprägung der Störung unterschiedlich, und es gibt durchaus auch Mädchen mit UTS, bei denen befruchtungsfähige Eizellen heranreifen und die folglich schwanger werden können.

Entwickelt sich die Pubertät nicht normal, so kann mit Östrogenen behandelt werden. Dies ist nach Angaben der Patientenorganisation insbesondere für die psychische Entwicklung der jungen Frauen und für deren „Selbstwahrnehmung als Frau“ von Bedeutung. Die Östrogenbehandlung sollte deshalb – so rät die Organisation – rechtzeitig einsetzen, wobei üblicherweise eine Be-



Foto: RFJöhner/FTonline

UTS-Kinder sind meistens übergewichtig.

handlung ab dem Alter von etwa zwölf Jahren sinnvoll ist. Die Behandlung wird mit niedriger Östrogengabe begonnen. Die Dosis wird in den Folgejahren gesteigert, und es werden anschließend auch Gestagene verabreicht, so dass die jungen Frauen einen normalen Menstruationszyklus erleben.



Foto: McPHOTO/vario images

Viele Frauen mit Turner-Syndrom brauchen regelmäßige Lymphdrainagen.

Rund fünf bis zehn Prozent der Mädchen mit UTS zeigen im Alter von zwölf Jahren auch ohne Behandlung Zeichen einer Brustentwicklung, die sich allerdings meist im weiteren Verlauf nicht fortsetzt, so dass auch bei diesen Kindern eine hormonelle Behandlung indiziert ist.

Allerdings sind bei der Therapieentscheidung die unterschiedlichen Ausprägungen der Erkrankung zu beachten. So zeigen Mädchen mit Mosaik-Chromosom-Muster auch ohne Hormonbehandlung mehr Zeichen der Sexualentwicklung als Mädchen, bei denen ein X-Chromosom gänzlich fehlt. Auch bei ihnen aber kommt es meist nicht zur vollen Pubertät und zur spontan auftretenden Menstruation. Bei nur rund einem Prozent der Mädchen entwickelt sich ohne Behandlung eine regelmäßige Menstruation und

weniger als ein Prozent können schwanger werden. Manchen Frauen mit Kinderwunsch kann durch eine In-vitro-Fertilisation geholfen werden, wobei die Befruchtung außerhalb des Körpers erfolgt und die befruchtete Eizelle dann in die Gebärmutter implantiert wird, so dass die Frau das Kind austragen und eine normale Geburt erleben kann. Dies setzt jedoch voraus, dass Eizellen in den Ovarien heranreifen oder eine Eizellspende möglich ist.

Gesundheitliche Konsequenzen

Das Ullrich-Turner-Syndrom hat neben Kleinwuchs, gedrungener Statur und Infertilität eine Reihe weiterer gesundheitlicher Konsequenzen, die in ihrer Ausprägung jedoch sehr variabel sein können. Bereits bei der Geburt liegt nach Angaben der Turner-Syndrom-Vereinigung Deutschland oft eine Aortenstenose vor, die je nach Schweregrad früher oder später operativ behandelt werden muss.

Es kann ein erhöhtes Risiko für ein Aortenaneurysma bestehen und nicht selten machen auch Herzklappenfehler einen operativen Eingriff notwendig. Regelmäßige kardiologische Kontrolluntersuchungen sind deshalb wichtig, da insbesondere die Komplikationen im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems maßgeblich für die statistisch doch deutlich niedrigere Lebenserwartung von Frauen mit UTS verantwortlich sind.

Bei den Betroffenen treten nicht selten schon frühzeitig zusätzliche kardiovaskuläre Risikofaktoren auf. So sind viele Mädchen mit Turner-Syndrom übergewichtig, und es kommt überproportional häufig zu einer Hypertonie und auch zur Entwicklung einer diabetischen Stoffwechsellage. So ist bei rund einem Drittel der Betroffenen der Insulinstoffwechsel gestört, was ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Typ-1- wie auch eines Typ-2-Diabetes bedingt. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen sind deshalb unbedingt angezeigt.

Häufig fallen schon gleich nach der Geburt Lymphödeme auf. Und auch im späteren

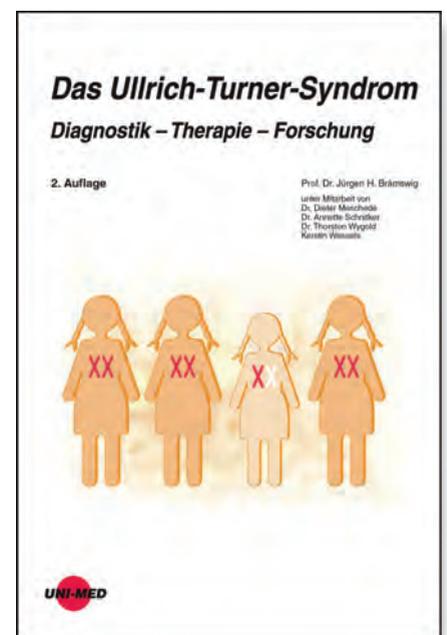
Leben besteht eine erhöhte Neigung zur Ödembildung, was Lymphdrainagen und das Tragen von Kompressionsstrümpfen notwendig machen kann. Frauen mit UTS entwickeln außerdem überproportional häufig eine Autoimmunerkrankung der Schilddrüse wie die Hashimoto-Thyreoiditis, die mit einer Struma oder eine Schilddrüsen-Unterfunktion einhergehen und die Gabe von Schilddrüsenhormonen notwendig machen kann.

Rund ein Drittel der Mädchen weist eine Fehlbildung der Niere (Hufeisenniere) auf, meist jedoch ohne Nierenfunktionsstörung. Auch Veränderungen der Harnleiter können vorliegen.

Probleme an Ohren, Augen und Haut

Besonders belastend sind die sich häufig entwickelnden Otitiden bis hin zur Otitis media chronica. Sie können späteren Hörproblemen den Weg bahnen. Im Bereich der Augen ist oftmals eine Ptosis auffällig, nicht wenige Betroffenen schielen und viele sind kurzsichtig.

Mädchen mit UTS weisen ferner eine trockene Haut sowie zahlreiche Pigmentnaevi



Dieses Buch ist hilfreich für Ärzte, Zahnärzte und Angehörige: ISBN: 978-3-8374-2020-3

Repetitorium



Aus Sicht der Zahnmedizin

Kraniofaziale und dentale Ausprägung

Mit der numerischen und/oder strukturellen Aberration des X-Chromosoms sind vielfache somatische Anomalitäten assoziiert. Wachstumsbezogene Störungen, vor allem ein verminderter Körperwuchs, stellen die augenscheinlichsten Manifestationen des Turner-Syndroms dar. Auch Störungen der kraniofazialen Morphologie im Sinne einer Verminderung des kranialen Wachstums

erhöhte Rate an Gaumenspalten bei Turner-Patienten darstellen.

Weiterhin wird bei Patienten mit Turner-Syndrom eine im Vergleich zum Normalkollektiv frühere Eruption der permanenten Zähne mit verringertem mesiodistalen Zahndurchmesser aufgrund einer verringerten Schmelzdicke beschrieben. Ebenso kommen Veränderungen in der Wurzelmorphologie und multiple Nichtanlagen vor.

Schlussfolgerung

Wie auch bei zahlreichen anderen chromosomalen Abweichungen weist auch das Turner-Syndrom häufig Störungen in der kraniofazialen Morphologie (Verkürzung der posterioren Schädelbasis, bimaxilläre Retrognathie) sowie Okklusions- und Zahnveränderungen auf. Bei der symptomatischen Therapie dieser Veränderungen ist aufgrund der häufigen weiteren internistischen Begleiterkrankungen eine enge Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt, Chirurg und Hausarzt wünschenswert. Eine antibiotische Endokarditisprophylaxe ist bei allen Patientinnen angezeigt, bei denen eine kardio-vaskuläre Malformation (vor allem Herz und Aorta betroffen) vordiagnostiziert wurde.

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

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

Das mangelhafte zweite X-Chromosom führt nicht nur zum Minderwuchs.

sind schon im Kindesalter charakteristisch. Bei betroffenen Patienten werden oft eine dreieckige Gesichtsförmigkeit, tief liegende Ohren und eine Mikrognathie beschrieben; es besteht eine abgeflachte Schädelbasis. Die tiefe Ruhelage der Zunge wird für die Tendenz zur Klasse-II-Verzahnung nach Angle, für Malokklusionen mit lateralem Kreuzbiss sowie für die Tendenz zum anterior offenen Biss verantwortlich gemacht. Der Unterkiefer ist zu kurz und nach posterior rotiert. Insgesamt liegt eine maxillo-mandibuläre Retrognathie vor. Der Gaumenbogen ist oftmals hoch und schmal; er könnte die Ursache für eine diskutierte

auf, die dermatologisch überwacht werden sollten. Optisch fallen oft auch atypische Nägel sowie einzelne kürzere Finger oder Zehen auf, eine Mikrognathie und ein tiefer Haaransatz. Charakteristisch ist weiterhin eine flügelartige Hautfalte am Hals. Auch hinsichtlich des Körperbaus gibt es Auffällig-

keiten: So haben die Mädchen oft eine breite Brust mit weit auseinander liegenden Brustwarzen (Schildthorax). Der Winkel zwischen Unter- und Oberarm kann deutlich größer als üblich sein (Cubitus valgus), was meist jedoch keine Bewegungseinschränkungen nach sich zieht. X-Beine sind ein

häufiges Problem, wobei meist per se eher kurze Beine im Vergleich zum Oberkörper vorliegen.

Normale Intelligenz, aber hohe psychische Belastung

Anders als lange Zeit postuliert, weisen Mädchen und Frauen mit UTS im Allgemeinen eine normale Intelligenz auf und können so wie andere gleichaltrige Kinder die übliche Schulkarriere durchlaufen. Allerdings kann es bei einzelnen Kindern Probleme in bestimmten Bereichen der Wahrnehmung geben, zum Beispiel bei der allgemeinen räumlichen Wahrnehmung und/oder bei räumlichen Vorstellungen, wie sie zum Teil im mathematischen Bereich notwendig sind.

Einige Mädchen können sich, so die Ausführungen der Turner-Syndrom-Vereinigung Deutschland, etwas schwerer als andere mit den sozialen Wahrnehmungen tun. „Meist sind diese Schwierigkeiten aber nur beim Lösen ganz besonderer Aufgaben zu merken und nicht wirklich im Alltag beeinträchtigend. Die meisten betroffenen Frauen führen ein eigenständiges Leben mit einer zufriedenstellenden Lebensqualität“, heißt es auf der Webseite der Organisation unter www.turner-syndrom.de.

Ein Handicap aber bleibt vielen betroffenen Mädchen und Frauen: Aus der auffälligen körperlichen Statur sowie den gesundheitlichen Schwierigkeiten resultieren nicht selten psychische Probleme. So manche Betroffene weist ein geringeres Selbstwertgefühl auf und ist unsicher im Umgang mit dem eigenen Körper. Das kann Probleme in der Partnerschaft nach sich ziehen, die sich eventuell durch die ungewollte Kinderlosigkeit noch verstärken. Die betroffenen Frauen leiden daher auch überdurchschnittlich häufig an Depressionen.

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

**Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln**

31. Jahrestagung des AKOPOM

Prognosefaktoren bei Karzinomen des oberen Aerodigestivtrakts

Nach mehreren Jahren am Kongressort Wiesbaden fand die Jahrestagung 2010 des Interdisziplinären Arbeitskreises Oralpathologie und Oralmedizin (AKOPOM) am 13. und 14. Mai wieder im traditionsreichen Bad Homburg statt.

Nach dem von Professor Dr. Hartwig Kosmehl, Erfurt, gehaltenen Eingangsreferat zu den derzeit in der Diagnostik anerkannten und für die Therapieplanung relevanten Prognosefaktoren bei Tumoren der Kopf-Hals-Region, bot die Tagung einen repräsentativen Querschnitt über die gegenwärtigen wissenschaftlichen Entwicklungen in den mund-kiefer-gesichtschirurgischen Kliniken und pathologischen Instituten, die sich derzeit mit oraler Tumorpathologie und -medizin beschäftigen. Matthias Kreppel, Köln, zeigte den prognostischen Einfluss der Podoplanin-Expression in oralen Plattenepithelkarzinomen auf und die Göttinger Arbeitsgruppe um Dr. Dr. Florian Fialka präsentierte eine Zwischenanalyse ihrer an Plattenepithelkarzinomen durchgeführten Genexpressionsstudien.

Weitere Vorträge beschäftigten sich mit der Karzinogenese des oralen Plattenepithelkarzinoms einerseits und dessen Früherkennung andererseits. Arne Burkhardt, Reutlingen, stellte sein Verfahren zur Bearbeitung von Bürstenbiopsien vor, bei der eine Gelatine-Einbettung vorgenommen wird, Dr. Dr. Peer Kämmerer, Mainz, berichtete über die Anwendung der DNA-Bildzytometrie an Bürstenabstrichen. Die lebhafteste Diskussion



über die verschiedenen Verfahren in der Bearbeitung und Auswertung von Bürstenabstrichen unterstrich erneut, dass hier noch weiterer wesentlicher Entwicklungsbedarf besteht, um Zahnärzten ein zuverlässiges diagnostisches Instrument anbieten zu können. Dr. Dr. Jörg Handschel, Düsseldorf, wies in seinem Vortrag darauf hin, dass die Mehrzahl der neuroendokrinen Karzinome der Haut (Merkelzellkarzinome), die nicht selten im Gesichtsbereich entstehen können, mit dem Polyomavirus assoziiert ist.

Klinisch-oralpathologischer Förderpreis

Anlässlich dieser Veranstaltung wurde wieder ein Vortrag ausgezeichnet, der Ergebnisse einer gemeinsamen Studie aus den Diszipli-

nen Pathologie und Klinik präsentierte. Den von der DGZMK gestifteten und mit 1 500 Euro dotierten Preis erhielten Tobias Ettl, Regensburg, Oliver Driemel, Leer, sowie Stephan Schwarz und Andreas Gaumann, beide Kaufbeuren, für ihre in Erlangen und Regensburg durchgeführte Studie zu Prognosefaktoren des Mukoepithelkarzinoms. An 40 Fällen konnten die Autoren in uni- und multivariaten Analysen zeigen, dass die morphologischen Varianten des Mukoepithelkarzinoms, speziell die squamoide Variante, einen relevanten negativen prognostischen Einfluss auf das Überleben der Patienten ausüben. Dabei liegt eine besondere Problematik darin, dass die squamoiden Mukoepithelkarzinome häufig als Plattenepithelkarzinome verkannt werden, sich aber biologisch meist anders als diese verhalten.

Die 32. Jahrestagung des AKOPOM wurde traditionell wieder als Gemeinschaftstagung mit der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie (AgKi) vom 02.06. – 03.06.2011 in Bad Homburg abgehalten. Neben dem Hauptthema „Wechselwirkungen zwischen Mundhöhle und Allgemeinerkrankungen“ waren Präsentationen zu freien Themen auf der Tagesordnung.

Dr. Stephan Schwarz
(Kassenführer)
Institut für Pathologie Kaufbeuren
Dr.-Gutermann-Str. 6
87600 Kaufbeuren
stephan.schwarz@pathologie-kaufbeuren.de

Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel
(1. Vorsitzender)
Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische
Gesichtschirurgie Ruhr-Universität Bochum
In der Schornau 23-25
44892 Bochum
martin.kunkel@ruhr-uni-bochum.de

Priv.-Doz. Dr. Dr. Oliver Driemel
(Schriftführer)
Implantatzentrum Ostfriesland
Steinburgsgang 2
26789 Leer
info@mkgleer.de

INFO

Tipps zur Mitgliedschaft

Der AKOPOM lädt nicht nur oralpathologisch interessierte ärztliche und zahnärztliche Kolleginnen und Kollegen zur Mitgliedschaft ein, sondern will alle diejenigen ansprechen, die sich mit der Diagnostik und Therapie oraler Erkrankungen in ihrer täglichen Praxis befassen. Der Arbeitskreis setzt sich dafür ein, den Stellenwert der oralen Medizin in Forschung

und Praxis zu stärken und möchte zum Selbstverständnis des Zahnarztes als Facharzt für orale Medizin beitragen. Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich 25 Euro, bei Einzugsermächtigung 15 Euro. Für Studenten der Medizin und der Zahnmedizin sowie Kollegen im Ruhestand ist die Mitgliedschaft kostenlos. Ein entsprechender Aufnahmeantrag findet sich auf der Homepage des AKOPOM (www.akopom.de). ■

3. Zahnärztinnenkongress

Frauen bleiben die Zukunft der Zahnmedizin

Mit rund sechzig Teilnehmerinnen war der diesjährige Kongress für Zahnärztinnen gut besucht. Der zentral gelegene Veranstaltungsort Frankfurt hatte doch vielen Teilnehmerinnen ermöglicht, auch nur tageweise die Vorträge zu hören und mit den Kolleginnen intensiven Austausch zu pflegen. Schließlich gab es nicht nur Fachfortbildung auf dem Programm, sondern auch jede Menge Informationen und Tipps zu so verschiedenen Themen wie Niederlassung, Praxisformen oder Finanzierung einer neuen Existenz, die speziell auf Zahnärztinnen und ihren Arbeitsalltag mit Doppelbelastung zugeschnitten waren.

Auf Initiative des Ausschusses der Belange von Zahnärztinnen der Bundeszahnärztekammer, der bereits 1992 gegründet wurde, hatte die Landes Zahnärztekammer Hessen den Kongress federführend durch die Geschäftsführerin der Fortbildungsakademie Hessen, Dr. Cornelia Panthen, organisiert und ein Potpourri von Vorträgen ausgewählt, das sich durchaus sehen lassen konnte. So gab die Vorsitzende des Ausschusses der Belange von Zahnärztinnen der Bundeszahnärztekammer, Dr. Brita Petersen, Bremen, einen Rückblick auf die vergangenen Jahre der Ausschussarbeit. „Wir haben es erreicht, über die Ländergrenzen hinaus bekannt zu sein.“ Sie berichtete von ihrer Mitarbeit im Weltärztinnenbund, betonte, wie wichtig die Bedeutung der Zahnärztinnen zukünftig für den Berufsstand sein wird, und freute sich besonders auch über die Anwesenheit vieler junger Kolleginnen, die zur Meinungsfindung über ihren späteren Berufsweg nach Frankfurt gereist waren. Mit von der Partie war auch Prof. Dr. Marianne Schrader. Sie ist Fachärztin für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie aus Lübeck und begrüßte die Teilnehmerinnen im Namen des Deutschen Ärztinnenbundes. Sie berichtete über das von ihr initiierte Mediatorinnen Netzwerk und die innerkollegialen Erfolge, die damit erzielt werden konnten. „Selbstkritik, Organisationstalent, Teamgeist, Pragmatismus und soziale Kompetenz – das sind die Fähigkeiten, die Frauen mitbringen. Diese Kompe-



Dr. Cornelia Panthen, Geschäftsführerin der Fortbildungsakademie Hessen, war mit der Organisation der Tagung vor Ort beteiligt.

tenzen muss man bündeln, Erfahrungen austauschen, diskutieren und schließlich in die Politik tragen!“ So bringt es Dr. Kerstin Blaschke, 2. Vorsitzendes des Freien Verbands Deutscher Zahnärzte und Begründerin des Frauennetzwerks „ZoRA“, dar und traf dabei ins Schwarze. „Unser aller Bestreben ist doch der Erhalt der Freiberuflichkeit! Also: Trauen Sie sich!“ machte sie Mut und schloss mit den Worten: „Kompetenz durch Verbundenheit wird auch von Männern unterstützt!“

Tief ins Fachgebiet der Kieferorthopädie und CMD-Thematik stieg dann Prof. Dr.



Sie tun was (v.l.): Dr. Kerstin Blaschke, FVDZ, Prof. Marianne Schrader, Deutscher Ärztinnenbund, Dr. Antje Köster-Schmidt, im Vorstand ZÄK Hessen, Dr. Brita Petersen, Vorsitzende des Ausschusses der Belange von Zahnärztinnen der BZÄK, und Birgit Dohlus, Dentista Club



Stefan Kopp, Frankfurt, ein und traf dabei „ganz nebenbei“ genau den Nerv einer jeden Frau. Denn er machte den Zusammenhang zwischen Schuhwerk, Rückenschmerzen und Kiefergelenksproblemen deutlich und sprach nicht nur von den High Heels der Behandlerinnen und ihrer Teams, sondern auch von Patientinnen.

High Heels mit Folgen

„Wenn eine Patientin mit unklarem Gesichtsschmerz zu Ihnen kommt, schauen Sie auf ihre Schuhe!“ „Noch besser: Lassen Sie drei paar Lieblingsschuhe mitbringen!“ Er berichtete, dass er kein Kind und keinen Jugendlichen kieferorthopädisch behandelt, ohne vorher für gesundes Schuhwerk gesorgt zu haben. Ein weiterer wichtiger Tipp: „Begrüßen Sie im Stehen, dann sehen Sie gleich die Haltung des Patienten.“ Der

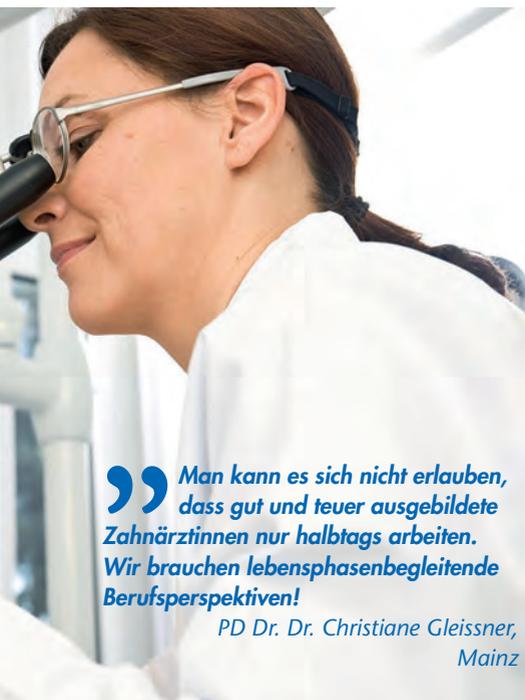


Foto: Paul-Flonline

„Man kann es sich nicht erlauben, dass gut und teuer ausgebildete Zahnärztinnen nur halbtags arbeiten. Wir brauchen lebensphasenbegleitende Berufsperspektiven!“

PD Dr. Dr. Christiane Gleissner,
Mainz

Physiotherapeut Wolfgang Stelzenmüller, Neu-Isenburg, öffnete den Zahnärztinnen die Augen: „Wenn der Stoff Ihrer Hose zu glatt ist, rutschen Sie und versuchen, sich krampfhaft auf dem Stuhl zu halten – mit späteren Rückenschmerzen.“ Er gab viele hilfreiche Tipps zur ergonomischen Behandlungsposition. Der komorbide Patient und die mit seiner Multimedikation verbundenen Nebenwirkungen waren Thema von Dr. Doris Seiz, Frankfurt. Ihr Fazit: „Ganzheitliches Betrachten des Patienten ist notwendig – denn, auch wenn ein Implantat perfekt inseriert ist, kann es eventuell wegen einer Niereninsuffizienz verlustig gehen.“ Ihr Tipp: „Kein chirurgischer Eingriff sechs Monate nach einem Myokardinfarkt!“

Pluspunkt Aktives Zuhören

Aktives Zuhören ist eine Methode, mit der jeder noch so schwierige Patient „geknackt“ werden kann, wie die Kommunikationstrainerin Dr. Annekathrin Behrendt an vielen anschaulichen, gut griffigen Beispielen aus dem Lebens- und Praxisalltag erläuterte. Sie erklärte diese Methode genau und empfahl jeder Teilnehmerin, sie in Alltagssituationen oder im familiären Umfeld einzuüben, damit sie dann in der wichtigen Situation flüssig und überzeugend funktioniert.

Giesbert Schulze-Freiwald, Vizepräsident der Zahnärztekammer Hessen, überbrachte die Grüße des Kammerpräsidenten Dr. Michael Frank, ging in seinem Vortrag auf die Weiterbildungsordnung ein und forderte die Teilnehmerinnen auf, diese genau „unter die Lupe“ zu nehmen, um für sich etwas Gewinnbringendes daraus zu entnehmen. Sämtliche juristischen Aspekte der Gestaltung einer zahnärztlichen Berufsausübung waren Gegenstand der Ausführungen des Vorsitzenden des Vorstands der KZV Hessen, Stephan Allroggen. Er berichtete über die nicht nur in Hessen stets steigenden Zahlen der angestellten Zahnärztinnen, weil sie oft Unkenntnis darüber haben, welche Niederlassungsformen es heute gibt. Denn es ist durchaus möglich, dass einer sich in einer Familiensituation befindenden Zahnärztin durchaus eine selbstständige Tätigkeit in eigener Praxis offen steht. Themen wie Übernahme, Neuniederlassung, Teilzulassung, Standortfragen, Vertretungssituatio-



Fotos: B. Dohlius

Beispiele für starkes „weibliches“ Engagement in der Berufspolitik (v.l.): Sabine Steding, im Vorstand ZÄK Niedersachsen, Dr. Anja Seltmann, Referentin Zahnärztinnen in Hamburg, Dr. Ingrid Buchholz, ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

nen, Zweigpraxis und mehr wurden angesprochen und diskutiert. Seine Empfehlung: Mögliche Kinderbetreuungssituationen am besten in der eigenen Praxis schaffen und mit externen Betreuungspersonen auf 400-Euro-Basis regeln. Und: „Lassen Sie sich, bevor Sie einen Zulassungsantrag stellen, umfassend beraten, und seien Sie wachsam, was in Ihrem Umfeld passiert!“ Häusliche Übergriffe, bei denen der Zahnarzt zur Aufdeckung betragen kann, waren Thema von Dr. Antje Köster-Schmidt. Sie berichtete über eine umfangreiche Studie,

die bereits in den zm 8/2011 vorgestellt wurde, und verwies darauf, dass es sehr hilfreich ist, im Wartezimmer Infobroschüren zu diesem Thema auszulegen. Sie machte deutlich, wie wichtig es ist, darauf zu achten, dass die Dokumentation solcher Beobachtung auch gerichtsverwertbar ist. Sie machte Mut: „Überwinden Sie Ihre Scheu und sprechen Sie die betreffende Patientin an. Aber achten Sie dabei auf Ihr Bauchgefühl, viele Betroffene reagieren aggressiv und wollen den Täter schützen!“ Sie berichtete zusammen mit Kathrin Rinke über ein Zahnarzt/Zahntechniker-Netzwerk (Projekt: „Wieder Lachen“), das Opfer aus Frauenhäusern mittels einer kostenlosen oralen Rehabilitation unterstützt.

Finanzmodelle offengelegt

Rund ums Geld ging es bei Petra Knödler von der Apobank und Peter Wittmann, Deutsche Ärzteversicherung. Knödler, selbst

von der Doppelbelastung betroffene Top-Managerin, stellte das Finanzierungsmodell Niederlassung versus Angestelltenverhältnis vor mit dem Fazit: Wenn die Rahmenbedingungen stimmen, ist die Niederlassung die Entscheidung für mehr Selbstständigkeit. Gender-Medizin, ein Thema, das PD Dr. Dr. Christiane Gleissner, selbst Klinikzahnärztin mit Drillingen, vorstellte, brachte spannende Details, bei denen aus Platzgründen auf die Titelstory in zm 19/2010 verwiesen werden soll. Die Zahnärztinnen konnten mit viel Mehrwert im Gepäck abreisen. sp

DGP-Frühjahrstagung

Das Göteborger Konzept: 25 Jahre Implantieren

Das Göteborger Konzept hat zum Ziel, grundsätzlich eine festsitzende Versorgung im parodontal kompromittierten Gebiss zu realisieren. Dieses nicht immer einfache Prozedere war Inhalt der diesjährigen DGP-Frühjahrstagung in Frankfurt und lockte 260 Zahnärztinnen und Zahnärzte in den Hörsaal.



Periimplantäre Erhebung von Sondierungstiefen

Foto: Prof. Eickholz

Es war der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP) und ihrem Tagungspräsidenten Dr. Filip Klein aus Frankfurt dieses Mal gelungen, die Kapazitäten Prof. Dr. Tord Berglundh, Prof. Dr. Jan Wennström und Dr. Jan Derks zu diesem brisanten Thema zu gewinnen.

Berglundh eröffnete mit seinem Vortrag das erste Themenmodul. Er diskutierte praxisnah und interaktiv mit den Teilnehmern die komplette Therapieplanung mehrerer Fallbeispiele und präsentierte im Anschluss daran deren tatsächliche Lösung.

Wennström bezog sich bei seinen Therapieempfehlungen auf die in Schweden erst kürzlich veröffentlichten „National Guidelines in Dentistry“, die diagnosebezogen festlegen, was empfohlen beziehungsweise in Erwägung gezogen werden soll und was nicht empfehlenswert ist.

Therapieoptionen festlegen

Derks machte deutlich, dass vor der chirurgischen Therapie von vertikalen Defekten zunächst immer das Therapieziel festgelegt werden sollte: Stehen eher funktionelle Ziele im Vordergrund, kommen eher resektive Verfahren zur Anwendung. Überwiegen allerdings ästhetische Ziele, bieten rekonstruktive Therapieansätze die bessere Option. Darauf folgend stellte Wennström wieder anhand von Fallbeispielen die Möglichkeiten der erfolgreichen Furkationstherapie dar.

Implantation und Antibiose

Bezüglich einer Abschirmung mit Antibiotika bei Insertion eines Implantats sei es zwar plausibel, dass die Antibiotikaprophylaxe

das Risiko von postoperativen Infektionen und Komplikationen bis hin zum frühzeitigen Implantatverlust reduzieren könne, jedoch fehle dafür bisher eine ausreichende Evidenz, wie sich Berglundh ausdrückte. Er machte deutlich, dass eine Antibiotikaprophylaxe keinen signifikanten Vorteil für den postoperativen Verlauf hat und die Medikamentengabe die Implantatverluste nachweislich nicht reduziert. Bedeutung für den Behandlungserfolg hätten vielmehr die Operationstechnik, die Erfahrung und die Fähigkeiten des Behandlers sowie die Wahl des Implantationszeitpunkts.

Ohne Recall kein Erfolg

Bezüglich dem Bestreben nach einer parodontalen Erhaltungstherapie favorisierte Berglundh ein Recallsystem, das individuell auf den einzelnen Patienten abgestimmt ist. Dabei solle die parodontale Befunderhebung ein Mindestmaß an klinischen Parametern beinhalten. Nur dann sei die unterstützende Parodontitistherapie ein sinnvolles Mittel, um einen langfristigen Therapieerfolg zu erzielen.

Parodontitis und Periimplantitis

Im Hauptprogramm ging Berglundh zunächst auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der histologischen Struktur des periimplantären und parodontalen Weichgewebes ein. Bei der Diagnostik von Gingivitis beziehungsweise Mukositis und Parodontitis sowie Periimplantitis steht die klinische Untersuchung mit Sondierung auch der periimplantären Gewebe im Vordergrund (Abbildung). Definiert ist eine

periimplantäre Mukositis durch das Vorhandensein von Bluten auf Sondieren (BOP) ohne Knochenverlust. Bei beginnender Periimplantitis finden sich moderat erhöhte Sondierungstiefen (kleiner gleich sechs Millimeter) mit Bluten auf Sondieren und ein röntgenologisch erkennbarer Knochenverlust. Fortgeschrittene Periimplantitis ist klinisch mit Sondierungstiefen von größer gleich sieben Millimetern verknüpft. Da die Wahrscheinlichkeit, eine Periimplantitis zu entwickeln, bei Parodontitispatienten erhöht ist, warnte Prof. Berglundh eindringlich davor, bei diesen Patienten Implantate in ein unbehandeltes Parodont zu inserieren. Ebenso riet er ab, Implantate bei fehlender Compliance und im Fall einer Parodontitis als Manifestation einer Systemerkrankung zu setzen.

Wennström definierte als Ziel der antiinfektiösen Therapie eine Reduktion der

Bakterien. Gleichzeitig muss die Neubildung eines Biofilms verhindert werden, indem der Patient zu einer effektiven Mundhygiene motiviert wird. Therapieziel sind Sondierungstiefen kleiner gleich vier Millimeter ohne BOP. Auf welche Art und Weise die Reinigung der Taschen vorgenommen wird, macht hierbei keinen großen Unterschied: Von größter Bedeutung für eine langfristig erfolgreiche antiinfektiöse Therapie sind allerdings eine gute Mundhygiene sowie die Compliance des Patienten. Eine systemische Antibiose ist aus Sicht des Referenten nur Ausnahmefällen vorbehalten.

Biologische Komplikationen

Patientenbezogene Untersuchungen zeigen, dass bis zu 56 Prozent der Patienten mit Implantatversorgungen zumindest an einem

Implantat periimplantäre Destruktionen aufweisen. Als schwerwiegendsten Risikofaktor für Periimplantitis nannte Berglundh prothetische Rekonstruktionen, die keine zuverlässige Reinigung zulassen. Studien seiner Arbeitsgruppe konnten aber auch belegen, dass die Implantatoberfläche einen bedeutenden Einfluss auf die Progression der Periimplantitis hat.

Prognose für Implantate bei Parodontitispatienten

Dieser Frage ging Wennström nach: Der Referent zeigte auf, dass die Überlebensrate von Zähnen in sorgfältiger parodontaler Nachsorge länger ist als die von Implantaten und daher eine frühzeitige Zahnextraktion zum Erhalt des Knochens für eine spätere Implantation keine vernünftige Option darstellt. Die logische Konsequenz

INFO

Erstmalig Forschungsgelder vergeben

Im Rahmen ihrer Frühjahrstagung konnte die DGP erstmalig Forschungsgelder in Höhe von 50 000 Euro für die Periimplantitisforschung vergeben. Diese Mittel werden von der Firma Biomet 3i großzügig zur Verfügung gestellt. Die Förderung war für das Jahr 2010 international ausgeschrieben worden. Unter sieben Einreichungen wählte die interna-

tionale Jury das Projekt „Gene Expression Profiling of Human Periimplantitis Lesions“ eines Konsortiums der Universitäten Bonn und Würzburg aus.



Foto: DGP

Foto (von links nach rechts): Dr. Filip Klein (Tagungspräsident), Prof. Peter Eickholz (Präsident elect der DGP), Dr. Moritz Kebschull, Bonn, Dr. Stefan Fickl, Würzburg, Dr. Antje Tjaden (Biomet 3i)

für ihn ist vielmehr, Parodontitis-bedingten Knochenabbau im Vorfeld zu vermeiden. Ein Zahn ist schnell entfernt, mit ihm aber nicht die individuelle Anfälligkeit des Patienten für Parodontitis beziehungsweise Periimplantitis. Trotzdem können Implantate bei Patienten mit parodontaler Vorerkrankung dauerhaft erfolgreich inseriert werden, wenn die parodontale Infektion im Vorfeld erfolgreich eliminiert wurde. Von entscheidender Bedeutung ist hier ebenfalls ein regelmäßig durchgeführtes Recall.

Zahngetragene Prothetik versus Implantate

Anhand von Fallbeispielen erläuterte Derks die Möglichkeiten zahngetragener Prothetik entsprechend des Göteborger Konzepts, das grundsätzlich eine festsitzende Versorgung im parodontal kompromittierten Gebiss zu realisieren versucht. Auch Konstruktionen, die nicht das Ante'sche Gesetz befolgen, können langfristig erfolgreich sein. Insbesondere der Einsatz von Langzeitprovisorien spielt eine entscheidende Rolle im vorgestellten Konzept. Weiterhin ging

Derks auf spezielle Probleme in der Versorgung parodontal vorgeschädigter Zähne ein – wie die Lage des Restaurationsrandes, die Präparationsform und mehr.

Zahnerhalt versus Implantatersatz

Berglundh sprach sich für größtmöglichen Zahnerhalt aus: Die Extraktion eines Zahnes entspreche vom Grunde her einer Amputation. Ziel einer Parodontitis-Therapie mit langfristigem Erfolg sei, dass die Erkrankung nicht wieder auftrete. Voraussetzung dafür ist ein individuelles Recall unter Berücksichtigung der Patientenstruktur, der Mitarbeit des Patienten, des Verlaufs und des Ergebnisses der bisherigen Behandlung sowie spezifischer Risikofaktoren. Generell empfahl der Referent Recalltermine zumindest einmal, für Patienten nach Parodontitis-Therapie von in der Regel zweimal jährlich. Implantationen sind erst nach Abschluss der Parodontitis-Therapie vorzunehmen, wenn die Patienten bereits in ein Recall-System eingebunden sind. Zu den Fragen „Was ist am wenigsten schädlich?“ und „Wie ist

die Langzeitprognose?“ ergänzte Berglundh, dass die Literatur sehr viel mehr Daten zu Zähnen als zu Implantaten bereithält und kam abschließend zu folgender Aussage: Implantate werden verwendet, um ein Ziel zu erreichen, sie sind nicht das Ziel selbst!

Zusammenfassung und Ausblick

Jan Wennström, Tord Berglundh und Jan Derks haben eindrucksvoll gezeigt, wie parodontal kompromittierte Zähne nach konsequenter parodontaler Therapie über Jahrzehnte erhalten werden können. Sie haben auch gezeigt, wie Zahnverlust mit Brücken und/oder Implantaten auch im parodontal kompromittierten Gebiss therapiert werden kann. Die beiden Tage in Frankfurt haben Lust auf konsequente Parodont-

titistherapie und das Modul 2 am 6.10. und 7.10.2011 mit praktischen Übungen in Göteborg gemacht.

Das DGP-Konzept der Frühjahrstagungen wird fortgesetzt: Am 10.02. und 11.02.2012 werden Rino Burkhardt und Niklaus P. Lang in München das Thema „Mikrochirurgie: 20 Jahre später – was ist wirklich relevant?“ bearbeiten.

Dr. Rita Arndt
PD Dr. Bettina Dannewitz
Dr. Katrin Nickles
Dr. Beate Schacher
Dr. Susanne Scharf
Zentrum für Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde
(Carolinum) der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt
eickholz@med.uni-frankfurt.de



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	KZV Baden-Württemberg	S. 64	Kieferorthopädie	DZOI	S. 72
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 65		KZV Baden-Württemberg	S. 64
Akupunktur	LZK Sachsen	S. 64	Kinderzahnheilkunde	Uni Rostock	S. 72
Bildgebende Verfahren	ZÄK Bremen	S. 66		ZÄK Nordrhein	S. 63
	Chirurgie	ZÄK Hamburg	S. 64	ZÄK Niedersachsen	S. 67
LZK Rheinland-Pfalz		S. 66	Nofallmedizin	KZV Baden-Württemberg	S. 64
ZÄK Niedersachsen		S. 66		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 66
ZÄK Sachsen-Anhalt		S. 67	ZÄK Niedersachsen	S. 67	
Endodontie	LZK Sachsen	S. 64	Parodontologie	LZK Sachsen	S. 64
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 66		KZV Baden-Württemberg	S. 64
Funktionslehre	LZK Berlin/Brandenburg	S. 63	LZK Rheinland-Pfalz	S. 66	
	LZK Sachsen	S. 64	ZÄK Niedersachsen	S. 67	
	KZV Baden-Württemberg	S. 65	Pharmakologie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 63
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 65		Praxismanagement	LZK Berlin/Brandenburg
Hypnose	APW	S. 72	KZV Baden-Württemberg		S. 64
	ZÄK Bremen	S. 66	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 65	
	DGZH	S. 73	LZK Rheinland-Pfalz	S. 66	
Implantologie	ZÄK Nordrhein	S. 63	ZÄK Bremen	S. 66	
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 65	Prophylaxe	KZV Baden-Württemberg	S. 64
		ZÄK Niedersachsen		S. 67	
Kongresse	Seite 68	Prothetik	ZÄK Bremen	S. 66	
			Restaurative ZHK	LZK Berlin/Brandenburg	S. 63
Hochschulen	Seite 72	LZK Sachsen		S. 64	
		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 65		
Wissenschaftliche Gesellschaften	Seite 72	Recht	LZK Rheinland-Pfalz	S. 66	
			ZFA	ZÄK Nordrhein	S. 63
Freie Anbieter	Seite 73	ZÄK Niedersachsen		S. 67	

Fortbildung der Zahnärztekammern Seite 63

Kongresse Seite 68

Hochschulen Seite 72

Wissenschaftliche Gesellschaften Seite 72

Freie Anbieter Seite 73

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 Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Fachgebiet: Implantologie

Thema: Modul 11-12 des Curriculums Implantologie: Weich- und Hartgewebsmanagement bei implantatgestützten Suprakonstruktionen im ästhetisch sensiblen Bereich: abgestimmte chirurgisch-prothetische Konzepte
Referent: Prof. Dr. Michael Christgau – Düsseldorf
Termin: 15.07.2011: 14.00 – 19.00 Uhr, 16.07.2011: 08.30 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 11085
Kursgebühr: ZA 480 EUR

Fachgebiet: Kinderzahnheilkunde

Thema: Kinderzahnheilkunde Update 2011
Referent: Prof. Dr. Norbert Krämer – Buckenhof
Termin: 22.07.2011: 08.30 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11041
Kursgebühr: ZA 240 EUR, Assistenten 120 EUR

Fachgebiet: Kinderzahnheilkunde

Thema: Praktischer Arbeitskurs Milchzähne
Referent: Prof. Dr. Norbert Krämer – Buckenhof
Termin: 23.07.2011: 09.00 – 12.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11042
Kursgebühr: ZA 120 EUR

Fortbildung für ZFA

Thema: Praktischer Arbeitskurs zur Individualprophylaxe
Referentin: Andrea Busch – Köln
Termin: 15.07.2010: 14.00 – 18.00 Uhr, 16.07.2010: 09.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 11217
Kursgebühr: 210 EUR

Thema: Hygienische Aufbereitung von Medizinprodukten in der Zahnarztpraxis (Fortbildungsangebot für zahnmedizinisches Hilfspersonal mit abgeschlossen. Berufsausbildung)
Referenten: Ass. jur. Katharina Dierks – Köln, Dr. Patrick Köhler – Neuss
Termin: 16.07.2010: 09.00 – 19.00 Uhr
Kurs-Nr.: 11204
Kursgebühr: 280 EUR

Thema: Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß § 18a, Abs. 3, Satz 2 in Verbindung mit Abs. 1, Satz 3 der Röntgenverordnung
Referent: Prof. Dr. Peter Pfeiffer – Köln
Termin: 20.07.2010: 09.00 – 13.00 Uhr
Kurs-Nr.: 11904
Kursgebühr: 40 EUR

Thema: Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß § 18a, Abs. 3, Satz 2 in Verbindung mit Abs. 1, Satz 3 der Röntgenverordnung
Referent: Prof. Dr. Peter Pfeiffer – Köln
Termin: 23.07.2010: 09.00 – 13.00 Uhr
Kurs-Nr.: 11905
Kursgebühr: 40 EUR

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

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: Curriculum Allgemeine Zahnheilkunde
Moderator: Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer (Greifswald)
Erster Termin: 26.08.2011: 14.00 – 19.00 Uhr, 27.08.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 185
Kurs-Nr.: 4029.3
Kursgebühr: 5 200 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Funktionslehre kompakt
Referent: Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer (Greifswald)
Termin: 26.08.2011: 15.00 – 19.00 Uhr, 27.08.2011: 09.00 – 19.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 1007.1
Kursgebühr: 315 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Bisshebung des Erosionsgebisses mit direkter Adhäsivtechnik
Referenten: Prof. Dr. Thomas Attin (Zürich), Dr. Uwe Blunck (Berlin)
Termin: 27.08.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 4030.5
Kursgebühr: 415 EUR

Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: Zahnärztliche Pharmakologie kompakt
Referent: Dr. Dr. Frank Halling (Fulda)
Termin: 03.09.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 6018.5
Kursgebühr: 235 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Mit Lupenbrille auf Du & Du
Referenten: Dr. Stefan Herder (Berlin), Oliver Hergett (Berlin)
Termin: 09.09.2011: 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 4037.2
Kursgebühr: 125 EUR

Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: Update Zahnheilkunde 2011: Mundschleimhauterkrankungen, Adjuvante Therapien bei Infektionen, Xerostomie
Referenten: Dr. Wolfgang Bengel (Heiligenberg), PD Dr. Jörg Neugebauer (Köln), Dr. Sebastian Hahnel (Regensburg)
Termin: 17.09.2011: 09.00 – 15.30 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 4508.0
Kursgebühr: 75 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Implantatberatung – einfach erfolgreich
Referent: Friedrich W. Schmidt (Herdecke)
Termin: 23.09.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 5113.0
Kursgebühr: 145 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Englisch für das Team der Zahnarztpraxis (Stufe 1). Auffrischungsstufe für Teilnehmer/innen mit geringen bzw. verschütteten Vorkenntnissen
Referentin: Regine Wagner (Tharandt OT Kurort Hartha)
Termin: 23.09.2011: 14.00 – 19.00 Uhr, 24.09.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 9074.7
Kursgebühr: 225 EUR

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

LZK Sachsen**Fortbildungsveranstaltungen**

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie der craniomandibulären Dysfunktionen
Referenten: Prof. Dr. habil. Stefan Kopp – Frankfurt/Main, Dr. Gernot Plato – Rendsburg
Termin:
 02.09.2011: 09.00 – 17.00 Uhr,
 03.09.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Kurs-Nr.: D 74/11
Kursgebühr: 505 EUR (18 Punkte)

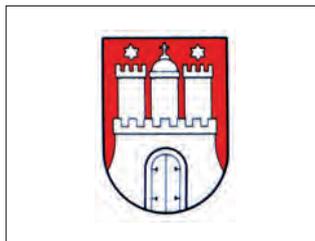
Fachgebiet: Ganzheitliche ZHK
Thema: Meditation und More – die Jahrhundertmedizin im Stresszeitalter. Gegen Lampenfieber, Schlafstörungen, Depressionen und Burn-out
Referent: Prof. Dr. Gerd Schnack – Allensbach
Termin: 03.09.2011:
 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Kurs-Nr.: D 76/11
Kursgebühr: 220 EUR (8 Punkte)

Fachgebiet: Restaurative ZHK
Thema: Adhäsive Restaurationen im Seitenzahnbereich sowie Kariesprophylaxe im 21. Jahrhundert
Referent: Prof. Dr. Christian Hannig – Dresden
Termin: 07.09.2011:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Kurs-Nr.: D 78/11
Kursgebühr: 90 EUR (5 Punkte)

Fachgebiet: Ganzheitliche ZHK
Thema: Parodontitis aus ganzheitlicher Sicht – Der Einfluss von Ernährung, Vitaminen und Spurenelementen auf das Parodontium
Referent: Dr. Rudolf Meierhöfer – Roth
Termin: 10.09.2011:
 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Kurs-Nr.: D 81/11
Kursgebühr: 250 EUR (8 Punkte)

Fachgebiet: Akupunktur
Thema: Hands-on Mundakupunktur bei CMD-Patienten
Referent: Dr. Jochen Zahn – München
Termin:
 16.09.2011: 14.00 – 19.00 Uhr,
 17.09.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus Dresden
Kurs-Nr.: D 85/11
Kursgebühr: 320 EUR (15 Punkte)

Anzeige

ZÄK Hamburg**Fortbildungsveranstaltung**

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Operationskurs Zahnärztliche Chirurgie
Referent: Prof. Dr. Dr. Thomas Kreuzsch – Hamburg
Termin: 17.08.2011:
 08.00 – 16.00 Uhr
Ort: Asklepios Klinik Nord, Heidberg Haus 2, Tangstedter Landstr. 400, 22417 Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 31051 A chir
Gebühr: 150 EUR

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

KZV Baden-Württemberg**Fortbildungsveranstaltungen
Fortbildungsforum Freiburg**

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Prophylaxe für Implantatpatienten
Referentin: Iris Karcher – Freiburg
Termin: 13.07.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 95 EUR
Kurs-Nr.: 11/415

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Das Elasto-KFO-System
Referent: Dr. Thomas Hinz-Silau – Bochum
Termin: 16.07.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 360 EUR
Kurs-Nr.: 11/120
Fortbildungspunkte: 8

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Misserfolgsmanagement in der Parodontologie
Referentin: Prof. Dr. Petra Ratka-Krüger – Freiburg
Termin: 16.07.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 360 EUR
Kurs-Nr.: 11/121
Fortbildungspunkte: 8

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Grundmodul – Notfalltraining für Zahnärztinnen, Zahnärzte und deren Assistenzpersonal
Referent: Reimund Andlauer, AMS Medizinische Seminare
Termin: 20.07.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 145 EUR (ZA), 95 EUR (ZFA, Mitarbeiter/-in)
Fortbildungspunkte: 5

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Der Praxis-„Knigge“
Referentin: Manuela Hackenberg – Rosenheim
Termin: 22.07.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 275 EUR
Kurs-Nr.: 11/316
Fortbildungspunkte: 6

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Mitdenken und bitte nichts verschenken! Der Abrechnungs-Check für Ihre Praxis
Referentin: Manuela Hackenberg – Rosenheim
Termin: 23.07.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 375 EUR
Kurs-Nr.: 11/317
Fortbildungspunkte: 8

Thema: Aktuelle Methoden zur maschinellen Wurzelkanalaufbereitung
Referent: PD Dr. Markus Altenburger – Freiburg
Termin: 23.07.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 395 EUR
Kurs-Nr.: 11/122
Fortbildungspunkte: 9

Thema: Das A und Oh der Anamnese!
Referentin: Dr. Catherine Kempf – München
Termin: 17.09.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 225 EUR (ZA), 200 EUR (ZFA)
Kurs-Nr.: 11/318
Fortbildungspunkte: 9

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: KieferOrthopädie von Kopf bis Fuß
Referentinnen: Dr. Gabriele Güde, Dr. Viviane Hauger – Freiburg
Termin: 19.09.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 150 EUR
Kurs-Nr.: 11/123
Fortbildungspunkte: 4

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Manuelle Funktions- und Strukturanalyse (MSA-III)
Referent: Prof. Dr. Axel Bumann – Berlin
Termin: 23. – 25.09.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 1 280 EUR
Kurs-Nr.: 11/124
Fortbildungspunkte: 30

Thema: Wie ticken wir eigentlich unbewusst?
Referent: Dr. Johannes Reissfelder – Freiburg
Termin: 24.09.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 365 EUR
Kurs-Nr.: 11/125
Fortbildungspunkte: 7

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Praktisch fitter in der Prophylaxe
Referentinnen: Christina Bregenhorn, Iris Karcher – Freiburg
Termin: 29.09.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 195 EUR
Kurs-Nr.: 11/416

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

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Privatleistungen verordnen statt verkaufen
Referent: Dipl.-oec. Hans-Dieter Klein
Termin: 23.09.2011:
 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 11 740 095
Gebühr: ZA 289 EUR, ZFA 145 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Praxisabgabe-Seminar
Referenten: Dr. Hendrik Schlegel, Michael Goblirsch
Termin: 23.09.2011:
 15.00 – 18.30 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 11 750 100
Gebühr: ZA 70 EUR

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Was Sie über Abrechnung schon immer wissen w(s)ollten
Referent: Dr. Wolfgang Stoltenberg
Termin: 24.09.2011:
 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11 740 003
Gebühr: ZA 349 EUR, ZFA 175 EUR

Fachgebiet: Ganzheitliche ZHK
Thema: Kopf- und Gesichtsschmerzen
Referent: Dr. Horst Luckhaupt
Termin: 28.09.2011:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 11 740 088
Gebühr: ZA 259 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Mini-Implantate – eine kostengünstige Alternative
Referenten: Dr. Jochen Hilgert, Dr. Janina Hilgert
Termin: 28.09.2011:
 15.00 – 18.30 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11 740 089
Gebühr: ZA 249 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Grundlagen der Okklusion im Rahmen der aktuellen Funktionslehre
Referent: Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer
Termin:
 30.09.2011: 14.00 – 19.00 Uhr,
 01.10.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 11 740 104
Gebühr: ZA 489 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Nervschädigungen – Ursachen, Diagnostik, Therapien und Forensik
Referent: Prof. Dr. Dr. Stefan Schultze-Mosgau
Termin:
 30.09.2011: 14.00 – 19.00 Uhr,
 01.10.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 11 740 086
Gebühr: ZA 599 EUR

Fachgebiet: Restaurative ZHK
Thema: Zahntrauma – aktuell, effektiv, praxisbezogen
Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi
Termin:
 07.10.2011: 14.00 – 18.00 Uhr,
 08.10.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 13
Kurs-Nr.: 11 740 069
Gebühr: ZA 479 EUR

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Endodontie – Hands-on
Referent: Dr. Winfried Zeppenfeld
Termin:
 07.10.2011: 14.00 – 19.00 Uhr,
 08.10.2011: 09.00 – 17.30 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 11 740 069
Gebühr: ZA 649 EUR

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Notfallmedizin für das
 zahnärztliche Praxisteam
Referent: Prof. Dr. Dr. Johannes
 Kleinheinz
Termin: 12.10.2011:
 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11 740 033
Gebühr: ZA 199 EUR, ZFA 99 EUR

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

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Sonstiges
Thema: Fachlich erstklassig
 und keiner merkt's. Das kann
 passieren, wenn man seine
 Leistung nicht richtig verkauft!
Referentin: Christa Haas
Termin: 17.08.2011:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 118133
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Chirurgie/Abrechnung
Thema: Chirurgiekurs nur für
 Zahnärztinnen (Hands-on) –
 minimalinvasive Schnittführung
 inkl. Abrechnung (Aufbauseminar
 für Teilnehmerinnen der Grund-
 lagenseminare vom 02.10.2010
 und vom 08.06.2011)
Referentinnen: PD Dr. Margrit-Ann
 Geibel, Brigitte Conrad
Termin: 14.09.2011:
 14.00 – 21.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 12
Kurs-Nr.: 118134
Kursgebühr: 270 EUR

Fachgebiet: Parodontologie/
 Abrechnung
Thema: Parodontologie für Zahn-
 ärztinnen – Grundlagen, Kommu-
 nikation, Abrechnung, Hands-on,
 Team, etc.
Referentinnen: Christa Haas,
 PD Dr. Dr. Christiane Gleissner,
 Tracy Lennemann, Brigitte Conrad
Termin:
 16.09.2011: 14.00 – 18.30 Uhr,
 17.09.2011: 09.00 – 17.30 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 118132
Kursgebühr: 430 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Oralchirurgisches Kom-
 pendium: Präoperative Diagnostik
 vor chirurgischen Eingriffen –
 nicht nur für kardiovaskuläre
 Risikopatienten
Referentin: Dr. Susanne Berrisch-
 Rahmel
Termin: 21.09.2011:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 118115
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Recht
Thema: Erfolgreich werben –
 und die rechtliche Seite
Referenten: RA Felix Schütz,
 Sabine Nemeč
Termin: 28.09.2011:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 118153
Kursgebühr: 160 EUR

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

ZÄK Bremen



Fortbildungsveranstaltungen

Fachbereich: Hypnose
Thema: 2. Bremer Hypnose- und
 Kommunikations-Curriculum
Referenten: Dr. Horst Freigang,
 Ute Neumann-Dahm,
 Dr. Wolfgang Kuwatsch
Termin: August 2011 –
 Februar 2012, Z1 – Z6
Ort: Zahnärztekammer Bremen,
 Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungsp.: 15 je Wochenende
Kurs-Nr.: 11201 – 11206
Gebühr: je 525 EUR (ZÄ),
 je 420 EUR (ZFA)

Fachbereich: Praxismanagement
Thema: 30 Stunden am Tag,
 wünschen Sie sich das manchmal
 auch? – Bestimmen Sie selbst über
 Ihre Zeit, sonst tun es andere!
Referentin: Christine Baumeister
Termin: 27.08.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11006
Gebühr: 178 EUR

Fachbereich: Kommunikation
Thema: Mission: Schlagfertigkeit
 mit Stil – immer die passende
 Antwort parat
Referentin: Sabine Nemeč
Termin: 02.09.2011:
 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 11007
Gebühr: 175 EUR

Fachbereich: Prothetik
Thema: Konventionell oder digital
 – wie sieht die Abformung von
 morgen aus? Möglichkeiten und
 Grenzen – Hands-On-Kurs!
Referent: Prof. Dr. Bernd Wöstmann
Termin: 10.09.2011:
 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11514
Gebühr: 292 EUR

Fachbereich: Bildgebende
 Verfahren
Thema: Von 2D zu 3D –
 DVT-Fachkunde
Referent: Dr. Edgar Hirsch
Termin: 18.11.2011:
 13.00 – 20.00 Uhr, Teil I,
 17.02.2012: 13.00 – 20.00 Uhr,
 Teil II und Abschlussprüfung
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 17
Kurs-Nr.: 11960
Gebühr: 786 EUR

Fachbereich: Kommunikation
Thema: Erleben Sie den Meister
 der Körpersprache – Prof. Samy
 Molcho – Internationaler TOP-
 Trainer und Bestseller-Autor
Referent: Prof. Samy Molcho
Termin: 26.11.2011:
 09.30 – 17.30 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11228
Gebühr: 1 050 EUR (ZÄ),
 845 EUR (ZFA)

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

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Zahnärztliche Chirurgie
 in der täglichen Praxis: Ein Kurs
 mit Video-Demonstrationen
Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi
Termin: 19.08.2011:
 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: Z 1147
Kursgebühr: 187 EUR

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Der allgemeinmedizinische Risikopatient in der zahnärztlichen Praxis
Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi
Termin: 20.08.2011:
 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: Z 1148
Kursgebühr: 154 EUR

Fachgebiet: Kinderzahnheilkunde
Thema: Zauberhafte Kinder ohne Zaubertricks: Psychologisch pädagogische Patientenführung in der Kinderzahnheilkunde
Referentin: drs. Johanna Maria Kant
Termin: 20.08.2011:
 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: Z 1149
Kursgebühr: 235 EUR

Fachgebiet: ZFA/Hygiene
Thema: Praxishygiene für die zahnärztliche Assistenz
Referentin: Antje Oeftger
Termin: 02.09.2011:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: Z/F 1150
Kursgebühr: 155 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Ultraschallbehandlung in der Parodontologie – ein bewährtes Konzept
Referent: Dr. Michael Maak
Termin: 02.09.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: Z/F 1151
Kursgebühr: 285 EUR

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Prophylaxe – individuell, risikoorientiert, lebenslang
Referentin: Antje Oeftger
Termin: 03.09.2011:
 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: Z/F 1152
Kursgebühr: 200 EUR

Fachgebiet: Kinderzahnheilkunde
Thema: Erfolge und Misserfolge in der Kinderzahnheilkunde
Referent: Dr. Curtis Goho
Termin: 10.09.2011:
 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: Z 1157
Kursgebühr: 235 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 Sachsen-Anhalt



19. Fortbildungstage der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Thema: Chirurgische Zahnheilkunde aktuell
Termin: 16.09. – 18.09.2011
Ort: Wernigerode, Harzer Kultur- und Kongresshotel
Fortbildungspunkte: pro Tag (16.09. und 17.09.): 6, Gesamttagung: 15

16.09.
Eröffnung
 9.30 Uhr: Eröffnung der Dentalschau durch den Präsidenten der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt
 10 Uhr: Eröffnung der 19. Fortbildungstage durch den Präsidenten der ZÄK Sachsen-Anhalt

Wissenschaftliches Programm
Leitung: Prof. Dr. Detlef Schneider, Halle (Saale)

Vorträge
 V1 10.30 Uhr: Einführung in das Hauptthema – Prof. Dr. Detlef Schneider, Halle (Saale)

V2 10.40 Uhr: Zahnextraktion aktuell – OA PD Dr. Yango Pohl, Bonn

V3 11.15 Uhr: Zahnreplantation und -transplantation aktuell – Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel

Festvortrag 14 Uhr: No Limits – Joey Kelly, Ruppichteroth

V4 15 Uhr: Zahnärztliche Anästhesie aktuell – PD Dr. Dr. Monika Daubländer, Mainz

V5 16.15 Uhr: Chirurgische rituelle Deformierungen und Verstümmelungen im Orofazialbereich bei Naturvölkern – Dr. Roland Garve, Lüneburg

17.09.

Vorträge

V6 9 Uhr: Wurzelspitzenresektion aus chirurgischer Sicht – OA PD Dr. Yango Pohl, Bonn

V7 9.30 Uhr: Wurzelspitzenresektion aus endodontischer Sicht – Dr. Christine Berthold, Erlangen

V8 10 Uhr: Zahnärztliche Chirurgie bei Risikopatienten – Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel

V9 11 Uhr: Aktuelles zur Diagnostik und Therapie der Kieferzysten – Prof. Dr. Dr. h.c. Konrad Wangerin, Stuttgart

V10 14 Uhr: Dentale Volumentomografie und zahnärztliche Chirurgie – OA PD Dr. Ralf Schulze, Mainz

V11 15.30 Uhr: Die operative Weisheitszahnentfernung: Aktuelles zu Indikation, Durchführung und Komplikationen – PD Dr. Frank Peter Strietzel, Berlin

V12 16.15 Uhr: Odontogene Infektionen und Abszesse: Klinik, Diagnostik und therapeutische Strategien – PD Dr. Jörn-Uwe Piesold, Erfurt

Praktische Kurse / Seminare

(PK 1, S 1, S 2 jeweils 14 bis 15.30 Uhr; PK 1a, S 1a, S 2a jeweils 15.45 bis 17.15 Uhr)

PK 1 u. PK 1a: Das kleine Einmaleins der zahnärztlichen Chirurgie: Schnitt- und Nahttechnik am Schweinekiefer – Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel

S 1 u. S 1a: Pharmakologische Aspekte der zahnärztlichen Chirurgie – Dr. Dr. Frank Halling, Fulda

S 2 und S 2a: Angst vor zahnärztlich-chirurgischen Maßnahmen: Was können wir dagegen tun? – Dr. Horst Freigang, Berlin

18.09.

Vorträge

V13 10 Uhr: Mundschleimhauterkrankungen und ihre Bedeutung für die zahnärztliche Praxis – PD Dr. Michael Bornschein, Bern

V14 10.45 Uhr: Zahnärztliche Chirurgie bei Patienten mit HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung – OA PD Dr. Frank Peter Strietzel, Berlin

V15 11.15 Uhr: Zahnärztliche Chirurgie und medikamentöse Antikoagulation – Dr. Dr. Frank Halling, Fulda

11.45 Uhr: Zusammenfassung und Resümee – Prof. Dr. Detlef Schneider

Seminar

S3 10 bis 11.30 Uhr: Die neue GOZ – nun kommt sie wirklich. Was erwartet uns? – Dr. Frank Dreihaupt, Tangerhütte

11.55 Uhr: Schlusswort der 19. Fortbildungstage – Präsident der Zahnärztekammer

Programm für ZFA

16.09.

Vorträge

HV1 10.30 Uhr: Chirurgische Leistungen richtig abrechnen bzw. berechnen – Sylvia Wuttig, Heidelberg

HV2 14 Uhr: Erfolge in der Praxis sind nur im Team möglich – Dr. Klaus Bastendorf, Eisingen

HV3 15.30 Uhr: Zielführende Kommunikation durch Interaktion. Wahrnehmungsschulung – Dr. Horst Freigang, Berlin

Seminare

HS1 10 bis 12 Uhr: Das Kind in der zahnärztlichen Sprechstunde – Prof. Dr. Kurt A. Ebeleseder, Graz

HS2 14 bis 16 Uhr: Der Traumatopatient in der Praxis & die Rolle der Helferin im Team – Dr. Christine Berthold, Erlangen

17.09.

Vorträge

HV4 9 Uhr: Schmerz, lass nach! Behandlungskonzepte bei Dentinhypersensibilität – Dr. Burkhard Selent, Lörrach

HV5 11 Uhr: QM richtig anwenden: Vertiefung der Themen Notfall- und Beschwerdemanagement sowie Patientenkommunikation – Andrea Kibgies, Magdeburg

HV6 14 Uhr: Erfolgreiche Endodontie in der Praxis & die Rolle der Helferin im Team – Dr. Christine Berthold, Erlangen

HV7 16 Uhr: Effektive Hygiene in der zahnärztlich-chirurgischen Therapie: Voraussetzung für den Erfolg – Dr. Nicole Primas, Magdeburg

Ganztagsseminar

HS3 9 bis 17 Uhr: GOZ-Power-Seminar – Sylvia Wuttig, Heidelberg

Workshops/Seminare

HS4 9 bis 10.30 Uhr: Die Bedeutung des Recalls für die Erhaltung von natürlichen Zähnen und Implantaten (Teil 1) – Dr. Klaus Bastendorf, Eisingen

HS5 11 bis 12.30 Uhr: Die Bedeutung des Recalls (Teil 2) – Dr. Klaus Bastendorf, Eisingen

Anmeldungen bitte schriftlich über

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

Kongresse

■ Juli

25. Oberpfälzer Zahnärztetag

Veranstalter: Zahnärztlicher Bezirksverband Oberpfalz
Thema: Die Zahnarztpraxis als Wohlfühloase? 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: DD. 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

■ August

Kasseler Fortbildungstag der hessischen Zahnärzte

Thema: Update 2011: Neues und Bewährtes in der Zahnmedizin
Veranstalter: Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH
Termin: 27.08.2011: 9.00 Uhr c.t.
Ort: Kongress Palais Kassel – Stadthalle
Fortbildungspunkte: 12
Auskunft: Landeszahnärztekammer Hessen, Außenstelle Kassel Mauerstr. 13
34117 Kassel
Tel.: 0561/7098611-70

■ 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: +41/31/31243-14
caroline.chetelat@
dentaleducation.ch oder
iss@kongressadministration.ch

20. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Mecklenburg- Vorpommern und

62. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.

Themen: 1. Update der Kinderzahnheilkunde,
2. Professionspolitik: 20 Jahre ZÄK Mecklenburg-Vorpommern,
3. Aus der Praxis für die Praxis
Termin: 02.09. – 04.09.2011

Ort: Hotel Neptun,
Rostock-Warnemünde
Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Christian Splieth
Leitung, Organisation und Professionspolitik:
Dr. Dietmar Oesterreich –
Stavenhagen
Auskunft: Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 304
19055 Schwerin
Tel.: 0385/59108-0
Fax: 0385/59108-20
sekretariat@zaekmv.de
www.zaekmv.de

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: +43/1/58804-185
ecc2011@mondial-congress.com

FDI Annual World Dental Congress



Termin: 14.09. – 17.09.2011
Ort: Mexico City
Auskunft:
FDI World Dental Federation
Tour de Cointrin, Avenue Louis
Casai 84, Case Postale 3
1216 Genève-Cointrin
Switzerland
Tel.: +41/22/56081-50, Fax: -40
info@fdiworldental.org
www.fdiworldental.org

DGP-Jahrestagung

Thema: „Gesunde und schöne Zähne für ein besseres Leben?!“ – Parodontale und Implantattherapie 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

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

10 Jahre Appolonia 2020 Arbeitskreis für zahnärztliche Vorsorgemedizin und Praxistag und 5. Assistentinnentag

Veranstalter: Landes Zahnärztekammer Niederösterreich
Thema: Gruppen- und Individualprophylaxe
Termin: 16.09./17.09.2011
Ort: Fachhochschule St. Pölten
Wissenschaftliche Organisation:
Dr. Hans Kellner (ÖGZMK Niederösterreich), Dr. Helmut Haider (ÖGZMK Niederösterreich)
Information: ÖGZMK NÖ
Helga Hofinger
Tel.: 0664/4248426
Fax: +43/050511-3109
oegzmknoe.office@kstp.at

Gemeinsamer Jahreskongress 2011 von BDIZ EDI und DGOI 15. Symposium des BDIZ EDI 8. Int. Jahreskongress der DGOI 8. European Meeting des ICOI

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: 0228/93592-46
office-bonn@bdizedi.org
www.bdizedi.org
DGOI
Tel.: 07251/618996-13
Fax: 07251/618996-26
mail@dgoi.info
www.dgoi.info
www.bdiz.dgoi.teamwork-media.de

OstseeSymposium 2011

Thema: Erosion, Abrasion, Rezession. 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 Zahnärzte- kongress 2011 und Kärntner Seensymposium

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

19. Saarländischer Zahnärztetag 4. Grenzüberschreitender Fortbil- dungskongress 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

Jahrestagung DGCZ 19. CEREC-Masterkurs



Referenten: Dr. Bernd Reiss,
Dr. Klaus Wiedhahn, u. a.
Termin: 23./24.09.2011
Ort: Elysee Hotel Hamburg
Fortbildungspunkte: 16
Kursgebühr: ZA: 640 EUR,
Mitglied DGCZ/ISCD: 490 EUR,
ZFA: 300 EUR
Anmeldung: DGCZ e.V.
Karl-Marx-Str. 124
12043 Berlin
Tel.: 030/767643-88, Fax: -86
e-mail: sekretariat@dgcz.org
www.dgcz.org

32. Wissenschaftliche Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes e.V.

Thema: Ärztinnen blicken auf
Forschung und Therapie
mit Fragen an: Grundlagenforschung, Rationalisierung, Ethik, Kunst und interkulturelle Belange
Termin: 23.09. – 25.09.2011
Ort: Forschungszentrum der Bayer
Schering Pharma AG, Aprather
Weg 18a, 42113 Wuppertal
Auskunft und Anmeldung:
Deutscher Ärztinnenbund e.V.
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Tel.: 030/400456-540
Fax: 030/400456-541
gsdaeb@aerztinnenbund.de
www.aerztinnenbund.de

5. Zahnärztetag & 7. Prophylaxekongress der Zahnärztekammer Niedersachsen
Termin: 24.09.2011
Ort: Congress Centrum Bremen (Hollerallee 99, 28215 Bremen)
Anmeldung:
 Zahnärztekammer Niedersachsen
 Ansgar Zboron
 Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
 Tel.: 0511/83391-303
 azboron@zkn.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

Sächsischer Fortbildungstag für Zahnärzte und das Praxisteam
Thema: Perio-Prothetik – auf Sand gebaut?
Termin: 08.10.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Stadthalle Chemnitz
Auskunft: Fortbildungsakademie der LZK Sachsen
 Schützenhöhe 11, 01099 Dresden
 Tel.: 0351/8066-102
 Fax: 0351/8066-106
 e-mail: fortbildung@lzk-sachsen.de

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.: 0331/29771-04, Fax: -65
 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 Landeszahnärztekammer
Anmeldung:
 Oemus Media AG, Leipzig
 Tel.: 0341/48474-309
 Fax: 0341/48474-290
 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 Laserzahnheilkunde, Eva Speck
 Pauwelsstr. 30
 52074 Aachen
 Tel.: 0241/8088164
 Fax: 0241/803388164
 speck@dgl-online.de oder
 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: -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.: 0341/484742-02, Fax: -90
 sekretariat@dgendo.de
 www.dgendo.de

Novembertagung der Westfälischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.
Hauptthema: Parodontologie – up to date

Termin: 05.11.2011

Ort: Großer Hörsaal des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Ebene 05 / Raum 300

Auskunft: Westfälische Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.

Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgner
 Poliklinik für Zahnärztl. Prothetik
 Albert-Schweitzer-Campus 1,
 Gebäude W 30
 48149 Münster
 Tel.: 0251/8347-084
 Fax: 0251/8347-182
 weersi@uni-muenster.de

19. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)

Thema: Schlafmedizin: Standards und Alternativen

Termin: 10.11. – 12.11.2011

Ort: Congress Center Rosengarten, Mannheim

Tagungsleitung:

Prof. Dr. med. Maritta Orth,
 Prof. Dr. med. Karl Hörmann,
 Prof. Dr. phil. Michael Schredl

Kongressorganisation:

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
 Romy Held, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
 Tel.: 03641/3116280
 romy.held@conventus.de

11. DGZS-Symposium für Zahnärztliche Schlafmedizin

Termin: 12.11.2011

Ort: Kongresszentrum Rosengarten Mannheim

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin

Tagungsleitung: Dr. Susanne Schwarting, Dr. Markus Heise

Information:

Porstmann Kongresse
 Alte Jakobstr. 77
 10179 Berlin
 Tel.: +49/30/28449930
 info@dgzs.de
 www.dgzs.de

11. Keramik-Symposium der AG Keramik und der DGÄZ

im Rahmen des 25. DGI-Kongresses

Thema: Ästhetik und Keramik – die Erfolg sichernde Verbindung

Termin: 26.11.2011:

09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Dresden, Maritim Congress Center

Moderation: Prof. R. Sader (Uni Frankfurt/M.), Dr. B. Reiss

Referenten: Dr. S. Marquardt, ZTM R. Semsch, OA Dr. P. Güss, Prof. M. Kern, Prof. A. Zöllner, PD Dr. F. Beuer, ZT J. Schweiger, Dr. B. Reiss

Gebühren: 320 EUR, Mitglied AG Keramik/DGÄZ: 255 EUR, Student: 95 EUR

Information:

AG Keramik, Tel.: 0721/9452929
 www.ag-keramik.eu

DGÄZ, Tel.: 02663/916731

www.dgaez.de

Organisation/Anmeldung:

youvivo München
 Tel.: 089/5505209-0, Fax: -2
 info@youvivo.com

■ Dezember

44. Jahrestagung der DGFDT

Thema: CMD – interdisziplinäre Diagnostik und Therapie

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie in der DGZMK

Termin: 02./03.12.2011

Ort: Bad Homburg

Anmeldung und Informationen: DGFDT

www.dgfdt.de/

7th International Vienna Orthodontic Symposium (IVOS)

Thema: Face/Phase Driven Decision Making. How does age influence orthodontic treatment?

Termin: 09./10.12.2011

Ort: Wien, Österreichische Akademie der Wissenschaften

Tagungspräsident:

Univ.-Prof. Dr. Hans-Peter Bantleon, Abteilung für Kieferorthopädie, Bernhard-Gottlieb-Universitäts-zahnklinik, Wien

Organisation: Maria Strobl

Tel.: +43/6645564300

strobl@ivos.at

www.ivos.at

Anmeldung:

Austropa Interconvention

Alfred Kerschenbauer

Tel.: +43/1/58800-514, Fax: -520

ivos@interconvention.at

www.austropa-intervonvention.at/
 congress/ivos

■ Januar

59. Winterfortbildungskongress der Zahnärztekammer Niedersachsen

Termin: 25.01. – 28.01.2012

Thema: Kontroversen in der Zahnmedizin – Was Sie als Zahnarzt schon immer wissen wollten

Ort: Maritim Berghotel Braunlage (Am Pfaffenstieg 1, 38700 Braunlage)

Anmeldung:

Zahnärztekammer Niedersachsen
 Ansgar Zboron
 Zeißstr. 11a

0519 Hannover

Tel.: 0511/83391-303

azboron@zkn.de

Hochschulen

Uni Rostock

Fachgebiet: Kieferorthopädie

Thema: A contemporary approach to dentofacial orthopedics.

How and when to treat skeletal and dental anomalies

Referent: Dr. Tiziano Baccetti

Veranstalter: VEFK Rostock e.V.

Termin: 09./10.09.2011

Ort: Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Stempelstr. 13, 18057 Rostock

Kursgebühr:

550 EUR Kieferorthopäde,

350 EUR Weiterbildungsassistent

Anmeldung:

Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Stempelstr. 13

18057 Rostock

Tel.: 0381/4946558

Fax: 0381/4946552

www.kfo.med.uni-rostock.de

Wissenschaftliche Gesellschaften

APW

Akademie

Praxis und Wissenschaft

Fortbildungskurs

Fachgebiet: Funktionslehre

Thema: Die klinische Funktionsanalyse – eine Schnittstelle zur erfolgreichen Behandlung von CMD-Patienten: Demonstrations- und Arbeitskurs

Leitung: Prof. Dr. Peter Ottl

Termin:

23.09.2011: 15.00 – 19.00 Uhr,

24.09.2011: 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Berlin

Kursgebühr: 590 EUR;

(560 EUR DGZMK-Mitglieder;

540 EUR APW-Mitglieder)

Kurs-Nr.: CF04

Fortbildungspunkte: 15

Auskunft: APWGeschäftsstelle

Julia Schröder

Liesegangstr. 17a

40211 Düsseldorf

Tel.: 0211/669673-40

Fax: 0211/669673-31

e-mail: apw.schroeder@dgzmk.de

www.dgzmk.de

DZOI

Deutsches Zentrum

für orale Implantologie e.V.

Thema: Curriculum Laserzahn-

medizin Modul II

Termin: 16./17.09.2011

Ort: Landshut

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. Manfred Wittschier

Sonstiges: Klinischer Teil des Kurses:

die Teilnehmer hospitieren beim

Einsatz des Lasers am Patienten.

Kursgebühr:

DZOI-Mitglieder 1 050 EUR,

Nichtmitglieder 1 100 EUR,

Tagungspauschale 90 EUR,

jeweils zzgl. MwSt.

Thema: 14. Curriculum zum TSP Implantologie
Termin: 26.09. – 01.10.2011
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
 Fax: 0871/9664478
 office@dzoj.de
 www.dzoj.de

DGZH

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose e. V.

Regionalstelle Niedersachsen

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Anwendungen der zahnärztlichen Hypnose I
Termin: 02.09.2011: 14.00 – 20.00 Uhr, 03.09.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: balladinsSuperior Hotel Peine, Ammerweg 1, 31228 Peine
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: NHRZ4
Kursgebühr: 450 EUR (425 EUR für DGZH-Mitglieder)

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Anwendungen der zahnärztlichen Hypnose II
Termin: 23.09.2011: 14.00 – 20.00 Uhr, 24.09.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: balladinsSuperior Hotel Peine, Ammerweg 1, 31228 Peine
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: NHRZ5
Kursgebühr: 450 EUR (425 EUR für DGZH-Mitglieder)

Auskunft: DGZH-Regionalstelle Niedersachsen/Hamburg
 Ute Neumann-Dahm
 Regierungsstr. 24
 39104 Magdeburg
 Tel.: 0391/603350
 Fax: 0391/6209963
 www.dgzh-niedersachsen.de

Freie Anbieter

In dieser Rubrik veröffentlichen wir einmalig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen außerhalb der offiziellen Berufsvertretungen und Wissenschaftlichen Gesellschaften. Mit der Veröffentlichung übernehmen Herausgeber und Redaktion keine Gewähr für Angaben und Inhalte. Der Umfang der Veröffentlichung ist begrenzt. Die Kursangebote können per Mail an die zm-Redaktion gesendet werden; dort ist eine entsprechende Manuskriptvorlage erhältlich. Die Informationen sollten mindestens acht Wochen vor Veranstaltungsbeginn vorliegen. Kurzfristig zugesandte Veröffentlichungswünsche können nicht berücksichtigt werden.

Die Redaktion

Thema: Biodentine™ – der Natur nahe! Gehen Sie mit uns auf Entdeckungsreise
Veranstalter: Septodont GmbH
Referenten: Univ.-Prof. Dr. Dr. Ludger Figgner, PD Dr. Till Dammaschke
Termin/Ort: 03.08.2011: Nürnberg Tiergarten, 17.08.2011: Berlin Tierpark, 07.09.2011: Hannover Erlebnis-Zoo, 21.09.2011: Gelsenkirchen Zoom Erlebniswelt, 28.09.2011: Ludwigsburg Blüender Barock, jeweils 15.30 – 22.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 4
Kursgebühr: 39 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Septodont GmbH Katharina Kobik
 Felix-Wankel-Str. 9
 53859 Niederkassel
 Tel.: 0228/97126-0
 Fax: 0228/97126-66
 kkobik@septodont.de

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Konstanzprüfung an Röntgeneinrichtungen mit konventioneller und digitaler Bildgebung (Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement beim Röntgen)
Veranstalter: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Referent: Dipl.-Ing. Gerald König
Termin: 06.08.2011
Ort: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 160 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Fax: 040/81951237
 www.edulogicum.de

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Mikro-invasive Karies-therapie mit Icon (Von Anwendern für Anwender)
Veranstalter: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Referent: Dr. Sebastian Paris
Termin: 10.08.2011
Ort: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 3
Kursgebühr: 49 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Fax: 040/81951237
www.edulocicum.de

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Praktisches Training der intraoralen Positionierungstechnik für ZA, KFO, MKG und ZFA (wahlweise Aktualisierung Kenntnisse Strahlenschutz ZFA)
Veranstalter: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Referent: Dipl.-Ing. Gerald König
Termin: 13.08.2011
Ort: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 6
Kursgebühr: 139 EUR zzgl. MwSt. (Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA: Aufpreis 48 EUR zzgl. MwSt.)
Anmeldung: Fax: 040/81951237
www.edulocicum.de

Fachgebiet: ZFA
Thema: Infiltrations-Assistentin für primäres Kariesmanagement
Veranstalter: DMG, Elbgaustr. 248, 22547 Hamburg
Referent: mit Liquident GmbH
Termin: 20.08.2011
Ort: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Kursgebühr: 550 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
www.edulocicum.de
 oder DMG direkt

Fachgebiet: Marketing/
 Praxismanagement
Thema: Praxisabgabemanagement (zeitlicher Ablauf der Praxisabgabe, gesetzliche Rahmenbedingungen)
Veranstalter: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Referent: Dr. Klaus Peter Schneider
Termin: 24.08.2011
Ort: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 3
Kursgebühr: 590 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Fax: 040/81951237
www.edulocicum.de

Fachgebiet: ZFA
Thema: Oral-Prevent macht fit im Umgang mit PA-Patienten: Behandlung und Betreuung des PA-Patienten / Professionelle Zahnreinigung (Aufbaukurs Fortgeschrittene für ZMF und DH)
Termin:
 Modul I: 26./27.08.2011,
 Modul II: 23./24.09.2011:
 freitags 14.00 – 19.00 Uhr,
 samstags 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Hamburg
Anmeldung und Kontakt:
 Oral Prevent
 Kerstin Ehlers
 Blumenstraße 54
 22301 Hamburg
 Tel.: 040/4606088
 Fax: 040/462316
info@oral-prevent.de

Fachgebiet: Schlafmedizin
Thema: Workshop zu intraoralen Protrusionsschienen bei Schlafapnoe und Schnarchen
Veranstalter: IZS – Idsteiner Zentrum für Zahnärztliche Schlafmedizin
Referenten: Dr. J. Langenhan, Dr. S. Rahm
Termine: 27.08., 17.09.2011 sowie nach Vereinbarung
Ort: Dentallabor „Oral design“ Al Dente, Höhenweg 10, 65510 Idstein
Fortbildungspunkte: 11
Kursgebühr: 400 EUR
Anmeldung:
info@zahnaerztliche-schlafmedizin.de
www.zahnaerztliche-schlafmedizin.de

Fachgebiet: Marketing
Thema: Praxismarketing im Internet (Fokus auf Patientengewinnung durch Empfehlungsmarketing)
Veranstalter: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Referent: Ingo Horak
Termin: 27.08.2011
Ort: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 2
Kursgebühr: 75 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Fax: 040/81951237
www.edulocicum.de

Fachgebiet: Implantologie/
 Lasertherapie/Parodontologie
Thema: 1. Internationaler Tissue Care Symposium: „Hyaluronsäure im Mittelpunkt“
Veranstalter: RIEMSER Arzneimittel Prof. Dr. Jentsch
Termin: 03.09.2011
Ort: Dt, Bibliothek, Adickesallee 1, 60322 Frankfurt
Fortbildungspunkte: 7
Kursgebühr: 150 EUR netto
Anmeldung:
 boeld communication GmbH
 Oskar-Schlemmer-Str. 15
 80807 München
 Tel.: 089/189046-0
www.colada.biz/events/hyaluronan

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Implantation und Augmentation für Einsteiger
Veranstalter: Nemris GmbH & Co. KG
Termin: 16./17.09.2011
Ort: Praxis Dr. Hopmann / Dr. Maak, 49448 Lemförde
Fortbildungspunkte: 12
Kursgebühr: 650 EUR
Anmeldung:
 Tel.: 09947/90418-0
 Fax: 09947/90418-10
info@nemris.de
www.nemris.de/Veranstaltungen

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Mut zur Traumpraxis
Veranstalter: Akademie Praxisführung
Termin: 17.09.2011:
 10.00 – 13.00 Uhr
Ort: Leipzig
Fortbildungspunkte: 3
Kursgebühr: 190 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft:
 Akademie Praxisführung
 Von-Bissendorf-Weg 3
 48161 Münster
 Tel.: 02533/409730
 Fax: 02533/4093608
Kontakt@Akademie-Praxisfuehrung.de
www.Akademie-Praxisfuehrung.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Investition in die eigene Praxiszukunft: „War for Talents“
Veranstalter: Haranni Akademie
Referenten: Friedrich W. Schmidt, Nicole Derksen (IHK)
Termin: 19.09. – 21.09.2011 und 07.11.2011: 09.00 – 18.30 Uhr
Ort: Haranni Akademie, Schulstr. 30, 44623 Herne
Kurs-Nr.: 1900
Kursgebühr: 1 200 EUR inkl. Tagungspauschale, zzgl. MwSt., zzgl. ca. 170 EUR Prüfungskosten (die an die IHK gezahlt werden)
Anmeldung:
 Haranni Akademie
 Schulstr. 30
 44623 Herne
 Tel.: 02323/9468-300
 Fax: 02323/9468-333
info@haranni-academie.de
www.haranni-academie.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: MVZ-Geschäftsführer (IHK)
Veranstalter: Frielingsdorf Consult GmbH
Referent: Referententeam
Termin: 19.09. – 24.09.2011:
 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Köln
Kursgebühr: 3 050 EUR + MwSt. (Materialien, Prüfung und Seminar-Getränke im Preis enthalten)
Anmeldung: Claudia König
 Tel.: 0221/139836-63
 Fax: 0221/139836-65
koenig@frielingsdorf.de
www.frielingsdorf-akademie.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Familienunternehmen Zahnarztpraxis, ein ganz persönlicher Tag für mitarbeitende Partner und Angehörige
Veranstalter: Feldmann Consulting@GmbH & Co. Beratungs KG
Referentin: Stephanie Weitz, ZMV, QM Auditor (TÜV)
Termin: 21.09.2011:
 15.00 – 20.00 Uhr
Ort: Feldmann Consulting® Fortbildungssakademie, Kronenstr. 11, 76275 Ettlingen
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 11007
Kursgebühr: 125 EUR pro Person, 195 EUR für 2 Personen
Anmeldung:
 Nicole Feldmann, Anna Münch Wilhelmstr. 1
 76275 Ettlingen
 Tel.: 07243/7254-0
 Fax: 07243/7254-20
info@feldmannconsulting.de
www.feldmannconsulting.de

Thema: Helbo-Therapie; Parodontitis und Periimplantationsbehandlungen

Veranstalter: bredent medical GmbH & Co KG

Termin: 21.09.2011: 16.00 – 20.00 Uhr

Ort: Berlin

Referenten:

PD Dr. Jörg Neugebauer, Dr. Margit Schütze-Gößner, Dr. Ulrich Fürst

Fortbildungspunkte: 4

Kursgebühr: ZA 129 EUR, Helferinnen 79 EUR

Anmeldung:

Geschäftsbereich Helbo
Niederlassung bredent medical
Josef-Reiert-Str. 4
69190 Walldorf
Tel.: 06227/53960-20
Fax: 06227/53960-11

Auskunft:

bredent medical GmbH & Co KG
Andreas Bischoff, Leiter Marketing
Weissenhorner Str. 2
89250 Senden
Tel.: 07309/872-390
Fax: 07309/872-655
Andreas.Bischoff@bredent.com
www.bredent-medical.com

Thema: Vom HKP bis zur fertigen Arbeit

Veranstalter: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Dr. med. Dr. med. dent. Ulrich Stroink, Dr. med. Dr. med. dent. Bernd Biermann, Dr. med. Dr. med. dent. Wolfgang Schmitt, Dr. med. Dr. med. dent. Thomas Clasen, Prof. Dr. Dr. Claus Udo Fritzmeier

Referentin: Sybille David

Termin: 21.09.2011: 15.00 – 18.00 Uhr

Ort: Stresemannstr. 7-9, 40210 Düsseldorf

Fortbildungspunkte: 3

Kursgebühr: 135 EUR zzgl. MwSt., pro Person aus Überweiserpraxen 115 EUR

Anmeldung: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Stresemannstr. 7-9
40210 Düsseldorf
Tel.: 0211/875508-0
Fax: 0211/875508-99
www.kieferchirurgie.org

Thema: Internationaler Jubiläumskongress

Veranstalter: Dentaforum Implants

Termin: 22.09. – 25.09.2011

Ort: Le Méridien St. Julians Hotel und Spa, 39 Main Street, Balluta Bay, St. Julians STJ 1017 Malta

Kursgebühr: 1 250 EUR zzgl. MwSt., Begleitpersonen 420 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft:

Dentaforum Implants GmbH
Turnstr. 31, 75228 Ispringen
Tel.: 07231/803-560
Fax: 07231/803-341

Fachgebiet: Abrechnung

Thema: Einsteigerkurs „Abrechnung GOZ, GOÄ, Festzuschüsse und BEMA“

Veranstalter: Feldmann Consulting@GmbH & Co. Beratungs KG
Referentin: Dina Lechler (ehem. Volz), Abrechnungs-Service für Zahnärzte

Termin: 23.09.2011: 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Feldmann Consulting@ Fortbildungsakademie, Kronenstr. 11, 76275 Ettlingen

Fortbildungspunkte: 9

Kurs-Nr.: 11014

Kursgebühr: 350 EUR, 245 EUR pro Person für Teilnehmer aus Baden-Württemberg, 175 EUR pro Person für Teiln. über 50 Jahre aus Baden-Württemberg

Anmeldung: Nicole Feldmann, Anna Münch
Wilhelmstr. 1, 76275 Ettlingen
Tel.: 07243/7254-0, Fax: -20
info@feldmannconsulting.de
www.feldmannconsulting.de

Fachgebiet: Praxismanagement

Thema: Praxismarketing und Preisgespräche

Veranstalter: Dr. Walter Schneider Team GmbH

Referenten: Alma Ott, Joachim Brandes

Termin: 23.09.2011: 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Holzgerlingen

Fortbildungspunkte: 8

Kursgebühr: 460 EUR pro Person, 690 EUR Teampreis
Anmeldung: Tanja Spatschek
Tel.: 07031/461869

Fachgebiet: Praxismanagement

Thema: Exzellente Mitarbeiter als Basis jeden Praxiserfolgs

Veranstalter: Dr. Walter Schneider Team GmbH

Referent: Prof. Dr. Matthias Hettl

Termin: 23.09.2011: 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Hamburg

Fortbildungspunkte: 8

Kursgebühr: 590 EUR pro Person, 890 EUR Teampreis

Anmeldung: Tanja Spatschek
Tel.: 07031/461869

Thema: Dentsply Kursreihe Praktischer Arbeitskurs – Prof. Manhart „Natürlich wirkende ästhetische Restaurationen mit einem nanokeramischen Komposit“ – Frontzahnfüllungen-

Veranstalter: Dentsply DeTrey GmbH

Termin: 23.09.2011

Ort: Greifswald

Kursgebühr: 355 EUR

Anmeldung: praxisDienste

Fortbildungs GmbH
Brückenstr. 28
69120 Heidelberg
Tel.: 06221/649971-0
Fax: 06221/64997120

Fachgebiet: Restaurative ZHK

Thema: Der kompromittierte Patient – Zahnheilkunde zwischen Jugendwahn und Demenz
35. Jahrestagung der Studiengruppe für restaurative Zahnheilkunde

Veranstalter: Studiengruppe für restaurative Zahnheilkunde

Referenten: Prof. Biffar, Prof. Jepsen, Prof. Benz, Prof. Grötz, Prof. Merieske-Stern, Prof. Müller, Prof. Klockgether

Termin: 23./24.09.2011

Ort: Bonn-Bad Godesberg, Rheinhotel Dreesen

Kursgebühr: Nichtmitglieder 480 EUR, Assistenz Zahnärzte 320 EUR, Mitglieder 150 EUR

Auskunft: Dr. Bernhard Rödiger
Graurheindorfer Str. 96

53117 Bonn
Tel.: 0228/671154
Fax: 0228/55087591
www.restaurative.de

Fachgebiet: Implantologie

Thema: „Implantologie meets CAD/CAM“: 1. IMCC-Kongress

Veranstalter: BEGO

Referenten: Prof. Dr. Daniel Edelhoff, PD Dr. Dr. Ralf Smeets, Dr. Joost Brouwers MSc, Dr. med. dent. Dirk U. Duddeck, PD Dr. med. dent. Florian Beuer u. a.

Termin: 23./24.09.2011

Ort: Wien

Fortbildungspunkte: 12

Kursgebühr: 299 EUR inkl. Abendveranstaltung

Anmeldung: www.bego.com/imcc/

Verlust von Kammerausweisen

LZK Baden-Württemberg

ZÄ Ewa Kirsch
Konrad-Adenauer-Str. 22
69221 Dossenheim
geb. am 19.10.1952
Ausweis gültig ab: 10.05.2011

Dr. Frieder Schmitz
Schwetzinger Str. 86
69190 Walldorf
geb. am 30.05.1950
Ausweis gültig ab: 09.05.1988

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

ZÄK Niedersachsen

Nr. 7065
von Dr. Ingrid Cochanski-Chelius

Nr. 4485
von Dr. Walter Langer

vom 26.06.1997
von Dr. Volker Wulfes M.A.

Nr. 1429
von Håkan Momkvist

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

Anleihen in fremden Währungen

Weg von Euro und Dollar

Viele Anleger halten den Euro aufgrund der hohen Verschuldung einiger EU-Länder für sehr belastet und suchen nach sicheren Alternativen. Sie finden sie bei den Nachbarn in der Schweiz und in Skandinavien. Mit guten wirtschaftlichen Erfolgen und entsprechend stabiler Währung locken in Übersee Australien und Neuseeland. Allerdings eignen sich nicht alle Papiere für den privaten Anleger.



Foto: Bridge-Finonline

Aufgrund des Reichtums an vorhandenen Rohstoffen stehen australische Staatsanleihen aktuell hoch im Kurs.

Die Bundesanleihe gilt, obwohl oft als langweilig verschrien, immer noch als sichere und damit attraktive Anlage. Die deutsche Regierung kann darauf vertrauen, dass ihr die weltweite Anlegerschaft bei den Auktionen, auf denen die mit niedrigen Zinsen ausgestatteten Schuldscheine versteigert werden, die Treue hält. Doch bei aller Liebe: So mancher Investor sucht nach Alternativen, weil er zwar nicht an der Bonität des deutschen Staates zweifelt, aber einen Teil seines Vermögens außerhalb des Euros unterbringen möchte. Sicher zeigt der Euro im Verhältnis zum Dollar eine stabile Stärke, doch der Grund ist nicht allein die florierende deutsche Wirtschaft. Klaus Stopp, Chefrentenhändler der Baader Bank an der Börse München, meint: „Die Stärke des Euros basiert vor allem auf der Schwäche des Dollar.“

Stehen in Euroland derzeit die Schulden von Griechen, Iren und Portugiesen im Fokus, kämpfen die Amerikaner mit einer Verschuldung von 14 Billionen Dollar. Ende Mai erreichte der Schuldenstand eine Höhe, die keine weitere Kreditaufnahme mehr erlaubte. Ein Zustand, den Präsident Obama jetzt nutzen kann, um die konservative Opposition zum vierten Mal während seiner Amtszeit zu einer Anhebung der Schuldengrenze zu bewegen. Gelingt das nicht, sind die USA Mitte August zahlungsunfähig. Käme es so weit, wäre die Katastrophe da. Weltweit würden Banken abstürzen und die Finanzsysteme zusammenbrechen. Denn die Gläubiger der USA sitzen überall. Allein die Chinesen hielten im März dieses Jahres amerikanische Bonds im Wert von rund 1,1 Billionen Dollar. Inzwischen bauen

sie ihren Bestand nach und nach ab. Denn auch sie haben die Warnungen der beiden größten amerikanischen Ratingagenturen Standard & Poors sowie Moody's vernommen. In den vergangenen Monaten forderten sie nacheinander die amerikanische Regierung auf, massiv gegen die Verschuldung vorzugehen, sonst könnte die immer noch gewährte Bestnote AAA für die Bonität in Gefahr sein. Bislang rechnet kaum jemand wirklich mit einem Desaster, doch Obama steht erheblich unter Druck.

Die Ratings der Agenturen

Dabei stehen die Agenturen selber im Feuer der Kritik. So sieht es auch Experte Stopp: „Warnen sie, gelten sie als Spielverderber, tun sie es nicht, gelten sie als verantwort-

INFO

Tipps für den Kauf von Anleihen

Wer sich ausländische Staatsanleihen in einer fremden Währung ins Depot legen möchte, sollte die Investition nur als Ergänzung betrachten. Vor dem Kauf empfiehlt es sich, Informationen über den Emittenten einzuholen. Bei Staatsanleihen sind das neben Angaben zu Laufzeit, Zinsen und Renditen vor allem Wirtschaftsdaten und -prognosen sowie die Ratingnoten und eine solide Einschätzung des Währungsrisikos.

Dabei müssen private Anleger auf die Stückelung achten. Je nach Papier ist der Kauf erst ab sehr großen Summen möglich.

Viele Anleger bevorzugen den Kauf von Rentenfondsanteilen, weil sie so die Risiken streuen können. Dabei sollten sie prüfen, in welche Papiere der Fonds investiert. Auf Staatsanleihen spezialisierte Rentenfonds halten neben den oben beschriebenen Papieren meistens auch risikobehaftete Anleihen aus Griechenland, Portugal oder Irland im Depot.

Detaillierte Informationen über Staats- und Währungsanleihen bietet im Internet zum Beispiel die Seite der Baader Bank www.baadermarkets.de mit dem Link bondboard.de.

tungslos. Zu beneiden sind sie um ihre Rolle derzeit nicht.“ So erklärt sich, dass manche Benotung als nicht besonders gerecht erscheint. Für die Beurteilung eines Emittenten sind sie dennoch unerlässlich. Man muss ihre Bedeutung nur richtig einordnen. Kluge Investoren wissen, dass Ratingnoten mit Vorsicht zu genießen sind. Denn über ein Triple A verfügen etliche Staaten. Auch Frankreich darf sich mit der Bestnote schmücken, obwohl die Wirtschaft nicht so glänzt wie die des östlichen Nachbarn.

In Deutschland brummt die Konjunktur und alle Agenturen werten mit AAA. Manche Investoren halten die Bonität für angeschrammt, weil die Deutschen bei einem Zusammenbruch Griechenlands die Hauptschuldenlast zu tragen hätten. Normalerweise würde sich ein solcher Verdacht sofort auf die Renditen der Staatsanleihen auswirken. Doch für die deutschen Papiere sank sie im Mai von 3,245 auf 2,986 Prozent. Das bedeutet, dass viele Anleger aus den schwankenden Aktienmärkten und unsicheren Anleihen in seriöse deutsche Papiere flüchten und damit ihr Vertrauen beweisen.

Dabei gibt es durchaus Alternativen. Einen Stammplatz unter den seriösen Schuldner hat nach wie vor die Schweiz. Investoren aus aller Welt stecken ihr Kapital in Schweizer Franken. Dazu gehören nicht nur Steuerflüchtlinge. So müssen zum Beispiel viele Ungarn, die Immobilienkredite in Franken

aufgenommen haben, weil die Zinsen so niedrig waren, für ihre Rückzahlungen teure Franken kaufen. Denn seit 2007 stieg der Kurs der eidgenössischen Währung. Statt 1,70 Franken zahlen die Eidgenossen heute nur noch 1,21 Franken je Euro. Experten warten darauf, dass er die Grenze von 1,20 erreicht. Dann wird ihrer Meinung nach die schweizerische Bundesbank intervenieren. Denn Tourismus und Export würden unter einem noch teureren Franken sehr leiden.

Fluchtpunkt Schweiz

So stabil die Währung auch ist, die wirtschaftliche Leistung scheint dem nicht zu entsprechen. Der Franken gilt als Fluchtwährung, die bei Krisen irgendwo auf der Welt magisch das flüchtige Kapital anzieht, trotz der niedrigen Zinsen. Die Renditen für Anleihen, die bis 2016 laufen, liegen bei knapp einem Prozent. Dr. Thomas Steineemann, Chefstratege der schweizerischen Vontobel-Gruppe, hält die Stärke des Franken für gerechtfertigt: „Vor vier Jahren war der Franken eindeutig zu billig. Insofern ist der jetzige Wechselkurs eine Rückkehr zur 'Normalität'.“

Für Anleger jedoch, die zwar nach sicheren Anleihen suchen, aber dennoch Geld verdienen wollen, ist die Schweiz nicht unbedingt die richtige Adresse. Abgesehen von der niedrigen Rendite haben die Eidgenossen

ausländischen Investoren noch Steine in den Weg gelegt. So haben beim Kauf Schweizer Papiere Einheimische Vortritt. Ausländer bekommen, was übrig bleibt. Eher fündig werden Suchende im Norden Europas. Etwas mehr Rendite versprechen die Norweger. Auch sie glänzen mit einem AAA – und das wohl ohne Einschränkung. Dazu Chefrentenhändler Stopp: „Norwegen ist eine Insel der Glückseligkeit.“ Einer der Hauptgründe ist der Ölreichtum des Landes. Die Länderspezialisten der comdirect urteilen: „Die weltweite Wirtschafts- und Finanzkrise hat keine nennenswerten Spuren hinterlassen, die konjunkturelle Entwicklung ist durchaus positiv und der Anstieg des

So liegen die Renditen deutscher Anleihen mit vier Jahren Laufzeit bei 1,9 Prozent und die der Norweger bei 2,6 Prozent. Allerdings gibt es die Nordlichter nicht so häufig auf dem Kaufzettel, da das Land kaum Schulden macht. Hin und wieder nutzen aber deutsche Unternehmen wie Daimler oder auch die Förderbank von Nordrhein-Westfalen die Beliebtheit dieser Währung und emittieren Anleihen in norwegischen Kronen. So bietet die NRW-Bank (AAA) eine Kronen-Anleihe

einem Triple A. Vor allem Australien steht dank des Rohstoffreichtums auf einer soliden wirtschaftlichen Basis. Es fördert Erze, Diamanten, Gold und Uran, die es in die prosperierenden Schwellenländer exportiert. Allerdings gilt der australische Dollar schon als ziemlich hoch bewertet. Für nur leicht überbewertet halten Experten zurzeit den neuseeländischen Dollar. Die Anleihen des Inselstaates rentieren mit knapp fünf Prozent.



Fotos: Stuart Pearce-AGE / Westend61-F1online

Trotz Eurokrise stehen bundesdeutsche Anleihen nach wie vor hoch im Kurs. Ganz im Gegensatz zu US-Anleihen, denen vor allem die hohe Staatsverschuldung zu schaffen macht.

Ölpreises beschert dem Land ein richtiggehendes Konjunkturpaket.“ Norwegen zählt zu den stabilsten Industriestaaten und die Prognosen zeigen auch für die kommenden Monate nach oben.

Musterland Norwegen

Entsprechend stark zeigt sich die norwegische Krone. Damit das so bleibt, hat die Zentralbank in Oslo den Leitzins im Mai von zwei auf 2,25 Prozent erhöht. Da das Land nicht zur Eurozone gehört, kann es unabhängig von der Europäischen Zentralbank (EZB) agieren. Der Leitzins der EZB liegt derzeit noch bei 1,25 Prozent. Eine Erhöhung auf 1,5 Prozent wird es wohl erst im Juli geben.

mit einer Rendite von 3,20 Prozent und einer Laufzeit bis Mai 2013. Das Währungsrisiko dürfte überschaubar bleiben. Die Krone ist zwar sehr stark gegenüber dem Euro, doch die Experten der Deutschen Bank erwarten einen weiteren Anstieg in diesem Jahr.

Mit sehr positiven Ergebnissen können die Schweden aufwarten. Sie wirtschaften so gut, dass im nächsten Jahr die Staatsverschuldung auf 27 Prozent fallen soll. (In Deutschland beträgt sie aktuell 73,4 Prozent.) Die Schätzung für das Wachstum liegt bei fünf Prozent. Außerdem müssen sie sich nicht mit den Lasten der Griechen herumärgern. Zehnjährige Anleihen aus Stockholm rentieren derzeit mit 2,9 Prozent. Außerhalb Europas prunken Länder wie Australien, Singapur oder Neuseeland mit

Für Anleger, die sich aus dem Euroraum herausbewegen, bergen die fremden Währungen automatisch Risiken, besonders wenn sie schon ziemlich hoch bewertet sind wie zum Beispiel der Schweizer Franken. Eine Abwertung bringt Verluste mit sich, die durch eine Kurssteigerung der Anleihe und durch eine gute Verzinsung erst einmal aufgefangen werden muss. Um die Risiken möglichst klein zu halten, empfiehlt es sich, Papiere mit einer Laufzeit von zwei Jahren zu kaufen. Zinserhöhungen lassen sich in dieser Zeit zwar auch nicht ausschließen, treffen aber nicht so stark.

Marlene Endrueit
Wirtschaftsjournalistin
m.endrueit@netcologne.de

Betriebliche Veranstaltungen

Wenn der Fiskus mitfeiern will

Betriebsfeste sind eine gute Gelegenheit, damit sich die Mitarbeiter auch einmal außerhalb des stressigen Arbeitsalltags austauschen können. Aber Achtung: Was gut gemeint ist, kann sich steuerlich negativ niederschlagen. Darauf verweist die Bundessteuerberaterkammer.



*Mit den Kollegen entspannt am Wasser sitzen:
Bei Betriebsausflügen sind 110 Euro pro
Mitarbeiter für den Arbeitgeber steuerfrei.*

Foto: CC

Das ist der Fall, wenn der Höchstbetrag für den steuerfreien Bezug auch nur um einen einzigen Cent überschritten wird. Dann nämlich sind normalerweise die gesamten Kosten für den Arbeitnehmer als geldwerter Vorteil zu behandeln und werden somit lohnsteuer- und sozialversicherungspflichtig.

Kappungsgrenze beachten

Ausschlaggebend für die Wahrung der Steuerfreiheit ist der steuerlich anerkannte Höchstbetrag von 110 Euro (inklusive Umsatzsteuer) pro Arbeitnehmer. Dabei ist grundsätzlich egal, um welche Art von Veranstaltung es sich handelt, etwa einen mehrtägigen Ausflug, eine innerbetrieblich organisierte Sportveranstaltung, eine Dampferfahrt mit Grillvergnügen oder

eine Weihnachtsfeier. Neben der finanziellen Begrenzung sind für die steuerliche Freistellung noch andere Parameter zu berücksichtigen: So muss es sich grundsätzlich um eine für alle Mitarbeiter zugängliche „öffentliche“ Feier handeln und sie muss ganz überwiegend im eigenbetrieblichen Interesse des Arbeitgebers liegen. Maximal zwei solcher Veranstaltungen pro Jahr dürfen steuerbegünstigt gegenüber dem Finanzamt abgerechnet werden.

Partner können teuer werden

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang ganz besonders, dass der steuerliche Freibetrag pro Arbeitnehmer und nicht pro Person gilt. Hört sich relativ harmlos an, kann aber finanzielle Konsequenzen haben, wie das nachfolgend stark vereinfachte

Beispiel belegt: Kostet beispielsweise eine Betriebsveranstaltung pro Mitarbeiter 100 Euro, so kann der daran teilnehmende Arbeitnehmer dieses Fest entspannt und steuerfrei genießen – aber nur alleine. Nimmt er in Begleitung teil, so erhöht sich „sein“ Arbeitnehmerbetrag um 100 Euro, mithin wäre also ein Gesamtbetrag von 200 Euro erreicht, der in Gänze dem monatlichen Einkommen und den entsprechenden Steuern unterworfen wäre.

Aber auch hier gibt es steuerliche Entlastungsmöglichkeiten: Der Arbeitgeber kann in solch einem Fall einspringen und per Pauschalverfahren die fälligen Steuern in Höhe von 25 Prozent für den Gesamtbetrag übernehmen. Eine andere Möglichkeit wäre die Kostenübernahme des über der Freigrenze liegenden Anteils durch den

Arbeitnehmer. Auch das würde ihm die Steuerfreiheit sichern. Im vorliegenden Fall müssten also 90 Euro privat gezahlt werden, um die Steuerfreiheit für die übrigen 110 Euro nicht zu gefährden.

Welche Veranstaltungskosten werden anerkannt?

Werden die Voraussetzungen für die Anerkennung eines Betriebsfestes grundsätzlich erfüllt, müssen für den Fiskus alle Ausgaben belegt werden, die im Zusammenhang mit der eigentlichen Einladung stehen. Das können neben Speisen und Getränken beispielsweise auch Tabakwaren und Süßigkeiten sein, notwendige Aufwendungen für Busse, Bahn oder sonstige Transportmittel, Eintrittskarten, die Anmietung von Räumlichkeiten oder Honorare für Musik und ein Unterhaltungsprogramm. Die Kosten werden zusammengerechnet und dann durch die Anzahl der Mitarbeiter geteilt.



Foto: CC

Tombolagewinne bis 40 Euro (wie etwa eine Flasche Sekt) sind ebenfalls steuerfrei.

Geschenke gefährden den Steuerbonus

Sollen bei einer Feier kleine Präsente verteilt werden, die der Arbeitgeber „spendiert“, so ist zu unterscheiden: Sachgeschenke bis zu 40 Euro (inklusive Mehrwertsteuer) sind in die Prüfung der 110-Euro-Freigrenze mit einzubeziehen. Bei Geschenken im Wert von mehr als 40 Euro besteht stets eine Steuerpflicht; sie sind jedoch in die Prüfung der 110-Euro-Freigrenze nicht mit einzubeziehen. Eine Pauschalierung der Lohnsteuer mit 25 Prozent ist möglich. Tombolagewinne sind steuerfrei, wenn die Preise von geringem Wert sind (bis 40 Euro) und unter allen an der Betriebsveranstaltung teilnehmenden Arbeitnehmern verlost werden. sg/pm



Stiftung Hilfswerk
Deutscher Zahnärzte
für Lepra- & Notgebiete

www.hilfswerk-z.de

Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte



© E. Jähnik

Ermöglichen Sie mit einer regelmäßigen Zustiftung eine Erhöhung des HDZ-Stiftungskapitals. Damit unterstützen Sie nachhaltig das soziale Engagement der Zahnärzteschaft für benachteiligte und Not leidende Menschen.

Ihr Beitrag für mehr Menschlichkeit!

Stiftung HDZ für Lepra- und Notgebiete
Deutsche Apotheker- und Ärztekbank,
Hannover, BLZ 250 906 08

Konto für Zustiftungen: 060 4444 000
Allgemeines Spendenkonto: 000 4444 000



Deutsches
Zentralinstitut
für soziale
Fragen/DZI

dzi

DZI Spenden-Siegel:
Geprüft • Empfohlen

Verringerte Haftung**Beim Fahren Hände weg vom Navi**

Die Bedienung eines Navigationsgeräts während der Fahrt ist grob fahrlässig, so das Landgericht (LG) Potsdam. Kommt es dadurch zu einem Unfall, haftet nicht die Versicherung für den Schaden, sondern der Unfallverursacher muss selbst für die Kosten aufkommen.

Der Fahrer eines gemieteten Mercedes wechselte nach einem Überholvorgang auf der Autobahn wieder auf die rechte Fahrspur. Dabei hantierte er an seinem Navi. Er wollte sich vergewissern, dass er die Raststätte, die er anfahren wollte, nicht verpasst hatte. Beim Hantieren an seinem Navi fuhr er auf das vorausfahrende Fahrzeug der Klägerin auf.

Die Mietwagenfirma weigerte sich, den Schaden zu übernehmen. Der Fahrer hatte zwar vertraglich die Selbstbeteiligung auf 950 Euro beschränkt, aber nach Ansicht der Mietwagenfirma grob fahrlässig gehandelt und damit



Foto: Raymond Forbes-ACE-FI online

nicht mehr im Blick behält und hierdurch einen Unfall auslöst, handelt nach Ansicht der Richter grob fahrlässig.

„Allen Menschen Recht getan, ist eine Kunst, die niemand kann“, besagt ein griechisches Sprichwort. Wie die Richter entscheiden? Hier einige Urteile, deren Kenntnis dem Zahnarzt den eigenen Alltag erleichtern kann.

jeglichen Haftungsanspruch seitens der Mietwagenfirma verlor. Der Fahrer vertrat hingegen die Auffassung, dass er von einem rechtmäßig im Fahrzeug installierten Gerät auch während der Fahrt entsprechende Informationen abrufen dürfe.

Das sahen die Richter anders. Sie waren der Ansicht, dass der Fahrer durch sein Handeln den PKW der Klägerin rechtswidrig und in grob fahrlässiger Weise beschädigt hat. Ein Fahrer, der die Fahrbahn während der Fahrt

Grundsätzlich handelt somit grob fahrlässig, wer während des Fahrens wegen nicht verkehrsbedingter Tätigkeiten abgelenkt ist. Dies gilt auch, wenn man sich mit dem im Fahrzeug installierten Zigarettenanzünder beschäftigt oder das Autoradio während der Fahrt einstellt und dabei so abgelenkt wird, dass man das Verkehrsgeschehen nicht mehr überblicken kann.

LG Potsdam
Urteil vom 26.06.2009
AZ: 6 O 32/09

Stellenanzeigen**Diskriminierung vermeiden**

Sucht eine Praxis in einer Stellenausschreibung nach „jungen“ Bewerbern, verstößt die Ausschreibung grundsätzlich gegen das Altersdiskriminierungsverbot. Zu dieser Entscheidung kam das Bundesarbeitsgericht (BAG) in Erfurt.

Geklagt hatte ein 49-jähriger Jurist. Er bewarb sich auf eine Anzeige in einer juristischen Fachzeitschrift. Dort suchte eine Firma für ihre Rechtsabteilung „eine(n) junge(n) engagierte(n) Volljuristin/Volljuristen“. Die Stelle war zunächst auf ein Jahr befristet. Der Jurist wurde nicht zu einem Vorstellungsgespräch eingeladen, bekam jedoch eine Absage. Die Stelle erhielt eine 33-jährige Juristin. Der Jurist verklagte daraufhin die Firma wegen einer unzulässigen Benachteiligung aufgrund seines Alters. Er forderte eine Entschädigung in Höhe von 25 000 Euro und Schadensersatz in Höhe eines Jahresgehalts.

Bereits das Arbeitsgericht sah einen Verstoß gegen das Altersdiskriminierungsverbot und sprach dem Juristen eine Entschädigung in Höhe eines Monatsgehalts zu. Die Richter des BAG bestätigten das Urteil. Auch sie waren der Meinung, dass die Stellenausschreibung der Firma gegen das allgemeine

Gleichbehandlungsgesetz (AGG) verstößt. Danach sind Stellen unter anderem „altersneutral“ auszuschreiben, sofern kein Rechtfertigungsgrund für eine unterschiedliche Behandlung wegen des Alters vorliegt.

Nach Ansicht der Richter stellt die unzulässige Stellenausschreibung ein Indiz dafür dar, dass der Jurist wegen seines Alters nicht eingestellt worden ist. Das Gericht sprach deshalb dem klagenden Juristen eine Entschädigung in Höhe von einem Monatsgehalt zu. Die geforderte Entschädigung und den geltend gemachten Schadensersatzanspruch in Höhe eines Jahresgehalts konnte der Jurist nicht durchsetzen. Schließlich konnte er nicht darlegen und beweisen, dass er bei einer diskriminierungsfreien Auswahl von der Firma eingestellt worden wäre.

BAG
Urteil vom 19.08.2010
AZ: 8 AZR 530/09



Foto: MEV

Steuer

Krankheitskosten leichter absetzbar

Die Voraussetzungen, um krankheitsbedingte Ausgaben steuerlich geltend machen zu können, wurden vom Bundesfinanzhof (BFH) vereinfacht. Es ist nicht mehr zwingend notwendig, vor Behandlungsbeginn ein Gutachten beziehungsweise ein Attest einzuholen. Der Nachweis kann auch noch später und durch alle geeigneten Beweismittel geführt werden, urteilten die Richter.



Foto: CC

Anschaffungskosten für neue und unbelastete Möbel bei Asthmabeschwerden des Kindes als außergewöhnliche Belastungen zu berücksichtigen sind. Da die Kläger die konkrete Gesundheitsgefährdung durch die alten Möbel nicht durch ein

Krankheitskosten können auch dann als außergewöhnliche Belastung geltend gemacht werden, wenn sie der Heilung oder Linderung einer Krankheit dienen, unter der ein unterhaltsberechtigtes minderjähriges Kind des Steuerpflichtigen leidet.

Die Richter des BFHs hatten in zwei Verfahren zu entscheiden. Im ersten ging es um die Abzugsfähigkeit von Aufwendungen zur Behandlung einer Lese-Recht-schreib-Schwäche. Auf ärztliches Anraten besuchte der Sohn des Klägers ein Internat mit integriertem Legastheniezentrum. Der Kläger hatte auf die Übernahme der Schulkosten durch den Landkreis verzichtet und machten stattdessen den Schulbeitrag, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Therapiekosten als außergewöhnliche Belastungen steuerlich geltend. Sowohl das Finanzamt als auch das Finanzgericht erkannten die Kosten nicht an.

Im zweiten Fall hatten die Richter darüber zu entscheiden, ob die

amtsärztliches Attest nachweisen konnten, verweigerten sowohl das Finanzamt als auch das Amtsgericht die steuerliche Anerkennung.

Entgegen seiner bisherigen Rechtsprechung urteilte der BFH zugunsten beider Kläger. Es ist nun nicht mehr notwendig, dass eine Krankheit und eine medizinische Indikation der den Aufwendungen zugrunde liegenden Behandlung, durch ein vertrauensärztliches Gutachten beziehungsweise durch ein Attest eines anderen öffentlichen Trägers nachgewiesen wird. Aus dem Gesetz ergibt sich kein formalisiertes Nachweisverfahren und dies würde auch dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung widersprechen.

*BFH
Urteile vom 11.11.2010
AZ: VI R 17/09 und VI R 16/09*

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

Online-Datenbank

Der Zuwendungsfinder

Viele Patientenorganisationen werden von der forschenden Pharmaindustrie unterstützt. Seit 2008 legt der Verband Freiwillige Selbstkontrolle der Arzneimittelindustrie (FSA) offen, welche Selbsthilfegruppen von seinen Mitgliedern mit Geld- und Sachspenden unterstützt werden. Das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTG) hat diese Zahlen nun verbraucherfreundlich aufbereitet und im Internet zur Verfügung gestellt.

Im Jahr 2008 beschloss der FSA einen „Kodex zur Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen“. Die Idee, auf dieser Basis eine Datenbank zu erstellen, kam Michael Hägele, dem Geschäftsführer des IQTG. Ihn ärgerte, dass es keine Angaben gibt, wie viel die Unternehmen spenden und wer das Geld erhält. Zusammen mit seinem Kollegen Christian Leopold forschte er auf der Website der FSA. Ohne Erfolg, denn eine Gesamtsumme fanden sie auch dort nicht, nur den Verweis auf die Websites der teilnehmenden Unternehmen. Eine nach der anderen klapperten die IQTG-Chefs die insgesamt 32 Adressen ab. Hägele machte dabei folgende Beobachtung: „Die Daten sind über die Seiten der Unternehmen verteilt und nicht immer leicht zu finden. Entsprechend mühsam ist es, sich einen Überblick zu verschaffen.“

Um Verbrauchern zu mehr – und vor allen Dingen schnellerem – Durchblick zu verhelfen, trugen die Institutsleiter die Zahlen zusammen und packten sie in eine öffentlich zugängliche Transparenzdatenbank. Offizieller Titel: „Zuwendungsfinder für Zuwendungen der Pharmaindustrie an Patientenorganisationen in Deutschland“. Die Datenbank ist userfreundlich konzipiert. Es kann nach Patientenorganisation oder Pharmaunternehmen gesucht werden. Das Ergebnis wird in Form einer Tabelle geliefert, die Zahlungsempfänger und Spender sowie Anlass und Höhe der Spende auflistet. Zusätzlich ist die Gesamtsumme der Zuwendungen angegeben, die eine Selbsthilfegruppe erhalten beziehungsweise die ein Pharmahersteller innerhalb eines Jahres geleistet hat. Die Datenbank lässt sich auch nach Krankheitsbildern wie Krebs, AIDS oder ADHS durchsuchen. Patientenorgani-

sationen, die sich im Bereich Alzheimer engagieren, erhielten beispielsweise im Jahr 2010 laut Datenbank insgesamt 352 060 Euro, Selbsthilfegruppen für Multiple-Sklerose-Patienten 249 008 Euro.

Da die Mitglieder der FSA ihre Spendenzahlen einmal pro Jahr veröffentlichen, enthält die Transparenzdatenbank bisher nur die Zahlen für 2010. Laut diesen Berechnungen spendeten die FSA-Mitglieder im vergangenen Jahr insgesamt mehr als 4,6 Millionen Euro an Patientenorganisationen. Spitzenreiter bei den Unternehmen sind nach Angaben des Instituts Roche mit 737 055 Euro, Novartis mit 671 758,29 Euro und Pfizer mit 485 269,50 Euro.

Wer gibt wem wie viel

Die Vollständigkeit der IQTG-Transparenzdatenbank ist laut Hägele schwer einzuschätzen: „Es gibt extrem viele Pharmafirmen.“ Der FSA betone zwar, dass die forschende Pharma die meisten Zuwendungen leiste und der Großteil der Zahlungen durch den Kodex somit abgebildet sei, Hägele ist sich da aber nicht so sicher. „Ich könnte mir vorstellen, dass auch Hersteller von Generika oder aus der Medizintechnik spenden.“

INFO

Links zum Thema

- Transparenzdatenbank des IQTG: www.iqtg.de/cms/zuwendungszweig.asp
- Internetpräsenz der Freiwilligen Selbstkontrolle der Arzneimittelindustrie: www.fs-arzneimittelindustrie.de

Diese Zahlen seien in ihrer Datenbank nicht abgebildet.

Aktuell arbeiten Hägele und Leopold daran, die vorhandene Datenlage zu optimieren.

„Wir verwenden für unseren Zuwendungsfinder die Informationen der Pharmafirmen. Das Problem dabei ist, dass die Unternehmen keine einheitliche Schriftweise haben“, erklärt Hägele. „Aus diesem Grund gehen wir momentan jede einzelne der über 1 500 Zuwendungen in unserer Datenbank durch, um Schreib- und Abkürzungsfehler zu korrigieren.“ Man wolle sicherstellen, dass alle Zahlungen dem richtigen Spendenempfänger zugeordnet werden.

Ein weiteres Projekt des IQTG ist die Einbindung der GKV-Selbsthilfe in die Datenbank. Hintergrund: Die gesetzlichen Krankenkassen sind dazu verpflichtet, einen Teil ihrer Einnahmen in die Arbeit von Patientenorganisationen zu investieren. „Wir wollen einen Vergleich der Pharma- und GKV-Zuwendungen möglich machen. Wenn ablesbar ist, dass eine Patientenorganisation 200 000 Euro von der Industrie und 20 000 von der GKV bekommen hat, fördert das die Transparenz. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Infos pharmabeeinflusst sind, wären in diesem Fall nämlich hoch“, argumentiert Hägele und fügt hinzu: „Es ist extrem schwierig herauszufinden, ob eine Info wirklich neutral ist und alle Optionen für den Patienten genannt werden.“ Aufzudröseln, wie eine Patientenorganisation sich finanziert, ist eine einfache Methode. Hägeles Ziel: „Wir wollen anstoßen, dass sich die Transparenz im Gesundheitswesen ausweitet.“

Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln und Berlin
info@susanne-theisen.de

Peter Riethe ist 90 Jahre

In Bingen am Rhein am 30. Juni 1921 geboren, kam Peter Riethe infolge eigener Kriegsverwundungen mit der Zahnmedizin in Berührung, studierte ab 1946 in Mainz Zahnheilkunde und Naturwissenschaften. Neben medizinhistorischen und entwicklungsgeschichtlichen Arbeiten zur Morphologie des Zahnsystems erschien 1955 sein Buch „Zur Phylogenie des Primatengebisses...“.

1968 kam der Ruf auf das Ordinariat für Konservierende Zahnheilkunde in Tübingen. Nach dem Tod Prof. Fröhlichs wurde Riethe geschäftsführender Direktor der Klinik für ZMK, die er in die neue kollegiale Leitungsstruktur führte. Zudem gestaltete er die Tübinger Tagungen des „Eugen Fröhlich Fonds“, zu-

sammen mit der „Vereinigung wissenschaftlicher Zahnheilkunde Stuttgart“. Er erstellte Gutachten für den BDZ über Nebenwirkungen von Amalgam, „Amalgam Pro und Contra“ sowie im Buch „Die Quintessenz der Amalgamfüllung“ (1971). Die damaligen emotionalen Diskussionen brachten Riethe den Ruf als „Amalgampapst“ ein. Er war Gründer der Zeitschrift „Kariesprophylaxe“, später „Oralprophylaxe“. Weder eine negative Stellungnahme des DGZMK noch die der Wissenschaftlichen Kommission „Zahnmedizinische Prophylaxe“ konnten Peter Riethe daran hindern, sich bereits seit 1975 für die individuelle Fissurenversiegelung zu engagieren. Rehabilitiert hat ihn letztendlich

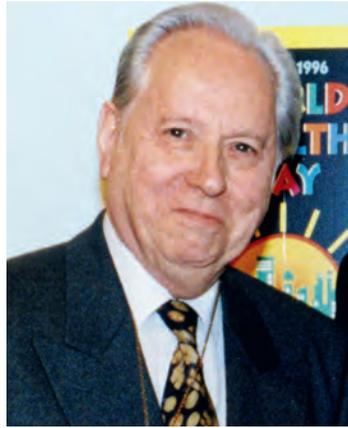


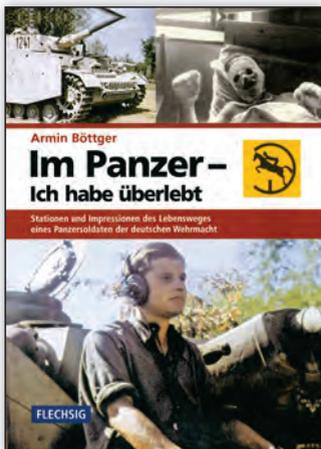
Foto: zsm-Archiv

Prof. Klaus König in Jahr 1981. Dank Riethe fand die Fissurenversiegelung Eingang in den Leistungskatalog. Von der Vielzahl publizierter Studien, Buchbeiträge und Bücher sind Standardwerke zu nennen wie in den Farbatlanten der Zahnmedizin: „Kariesprophylaxe und konservierende Therapie“. Er ist ausgezeichnet mit dem „Otto Loos-Preis“, dem „Arpa-

Preis“ der „Ehrendadel der deutschen Zahnärzteschaft in Gold“, der „Tholuck-Medaille“ sowie der „Hildegard-Medaille“, die von der Bundesvereinigung für Gesundheit vergeben wurde. Weiter ist er Ehrenmitglied der Historischen Gesellschaft von Bingen (1998) und ausgezeichnet mit dem ältesten Siegel der Stadt (2007).

Nach seiner Emeritierung übersetzte und erläuterte der Jubilair die naturkundlichen Schriften Hildegards von Bingen. Bei all seinen Begabungen ist Riethe zurückhaltend geblieben. Ihm ist, auch im Namen seiner ehemaligen Assistenten, die möglichste Gesundheit und Zufriedenheit zum Verfolgen seiner geliebten literarischen Aktivitäten zu wünschen.

PD Dr. Lutz Netuschil, Marburg



Armin Böttger

Im Panzer – Ich habe überlebt. Stationen und Impressionen des Lebensweges eines Panzersoldaten der deutschen Wehrmacht

3., erweiterte Auflage

Flechsing Verlag

ISBN 978-3-8035-0017-5

19,95 Euro

Schlachthuhn gegen Extraktion

Der Autor, Prof. Dr. Hermann Böttger, ehemaliger Direktor der Klinik und Poliklinik der Westdeutschen Kieferklinik Düsseldorf, Schüler und Mitarbeiter des legendären Gründungs-Nestors Prof. Häupl, schildert in völlig überarbeiteter und ergänzter Fassung seine Kriegserlebnisse und Studentenerinnerungen aus der Aufbauzeit des Freiburger und des Düsseldorfer zahnärztlichen Klinik- und Universitätsbetriebs: eine Chronik des gegenseitigen Abschlachtwahnsinns in Russland, als ein großer Teil der um ihre Jugend betrogenen Wehrmacht wählen musste zwischen dem Tod in einem glühenden Panzerwreck und der arktiseisigen Kälte des russischen Winters; vor allem

an Waffen- und Panzerausrüstung Interessierte werden reiches Material finden. Wesentlicher Beitrag zur Standesgeschichte ist das Schlusskapitel über den Aufbau aus Trümmern nach 1945: Das Freiburger Institutsviertel mit der Zahnklinik in Trümmern, Tauschgeschäfte zwischen Versorgung und Lebensmittel, als die „Abrechnungen“ durch die Küche Schmalhans gingen, Schlachthuhn und Kartoffel gegen Extraktion und Schmerzbesitzung, Repressionen der französischen Besatzung, Studium in halberstörten Hörsälen im Mantel, Brennholzsammeln, Ersatzlegierungen, mühsame Bildung von Netzwerken zwischen Studenten, Kollegen und Lehrern. Bewegt

schildert Böttger seine Lehrjahre mit Prof. Häupl, eine Zeit, „geprägt von einem ganz besonderen Lehrer-Schüler-Verhältnis. Häupl wurde mein Vorbild, mein Wegweiser und mein väterlicher Freund. Es war eine Freude, mit einem hochgebildeten Forscher und Klinikchef, einem liebenswerten Menschen besonders eng zusammen arbeiten und leben zu können“ (S. 315), ein Lehrer und Vorbild, ein schlagfertiger Diskutant, der sich in einem Hetzleben zwischen Reisen, Forschen, Kongressen, Ausbildung von Schülern und Vorträgen zu Tode arbeitete und in Freiburg nach einem Vortrag erschöpft mit Infarkt zusammenbrach.

Dr. Ekkard Häussermann

CED-Tagung in Budapest

Konsens auf breiter Basis

Aus Anlass der ungarischen EU-Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr 2011 fand das Frühjahrstreffen des Dachverbands der europäischen Zahnärzte, des Council of European Dentists (CED), vom 26. bis zum 28. Mai 2011 in Budapest statt. Im Zentrum der Diskussionen stand die geplante Revision der Berufsankennungsrichtlinie.



Budapest war Veranstaltungsort des CED-Frühjahrstreffens, zu dem 49 Delegierte aus 26 EU-Mitgliedstaaten kamen.



Fotos: MEV/BZÄK Brüssel

Die ungarische Hauptstadt bot einen stimmungsvollen Rahmen für das Treffen der 49 Delegierten aus 26 Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Der CED folgte dabei einer Einladung der zahnärztlichen Sektion der ungarischen Ärztekammer. In drei Arbeitssitzungen berieten die Teilnehmer über zahlreiche aktuelle europapolitische Fragen, die die Belange der europäischen Zahnärzteschaft unmittelbar tangieren, und nutzten die Gelegenheit, um sich gegenüber den EU-Institutionen zu positionieren.

Breiten Raum nahm die Diskussion um die geplante Revision der europäischen Berufsankennungsrichtlinie ein (siehe auch den Bericht S. 88-89). Sie gilt als die wesentliche Grundlage für die gegenseitige automatische Anerkennung von zahnärztlichen Ausbildungsabschlüssen. Die Kommission hat für 2012 eine Überarbeitung der 2005 verabschiedeten Richtlinie in Aussicht gestellt. Derzeit sammelt sie auf verschiedenen Ebenen Erfahrungsberichte über deren Umsetzung. Ziel der Revision ist laut Kommission, die Anerkennungsverfahren zu vereinfachen, um die innereuropäische Mobilität der Arbeitnehmer zu verbessern. Diese ist bisher weit hinter den ursprünglichen Erwartungen der Kommission zurückgeblieben.

Hohes Niveau erhalten

Die Delegierten sprachen sich mit Blick auf die Berufsankennungsrichtlinie einhellig dafür aus, das hohe Niveau der zahnärztlichen Ausbildung in Europa im Interesse der Patienten beizubehalten. Einer Nivellierung der Ausbildungsinhalte wurde eine klare Absage erteilt. Vielmehr forderten sie im Lichte des wissenschaftlichen Fortschritts eine Modernisierung der zahnärztlichen Ausbildungsfächer. Zurückhaltend zeigten sich die Delegierten bei der Frage nach der Einführung europäischer Berufsausweise, deren praktischer Mehrwert nach Ansicht des CED gegenwärtig nicht gegeben sei. Neu gegründet wurde eine spezielle Arbeitsgruppe des CED-Vorstands, um die Kommunikation des CED in Brüssel weiter zu verbessern und den Interessen der Zahnärzteschaft mehr Gehör zu verschaffen. Aus Deutschland wird dort BZÄK-Präsident Dr. Peter

Engel mitarbeiten. Ebenfalls neu gegründet wurde die Arbeitsgruppe elektronische Gesundheitsdienste (eHealth), der von deutscher Seite Ass. jur. Sven Tschoepe, Referent der BZÄK in Berlin, angehören wird.

Erfreulich aus deutscher Sicht war schließlich, dass die Delegierten die Arbeit der – auf Initiative der BZÄK gegründeten – Arbeitsgruppe des CED-Vorstands zur Bedeutung der Freien Berufe in Europa mit großer Zustimmung billigten. Ziel dieser Arbeitsgruppe ist es, den spezifischen Interessen der Freien Berufe im komplizierten EU-Gesetzgebungsverfahren zu einer

besseren Geltung zu verhelfen sowie das Verständnis für freiberufliches Denken und Wirken zu stärken. Langfristig soll dies durch die Verabschiedung einer Charta der Freien Berufe seitens des europäischen Gesetzgebers manifestiert werden. Um für die Charta zu werben, will der CED in einem ersten Schritt

bei den anderen europäischen Verbänden der Heilberufe um Zustimmung bitten.

Die deutschen Delegierten und Gäste brachten sich aktiv in die Diskussionen und in die Gremienarbeit ein. Neben BZÄK-Präsident Engel, der gleichzeitig Mitglied des CED-Vorstands ist, waren dies BZÄK-Vizepräsident Dr. Michael Frank, als Vertreter der KZBV der Vorsitzende der KZV Nordrhein, ZA Ralf Wagner, sowie der Hamburger Kammerpräsident Prof. Dr. Wolfgang Sprekels als Vorsitzender der CED-Arbeitsgruppe Patientensicherheit. Weiterhin war die Bundeszahnärztekammer durch Hauptgeschäftsführer RA Florian Lemor, die Leiterin der ZZQ in Köln, Barbara Bergmann-Krauss, sowie RA Dr. Alfred Büttner und Mary Hommel van Driel vom BZÄK-Büro Brüssel vertreten.

*Dr. Alfred Büttner
Leiter der BZÄK-Abteilung
Europa /Internationales
Avenue de la Renaissance 1, B-1000 Brüssel*

Fachtagung in Brüssel

Eine Plattform für die Freien Berufe

Am 6. Juni 2011 lud der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss (EWSA) zum dritten Mal zu einem Europäischen Tag der Freien Berufe nach Brüssel ein. Rund 45 Vertreter nationaler und europäischer Berufsverbände der Freien Berufe kamen zusammen, um den Professionen Gehör zu verschaffen und um aufzuzeigen, in welcher Weise diese von der europäischen Gesetzgebung betroffen sind.



Foto: Kjettli Ree-Wikipedia

Der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss – hier ein Blick in den Sitzungssaal des Gremiums – widmete nun schon zum dritten Mal eine Veranstaltung den Freien Berufen.

Den Auftakt der Veranstaltung bildete ein Vortrag von Jürgen Tiedje, Referatsleiter der Generaldirektion Binnenmarkt der Europäischen Kommission. Tiedje erinnerte daran, dass es das vorrangige Ziel der Kommission sei, den gemeinsamen Binnenmarkt weiter zu vertiefen, um dadurch das Wirtschaftswachstum in der EU zu stimulieren. Mit Blick auf die Freien Berufe mahnte er diese zu mehr Offenheit und Wettbewerb. Er kriti-

sierte die Mentalität mancher Berufsvertreter, die eigenen Bereiche abzuschotten und kontrollieren zu wollen.

Der Kommissionsbeamte ließ keinen Zweifel daran, dass sich die Europäische Kommission von den Freien Berufen mehr Wettbewerb wünscht. Allerdings präziserte er diese Forderung nicht im Einzelnen. Tiedje unterstrich aber auch, dass die Kommission ein großes Interesse an hochqualifizierten

Freien Berufen hat und die europäische Gesetzgebung den Besonderheiten dieser Berufsgruppen Rechnung tragen sollte. Im weiteren Verlauf ging Tiedje auf die Binnenmarktakte und die dort vorgestellten Maßnahmen zur Belebung des Binnenmarkts ein.

Richtlinie wird revidiert

Einen Schwerpunkt legte Tiedje auf die anstehende Revision der Berufsanerkennungsrichtlinie, für die er innerhalb der DG Binnenmarkt fachlich zuständig ist. Er kündigte für Mitte 2011 ein Grünbuch und für Ende 2011 den eigentlichen Vorschlag für die Revision der Richtlinie an. Kritik an einem zu raschen Vorgehen wies er zurück. Die Revision werde sich vielmehr auf grundlegende Aspekte der Berufsanerkennung konzentrieren, während bestimmte Einzelfragen wie die Modernisierung der zahnärztlichen Ausbildungsinhalte, nachgelagert im Wege des Komitologieverfahrens (Regelungsverfahren) beantwortet werden sollen.

Abschließend hob Tiedje die Bedeutung und den Nutzen europäischer Berufsausweise hervor. Er widersprach der These, dass das Binnenmarktinformationssystem IMI die Funktion von europäischen Berufsausweisen übernehmen könne. IMI beruhe auf freiwilligen Auskünften der beteiligten Behörden. Einzelpersonen hätten keinen Anspruch auf eine Nutzung des Informationssystems und damit nur eingeschränkte Vorteile durch IMI.

Verbändearbeit vorgestellt

Vertreter einzelner Berufsgruppen wie der Rechtsanwälte, Ingenieure, Steuerberater und Zahnärzte sowie Vertreter von nationalen Dachorganisationen der Freien Berufe stellten im zweiten Teil der Veranstaltung ihre Verbände und deren Arbeit vor. Auf der

INFO

Europäischer Wirtschafts- und Sozialausschuss EWSA

Der EWSA ist ein beratendes Organ der Europäischen Union, das den zentralen EU-Organen (Europäische Kommission, Rat, Europäisches Parlament) mit seinem Sachverstand zur Seite steht. Dazu erarbeitet er Stellungnahmen zu EU-Legislativvorschlägen und behandelt in Initiativstellungnahmen weitere Themen, die seiner Meinung nach aufgegriffen werden sollten. Eine der wichtigsten Aufgaben des Ausschusses ist es, eine „Brücke“ zwischen den EU-Institutionen und der organisierten Zivilgesellschaft zu schlagen. Er will die Rolle der organisierten Zivilgesellschaft durch den Aufbau eines „strukturierten Dialogs“ mit den sie vertretenden Organisationen in den EU-Mitgliedstaaten und in anderen Ländern weltweit fördern.

pr/pm

■ Weitere Informationen über den EWSA gibt es unter www.eesc.europa.eu.



Grundlage der Arbeit der CED-Board-Task-Force Freie Berufe (hier arbeiten von deutscher Seite für die BZÄK Prof. Dr. Sprekels, Präsident der ZÄK Hamburg, und Hauptgeschäftsführer Florian Lemor mit) wies CED-Präsident Dr. Wolfgang Doneus darauf hin, dass gerade die zahnärztliche Tätigkeit ein Musterbeispiel für freiberufliches Handeln darstelle. Er erteilte allen Überlegungen, das Niveau der zahnärztlichen Ausbildung in Europa zu senken, im Interesse des Patientenschutzes eine klare Absage.

Als Vertreter zahnärztlicher Organisationen war auch der ehemalige Präsident des CED, Dr. Orlando Monteiro da Silva, nach Brüssel gekommen, der in seiner Funktion als Präsident des portugiesischen Dachverbands der Freien Berufe teilnahm. Weitere freiberufliche Vertreter und Redner aus Deutschland waren Dr. Herbert Becherer, Vizepräsident der Bundessteuerberaterkammer und Vizepräsident des europäischen Dachverbands der Steuerberater, der Präsident des Bundesverbands der Freien Berufe (BFB), Dr. Ulrich Oesingmann, und der Hauptgeschäftsführer des BFB, Arno Metzler, der zudem als Vizepräsident der Gruppe III des EWSA eine der Diskussionsrunden moderierte.

Aus Sicht der Zahnärzteschaft ist positiv festzuhalten, dass der EWSA, in dem die BZÄK durch Florian Lemor als Stellvertreter seit April vertreten ist, sich zum wiederholten Mal den Anliegen der Freien Berufe angenommen und diesen mit dem Europäischen Tag der Freien Berufe eine Plattform gegeben hat.

Dr. Alfred Büttner
Leiter der BZÄK-Abteilung
Europa/Internationales
Avenue de la Renaissance 1
B-1000 Brüssel

3M Espe AG

Seite 41

American Dental Systems GmbH

Seite 61

BEGO Bremer Goldschlägerei

Seite 69

Brasseler GmbH & Co.KG

Seite 5

Coltène/Whaledent GmbH & Co.KG

Seite 15, 49 und 64

Cumdente

Ges. für Dentalprodukte mbH

Seite 33

DCI Dental Consulting GmbH

Seite 83

**dental bauer –
vormals Technodent GmbH**

Seite 59

Dental Magazin

Seite 87

dentaltrade GmbH & Co. KG

Seite 7

Dentsply DeTrey GmbH

2. Umschlagseite

**DGOI Deutsche Gesellschaft für Orale
Implantologie**

Seite 77

Doctorseyes GmbH

Seite 65

Dr. Kurt Wolff GmbH & Co. KG

Seite 55

Dr. Liebe Nachf. GmbH & Co. KG

Seite 9

Gaba GmbH

Seite 25 und 27

Gateway Brazil GmbH

Seite 91

Heinz Kers Neon Licht

Seite 65

**ic med EDV-Systemlösungen
für die Medizin GmbH**

Seite 39

Karl Baisch GmbH

Seite 11

KaVo Dental GmbH

Seite 19

Kettenbach GmbH & Co. KG

Seite 23

Korte Rechtsanwälte

Seite 83

lege artis Pharma GmbH & Co. KG

Seite 47

Medentis Medical GmbH

Seite 79

MUSS-Dental

Seite 83

Riemser Arzneimittel AG

Seite 73

Sinol Deutschland

3. Umschlagseite

SIRONA Dental Systems GmbH

4. Umschlagseite

**Steinbeis-Transfer-Institut
Management of Dental and
Oral Medicine**

Seite 71

**Ultradent Dental-medizinische Geräte
GmbH & Co. KG**

Seite 43

Ultradent Products USA

Seite 67

youvivo GmbH

Seite 13

ZM-Online

Seite 107

Vollbeilagen

Acteon Germany GmbH

BDIZ EDI e.V. Geschäftsstelle Bonn

Dental-Union GmbH

Roos Dental e.K.

Georg Thieme Verlag KG

Teilbeilage

Permamental Zahnersatz

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

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

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

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



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

Verlag:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln;
Postfach 40 02 54, 50832 Köln
Tel.: +49 2234 7011-0, Fax: +49 2234 7011-255
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 1. Quartal 2011:

Druckauflage: 85 117 Ex.

Verbreitete Auflage: 83 857 Ex.

101. Jahrgang

ISSN 0341-8995

Identifizierung

Unbekannte männliche Leiche

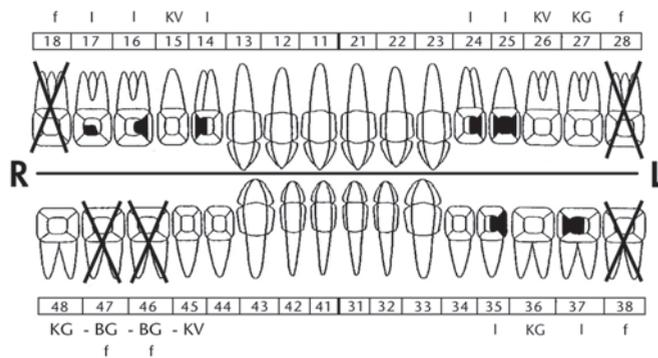


Am Montag, dem 16.05.2011, wurde gegen 08.20 Uhr ein unbekannter toter Mann in München aus dem Eisbach vor dem Tivolikraftwerk im Englischen Garten geborgen. Laut Obduktionsergebnis ist der Mann ertrunken. Der Tote konnte bislang nicht identifiziert werden.

Beschreibung des Toten:

Größe: 185 Zentimeter, etwa 90 Kilogramm schwer, geschätztes Alter: circa 45 Jahre, Augenfarbe: braun/grün, braune, lichte Haare, leichter Oberlippen- und Kinnbart, Brillenträger (Gleitsichtbrille). Der Tote hatte ein gepflegtes Gebiss.

Zahnstatus:



f – fehlt, I - Inlay (Gold), KV – Verblendkrone, KG – Goldkronen, BG – Brückenglied (Gold)

Hinweise zur Identifizierung des Toten bitte an:

Polizeipräsidium München, Kommissariat 14
 Hansastraße 24
 80686 München
 zu den Bürozeiten
 Telefon: 089/63007-4014
 zur Nachtzeit
 Kommissariat 91 (Kriminaldauerdienst)
 Tel. 089/2910-2121

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 98

Acteon

Hans-Joachim Hoof feiert seinen 60.



In ihm vereinen sich Fairness und Fortschrittsdenken, aber auch Enthusiasmus und soziale Verantwortung: Mit ungebremster Vitalität und Energie setzt sich Hans-Joachim Hoof (Foto), der kürzlich seinen 60. Geburtstag gefeiert hat, seit mehr als 25 Jahren in Deutschland für die französische Acteon Gruppe ein. Dabei lebt und arbeitet der gelernte Groß-

und Einzelhandelskaufmann nach dem Motto von Winston Churchill: „Erfolg heißt einmal mehr aufstehen, als hinfallen.“ „Ich habe einen sehr großen Teil meines beruflichen Lebens – fast 30 Jahre – in der Dentalbranche verbracht und meine Arbeit ist nach wie vor jeden Tag spannend und für mich gewinnbringend“, erklärt Hoof. 60 Lebensjahre und fast 30 Jahre in der Dentalbranche – Zeit beruflich kürzer zu treten? „Nein, noch lange nicht. Ich habe noch einige Ziele, die ich in den nächsten Jahren erreichen möchte.“

Acteon Germany GmbH
Industriestraße 9
40822 Mettmann
Tel.: 0800 7283532
Fax: 02104 956511
www.de.acteongroup.com
E-Mail: info@de.acteongroup.com

CompuGroup Medical

Neue Service-Maßstäbe setzen

CGM Dentalsysteme, ein Tochterunternehmen der CompuGroup Medical AG, setzt bei seinem Hotline-Service neue Maßstäbe: Beispielhaft lässt das Koblenzer Unternehmen die Service-Qualität der Hotline für die Produktlinien Z1, ChreMaSoft und Zahnarzt-Rechner professionell messen. Zuletzt wurden dabei sehr gute Resultate erzielt: Die Hotline erreichte mit Durchschnittsnoten zwischen Eins und Zwei erfreuliche Werte. „Guter Service muss sich messen lassen“, nach dieser

Maxime hat CGM Dentalsysteme bereits Ende des vergangenen Jahres eine neue Qualitätssicherung eingeführt. „Wir wollen sicherstellen, dass unser Hotline-Service besser wird“, betont Melanie Martens, verantwortlich für den Hotline-Service der CGM Dentalsysteme.

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.

BEYCODENT

Karteikarte für optimale Organisation



Die Universal-Karteimappe im A4-Format, angelehnt an die DIN 821, wird den Ansprüchen einer individuell ausgerichteten Zahnarztpraxis gerecht: Ausgerichtet auf einen langjährigen Einsatz bietet die technisch ausgereifte Ausstattung viel Platz für Dokumente im A4-Format, ohne dass diese gefaltet werden. Eine großzügig ausgestattete Innentasche für Schriftgut, Notizen und eventuelle Röntgenaufnah-

men macht diese Mappe besonders interessant. Der Platzbedarf für die Archivmappe BEYCODENT Universal kann optimal auf ein Minimum reduziert werden, so dass auch bei beengten Raumverhältnissen genügend Platz in der Rezeption verbleibt. Der besondere Pfiff der Ablagemöglichkeit besteht darin, dass man die Karteimappen nicht nur in Kästen (Container) abstellen kann, sondern auch für die Hängeregistratur mit einem Hängestab versehen kann.

BEYCODENT-Verlag
Wolfsweg 34
57562 Herdorf
Tel.: 02744 9200-17
Fax: 02744 766
www.beycodent.de
E-Mail: service@beycodent.de

GC

Innovatives Abformsystem EXA'lence

Ob einzeitig mit einem oder mit zwei Materialien oder doch lieber mit zwei Materialien zweizeitig: Mit EXA'lence macht GC nun einen technologischen Innovationssprung, denn das neue Komplettsystem ermöglicht eine extrem hohe Abformpräzision in allen Situationen. So kombiniert das neue Material nach dem Motto „zwei überzeugende Technologien in einem doppelt überzeugenden System“ die intrinsische Hydrophilie und Fließfähigkeit der Polyether mit der besonderen Reißfestigkeit und Benetzbarkeit der Vinylpolysiloxane (VPS). Zugleich vereint es alle Verarbeitungseigenschaften



miteinander, die für eine sichere und komfortable Abformung im Mund benötigt werden: vom perfekten Anmisch- und Fließverhalten zum effizienten Handling, vom maximalen Patientenkomfort bis hin zu mehr Sicherheit und Zeitersparnis.

GC Germany GmbH
Seifgrundstr. 2
61348 Bad Homburg
Tel.: 06172 99596-0, Fax: -66
www.germany.gceurope.com
E-Mail:
info@germany.gceurope.com

Septodont**Veranstaltungsreihe „Der Natur nahe“**

Im August und September wird Septodont in fünf zoologischen Anlagen Deutschlands eine Fortbildung als Naturereignis gestalten, denn mit der Auswahl der Veranstaltungsorte schlägt Septodont die Brücke zu biokompatiblen und qualitativ hochwertigen Produkten für die Zahnmedizin. PD Dr. Till Damaschke, Oberarzt der Poliklinik für Zahnerhaltung, Westfälische-Wilhelms-Universität Münster, wird über

den neuen Dentinersatz Biodentine sprechen und Perspektiven zum Erhalt der Pulpavitalität vorstellen. Mit Biodentine beschreibt Septodont eine neue Behandlungsstrategie für die Endodontie und restaurative Zahnheilkunde. Für die Fortbildungsreihe erhalten die Teilnehmer vier Punkte nach BZÄK/DGZMK. Termine:

- 3.8. Nürnberg, Tiergarten
- 17.8. Berlin, Tierpark
- 7.9. Hannover, Erlebnis-Zoo
- 21.9. Gelsenkirchen, ZOOM Erlebniswelt
- 28.9. Ludwigsburg, Blühender Barock

Septodont GmbH
Felix-Wankel-Str. 9
53859 Niederkassel
Tel.: 0228 97126-0
Fax: 0228 97126-66
www.septodont.de
E-Mail: info@septodont.de

Institut für dentale Sedierung (IDS)**Zahnarztfinder für Lachgasbehandler**

Zahnärzte, die ihren Patienten eine angstfreie und schmerzreduzierte Behandlung mit Lachgas anbieten, können jetzt im Internet verstärkt auf ihr Angebot aufmerksam machen. Die zahnärztliche Fortbildungseinrichtung „Institut für dentale Sedierung“ bietet Patienten ab sofort den in Deutschland ersten Online-Zahnarztfinder für Lachgasbehandler. Unter www.ids-sedierung.de/zahnarztfinder können Patienten nach spezialisierten Zahnärzten in ihrer Region suchen. Zahnärzte, die in die Datenbank aufgenommen werden möchten, können dies

mit einer E-Mail beantragen. Der Service ist kostenfrei. Das Institut für dentale Sedierung wurde 2009 von Dr. med. Frank G. Mathers, Autor des Fachbuches „Dentale Sedierung“ (erschienen 2011 im Deutschen Zahnärzte Verlag) in Köln gegründet und veranstaltet Fortbildungskurse für Zahnärzte in verschiedenen Sedierungsverfahren (u.a. Lachgassedierung).

Institut für dentale Sedierung
Goltsteinstraße 95
50968 Köln
Tel.: 0221 1694920
www.ids-sedierung.de
E-Mail: info@ids-sedierung.de

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

Dreve-Dentamid**Splint-Refresher**

Patienten mit Schienen- und Sportmundschutz-Versorgungen erkundigen sich sehr oft wegen auftretender Gerüche nach geeigneten dentalen Pflegeprodukten. Mit MaxiFresh erhält der Patient direkt vom Zahnarzt professionelle Reinigungstabs für daheim. Zudem legen immer mehr serviceorientierte Labore die Tabs als Beigabe zur ausgelieferten Schiene oder Sportmundschutz bei. Millionen Mikrobälchen reinigen die Schienen hygienisch und vermindern Verfärbungen durch Tee, Kaffee oder Nikotin. Durch



die tägliche Reinigung mit MaxiFresh steigt die Akzeptanz der Schienen- und Mundschutzträger erheblich.

Dreve Dentamid GmbH
Max-Planck-Str. 31
59423 Unna
Tel.: 02303 8807-40
Fax: 02303 8807-55
www.dreve.com
E-Mail: info@dreve.de

Procter & Gamble**Spitzenreiter im Test: Oral-B**

In ihrem jüngsten Test elektrischer Zahnbürsten sieht die „Stiftung Warentest“ zwei Braun Oral-B Modelle mit 3D-Reinigungstechnologie vorn. Mit der Bestnote 1,5 („sehr gut“) erreichte die Oral-B Triumph 5000 mit SmartGuide den Spitzenplatz. Auf den zweiten Platz kam die Oral-B Professional Care 500 mit der Bewertung 1,7 („gut“). Den Test durchliefen zehn elektr-

sche Zahnbürsten von sieben Anbietern mit rotierenden, oszillierend-rotierend pulsierenden („3D“) sowie schallaktiven Reinigungstechnologien. Der Bericht und alle Ergebnisse finden sich in der Mai-Ausgabe 2011 der Zeitschrift „test“.

Elektrische Zahnbürsten von Oral-B mit oszillierend-rotierender Reinigungstechnologie belegen somit jetzt zum vierten Mal in Folge vorderste Ränge in Prüfungen der „Stiftung Warentest“ („test“-Ausgaben 12/2000, 5/2003, 11/2006).

Procter & Gamble
Germany GmbH
Professional Oral Health
Sulzbacher Straße 40
65823 Schwalbach am Taunus
Tel.: 06196 8901
Fax: 06196 894929
www.oralbprofessional.com

DENTSPLY DeTrey

Obturation und Füllungstherapie



Das neue DENTSPLY Endo-Resto System beinhaltet erstmals alle Komponenten für die sofortige definitive adhäsive Füllung nach einer endodontischen Behandlung in einem übersichtlichen Organizer-Tray. Der systematische Ansatz spart Zahnarzt und Patient viel Zeit: Wurzelkanal-Obturation und adhäsiver Verschluss können jetzt in derselben Sitzung erledigt werden, ein

temporärer Verschluss sowie weitere Termine sind nicht mehr notwendig. Das von Zahnärzten für Zahnärzte entwickelte Endo-Resto System kombiniert drei starke Marken aus Endodontie und Füllungstherapie – AH Plus, XP Bond, SDR. Alle Materialien sind entsprechend dem Behandlungsprotokoll im praktischen Organisationssystem logisch angeordnet. Der systematische Ansatz dieser „Endo-App“ sorgt für einen einfacheren, sicheren und schnelleren Ablauf.

DENTSPLY DeTrey
De-Trey-Straße 1
78467 Konstanz
Tel.: 08000 735000
Fax: 07531 583-104
www.dentsply.de
E-Mail: info@dentsply.de

dentaltrade

Service TÜV-getestet

dentaltrade, Hersteller von Zahnersatz aus internationaler Produktion, wurde jetzt mit dem „TÜV Service tested Zertifikat“ ausgezeichnet. In einer repräsentativen Umfrage des TÜV Saarland gab es ein hervorragendes

jeder Grundsatz bei dentaltrade. Im dentaltrade Full-Service-Plus Konzept wurde die Kundenzufriedenheit nun durch den TÜV Saarland getestet. „Wir haben uns bewusst für dieses anspruchsvolle und freiwillige Verfahren entschieden. Das Ergebnis ist damit ein echter Indikator für unsere Serviceleistungen“, unterstreichen Insa Dörffer und Mürserref Stöckemann, Prokuristinnen bei dentaltrade.



Feedback der Kunden und die Note 1,6.

Neben einer hervorragenden Qualität und fairen Preisen ist eine hohe Serviceorientierung seit

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

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

GABA

Verfärbungen systematisch entfernen



Jetzt gibt es ein System für glatte und natürlich weiße Zähne: das neue elmex INTENSIVREINIGUNG System. Es besteht aus der gleichnamigen Zahnpaste und einer neu entwickelten Zahnbürste. Die speziellen Putzkörper der Zahnpaste entfernen oberflächliche Verfärbungen, Plaque und Ablagerungen auf den Zähnen sehr gründlich. Nach der Anwendung sind die Zähne glatt poliert, so dass Plaque-Bakterien weniger leicht anhaften können. Aminfluorid (1.400 ppm) schützt wirksam vor Karies.

Die als Ergänzung der Zahnpaste völlig neu auf den Markt gebrachte elmex INTENSIVREINIGUNG Zahnbürste sorgt mit ihren Rundum-Borsten für eine effektive Reinigung. Polierkelche helfen, Beläge zu entfernen. Der ergonomisch geformte Griff und der rutschfeste Daumenstopp erleichtern die richtige Ausführung der Putztechnik.

GABA GmbH
Berner Weg 7
79539 Lörrach
Tel.: 07621 907-0
Fax: 07621 907-499
www.gaba-dent.de

Hager & Werken

Kauen gegen Karies



und Geist. Beim Functional Gum + Active White unterstützen Putzkörper aus Mikrogranula-

Xylitol Functional Gum erweitert das Xylitol-Sortiment von miradent (eine Marke von Hager & Werken). Dies ist zu 100 Prozent mit dem natürlichen Zuckeraustauschstoff Xylitol gesüßt und frei von Aspartam sowie Sorbitol. Functional Gum + Vitamin enthält Vitamin C für starke Abwehrkräfte und Wohlbefinden. Functional Gum + Energy enthält natürliches Guarana, unterstützt langanhaltend die Konzentrationsfähigkeit und belebt Körper

ten aktiv die Zahnaufhellung und sorgen für frischen Atem. Eine regelmäßige Xylitol-Anwendung bewirkt eine weniger kariogene Mundflora. Die Plaque-menge wird minimiert und kann beim Zähneputzen leichter entfernt werden.

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

Heraeus Kulzer

Garantieverlängerung für Mischgerät

Mit großem Erfolg hat Heraeus das neue Dynamix speed erstmalig auf der IDS 2011 in Köln präsentiert. Die Einführungsangebote, die die Flexitime Abformmaterialien und das funktionale Mischgerät in einem aufeinander



abgestimmten Paket kombinieren, werden jetzt zusätzlich um einen ganz besonderen Service ergänzt: Durch die einmalige Registrierung des Dynamix speed Mischgeräts auf der Internetseite www.heraeus-flexitime.com ver-

längert Heraeus kostenlos die übliche Herstellergarantie auf insgesamt vier Jahre.

In Kombination mit den passenden praktischen Kartuschen bildet das Dynamix speed Mischgerät ein System mit allen Vorteilen des automatischen Anmischens.

Mit drei verschiedenen Geschwindigkeiten ausgestattet, erlaubt das Mischgerät selbst bei hochviskosem Putty Material ein Anmischen in Höchstgeschwindigkeit und eine präzise Dosierung.

*Heraeus Kulzer GmbH
Grüner Weg 11, 63450 Hanau
Tel.: 0800 43723368
www.heraeus-dental.com
E-Mail: info.dent@heraeus.com*

Hofmeister Dental / B.E.O.S.

Cleankeys Computer-Tastaturen

Bei der Übertragung nosokomialer Keime in Hygiene- und Krankenhaus-Umgebungen werden Computer-Tastaturen



als Keimträger oft unterschätzt. Das kanadische Unternehmen Cleankeys inc. hat daher eine Tastatur entwickelt, deren Tasten keine Zwischenräume besitzen. Sie sind entweder als Mulden in einer glatten Kunststoff-Oberfläche oder sogar als drucksensible Glasplatte angelegt. In beiden Variationen ist die gesamte Oberfläche sowohl einer mechanischen als auch chemischen Reinigung vollständig zugänglich. Das heißt, sie kann wie alle anderen glatten Oberflächen in einer

Krankenhausumgebung desinfiziert werden. Die Tastatur gibt es in verschiedenen Varianten.

Seit Januar 2011 ist die Firma B.E.O.S. autorisierter Importeur für Cleankeys-Produkte und vertreibt sie in Zusammenarbeit mit der Firma Hofmeister Dental B.V., Rotterdam.

*B.E.O.S GmbH
Schwägrichenstr. 15
04275 Leipzig
Tel.: 0341 6985244
Fax: 0341 24253119
E-Mail: 3d@b-e-o-s.de
www.cleankeys.de*

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

American Dental Systems

Neue Matrizen-Generation



Die Wiederherstellung interproximaler Bereiche stellt den Zahnarzt vor eine ästhetische Herausforderung. Dr. David Clark hat mit seiner Innovation eine ideale Lösung gefunden: Das Bioclear Matrizen-System ersetzt auf höchstem Niveau Metall-Matrizen und -Keile und ist speziell für die restaurative Zahnheilkunde konzipiert. Das Bioclear Matrizen-System formt bionische Restaurationen, indem sie die natürliche Zahnstruktur nachahmt. Durch diese Form ist die Matrizie weitaus leichter zu platzieren, sie sitzt fest und bietet Raum für eine effektive Restaura-

tion. Durch ihre transparente Beschaffenheit ist ein präziser Aufbau gewährleistet und die Polymerisation erfolgt lückenlos und schnell. Es gibt drei verschiedene Matrizen-Systeme für die Bereiche Posterior, Anterior und den Diastema-Verschluss.

*American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Str. 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 08106 300-300, Fax:-310
www.ADSystems.de
E-Mail: info@ADSystems.de*

BEGO

Implantology meets CAD/CAM

BEGO veranstaltet am 23. und 24. September 2011 für Zahntechniker und -mediziner den 1. IMCC-Kongress in Wien zu den neuesten Technologien und Materialien im Bereich der dentalen Implantologie und CAD/CAM-Lösungen, begleitet von einem attraktiven Programm.

Hochkarätige Referenten informieren zu den aktuellsten Themen der Dentalwelt, wie „Innovative Technologien, neue Materialien, moderne Behandlungskonzepte“ (Prof. Dr. Daniel Edelhoff); „Alternativen zu autologen Knochentransplantaten in der dentalen Implantologie“

(PD Dr. Dr. Ralf Smeets); „Erfolgreiche Kommunikation in der Zahnarztpraxis“ (Dr. med. dent. Dirk U. Duddeck); „Implantologie und CAD/CAM“ (PD Dr. med. dent. Florian Beuer) und viele mehr. Die Teilnahmegebühr beträgt 299 Euro. Es werden zwölf Fortbildungspunkte gemäß den Richtlinien der BZÄK/DGZMK und ÖZK vergeben.

*BEGO Bremer Goldschlägerei
Wilh. Herbst GmbH & Co. KG
Technologiepark Universität
Wilhelm-Herbst-Str. 1
28359 Bremen
Tel.: 0421 2028-0
Fax: 0421 2028-100
www.bego.com/imcc*

XO CARE

Gut sitzen, gut sehen, gut arbeiten



Als Verner Sørensen 1951 das Unternehmen Flex Dental A/S gründete, legte er damit den Grundstein für ergonomische und effiziente Arbeitsplätze, die dem Zahnarzt helfen, sich hundertprozentig auf die Behandlung zu konzentrieren. Ziel des Unternehmens ist es, dass Zahnärzte an ihrem Arbeitsplatz bequem sitzen,

gut sehen und effizient arbeiten können. In Deutschland wurden die Behandlungseinheiten im Jahre 1971 auch unter dem Namen Flex bekannt. Flex Dental A/S übernahm im Jahr 1998 L. Goof A/S, einen dänischen Hersteller von chirurgischen Dental-Instrumenten. Aus den beiden Unternehmen ist die heutige Firma XO CARE (Foto) hervorgegangen. Die erste Dentaleinheit wurde 2004 als XO 4 entwickelt. Auch die Einheit XO 4-60 setzt Maßstäbe für Effizienz, Design und Ergonomie.

XO CARE A/S
Usseørd Mølle
Håndværkersvinget 6
DK-2970 Hørsholm
www.xo-care.com

International Team for Implantology

Regionale Study Clubs

Das International Team for Implantology (ITI) will das Networking auf nationaler Ebene vorantreiben. Man setzt auf die Etablierung regionaler ITI-Study Clubs. Gleich mehrere Neugründungen von Study Clubs soll es noch in diesem Jahr geben, kündigt die ITI Sektion Deutschland jetzt an. Study Clubs ermöglichen ITI-Mitgliedern aus einer Region, sich an drei bis vier Abenden jährlich zu treffen. Bei jedem Termin steht ein Vortrag zu einem speziellen Fachthema auf dem Programm. Die Teilnehmer können anschließend in familiärer Atmosphäre Fälle aus der Praxis diskutieren, Erfahrungen austauschen, neue Entwicklungen erörtern und ein

persönliches Kontaktnetzwerk aufbauen.

Vor 30 Jahren gegründet, zählt das ITI mittlerweile über 8000 Mitglieder und ist eigenen Angaben zufolge eine der führenden wissenschaftlichen Organisationen auf dem Gebiet der Implantologie. Für die Teilnahme an einem Study Club Meeting werden zwei Fortbildungspunkte anerkannt. Termine sind im Internet abrufbar oder beim ITI Sektionsbüro Deutschland.

ITI International Team
for Implantology
ITI Center
Peter-Merian-Weg 10
Tel.: +41 61 2708383
Fax: +41 61 2708384
www.iti.org
E-Mail: iticenter@iticenter.ch

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

VITA Zahnfabrik

Rundum neues Kursprogramm

Das neue VITA-Kursprogramm bietet neben den zahntechnischen Schulungskursen und Produkttrainings auch Zukunftswerkshops, After-Business-Veranstaltungen, Erlebnis-Events und Dentalreisen. Neue Themenstellungen wurden aufgenommen. Mit jetzt 25 Standorten (Foto) bringt VITA ab Juli 2011 die Fortbildung direkt zum Kunden.

Die Kurse greifen aktuelle Themen und fachliche Anwenderfragen auf und zeigen Wege zum Laborerfolg. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, Kurse und Workshops direkt im Labor durchzuführen. Darüber hinaus werden Trainings in Zusammenarbeit mit Meisterschulen, Handwerkskammern oder Innungen sowie mit Partner-Unternehmen wie Sirona



und Nobel Biocare durchgeführt.

VITA Zahnfabrik
H. Rauter GmbH & Co. KG
Spitalgasse 3
79713 Bad Säckingen
Tel.: 07761 5620
Fax: 07761 562299
www.vita-kurse.com
E-Mail: info@vita-zahnfabrik.com

Komet

Drehmomentbegrenzung mit Optionen



Maschinelle NiTi-Feilen müssen grundsätzlich drehmomentbegrenzt eingesetzt werden. Hierfür bietet Komet zwei Optionen an: (1) das Endodontie-Winkelstück E-Drive, das einfach auf die Kupplung des vorhandenen Mikromotors der Behandlungseinheit gesteckt wird. Es erlaubt mittels Vorwahlring die Einstellung fünf verschiedener Drehmo-

mentstufen, optional auch Zwischenstufen. Über einen Apex Clip kann ein Apex-Locator direkt angeschlossen werden.

(2) den modular aufgebauten Endo-Motor, der drei Funktionen in sich vereint (Motor, Apexlocator und Obturationssystem) und in dem die Kennwerte von AlphaKite, EasyShape und aller gängigen Feilen-systeme abgespeichert sind. Ein Feilenmanagement überwacht den Verschleiß der Feile.

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

R-dental

Semi-permanenter Implantat-Zement

ZACK Implant ist ein innovativer, dualhärtender, semi-permanenter Implantat-Befestigungszement für kombinierte Implantat-Prothetik. Der selbstadhäsive Befestigungszement ist anwendbar mit allen Materialkombinationen bezüglich Abutment und/oder Zahnstumpf und Suprakonstruktion. Die leichte Expansion des Zements während der Aushärtung führt zu einer hohen Randdichtigkeit. Die geringe Schichtstärke ermöglicht zudem eine passgenaue Positionierung der Suprakonstruktion ohne Mikrobeweglichkeit. Eine sehr geringe Löslichkeit des polymerisierten Zements verbessert das Randspaltverhalten und verhindert Auswaschungen.



Das Material ist sehr druckfest. Die elastische Materialeigenschaft des ausgehärteten ZACK Implant ermöglicht eine beschädigungsfreie Wiederausgliederung der Konstruktion. Eine lange Verarbeitungszeit gewährleistet stressfreies Arbeiten.

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Winterhuder Weg 88
22085 Hamburg
Tel.: 040 22757617
Fax: 040 22757618
www.r-dental.com
E-mail: info@r-dental.com

Kerr

Neue fluoridfreie Polierpaste

Cleanic ist die neue fluoridfreie Polierpaste von KerrHawe. Damit eignet sich die Prophy-Paste Cleanic insbesondere für Zahnpolitur, die unmittelbar vor einer adhäsiven Versorgung stattfinden. „In unserer Welt sorgen Polierpasten für bessere Haftkraft und nutzen konsequent Perlite“, sagt Oliver Klein, Prokurist und Country Manager, Kerr GmbH, Deutschland und Österreich.

Cleanic besitzt eine angenehme cremige Konsistenz, minzigen Geschmack und wird in der öko-



nomischen 100 g Tube angeboten. Cleanic ist mit einem RDA-Wert von 27 sanft zur Zahnschubstanz, aber wirkungsvoll gegenüber Biofilm-Belägen und Verfärbungen. Die fluoridfreie Prophy-Paste ergänzt die Cleanic-Produktfamilie und wird auch in den Geschmacksrichtungen Bubble Gum und Green Apple (mentholfrei) angeboten.

Kerr GmbH
Murgstr. 1/14
76437 Rastatt
Tel.: 07222 968970
Fax: 07222 9689722
www.kerrdental.de

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

Sirona

Ganzheitliche Prophylaxe

Zahnhygiene, Zahnästhetik und dentale Vorsorge sind heute wichtige Bestandteile moderner Patientenversorgung. Um den steigenden klinischen Anforderungen an Prophylaxemaßnahmen und dem Bedürfnis der Patienten nach einer schmerzarmen Behandlung gerecht zu werden, benötigen Zahnarzt und Helferin präzise und schonend arbeitende Instrumente. Sirona unterstützt Behandler mit einem umfangreichen Programm an Scallern, Spitzen, Hand- und Winkelstücken sowie mit modernen Ultraschall- und Lasergeräten bei allen präventiven und nachgelagerten Aufgaben. Darüber hinaus ist die Behandlungseinheit C5+ (Foto) auf die Prophylaxe



Behandlungsabläufe abgestimmt und ermöglicht dem Zahnarzt durch viele Ausstattungsoptionen besondere Flexibilität bei der Instrumentierung.

Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 06251 16-0
Fax: 06251 16-2591
www.sirona.de
E-Mail: contact@sirona.de

lege artis

Innovative Implantatpflege

Mit der Implantation ist auch das Risiko einer periimplantären Infektion verbunden, die durch subgingivale Plaque entsteht. Zur Behandlung und Prävention dieser bakteriellen Entzündungen haben sich chlorhexidinhaltige (CHX) Präparate bewährt.

Eine aktuelle randomisierte Studie der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Christian-Albrechts-Universität Kiel hat gezeigt, dass durimplant Implantat-Pflege-Gel aufgrund seiner Viskosität und hydrophoben Eigenschaft sehr gut haftet und somit lange am Aufbringungsort verbleibt. Das Gel wird in einer linsen- bis erbsengroßen Menge mit Hilfe einer Einbüschel-Bürste

Was unterscheidet durimplant von „üblichen“ CHX-Gelen?



gezielt auf die zu behandelnde Stelle aufgetragen und bildet eine dünne, weiche Schutzschicht. Die Wirkung des Implantat-Pflege-Gels von lege artis basiert dagegen auf einer Kombination von CHX, Salbei, Thymol und Allantoin. Das Gel ruft im übrigen keine Zahnverfärbungen hervor.

lege artis
Pharma GmbH + Co. KG
Breitwasenring 1
72135 Dettenhausen
www.durimplant.com

VOCO

Fließfähiges Universal-Komposit

GrandioSO Flow ist das neue fließfähige Universal-Komposit für Restaurationen im Front- und Seitenzahnbereich. Neben dem hochviskosen GrandioSO Heavy Flow präsentiert VOCO somit eine

weitere fließfähige Variante der GrandioSO-Produktlinie. Damit bietet VOCO als einziger Hersteller zwei universell einsetzbare Flow-Komposites mit unterschiedlichen Viskositäten an, die mit ihren physikalischen Eigenschaften mit handelsüblichen stopfbaren Füllungsmaterialien vergleichbar sind oder diese sogar übertreffen. GrandioSO Flow eignet sich mit seinen Materialei-



genschaften für alle Kavitätenklassen (I-V) und damit auch für kaulasttragende Restaurationen. Das Material lässt sich aber auch bei einer Vielzahl weiterer Indikationen anwenden.

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

Hu-Friedy

Deutlich mehr Sicherheit

Mit seinem neuen Barcode-Label hat Hu-Friedy eine effiziente Lösung für die international eindeutige Kennzeichnung von Sterilisationsinventar entwickelt. Container und Kassetten zur Aufbewahrung von Instrumenten können jetzt an jedem Punkt im Hygienekreislauf einfach per Barcodescanner erfasst werden, jeder Prozessschritt wird automatisch dokumentiert. Das Barcode-Label ermöglicht den Nachweis einer lückenlosen und sicheren Prozesskette und steigert so die Betriebs- und Rechtssicherheit in Praxen und Krankenhäusern.

Das neue Barcode-Label für Sterilisationscontainer und -kassetten



entspricht dem Health-Industry-Barcode-Standard zur Kennzeichnung von Kleinprodukten (HIBC-UIM) und unterstützt Zahnärzte und zahnärztliche Dienstleister bei der Umsetzung des Qualitätsmanagement-Systems.

Hu-Friedy Mfg. BV
Customer Care Department
Tel.: 0800 483743 39, Fax: -40
www.hufriedy.eu
E-Mail: info@hu-friedy.eu



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 22. 7. 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.

- Acteon** – Hans-Joachim Hoof feiert seinen 60. (S. 92)
- American Dental Systems** – Neue Matrizengeneration (S. 95)
- BEGO** – Implantology meets CAD/CAM (S. 95)
- BEYCODENT** – Karteikarte für optimale Organisation (S. 92)
- CompuGroup** – Neue Service-Maßstäbe setzen (S. 92)
- Dreve** – Splint Refresher (S. 93)
- dentaltrade** – Service TÜV-getestet (S. 94)
- DENTSPLY DeTrey** – Behandlung von Infektionen im Mund (S. 94)
- GABA** – Verfärbungen systematisch entfernen (S. 94)
- GC** – Innovatives Abformsystem EXA'lence (S. 92)
- Hager & Werken** – Kauen gegen Karies (S. 94)
- Heraeus Kulzer** – Garantieverlängerung für Mischgerät (S. 95)
- Hofmeister** – Cleankeys Computer-Tastaturen (S. 95)
- Hu-Friedy** – Deutlich mehr Sicherheit (S. 98)
- Inst. f. dentale Sedierung** – Zahnarztfinder für Lachgasbehandler (S. 93)
- ITI** – Regional Study Clubs (S. 96)
- Kerr** – Neue fluoridfreie Polierpaste (S. 97)
- Komet** – Drehmomentbegrenzung mit Optionen (S. 96)
- lege artis** – Innovative Implantatpflege (S. 97)
- Procter & Gamble** – Spitzenreier im Test: Oral-B (S. 93)
- R-dental** – Semi-permanenter Implantatzement (S. 97)
- Septodont** – Veranstaltungsreihe „Der Natur nahe“ (S. 93)
- Sirona** – Ganzheitliche Prophylaxe (S. 97)
- VITA** – Rundum neues Kursprogramm (S. 96)
- VOCO** – Fließfähiges Universalkomposit (S. 98)
- XO** – Gut sitzen, gut sehen, gut arbeiten (S. 96)

GOZ-Novellierung

Zahnärzte kritisieren GKV-Manöver

Jeder Patient in Deutschland hat einen Anspruch auf eine bezahlbare und qualitativ hochwertige Zahnmedizin – egal, ob privat oder gesetzlich versichert. Das ist und bleibt die Leitlinie des zahnärztlichen Berufsstands und das Ziel für eine Novellierung der GOZ aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG), betonten BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel und der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz. Dass eine seit 23 Jahren dringend notwendige GOZ-Novelle mit kassenseitigem Säbelrasseln begleitet wird, sei ein „regelmäßig wiederkehrendes Ritual der Kostenträger, mit dem zu rechnen war“. Die aktuellen Rechenbeispiele der GKV, die eine Kostenexplosion für Kassen und Patienten suggerieren, verlassen laut Engel und Fedderwitz jedoch den Boden der Realität und stellen eine ernsthafte Gefährdung der zahnmedizinischen Versorgung in

Deutschland dar. Die finanziellen Folgen einer GOZ-Novelle seien Engel zufolge im Vorfeld neutral und seriös evaluiert worden. So gehe eine vom BMG in Auftrag gegebene Studie des renommierten Basys-Instituts von einer finanziellen Mehrbelastung der Privathaushalte von lediglich 2,05 Euro aus – pro Jahr und Patient. „Vor diesem Hintergrund

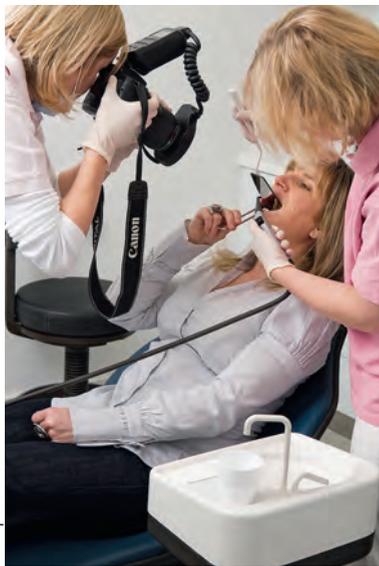


Foto: proDente

sind merkliche Auswirkungen auf das Preisniveau nicht zu erwarten“, folgere dementsprechend auch das BMG in seiner Stellungnahme. Die KZBV übte heftige Kritik an den Krankenkassen. Ihr Vorstandsvorsitzender Fedderwitz sagte: „Das ist ein durchsichtiges Manöver, mit dem die Kassen versuchen, die dringend benötigte neue Gebührenordnung zu hintertreiben. Für GKV-Leistungen, wie zum Beispiel Vollgusskronen, ist die GOZ überhaupt nicht maßgeblich.“ Selbst da, wo gesetzlich Krankenversicherte private Leistungen in Anspruch nehmen, werde es keine dramatischen Kostensteigerungen geben: Der Punktwert sei nicht verändert. Damit blieben die meisten Leistungsbewertungen auch in der neuen Gebührenordnung unverändert. Das Abrechnungsverhalten der Zahnärzte sei und bleibe auch beim Zahnersatz sehr moderat und nie wie GKV-seitig behauptet in irgendeiner Form „missbraucht“ worden. Fakt sei vielmehr: Die Zahnärzte

könnten die Steigerungsfaktoren nicht willkürlich festlegen, sondern nur anhand der Schwierigkeit des Behandlungsfalls. Gut 75 Prozent der zahnärztlichen Leistungen würden als einfacher oder durchschnittlich schwieriger Fall berechnet. Das belegen BZÄK und KZBV zufolge Untersuchungen zum Umgang mit dem 2005 eingeführten Festzuschusssystem. Wer wie die GKV ungeachtet der zahnmedizinischen Realität „Zahlenwildwuchs“ über die Medien produziert, handele nicht nur unseriös, sondern verunsichere Bürger. „Im ungünstigsten Fall“, so Fedderwitz, „entscheiden sich Patienten aus falscher Furcht vor Mehrkosten gegen notwendige Zahnarztbesuche und -behandlungen. Das ist ein unverantwortlicher falscher Alarm.“ Laut Engel betreibt die GKV aktuell „finanziell motivierte Patientenversicherung pur“. Eine mit einer modernen GOZ realisierbare, präventiv orientierte Zahnmedizin auf hohem Niveau für alle Bürger – egal ob in PKV oder GKV versichert – werde so ad absurdum geführt, bilanzierte Engel. ck/pm

Philipp-Pfaff-Institut Berlin

ISO-Zertifizierung erhalten

Das Philipp-Pfaff-Institut Berlin ist nach DIN EN ISO 90001:2008 zertifiziert. Damit werde der umfassende Nachweis geführt, dass das Institut ein Qualitätsmanagement-System für den Geltungsbereich „Planung und Durchführung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Zahnärzte und deren Mitarbeiter“ eingeführt habe und aufrechterhalte, heißt es in einer Pressemeldung. Das Institut gehöre damit zu einer der ersten zahnärztlichen Fortbildungssein-

richtungen in Deutschland, die eine ISO-Zertifizierung erhalten hätten. Die Zertifizierung wirke sich auch positiv auf die dort angebotenen Aufstiegsfortbildungen für DH, ZMP und ZMV aus. Die Förderungen nach dem Ausbildungsförderungsgesetz („Meister-Bafög“) verlangen seit Kurzem von dem Träger der Maßnahme die Anwendung eines Qualitätssicherungssystems. Mehr dazu unter www.pfaff-berlin.de. pr

PKV-Jahrestagung

Pflegezusatzgeschäft wird ausgebaut

Die PKV steht zum Aufbau einer ergänzenden, kapitalgedeckten Pflegezusatzversicherung bereit. Dies erklärte der Vorsitzende des Verbands der privaten Krankenversicherung, Reinhold Schulte, anlässlich der PKV-Jahrestagung am 16. Juni 2011 in Berlin. „Angesichts der Alterung unserer Bevölkerung ist zusätzliche Vorsorge unabweisbar nötig. Noch ist es früh genug, um in die ergänzende Kapitaldeckung einzusteigen – so, wie im Koalitionsvertrag von Union und FDP vor-

gesehen.“ Der Höhepunkt des demografischen Problems bei der Pflege werde etwa in den Jahren 2050 bis 2060 erreicht, so Schulte weiter. Bis dahin könne Kapitaldeckung zu durchaus überschaubaren Beiträgen aufgebaut werden. Jedes weitere Zögern der Politik mache es am Ende für alle teurer. Der Kapitalstock müsse jedoch unbedingt außerhalb des staatlichen Einflussbereichs, also auch außerhalb der gesetzlichen Krankenkassen, angelegt werden. pr/pm

Desaster der City-BKK geht weiter

Patienten müssen Kosten vorstrecken

Das Desaster mit der Pleite-Krankenkasse City BKK geht weiter. Noch ist unklar, wer ihren Mitgliedern das Kranken- oder Pflegegeld zahlt, wenn sie nicht rechtzeitig bis Anfang Juli bei einer neuen Kasse untergekommen sind. Unter Umständen müssten Mitglieder der City BKK auch dann die Arztbehandlung zunächst selbst bezahlen. Das Bundesgesundheitsministerium beteuert zwar, dass der Versicherungsschutz aller Versicherten der City BKK „lückenlos gewährleistet“ sei, schreibt die „Welt“. Niemandem gehe der Anspruch auf irgendeine Leistung verloren, zitiert das Blatt einen Sprecher von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP). Er gestand aber, dass eine Geldleistung wie das Krankengeld möglicherweise nicht fortlaufend gezahlt werde. Es könne zu Unterbrechungen kommen, wenn Mitglieder der City BKK sich eben nicht bis An-

CITYBKK

fang Juli eine neue Kasse suchten. Zusammen mit den anderen Krankenkassen sei man nun bemüht, die restlichen Mitglieder der City BKK bei einer „Aushilfskasse“ zu versichern, damit ihnen keine Nachteile entstehen. Der GKV-Spitzenverband hat an die Versicherten der City BKK appelliert, so schnell wie möglich eine neue Kasse zu wählen. Er schließt sich damit einem Schreiben der Kasse an, in dem die Mitglieder zu einem rechtzeitigen Wechsel aufgefordert werden. „Je schneller das passiert, um so eher können Übergangsprobleme vermieden werden“, rät Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands. Dem Schreiben der City BKK liegt ein Formular bei, in das nur noch die neu gewählte Krankenkasse eingetragen werden muss. zm/pm

Wahlergebnis

PKV-Vorstand bestätigt

Im Rahmen der Mitgliederversammlung des Verbands der privaten Krankenversicherung in Berlin wurde Reinhold Schulte, Vorstandsvorsitzender der Signal Krankenversicherung und des Deutschen Ring Krankenversicherungsvereins, erneut zum Vorsitzenden gewählt. Auch die übrigen Mitglieder des Vorstands wurden als stellvertretende Vorsitzende wiedergewählt: Dr. h.c. Josef Beutelmann, Barmenia Krankenversicherung, Wuppertal, und Uwe Laue, Debeka Krankenversicherungsverein, Koblenz. Weiterhin wurden Thomas



Michels, AXA Krankenversicherung, Köln, Dr. Clemens Muth von der DKV Deutsche Krankenversicherung, Köln, Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow von der Landeskrankenhilfe, Lüneburg, und Dr. Maximilian Zimmerer, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München. Als geschäftsführendes Vorstandsmitglied wurde Dr. Volker Leienbach wiedergewählt mp/pm

Kassenhochzeit

Vereinigte IKK fusioniert mit IKK classic

Der Weg für eine Großfusion im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen ist geebnet: Der Verwaltungsrat der Vereinigten IKK, Düsseldorf, stimmte dem Fusionsangebot der größten deutschen Innungskrankenkasse IKK classic, Dresden, zu. Beide zusammen werden nach Angaben der Vereinigten IKK 3,6 Millionen Mitglieder haben und vor allem Handwerk und Mittelstand bedienen. Das Fusionsangebot ging von der IKK classic aus. Beschlossen werden soll der Zusammenschluss am 5./6. Juli, dann soll das gemeinsame Unternehmen möglichst schnell realisiert wer-

den. Hintergrund der Überlegungen zu einem Zusammenschluss war die schwierige Finanzlage der Vereinigten IKK gewesen. Das fusionierte Unternehmen will den Angaben zufolge bis 2013 keine Zusatzbeiträge erheben. Damit fällt der von der Vereinigten IKK geplante Zusatzbeitrag in Höhe von acht Euro weg. Die Vereinigte IKK war im Juli 2010 aus der Signal Iduna IKK und der IKK Nordrhein entstanden. Die IKK classic wurde im Januar 2010 aus den vier IKKs Baden-Württemberg/Hessen, Hamburg, Sachsen und Thüringen gebildet. eb/dpa

GOÄ-Reform

PKV will fairen Interessenausgleich

Für einen fairen Interessenausgleich mit der Ärzteschaft bei der GOÄ-Novelle sprach sich der Vorsitzende des PKV-Verbands Reinhold Schulte anlässlich der Jahrestagung seiner Organisation in Berlin aus. Einigkeit bestehe darin, dass eine Reform der Gebührenordnung dringend notwendig sei. Die PKV halte an einer Öffnungsklausel fest. Sie wolle diese einführen, um mehr Vertragsfreiheit mit den Ärzten zu gewährleisten und um die medizinische Versorgung durch Vereinbarungen über gesicherte Qualitätskriterien zu verbessern. Schulte: „Verbesserungen in der Qualität lassen sich nach unserer festen Überzeugung nicht gegen die Ärzte, sondern nur mit ihnen durchsetzen.“ Die PKV habe ein schlüssiges Konzept für eine Strukturreform der GOÄ erarbeitet. Als unbegründet sah er die Angst der Ärzteschaft vor der



Foto: so47-Fotolia

Öffnungsklausel in Bezug auf Preisdumping. In der Logik einer betriebswirtschaftlich kalkulierten Gebührenordnung könne kein Dumping entstehen, weil die kalkulierten Sätze nicht unterschritten werden könnten. Für mehr Qualität und mehr Service solle es im Endeffekt sogar entsprechend mehr Honorar geben, erklärte Schulte. Jeder Vertrag, der ein Abweichen von der GOÄ regeln würde, könnte nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Ärzte in Kraft treten. Außerdem müsse im Einzelfall auch immer der Patient zustimmen. pr

Stationäre Altenhilfe

Qualitätsbericht vorgestellt

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) haben den Abschlussbericht „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung



Foto: MEV

der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ vorgestellt. Er liefere fundierte und in der Praxis erprobte Erkenntnisse, wie die Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen zuverlässig gemessen und beurteilt werden kann, heißt es in einer Pressemitteilung des BMG dazu.

„Gute Qualität in der Pflege kann gar nicht hoch genug bewertet werden“, erklärte BMFSFJ-Staatssekretär Josef Hecken (CDU). Besonders wichtig sei, dass die

objektive Qualität auch dem subjektiven Empfinden der Bewohner entspreche. Die Wissenschaft habe hier neue Wege aufgezeigt, wie die Qualität in der Pflege zuverlässig gemessen werden könne. Der Abschlussbericht fasst die Ergebnisse eines vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und vom Institut für Sozialforschung und Gesellschafts-

politik GmbH (ISG) durchgeführten Projekts zusammen. In einer zehnmonatigen Testphase sind die Indikatoren und Instrumente in 46 teilnehmenden Pflegeeinrichtungen erprobt worden. Auftraggeber des Projekts waren die beiden Ministerien; Ziel war, Methoden und Instrumente zu entwickeln, mit denen die Qualität der Pflege in stationären Einrichtungen praxisnah abgebildet und gemessen werden kann. pr/pm

KOMMENTAR

Realitäts-Check gefragt

Der neue Abschlussbericht zur Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe ist da. Ein gutes Projekt und sicherlich ein guter Einstieg, um die Qualität in Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Aber Messlatte wird der Realitäts-Check sein, denn die große Frage lautet: Ist das Ganze denn praxistauglich?

Noch ist das Ganze sehr verkopft und wissenschaftslastig und nicht in allen Bereichen auf die Wirklichkeit in den Einrichtungen übertragbar, aber die Auftraggeber versprechen eine Weiterentwicklung und mehr Transparenz. Also: Zügig weiter so – Heimbewohner, Ärzte und Familienangehörige werden es ihnen danken.

Gabriele Prchala

Bremer Handelskrankenkasse

Liste gefährdeter Kassen gefordert

Der Vorstandsvorsitzende der Bremer Handelskrankenkasse hkk, Michael Lempe, hat vor dem Ausweitung weiterer Krankenkassen gewarnt und den GKV-Spitzenverband aufgefordert, eine Liste gefährdeter Kassen zu veröffentlichen. Die GKV sehe vermehrt Anhaltspunkte für eine potenzielle Gefährdung mehrerer Kassen, sagte Lempe dem „Weser-Kurier“. Der Verband erstellt regelmäßig ein Rating, in dem die 155 gesetzlichen Kassen je nach finanzieller Lage in vier Ampelfarben einge-

teilt werden. „20 Kassen haben den vierten Status Rot“, so Lempe. „Spätestens 2012 wird sich das auch auswirken.“ „Versicherte müssen erkennen können, welche Krankenkasse länger überlebensfähig bleibt. Zusatzbeiträge reichen als Indikator nicht aus“, betonte er gegenüber der Zeitung. Diese berichtet, unter diesen gefährdeten Kassen befänden sich sieben Betriebskrankenkassen. Die aktuelle Rangliste stammt laut Lempe vom Dezember 2010. mp

Arzneimittelreport

Kritik von Ärzten und Herstellern

Ärzte und Arzneimittelhersteller haben den Autoren des Arzneimittelreports der Krankenkasse Barmer GEK ungerechtfertigte Pauschalkritik vorgeworfen. Studienautor Gerd Glaeske hatte den Ärzten vorgehalten, zu viele riskante Medikamente an Alkoholiker und Demenzkranke sowie Antibabypillen mit unnötig hohem Risiko zu verschreiben. Roland Stahl, Sprecher der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), sagte dazu: „Pauschal das Bild zu entwerfen, dass Ärzte verantwortungslos verordnen, ist perfide.“ Die Ärzte stützten sich bei ihren Verordnungen selbstverständlich auf die aktuellen medizinischen Leitlinien. „Die Macht des Rezeptblocks gibt es gar nicht mehr“, meinte er zudem. Angesichts tausender Rabattverträge und Regeln bewegten sich die Ärzte oft in engen Grenzen. Der Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa) wies die Kritik Glaeskes an den Antibabypillen neuester Genera-

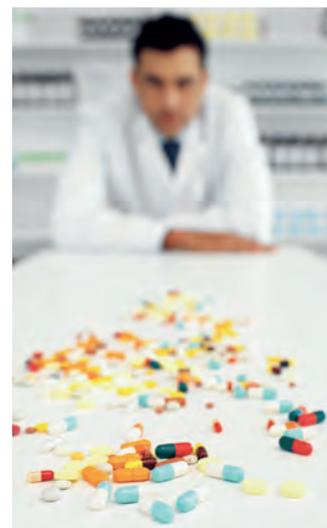


Foto: stockdisc

tion zurück. „Alle Antibabypillen haben das Merkmal, dass sie das Thromboserisiko etwas erhöhen“, sagte Sprecher Rolf Hömke, „einige etwas mehr, andere etwas weniger.“ Dies sei jedoch nur ein Aspekt, der nicht absolut gesetzt werden dürfe. „Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Studienautoren nur auf ein Kriterium abzielen.“ Die Frauen müssten die Auswahl gemeinsam mit ihren Ärzten treffen. eb/dpa



Neues aus Entenhausen

Kolumne

Being Bahr

Manch einer weiß aus dem Kino, wie es sich anfühlen muss, der Schauspieler John Malkovich zu sein: „Being John Malkovich“, nicht einfach, nicht immer schön ...

Aber wie ist es wohl im Kopf von Daniel Bahr? Kaum vom Staatssekretärs- auf den Minister- sessel gerückt, bebläst ihn der öffentliche Wind in stürmischen Böen: mal Ehec und dessen gesellschaftspolitischer

■ **Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de**

Disput, mal zu viel, mal zu wenig Versorgungsgesetz, mal oppositioneller Zorn über zu wenig, mal über zu hohe Ausgaben. Viel schlimmer noch: Es ist kein Ende absehbar, weiß er doch durch den ehemaligen Mitdenker Ulla Schmidts, den Ex-AOK-Mann und BMG-Abteilungsleiter a. D. Franz Knieps, dass es zum Job eines jeden Bundesgesundheitsministers gehört, immer die Torte ins Gesicht zu kriegen. Aber niemand weiß, ob und – wenn ja –

wie viel Torte Daniel Bahr überhaupt mag. „Being Bahr“, wer will das eigentlich, im Moment?

Jetzt hat der Minister erklären lassen, dass er den Überschuss aus dem Gesundheitsfonds – schlappe zwei Milliarden Euro – den Beitragszahlern nicht zurückgeben, sondern auf die hohe Kante legen will. Für schlechte Zeiten? Oder schlimmer noch: für die Heilberufe? Natürlich findet’s wieder keiner gut.

„Being Bahr“: Wie mag es sich anfühlen im Kopf eines Gesundheitsministers, der – statt zu regieren – vorrangig reagieren muss? Ständig dieser Gedanke an zwei Milliarden – und das alles in Bahr. Dabei hat Daniel Bahr noch so viel vor: Versorgungsgesetz, Patientenrechtgesetz, Pflegereform, GOZ, GOÄ ... und hinter allem lauert schon an der nächsten Ecke wieder einer mit der nächsten Torte. „Being Bahr“, will da wirklich jemand tauschen?

Ihr vollkommener Ernst

Nie mehr allein trinken

Wer Lust auf ein Bier hat, aber niemanden, der mittrinkt, dem kann geholfen werden, zumindest in der Ukraine. Dort kann man sich nämlich über eine Agentur einen Trinkgesellen mieten, berichtet die Ärzte-Zeitung. Für umgerechnet 14 Euro bietet Unternehmensgründerin Julia Pejewa ihre Miet-Kumpel an. „Alle unsere Leute sind talentiert. Sie können Gitarre spielen, singen oder Gedichte aufsagen.“ Und reden. Schließlich lockert der Alkohol die Zunge. Egal, wo der Schuh drückt, die Trinkkumpane kennen keine Tabus. Am begehrtesten sei die Dienstleistung bei Menschen, die sich gegen eine Therapie sträubten. sg