

Wachkomapatienten

Leben in Auszeit

Medizinischer
Fakultätentag

Frühentwicklung und
Mundgesundheit

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

warum die zm journalistisch etwas so oder anders machen, bleibt in der Regel in unseren eigenen redaktionellen vier Wänden. Das ist gut so, denn für das Handwerk ist wichtig, dass es dem Verbraucher nutzt. Er muss deshalb nicht wissen, wie es gemacht wurde. Aber auch hier gibt es sinnvolle Ausnahmen:

Das Titelbild zum Thema „Wachkoma“ wurde im Kreis der Redakteure intensiv diskutiert. Lässt ein Foto, das einen Wachkoma-Patienten mit betreuender Angehöriger zeigt, diesem Menschen die Würde? Ist diese Form der Darstellung – das Bild wurde von den abgebildeten Personen ja gerade für diesen Zweck persönlichkeitsrechtlich frei gegeben und ist deshalb „so gewollt“ – ethisch „in Ordnung“?

Die Diskussionen um dieses Titelbild haben uns darin bestärkt, dass wir dem Ziel, über diese Krankheit einen fachgerechten und gleichzeitig menschenwürdigen Bericht zu bieten, schon durch diese Form der internen Reflexion näher gekommen sind. Für uns, auch für das Nachdenken über unser Handwerk, war das lehrreich.

Die Tatsache, dass der Zustand des Wachkomas mit seinen unterschiedlichen Facetten im Spektrum der heutigen Medizin längst keinen Singulärstatus mehr hat – es ist heute eben vieles möglich, was vor Jahren noch unvorstellbar war –, spricht dafür, den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion darzustellen und auch die Berührungspunkte zum Fach aufzuführen.

Exemplarisch steht aber auch dieses Thema für die wichtige Erkenntnis, was Medizin heute im Vergleich zu früheren Zeiten kann. Es macht bewusst, wie aufwändig Behandlung



Foto: picture alliance

■ *Ein medizinisches Wunder? Dieser Patient hat das Koma überwinden können. Welche Prozesse dazu führen, ist bisher ungeklärt. Dass gute, intensive und persönliche Pflege aktiv dazu beitragen kann, wird fest vermutet.*

und Pflege von Menschen sein kann. Es verdeutlicht, was Intensivmedizin heutzutage leistet, aber auch, was in Folge der von unserer Gesellschaft dafür zu leistende Preis ist. In der Diskussion muss man sich dazu bekennen, dass humanes Verhalten auch vor kostenintensiver humanitärer Hilfe keinen Halt machen darf. Auch dafür steht das Titelthema dieser zm-Ausgabe.

In den kommenden Jahren wird die Medizin noch viele Grenzen einreißen, über die wir uns aus heutiger Sicht noch nicht einmal konkrete Vorstellungen machen können. Sicher ist, dass wir uns dem Bereich des Gesundheitswesens, aber auch dem der Pflege künftig mit ganz anderer Aufmerksamkeit widmen müssen. Dafür wird zum einen der sich weiter verschiebende Horizont des durchschnittlichen Lebensalters, aber auch der kontinuierliche medizinische Fortschritt sorgen. Die gegenwärtig von der Zahnärz-

teschaft angebotene Lösung für eine vernünftige Betreuung von pflegebedürftigen Menschen ist deshalb ein wichtiger, aber längst nicht erschöpfender Aspekt einer Herausforderung, die unstrittig Teil des großen Themas Menschenwürde ist.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: teamwork / Titelfoto: Visum

Zum Titel

Die Zahl der Wachkomapatienten hat sich in den vergangenen zehn Jahren auf rund 10 000 fast verdoppelt. Die Betreuung dieser Patienten wirft viele versorgungspolitische Fragen auf.

Seite 26



Foto: MEV

Lärm macht krank, ganz besonders, wenn es Verkehrslärm ist, wie eine neue WHO-Untersuchung zeigt.

Seite 48

Editorial 1

Leitartikel

KZBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Jürgen Fedderwitz über die Einwände des Finanzministers zum Versorgungsgesetz 4

Nachrichten 6

Gastkommentar

Der Berliner Fachjournalist Julian Visarius über die Reform des G-BA 14

Politik und Beruf

Alters- und Behindertenzahnheilkunde: Signalisierte Zustimmung 16

Medizinischer Fakultätentag Rostock: Wissenschaft am Puls der Zeit 18

Geplantes Versorgungsgesetz: Licht und Schatten 20

apoBank Vertreterversammlung 2011: Auf Konsolidierungskurs 22

Aus den Ländern

Zahnarzt-Tourismus: Der dänische Patient 24

Hirschfeld-Tiburtius-Symposium: Wenn der Körper konzertiert 25

Titelstory

Wachkomapatienten: Leben in Auszeit 26

Zahnmedizin

Der aktuelle klinische Fall: Zentrales Riesenzellgranulom 34

Der ethische Fall: Loyalitätskonflikte in der Gemeinschaftspraxis 36

Der besondere Fall: Komplikationen nach operativer Weisheitszahnentfernung 42

Fachforum

Endodontie: Lichtaktivierte Desinfektion als alternative Strategie 46

Medizin

WHO-Studie für Europa: Verkehrslärm löst viele Gesundheitsschäden aus 48

Tagungen

Symposium kindliche Entwicklung: Tasten, schmecken, riechen 50

Veranstaltungen 54

Foto: CC



Wenn das private Glück zerbrochen ist, beginnt nicht selten ein Hauen und Stechen. Dem können Verträge vorbeugen.

Seite 72

Foto: CC-Meinardus-zm



Der aktuelle ethische Fall analysiert Loyalitätskonflikte in einer Gemeinschaftspraxis.

Seite 36

Foto: Westa Zikas - Fotolia.com



Körperliche oder seelische Leiden hinterlassen oft Spuren im Werk großer Komponisten, wie Beispiele aus der Musikgeschichte eindrucksvoll belegen.

Seite 82

Finanzen

Vertriebsvergütungen bei Finanzprodukten:
Ansprüche der Anleger wahrnehmen **64**

Praxismanagement

Umgang mit ausscheidenden Mitarbeitern:
Zum Schluss ein gutes Ende **68**

Trends **70**

Recht

Scheidungs- und Unterhaltsvereinbarun-
gen: Schutz durch Verfügungen **72**

EDV und Technik

Microsoft-Projekt Streetside:
Streit um virtuelle Straßen **76**

Internationales

ERO-Vollversammlung in Sofia:
Grenzenlos vernetzt **78**

Historisches

Musiker und Krankheit:
Die Kraft des Leidens **82**

Impressum **89**

Neuheiten **90**

Letzte Nachrichten **117**

Zu guter Letzt **120**





Foto: KZBV/Darçinger

Schäubles Leute

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

in der FDP gilt er als „alter Hase“. Dabei ist Daniel Bahr mit 34 Jahren Deutschlands jüngster Bundesgesundheitsminister.

„Merkels Frischling“ – so nannte der „Spiegel“ den Mann, der der CSU vorgeworfen hatte, sich wie die „Wildsau“ zu verhalten – kämpft inzwischen nicht mehr als Staatssekretär, sondern als Minister in dieser nicht gerade pflegeleichten Koalition. Strategisch geschult muss er nicht nur mit der „Ehec-Krise“, sondern jüngstens auch mit Verrissen aus dem Bundesfinanzministerium umgehen: Schäubles Haus hat dem Entwurf für das Versorgungsgesetz mangelhafte Rechnerie vorgeworfen.

Die Finanzministerialen halten das BMG-Papier für schlichtweg zu teuer. Schon auf den zweiten Blick wird klar, dass es den Haushaltsbeamten nicht nur um die im Versorgungsgesetz fixierten Maßnahmen geht. Hier stört fast alles, was im Reformhaushalt des BMG zur Debatte steht. Ob Maßnahmen gegen ärztliche Unterversorgung oder Vergütungsfragen für die Zahnärzte: Pauschal und relativ undifferenziert wird haushalterische Oberflächlichkeit vorgeworfen. Müßig hier noch zu fragen, ob

„Daniel Bahr muss als Minister jetzt das umsetzen, was er selbst als Staatssekretär in zweiter Reihe vorbereitet hat.“

das schon die ersten Pflöcke sind, die für ein möglichst kleines Feld künftiger Steuerfinanzierung im GKV-Bereich eingeschlagen werden. Dabei hat Daniel Bahr seine Hausaufgaben nicht erst als Minister gemacht. Als langjähriger Gesundheitsexperte der Liberalen und als parlamentarischer Staatssekretär im BMG unter Philipp Rösler weiß der FDPler, was er bewegen will.

Der Entwurf für das Versorgungsgesetz ist keine hochgerechnete Fabuliererei, sondern ein mit Bedacht entwickeltes Modell, das die komplexe Maschinerie des deutschen Gesundheitswesens berücksichtigt.

Denken Schäubles Leute auch so weit?

Offensichtlich nicht. Da fehlen Weit- und Durchblick! Da kritisiert das Bundesfinanzministerium,

dass laut Gesetzentwurf die Selbstverwaltung die abgerechneten Punktmengen „angemessen zu berücksichtigen hat“. Denn dadurch käme es zu einer Erhöhung der Zahnarztvergütung, weil bisher die abgerechneten Punktmengen aufgrund der Budgetierung „nicht in voller Höhe erstattet werden“. Die Logik schlägt Purzelbäume: Bekommt der Zahnarzt endlich die Vergütung für alle Leistungen, die er erbracht hat, dann führt das zu einer Honorarerhöhung.

Schäuble, bleib bei Deinem Leisten! Wenn das Finanzministerium jetzt in Gesundheit macht, kann da eigentlich „nichts bei rumkommen“. Zu einseitig ist dessen Blick gerübt. Wäre er klar, dann wüsste man: Es geht darum, drohende Unterversorgungen zu verhindern. Es braucht die Vergütungsreform bei den Zahnärzten, damit Deutschlands zahnmedizinische Versorgung bei Erhaltung der gewünschten Qualität nicht im ökonomischen Desaster endet. Das sind die Herausforderungen, die geschulte Rechner in ihre Modelle mit einbeziehen müssen. Ob Schäubles Leute das wissen?

Daniel Bahr muss den Weg, den er mit Philipp Rösler begonnen hat, jetzt folgerichtig weiter gehen. Das, was das BMG leisten muss, ist mehr als simple Rechnerie. Es geht um weiterhin vorzeigbare Versorgungsstrukturen. Das neue Gesetz ist Teil dieser Arbeit. Einer, der auf den intensiven Fachdiskussionen der letzten zwei Jahre fußt.

Das Versorgungsgesetz füllt die Lücken, korrigiert die Fehler, die die Koalition im Zuge der ersten Finanzreform gemacht, nachträglich erkannt hat und jetzt ausbessern will. Hier geht es auch um die Beibehaltung eines als richtig erkannten Kurses.

Bleibt zu hoffen, dass Daniel Bahr seine gebündelte gesundheitspolitische Erfahrung, sein politisch-strategisches Gespür jetzt so einzusetzen weiß, dass es bei den Finanzministerialen zu ähnlichen Einsichten kommt, wie es auch bei der CSU möglich war. Jetzt gilt es, den eingeschlagenen Kurs beizubehalten. Das heißt im Übrigen auch: Wir brauchen klare Bekenntnisse, beispielsweise das gegen die Einführung der Öffnungsklausel für die Privaten Krankenversicherer. Daniel Bahr muss als Minister jetzt das umsetzen, was er selbst als Staatssekretär in zweiter Reihe vorbereitet hat – auch gegen den Widerstand von Schäubles Leuten.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Jürgen Fedderwitz
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

Bilanz der BÄK für 2010

Über 2 000 Behandlungsfehler

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat in Berlin ihre Behandlungsfehler-Statistik 2010 vorgestellt. Daraus geht hervor, dass im letzten Jahr in 2 199 Fällen ein Behandlungsfehler vorlag. Die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern bearbeiteten 2010 von insgesamt über 11 000 Anträgen zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern 7 355, das ist im Vergleich zu



2006 ein Anstieg von etwa zehn Prozent. Bei mehr als zwei Drittel der Fälle konnte kein Behandlungsfehler festgestellt werden. Bei knapp einem Drittel lag hingegen tatsächlich ein Behandlungsfehler beziehungsweise Risikoaufklärungsmangel vor. Davon wurde in 1 821 Fällen ein Behandlungsfehler als Ursache für einen Gesundheitsschaden ermittelt, der einen Entschädigungsanspruch des Patienten begründete. In den restlichen knapp 4 000 Fällen fühlten sich die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen entwe-

der nicht zuständig und versuchten, die betroffenen Patienten in Lotsenfunktion an andere Stellen zu verweisen, oder aber, die Fälle konnten teilweise noch nicht abschließend bearbeitet werden. In ungefähr 400 Fällen waren Arzt und/oder Haftpflichtversicherung zudem nicht mit einer außergerichtlichen Schlichtung einverstanden. „Wer Fehler vermeiden will, muss wissen, wo sie

passieren. Deshalb ist es richtig und wichtig, dass sich in der Medizin in den vergangenen Jahren eine neue Kultur im Umgang mit Fehlern etabliert hat“, sagte der Vorsitzende der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, Dr. Andreas Crusius, bei der Vorstellung der Statistik. eb/pm

Gesundheitsminister zu Organspenden

Die Entscheidungslösung soll kommen

Die Gesundheitsminister haben sich beim Thema Organspende auf die so genannte Entscheidungslösung geeinigt. Die Gesundheitsministerkonferenz sei der Auffassung, „dass jeder Bürger, jede Bürgerin wenigstens



Fotos: MEV

einmal im Leben bewusst mit der Frage konfrontiert werden soll, ob er oder sie zur Organspende bereit sei“, berichtete die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin Malu Dreyer (SPD). In Frankfurt/Main wurde das Thema Organspende auf der Konferenz der Gesundheitsminister der Länder (GMK) beraten. Die Entscheidungslösung wird auch von den Fraktionschefs von Union und SPD im Bundestag, Volker Kauder und Frank-Walter Steinmeier, favorisiert. Beide hatten einen fraktionsübergreifenden Gesetzesentwurf angekündigt.

Die erweiterte Widerspruchslösung, die von Hessen, Bayern

und Sachsen-Anhalt favorisiert wurde, habe im Kreis der Gesundheitsminister keine Mehrheit gefunden.

Dazu sagte Dreyer: „Die Widerspruchslösung ist ein Vorschlag, der sehr tiefgreifende ethische Bedenken mit sich bringt. Sie geht von einer generellen Zustimmung zur Organspende nach dem Tod aus, wenn man ihr nicht ausdrücklich widerspricht. Der Eingriff ins Selbstbestimmungsrecht geht ihr und der Mehrheit der GMK zu weit“. Erklärer Wille aller Minister und Senatoren der Länder sei es, „die Menschen für das Thema stärker zu sensibilisieren und eine Steigerung der Organspenden zu erreichen“. eb/dpa

PKV und GKV

Arzneimittelpreise gleichen sich an

Seit Anfang des Jahres 2011 können die privaten Krankenversicherungsunternehmen die bisher nur der GKV eingeräumten Herstellerrabatte einfordern und damit ihre Arzneimittelausgaben senken. Mit Erfolg, wie das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) betont. Das so erzielte Einsparvolumen darf laut Gesetz nur zur Vermeidung und Begrenzung von Prämien erhöhungen sowie zur Prämienermäßigung bei den

Versicherten verwendet werden. Nach der Prognose des WIP ist dabei bereits für 2011 mit einem Einsparvolumen von etwa 160 Millionen Euro zu rechnen. Dem WIP zufolge können die Arzneimittelausgaben in der PKV dadurch um voraussichtlich etwa sieben Prozent reduziert werden. Einsparungen in ähnlicher Größenordnung fielen zudem bei den Beihilfeträgern an. Die Arzneimittelpreise



Foto: goodshoot

für PKV und GKV rückten aufgrund der nunmehr beiden gewährten Rabatte dichter zusammen. Lagen die Arzneimittelausgaben pro Verordnung bislang in der PKV um 10,2 Prozent höher als in der GKV, betrage die Diffe-

renz aktuell noch 7,7 Prozent. Es bleibe aber weiterhin bei einem Kostenvorteil für die GKV, der unter anderem aus dem nur ihr gewährten Apothekenrabatt und den individuell ausgehandelten Rabattverträgen mit pharmazeutischen Herstellern resultiere. ck/pm

Forderung der Mittelstands-Union

Gebührenordnungen anpassen

Die Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU/CSU (MIT) hat sich dafür ausgesprochen, Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker regelmäßig auf den Prüfstein zu stellen und wenn nötig anzupassen. „Gebührenordnungen müssen regelmäßig an Leistungsinhalte und -bewertungen angepasst werden. Nur durch kontinuierliche Überprüfung in kurzen Zeitabständen ist Transparenz des Leistungsgeschehens sowie Rechtssicherheit bei Kostenkalkulation garantiert“, sagte ZA Dr. Rolf Koschorrek, Bundestagsabgeordneter und Vorsitzender der MIT-Bundeskommission Gesundheitspolitik. Er betonte, dass

eine Aktualisierung der Gebührenordnungen an die medizinische und wirtschaftliche Entwicklung längst überfällig sei. Die derzeit gültigen Gebührenordnungen seien veraltet und würden dem grundrechtlich gesicherten Anspruch auf ein angemessenes Honorar nicht gerecht.

Die MIT hat Eckpunkte festgelegt, wie sie sich die Ausgestaltung der Gebührenordnungen zukünftig vorstellt. So soll es zu keiner Einschränkung der freien Arztwahl der Patienten kommen und die Leistungsinhalte der Gebührenordnungen sollen regelmäßig an den Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst werden. eb/pm

DIHK-Umfrage

Fachkräfte fehlen im Gesundheitssektor

Eine aktuelle Umfrage des Deutschen Industrie- und Handelskammertages (DIHK) sieht einen Fachkräftemangel in der deutschen Gesundheitswirtschaft. Die Ge-



schäftslage der Betriebe hat sich verbessert, dadurch werden mehr Fachkräfte gebraucht.

„Doch die gute Entwicklung legt auch offen, welche Bremsen angezogen sind“, sagte DIHK-Präsident Hans Heinrich Driftmann der „Berliner Zeitung“: „Der wachsende Fachkräftemangel steht hier an erster Stelle. Mit 43 Prozent sehen ihn in der Gesundheitswirtschaft noch deutlich mehr Unternehmen als in der Gesamtwirtschaft als größtes Risiko

für ihre künftige wirtschaftliche Entwicklung – gegenüber 30 Prozent zu Beginn des vergangenen Jahres.“ In den sozialen und Gesundheitsdiensten sehen sogar zwei Drittel der Un-

ternehmen den Fachkräftemangel als größtes Risiko. Bei den Ärzten beklagen Arbeitsmarktexperten ebenfalls eine Unterversorgung. „Ausgeprägt ist auch der Mangel – und der ist tatsächlich flächendeckend – bei Ärzten“, sagte Frank-Jürgen Weise, Chef der Bundesagentur für Arbeit, laut „Berliner Zeitung“ in Nürnberg. eb

■ Mehr unter: www.dihk.de/presse/meldungen/2011-07-01-gesundheitswirtschaft

Approbationsordnung**Bahr will Medizinprüfungen ändern**

Die Bundesregierung will die Approbationsordnung ändern, um die Abschlussprüfungen für das Medizinstudium zu entzerren. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) sagte in der „FAZ“: „Wir wollen die schriftliche Abschlussprüfung künftig vor den abschließenden praktischen Teil der Ausbildung ziehen.“ Er wolle damit erreichen, dass sich die angehenden Ärzte in ihrem „Praktischen Jahr“ voll und ganz auf die praktische Arbeit konzentrieren könnten

und nicht durch die Vorbereitung auf das schriftliche Examen abgelenkt würden. Die Änderung habe nicht zum Ziel, die Quote der Nichtbesteher zu reduzieren. Der Freiraum sei notwendig, um praktische Erfahrung zu sammeln und Freude am Beruf zu gewinnen. Die bisherige Regelung sieht vor, dass die Medizinstudenten nach dem Physikum drei Staatsexamina bestehen müssen, bevor sie als Ärzte zugelassen werden.

Unter Studenten ist dieser 2003 eingeführte und 2006 erstmals durchgeführte Abschluss des mindestens sechsjährigen Studiums als „Hammerexamen“ verschrien. Mit den neuen Änderungen komme man auch Wünschen der 36 deutschen medizinischen Fakultäten nach.



Foto: Image Source-Fotoline

Gesichtsfehlbildungen**Eltern für frühe Untersuchungen**

Eine überwältigende Mehrheit der Eltern befürwortet die Ultraschalldiagnostik, mit der ab dem fünften Schwangerschaftsmonat Gesichtsfehlbildungen erkannt werden können. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG).

Die Ergebnisse der Untersuchung von Medizinern der Uniklinik München wurden auf der 61. Jahrestagung der DGMKG in Bamberg vorgestellt. Dafür

wurden 118 Fragebögen von Eltern ausgewertet, bei deren Kindern vor der Geburt eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte diagnostiziert wurde.

Insgesamt 94 Prozent der Befragten bewerteten die vorgeburtliche Diagnostik als grundsätzlich

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt**Dr. Dreihaupt im Amt bestätigt**

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt hat Dr. Frank Dreihaupt für weitere fünf Jahre zu ihrem Präsidenten gewählt.

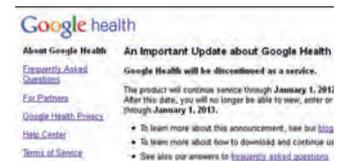
Im Amt des Vizepräsidenten der Zahnärztekammer bestätigt wurde der Burger Zahnarzt Ralph Buchholz. Vier der fünf Beisitzer

im Kammervorstand sind neu in dem Gremium: Dr. Nicole Primas, Magdeburg, Dr. Carsten Hünecke, Magdeburg, PD Dr. Christian Gernhardt, Halle, und Dr. Mario Dietze, Merseburg. Als Vorstandsmitglied wiedergewählt wurde Hubert Meister, Calbe. pr/pm

2012 ist Schluss**Google Health wird eingestellt**

Der 2008 für die USA online gestellte Webdienst Google Health wird Ende 2011 eingestellt, wie Google mitteilt. Grund ist mangelnder Zuspruch. Nutzer können ihre Daten noch bis Ende 2012 abrufen.

Google Health war als digitale Krankenakte gedacht: Nutzer konnten persönliche Daten wie Krankheiten oder Medikation speichern. Auch Ärzte und Apo-



theker hätten patientenbezogene Daten eingeben können, wenn sie eine Partnerschaft mit Google eingegangen wären. Kritisiert wurde, dass ein kommerzieller Dienst sensible Daten speichert, schreibt die „Ärzte-Zeitung“. ck

Pflege-Zusatzversicherung**Pflicht abgelehnt**

Mehr als die Hälfte der Deutschen (54,6 Prozent) lehnt eine verpflichtende private Pflege-Zusatzversicherung ab, wie sie von FDP und Union in Berlin erwogen wird. Das geht aus Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK hervor. Zwei Drittel der Befragten sprachen sich gegen die Einführung pauschaler Zusatzbeiträge aus. Auch der Vorschlag, bei höheren Ausgaben künftig ausschließlich die Versicherten, nicht aber den Arbeitgeber in die Pflicht zu nehmen, wird mehrheitlich abgelehnt (64 Prozent). Für die Erhebung wurden 1.600 gesetzlich Versicherte befragt. eb/dpa



Foto: MEV

IDI-Paro-Diskussionsrunde

Parodontitis gemeinsam bekämpfen

Wie man die Zusammenarbeit zwischen Zahnmedizinern und Medizinern auf dem Gebiet der Parodontitisfrüherkennung verbessern kann, diskutierte die Interdisziplinäre Diagnostik-Initiative für Parodontitisfrüherkennung (IDI-PARO) in Berlin. Die IDI-Paro fordert gemäß der Weltgesundheitsorganisation (WHO) konkrete Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit weltweit. BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich erklärte: „Wir wissen über kausale Zusammenhänge von Parodontitis und Allgemeinerkrankungen. So haben Diabetiker tiefere Taschen

und eine deutlich höhere Zahnverlustrate.“ Der BZÄK-Vize monierte, dass Medizinstudenten in ihrer Ausbildung dennoch keine einzige Stunde Zahnmedizin erhielten. Gerade auch deshalb sei es sinnvoll, im Rahmen einer Kooperation gemeinsame Plattformen für interdisziplinäre Fortbildungen zu schaffen. Den Blick auf die Ursachen für Parodontitis gerichtet sagte Oesterreich: „Soziale Umfeldrisiken sind die größten Faktoren für die Erkrankung.“ Dr. Jacqueline Detert, Fachärztin für Rheumatologie an der Berliner Charité, ergänzte:



Foto: IDI-PARO

„Zahnmedizinische Untersuchungen sind essenziell, um den Infektionsherd mittels Fokussuche zu identifizieren.“ Schließlich könne eine Entzündungskaskade auch durch eine Parodontitis verursacht werden. Aus internistischer Sicht dürfe man den Mundraum nicht vergessen. Konsens herrschte hinsichtlich der Tatsache, dass die

Suche nach entsprechend großen Patientenkohorten zukünftig zu den primären einenden Herausforderungen innerhalb der Wissenschaft zählen werde. Auf dem Foto v.l.n.r.: Prof. Andreas Pfeiffer, Dr. Dietmar Oesterreich, Dr. Jacqueline Detert, Jan-Philipp Schmidt, Dr. Markus Vogt, Prof. Anton Friedmann sf

City BKK

Zahnbehandlungen sicher gestellt

Nach der Insolvenz der City BKK, die zum 30.06.2011 durch das Bundesversicherungsamt geschlossen wurde, haben sich die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung kurzfristig auf eine Vereinbarung verständigt, die die zahnärztliche Versorgung der Versicherten im Blickfeld hat. Um eine reibungslose Leistungsgewährung der City BKK Versicherten sicherzustellen, können Versicherte mit ungeklärten Mitgliedschaftsverhältnissen im III. Quartal noch die Krankenversichertenkarte der City BKK als Nachweis der Anspruchsberechtigung vorlegen. Heil- und Kostenpläne, die die City BKK noch vor dem Tag ihrer Schließung genehmigt hat, können auch weiterhin gegenüber der City BKK abgewickelt werden. Legt der Versicherte im Laufe des III. Quartals die neue Versichertenkarte vor, erfolgt die Abrechnung der ab

CITYBKK

Praxen aufschlagen. sg

diesem Zeitpunkt erbrachten Leistungen gegenüber der neuen Kasse. Die neu gewählte Kasse ist ohnehin verpflichtet, die wegen der genehmigten HKPs vor dem Schließungsdatum erbrachten Leistungen abzurechnen.

Um für die Zeit nach der Kassenschließung Klarheit zu haben, sollten planbare oder genehmigungspflichtige Leistungen mit dem Versicherten so abgestimmt werden, dass nicht laufend neue Fälle hinzukommen, die noch gegenüber der insolventen Kasse abgewickelt werden müssen.

Die Vereinbarung orientiert sich bereits an den entsprechenden Regelungen im Regierungsentwurf des geplanten Versorgungsstrukturgesetzes. Damit stellt der Vorstand der KZBV sicher, dass die Versäumnisse in der Krankenkassenlandschaft nicht auf dem Rücken der ehemaligen City-BKK-Versicherten ausgetragen werden und anschließend in den Praxen aufschlagen. sg

Reaktion auf Kündigung

Mehr als 250 Mitarbeiter klagen

Nach der Abwicklung der City BKK wollen viele Berliner Mitarbeiter der Krankenkasse Kündigungen nicht kampflos hinnehmen. Beim Arbeitsgericht Berlin seien bisher mehr als 250 Klagen eingereicht worden, teilte das Gericht mit. Die in vielen Verfahren erzielten Güteverhandlungen hätten bisher wiewohl nicht zu gütlichen Einigungen geführt. Nun gibt es Pläne, nicht jedes Verfahren einzeln zu betreiben. Da viele Kläger von denselben Anwälten oder Prozessbevollmächtigten vertreten werden, wollen sie sich auf Musterverfahren einigigen. Das Ergebnis dieser Verhandlungen könnte dann auf ähnliche Fälle übertragen werden. Für die rund 400 Mitarbeiter der City BKK endet mit der Abwicklung aber auch ihr Arbeitsverhältnis. Mitarbeiter mit kündbaren Verträgen müssen sich nach Angaben der City BKK zum 1. Juli einen neuen Job suchen. Unkündbare Verträge könnten außerordentlich aus einem wichtigen Grund beendet werden, so ein Sprecher. ck/dpa

tigten vertreten werden, wollen sie sich auf Musterverfahren einigigen. Das Ergebnis dieser Verhandlungen könnte dann auf ähnliche Fälle übertragen werden. Für die rund 400 Mitarbeiter der City BKK endet mit der Abwicklung aber auch ihr Arbeitsverhältnis. Mitarbeiter mit kündbaren Verträgen müssen sich nach Angaben der City BKK zum 1. Juli einen neuen Job suchen. Unkündbare Verträge könnten außerordentlich aus einem wichtigen Grund beendet werden, so ein Sprecher. ck/dpa

Vorschlag in Organspende-Diskussion

Spendewille soll auf eCard

Der Bundesbeauftragte für Datenschutz, Peter Schaar, hat in der Diskussion um eine Neuregelung der Organspende einen neuen Vorschlag eingebracht. Er will die Spendenbereitschaft auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) vermerken lassen. „Das hat gegenüber anderen denkbaren Lösungen den Vorteil, dass die sensible Information über die Bereitschaft zur Organspende verschlüsselt gespeichert werden kann“, sagte Schaar laut „Deutschem Ärzteblatt“ in Berlin. In Notfallsituationen würden Ärzte und Sanitäter dadurch so-



Foto: VISUM

fort erfahren, ob jemand ein Organspender sei. Eine zentrale Datenbank wäre damit genauso überflüssig wie ein von jedermann lesbarer Ausweis, der bei Verlust missbraucht werden könnte, erklärte Schaar laut dem „Ärzteblatt“. eb

Umfassendere Qualitätsberichte

G-BA verpflichtet Kliniken

Krankenhäuser in Deutschland müssen die Qualität ihrer Behandlungen künftig umfassender darstellen als bisher. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erhöhte die Anzahl der in den Krankenhausberichten zu veröffentlichten Qualitätsindikatoren von 28 auf bis zu 182. Zu den neuen Indikatoren gehören die Beweglichkeit nach Erstimplantation von Knie-Endoprothesen und die Zahl der Patienten, die nach einer solchen OP wegen Komplikationen erneut operiert werden mussten. Ebenfalls neu ist die Veröffentlichung der Anzahl von Wundinfektionen nach einem Einsatz neuer Hüftgelenke und die Anzahl von Neugeborenen, bei denen direkt nach der Geburt besonders schlechte Werte gemessen wurden, die auf eine Notlage unter der Geburt schließen lassen.

Bei der Auswahl der Qualitätsindikatoren folgte der G-BA den Empfehlungen des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA). „Die Patienten



Fotos: MEV

und auch die einweisenden Ärzte können sich mit dem Qualitätsbericht ein sehr viel genaueres Bild von den Leistungen der Krankenhäuser machen“, sagte der Geschäftsführer des AQUA-Instituts, Prof. Joachim Szecsenyi. Allerdings müssten die bereitgestellten Informationen patientengerecht aufbereitet werden, so dass sie auch von Nicht-Medizern verstanden werden. ck/pm

Ältere Patienten**Kailuweit fordert Medikamentencheck**

Insgesamt 20 Prozent der Versicherten nehmen fünf oder mehr Arzneimittel ein, vor allem die 60- bis 85-jährigen sind davon betroffen. Das geht aus einer Auswertung der KKH-Allianz hervor.



Foto: photodisc

Deshalb fordert deren Vorstandsvorsitzender Ingo Kailuweit einen regelmäßigen Medikamentencheck für ältere Patienten. „Die Medikamente können zu einem gefährlichen Cocktail werden. Denn je mehr Präparate genommen werden, desto geringer ist die Verträglichkeit der einzelnen Mittel“, erklärte Kailuweit

laut Mitteilung. Mögliche Folgen der Mehrfachmedikation sind bei älteren Patienten beispielsweise Magenbluten, Stürze, Inkontinenz oder Verwirrtheit. 27 Prozent der älteren Versicherten bekommen sogar Medikamente vom Arzt verschrieben, die ihnen grundsätzlich schaden können.

eb/pm

Ursachenforschung**Samen unter Ehec-Verdacht**

Ägyptische Bockshornkleesamen könnten der Auslöser für die Ehec-Ausbrüche in Deutschland und Frankreich sein. Zu diesem Schluss kommen zwei europäische Behörden in einer gemeinsamen Analyse. Laut der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) in Parma und dem Europäischen Zentrum zur Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) in Stockholm scheint es eine Verbindung zwischen einer ägyptischen Samenlieferung von 2009 zu dem Ehec-Ausbruch in Frankreich zu geben, während ein Export von Bockshornkleesamen im Jahr 2010 nach Deutschland eine Rolle gespielt



Foto: ddpimages

haben könnte. Ägyptische Bockshornkleesamen seien in die Ehec-Ausbrüche in beiden Ländern verwickelt. Allerdings gebe es noch viel Unsicherheit, ob das wirklich die gemeinsame Ursache aller Ehec-Erkrankungen sei. Die beiden Behörden halten ausdrücklich fest, dass Bockshornkleesamen oft in einer Samenmischung auf den Markt kommen, was eine Kontaminierung beim Umverpacken nicht ausschliesse. eb/dpa

Osteoporose**Falten sind bei Frauen ein Hinweis**

Bei Frauen in den Wechseljahren lässt sich an den Falten ablesen, wie brüchig die Knochen sind. Je mehr Falten und je geringer die Hautfestigkeit, desto niedriger ist die Knochendichte – sprich desto höher die Osteoporosegefahr –, berichten US-Forscher von ihren Untersuchungsergebnissen.

Sie stellten ihre Resultate auf der Jahrestagung der Endocrine Society in Boston vor, meldet „Spiegel online“. Sowohl die Gesichtshaut als auch die Knochendichte von Frauen am Anfang der Wechseljahre unterzogen sie einer genauen Untersuchung. „Mit dem Alter verändert sich die Haut und gleichzeitig ver-



schlechtern sich Qualität und Quantität des Knochengewebes“, sagte Studienleiterin Lubna Pal (Yale University) gegenüber „Spiegel online“. „Vom Erscheinungsbild und den physikalischen Eigenschaften der Haut ergeben sich Hinweise auf die Gesundheit des Skeletts. Das könnte dem Arzt ermöglichen, das Knochenbruchrisiko von Frauen nach der Menopause auf einen Blick zu erkennen.“ eb

Gebärmutterhalskrebs**Zu wenige Mädchen geimpft**

Foto: TK-Pressfoto

Mädchen in Deutschland werden zu wenig beziehungsweise gar nicht gegen Gebärmutterhalskrebs geimpft. Das zeigt eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP). Der Impfschutz gegen Gebärmutterhalskrebs auslösende humane Papillomviren (HPV) liegt bei den 17-Jährigen bei 40 Prozent. Damit stellen sie die am besten geschützte Altersgruppe. Als primäre Zielgruppe gelten

jedoch Zwölf- bis 13-jährige, da die Impfung möglichst vor dem ersten sexuellen Kontakt erfolgen sollte. In dieser Gruppe weist jedoch nur eines von zehn Mädchen einen Impfschutz auf. Zum Vergleich: in Großbritannien sind es acht von zehn.

Für die Studie wurden Daten aus den Jahren 2006 bis 2009 von insgesamt 113 800 privat versicherten Frauen und Mädchen im – für die HPV-Impfung relevanten – Alter von neun bis 26 Jahren herangezogen. In der Bundesrepublik werden jährlich etwa 5 550 Neuerkrankungen und 1 500 Sterbefälle aufgrund von Gebärmutterhalskrebs registriert. Die Kosten für die Impfung werden sowohl von der PKV als auch von der GKV übernommen. eb/pm

Sexualhormone als Steuerung**Das Immunsystem wird reguliert**

Australische Forscher haben herausgefunden, dass die Reaktion des Immunsystems von Sexualhormonen gesteuert wird. Ob sich jemand erkältet, ist daher offenbar eine Frage des Geschlechts und des Alters.

Die Wissenschaftler der School of Medicine der University of Queensland um Prof. John Upham stellten fest, dass das Immunsystem junger Frauen heftiger auf Rhinoviren reagiert als das junger Männer. Diese Unterschiede waren nach der Menopause jedoch nicht mehr festzustellen.

Upham zufolge sind diese Ergebnisse für die Entwicklung neuer Behandlungsmethoden des Rhinovirus von entscheidender



Fotos: MEV

Bedeutung. „Während Gesunde kaum von den Viren beeinträchtigt werden, können sie Asthmapatienten und Menschen mit anderen chronischen Lungenerkrankungen heftig zusetzen. Wenn wir nach neuen Behandlungsmethoden zur Verhinderung dieser Infektionen suchen, müssen wir die Auswirkung von Hormonen und deren Beeinflussung des Immunsystems unter die Lupe nehmen.“ ck/pm

Hongkong**Neuer Scharlach-Erreger grassiert**

Mediziner warnen vor einem besonders gefährlichen Scharlach-Erreger, der bereits zwei Kinder in Hongkong getötet hat. Vermutlich mache eine Veränderung im Erbgut den Erregerstamm besonders infektiös.

Das teilten Forscher der Universität Hongkong mit. Sie haben das Genom des neuartigen Erregers bereits sequenziert. Der neue Stamm ist nach Medizinerangaben zudem gegen Antibiotika resistent, die gewöhnlich gegen Scharlach eingesetzt werden. Ein siebenjähriges Mädchen und ein 15-jähriger Junge waren in den vergangenen drei Wochen in Hongkong an Scharlach gestorben – es seien die ersten Scharlachtoten in der Stadt seit zehn Jahren. In diesem Jahr seien mehr als 300 Menschen erkrankt,

dreimal so viele wie im Vorjahr. Die Genetiker fanden ein kleines Erbgutstück, das in Vergleichsstämmen nicht vorkommt und etwa 2,5 Prozent des Erbguts ausmacht. Es stamme wahrscheinlich von anderen Mundbakterien und trage dazu bei, dass der neue Stamm infektiöser werde. Scharlach verbreitet sich über Tröpfcheninfektion zum Beispiel beim Niesen. Oft beginnt die Krankheit mit hohem Fieber, Kopfschmerzen und Erbrechen. Typische Symptome sind eine Mandelentzündung, Zungenbelag und ein fleckiger Hautausschlag, der sich oft über den ganzen Körper zieht. Komplikationen sind Entzündungen des Mittelohrs oder der Gelenke, es kann auch zu einer tödlichen Blutvergiftung kommen. eb/dpa

Krebszellen**Wachstum aus sich selbst heraus**

Krebszellen wachsen nicht überall im Körper gleich gut, häufig schaffen sie sich erst die Bedingungen, damit sie wachsen können. Nachdem diese Erkenntnis für feste Tumore bereits bewiesen war, konnte sie nun auch für Formen von Lymphdrüsenkrebs bestätigt werden.

Das konnten die Immunologin Uta Höpken vom Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin und der Hämatologe Dr. Armin Rehm von der Charité anhand der Ausbreitung von Lymphomzellen zeigen. Die Forscher stellten bei Mäusen fest, dass die Ansiedlung von Lymphomzellen



Foto: DocStock

in den Lymphknoten oder in der Milz entscheidend von bestimmten Boten- und Wachstumsstoffen (Chemokinen) abhängt.

Chemokine locken normalerweise Immunzellen zu einer Infektion oder zu einem Entzündungsort. Lymphomzellen als ehemalige Immunzellen haben auf ihrer Zelloberfläche spezielle Rezeptoren,

an die diese Botenstoffe binden. Bekommen die Krebszellen das Signal über ihren Rezeptor CCR7, wandern die Krebszellen in Lymphknoten und in bestimmte Areale der Milz.

CCR7 steuert aber nicht nur die Wanderung der Lymphomzellen, sondern ist damit offenbar auch entscheidend für ihre Entwicklung und ihr Überleben. Wie die beiden Forscher in einem weiteren Schritt zeigen konnten, wachsen die Lymphome im Lymphknoten oder in der Milz ohne diesen Rezeptor sehr langsam. eb/pm

Erratum

In der Ausgabe Nr. 11/2011 auf Seite 81 schreibt Susanne Theisen über die Versorgungslücke im Hospizwesen. Leider sind dort Zusammenhänge falsch aus der HPCV-Studie aufgenommen worden. Insgesamt erhielten im Jahr 2010 78,2 Prozent der verstorbenen Menschen keine palliative oder hospizliche Begleitung, obwohl sie diese benötigt hätten. Von den Sterbenden, die begleitet wurden, erhielten mehr als ein Drittel (35,3 Prozent) keine professionelle palliative Unterstützung. Somit wächst die Zahl derer, die keine professionelle Unterstützung bekommen, auf 435 000 Menschen pro Jahr. zm

Die Reform des G-BA als Chance

Das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG) scheint – zumindest was die groben Linien angeht – zwischen den Akteuren zementiert. Detailarbeiten stehen an, Forderungen einzelner Interessenverbände werden laut, sodass Modifikationen am vorliegenden Referentenentwurf höchstwahrscheinlich und laut BMG auch gewollt sind.

Ein Erfolg für die Zahnärzteschaft ist die Reform des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems, von der Zahnärzteschaft lange gefordert und endlich erreicht – das Ende der Budgetierung durch Aufgabe der Grundlohnsammenanbindung, mehr Handlungsspielräume für regionale Vertragspartner und die einmalige Ermittlung landesdurchschnittlicher Punktwerte.

Für die Zahnärzteschaft – und gerade für sie – ist die Umstrukturierung des G-BA ein bedeutendes Thema: Avisiert ist die Stärkung der Neutralität der Unparteiischen.

Sie dürfen in den letzten drei Jahren nicht mehr bei den Trägern und ihrer Basis tätig gewesen sein. Der Gesundheitsausschuss des Deutschen

Bundestags hat ein Widerspruchsrecht, das Vorschlagsrecht obliegt weiterhin den Trägerorganisationen. Stimmen nicht betroffener Leistungserbringerorganisation können auf betroffene Leistungserbringerorganisationen übertragen werden. Bei Ausschluss von Leistungen bedarf es eines Mindestquorums von ungefähr zwei Dritteln (Neun Stimmen). Stellungnahmeberechtigte Verbände und Institutionen erhalten ein mündliches Anhörungsrecht. Die Länder beraten bei Beschlüssen zu Bedarfsplanungsrichtlinien mit. Der G-BA ist zur Abschätzung entste-

hender Bürokratiekosten verpflichtet. Spezifische Entscheidungsgremien, die Übertragung von Stimmen auf direkt betroffene Leistungserbringerorganisationen, sind eine Antwort auf eine langjährige Forderung. Warum sollte man ohne die entsprechende fachliche Kompetenz dazu verpflichtet sein, über die Belange anderer – wie zum Beispiel Krankenhäuser – zu entscheiden?



Foto: privat

Die über das Versorgungsgesetz vorgesehenen strukturellen Änderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses werden die Stellung der zahnärztlichen Selbstverwaltung festigen, meint Julian Visarius, gesundheitspolitischer Fachjournalist im LeV Verlag.

Andererseits bietet gerade die Zahnheilkunde aus dem Blickwinkel einer ganzheitlichen Betrachtung nicht zu vernachlässigende sektorenübergreifende Ansätze. Aber dies ist eine alte Diskussion unter den Leistungserbringern, die sich gelegentlich untereinander den Vorwurf machen, aus taktischen Gründen mit der GKV zu stimmen.

Mit dem GKV-VSG gewinnt der G-BA durch neue ihm zugewiesene Aufgaben an Machtfülle durch Regelungskompetenz, damit an Bedeutung für das Gesundheitssystem als untergesetzlichem Normgeber. Für manche

ist das viel zu viel. Aber um mit Jens Spahn, dem gesundheitspolitischen Sprecher der CDU/CSU Bundestagsfraktion, zu sprechen: Wer sollte es sonst machen?

Dem oft geäußerten Vorwurf fehlender Transparenz soll mit neuen Möglichkeiten für die Industrie entgegnet werden – Beratungs- und mündliches Anhörungsrecht. Aber ist das schon Transparenz? Und wie weit darf Transparenz gehen, ohne die Vertraulichkeit zu verletzen? Das „Veto-Recht“ des Gesundheitsausschusses bei der Benennung der Unparteiischen wird neben der bereits vorhandenen Legitimation durch die Sozialwahlen ein weiteres demokratisches Element in der Selbstverwaltung etablieren. Auch die stärkere Einbindung der Länder kann dazu einen Beitrag leisten. So wird dem G-BA nicht nur ein Mehr an Transparenz, sondern auch ein Mehr an Föderalismus verordnet, zumindest bei der Bedarfsplanung. Die sonst verschlossen scheinenden Tore des G-BA öffnen sich mit dem GKV-VSG ein Stück weiter nicht nur für die Länder, sondern auch für die Industrie.

Die Stellung des G-BA wird durch die Neustrukturierung und durch die Erweiterung der Kompetenzen gefestigt. Auch die Zahnärzteschaft wird mit ihrem Engagement, bei allen Kritikpunkten, davon profitieren. Aber noch ist alles im Fluss.



Foto: sinopictures-viewchina

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

Alters- und Behindertenzahnheilkunde

Signalisierte Zustimmung

In der Anhörung zum Versorgungsgesetz am 29. Juni wurde das A&B Konzept von den gewählten Vertretern des Berufsstandes explizit angesprochen, um im Zuge des laufenden Gesetzgebungsverfahrens Rahmenbedingungen für die Finanzierung des Mehraufwandes bei der Behandlung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen zu schaffen. Zuvor trafen sich die Vertreter von Betroffenen- und Fachverbänden in Berlin.

Das Reformkonzept mit dem Titel „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“, das Wissenschaftler der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnheilkunde (DGAZ) und der Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im Bundesverband Deutscher Oralchirurgen (BDO) gemeinsam mit der Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) entwickelt haben, wurde vor einem Jahr in Berlin vorgestellt.

Das Konzept zielt darauf ab, Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen zukünftig Anspruch auf besondere präventive zahnmedizinische Leistungen ihrer Krankenkasse zu gewähren, wenn sie zur täglichen Mundhygiene nicht selbstständig und im ausreichenden Maß in der Lage sind. Da viele Patienten aufgrund ihrer geistigen oder körperlichen Einschränkungen nicht in die Zahnarztpraxis kommen können, soll außerdem die aufsuchende Betreuung durch den Zahnarzt gefördert werden.

Vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention mit ihrem Anliegen einer inklusiven Gesellschaft (Stichwort Teilhabe) bedarf es in diesem Bereich dringend struktureller Anpassungen sowie der Schaffung eines ordnungspolitischen Rahmens.

Konstruktive Atmosphäre

Aus diesem Grund trafen sich Vertreter der Betroffenenverbände am 15. Juni im Evangelischen Geriatriezentrum in Berlin mit den Zahnmedizinern, um das A&B Konzept interdisziplinär am runden Tisch in konstruktiver Atmosphäre zu diskutieren und politische Forderungen zu formulieren. Konsens herrschte bezüglich der Einsicht, dass eine Umsetzung des Konzeptes nur mit Hilfe des Gesetzgebers gelingt (Kasten). Der Vorsitzende des Arbeitskreises Gesundheitspolitik der Fachverbände der Behindertenhilfe, Prof. Dr. Michael Seidel, fasste die Forderungen der Betroffenenverbände für



Fotos: Clara Dinand – Fotolia.com, KZBV-Darçhinger

eine bedarfsgerechte zahnmedizinische Betreuung so zusammen: „Viele Menschen mit schweren Behinderungen sind nicht in der Lage, selbst die Zähne putzen oder eine Zahnarztpraxis für präventive Maßnahmen aufzusuchen und dafür zu bezahlen. Nicht selten weisen sie eine sehr problematische Mund- und Zahngesundheit auf.“ Die Regelungen der GKV seien darauf noch nicht abgestimmt. Deshalb müsse endlich die Anspruchsberechtigung auf besondere zahnmedizinische Vorsorge gesetzlich festgeschrieben werden, forderte Seidel.

Prof. Andreas Schulte, leitender Oberarzt an der Poliklinik für Zahnerhaltung in Heidelberg und Dr. Imke Kaschke, 2. Vorsitzende der AG Zahnärztliche Behindertenbehandlung im BDO, wiesen auf die besonderen zahnmedizinischen Herausforderungen hin, die sich bei der Betreuung von Menschen mit Behinderung oder in Pflege ergeben: „Die Mundgesundheit der Betroffenen ist insgesamt wesentlich schlechter als im Bevölkerungsdurchschnitt. Die Behandlung erfordert oft einen hohen Kommunikations- und Versorgungsaufwand oder ist nur unter Vollnarkose möglich“, so Kaschke.

Auch der stellvertretende Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Wolfgang Eßer wohnte dem Treffen bei. Das A&B Konzept sei ein wichtiger fehlen-



Foto: sf/zm

Zuversichtlich (v.l.n.r.): Prof. Ina Nitschke, Prof. Andreas Schulte und Frau Dr. Imke Kaschke



„ Es wäre ausgesprochen hilfreich, wenn uns alle teilnehmenden Verbände für die politische Arbeit ihre Unterstützung signalisieren.

*Dr. Wolfgang Eber,
KZBV-Vorstand*

der Baustein im Versorgungsgesetz. Über ein Änderungsverfahren werde nun angestrebt, auf das laufende Gesetzgebungsverfahren noch Einfluss zu nehmen.

Die Tagung in Berlin gebar abschließend zwei konsentierete Ergebnisse:

■ **Alle vertretenen Verbände und Organisationen wollen sich öffentlich zum A&B Konzept bekennen**

■ **Lokale politische Entscheidungsträger sollen auf das Konzept angesprochen und die Problematik sowie der gesetzgeberische Handlungsbedarf vorgestellt werden.**

Prof. Ina Nitschke, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin, erklärte kürzlich bei der Vorstellung des Berliner Modellprojektes „Saubere Dritte in der Pflege: „Die zahnmedizinische Betreuung von Menschen in Pflegeeinrichtungen ist ein Stiefkind der deutschen Gesundheits- und Sozialpolitik“. Es sei würdelos, wie die deutsche Gesellschaft mit ihren pflegebedürftigen Mitgliedern umgehe. Ihr Appell: Gerade bei den politischen Entscheidungsträgern müsse ein Umdenken einsetzen. sf

INFO

Änderung SGB V

Der ordnungspolitische Rahmen soll laut den Entwicklern des A&B Konzeptes bei § 22 a SGB V angesiedelt werden. Näheres zur Umsetzung sollte in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach § 92 SGB V – hinsichtlich der Bewertung im Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegt werden.

Medizinischer Fakultätentag Rostock

Wissenschaft am Puls der Zeit

Aktuelle Fragen aus Forschung, Lehre und Versorgung standen auf dem Programm des 72. Medizinischen Fakultätentags (MFT) vom 23. bis 24.6.2011 in Rostock. Neben einer politischen Standortbestimmung von Gesundheitsminister Daniel Bahr spielte die Diskussion um die wachsende Akademisierung der Gesundheitsfachberufe eine Rolle.

MFT-Präsident Prof. Dr. Dieter Bitter-Suermann umriss in seiner Einführung die Herausforderungen für die Hochschulmedizin. In den nächsten zehn Jahren würden in der Forschungslandschaft vor allem die „Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung“ und die zweite Exzellenzinitiative des Bundes und der Länder zur Förderung von Wissenschaft und Forschung im Vordergrund stehen. In der Lehre und Ausbildung gehe es um die Evaluation von Modellstudiengängen durch den Wissenschaftsrat sowie deren Verstetigung. Auch der Umgang mit der Abschaffung von Studiengebühren und das Problem der doppelten Abiturjahrgänge stünden auf der Tagesordnung. Im Krankenversorgungsbereich müsse man sich mit DRGs sowie mit der Umstellung von Landesbasisfallwerten auf einen Bundesbasisfallwert auseinandersetzen.

Minister zu Gast

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr bescheinigte der deutschen Hochschulmedizin klare Erfolge. Am Beispiel EHEC zeige sich die hervorragende Leistung der betroffenen Krankenhäuser und deren Mitarbeiter. Derzeit werde geprüft, ob die an der Behandlung von EHEC-Patienten beteiligten Krankenhäuser eine Sondervergütung erhalten können. Bahr verwies ferner auf die Herausforderungen des Gesundheitswesens wie den medizinisch-technischen Fortschritt, die damit verbundenen steigenden Kosten, die begrenzten Ressourcen und den effizienten Umgang damit. Die Politik sei gefordert, hierzu die geeigneten Rahmenbedingungen zu schaffen.

Was die Hochschulmedizin betreffe, müsse der medizinische Nachwuchs auf hohem Niveau weiter ausgebildet werden, so Bahr. Auch hier sei die Politik gefordert, die Ver-



Fotos: Regina Sablotny

antwortung zu übernehmen, gerade auch im Hinblick auf den drohenden Ärztemangel und die Versorgungsprobleme in der Fläche. Bahr sprach sich für die Beibehaltung des Staatsexamens und gegen die Einführung von Bachelor-/Masterstrukturen in der Medizin aus.

Gesundheitsfachberufe

Einen Diskussionsschwerpunkt legte der Medizinische Fakultätentag auf die Gesundheitsfachberufe und deren Akademisierung. Prof. Dr. Heidi Höppner, Professorin für Physiotherapie der Fachhochschule Kiel und Vorstandsvorsitzende des Hochschulverbundes Gesundheitsfachberufe (HVG) machte deutlich, dass die Akademisierung in diesem Bereich nicht mehr aufzuhalten sei. Sie verwies auf die neu gegründete Hochschule für Gesundheit in Bochum, auf entsprechende Modellklauseln in den Berufsgesetzen und auf die große Nachfrage nach Studienplätzen. Vor allem in der Pflege sei die Akademisierung weit fortgeschritten, aber auch die Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und das Hebammenwesen zögen nach. Nicht zuletzt basiere dies auf veränderten Versorgungsbedarfen (Demographie, Flä-



Foto: MEV

MFT-Präsident Prof. Dr. Dieter Bitter-Suermann (l.) und Gesundheitsminister Daniel Bahr auf dem Medizinischen Fakultätentag in Rostock.



chenproblematik) und auf Entwicklungen im Ausland. Sie plädierte dafür, die Kompetenzen aller Disziplinen im Gesundheitswesen zu nutzen und sprach von einer „historischen Chance in Deutschland für alle“.

Kritisch sah der Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Dr. Andreas Crusius, diese Entwicklungen hinsichtlich der Verteilung von Substitution und Delegation von Leistungen. Zwar sei eine Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe bei steigendem Versorgungsbedarf sinnvoll, aber die Rechtssicherheit und Einheitlichkeit der Heilkundenausübung müsse gewahrt bleiben. Crusius: „Die Verantwortung der Ärzte ist unteilbar und durch den Arztvorbehalt geregelt.“ Nicht delegierbar seien höchstpersönliche Leistungen des Arztes. Sowohl zivil- als auch strafrechtliche Regelungen kämen hier zum Tragen. Die Delegationsentscheidung des Arztes sei von der Qualifikation des einzelnen Mitarbeiters abhängig zu machen: „Der Facharztstandard muss beibehalten werden und die Gesamtverantwortung für Diagnostik und Therapie liegt einzig und allein beim Arzt.“ pr

Geplantes Versorgungsgesetz

Licht und Schatten

Am 29. Juni 2011 hatten Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) in einer Anhörung Gelegenheit, der Regierung die Position der Zahnärzteschaft zum geplanten Versorgungsgesetz darzulegen. Beim Gesetzentwurf sehen die beiden Standesorganisationen Licht und Schatten.

Grundlage für die Anhörung bildete eine gemeinsame Stellungnahme von BZÄK und KZBV, deren Aspekte in die Anhörung getragen wurden. In einer allgemeinen Bewertung begrüßten BZÄK und KZBV die lange überfällige Strukturreform des Vergütungssystems für die Zahnärzte, die mit dem

kannte Sondersituation der vertragszahnärztlichen Versorgung noch stärker zu berücksichtigen. Kritisiert wurde, dass weitere Reformbereiche in der vertragszahnärztlichen Versorgung im Referentenentwurf weitgehend unberücksichtigt geblieben seien. „Bedauerlicherweise lässt der Gesetz-

net werden. Die Behandlung von Patienten mit Behinderung sei ungleich schwieriger und aufwendiger, erfordere ein eigenständiges Versorgungskonzept und sei ohne Ergänzungen der geltenden Vorschriften im SGB V nicht möglich. Zur Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen hätten BZÄK und KZBV zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) und der Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im BDO (Berufsverband Deutscher Oralchirurgen) bereits ein umfassendes Konzept vorgelegt, was allerdings im Gesetzentwurf keine Berücksichtigung finde.

Weiteren Reformbedarf sehen BZÄK und KZBV für die vertragszahnärztliche Versorgung noch in weiteren Bereichen, wie etwa bei den Bestimmungen zur Wahl der Kostenerstattung oder bei der Ausgestaltung der vertragszahnärztlichen Versorgung als eigenständiger Leistungsbereich. Gerade dieser Aspekt fände viel zu wenig Beachtung. So soll etwa die vertragszahnärztliche Versorgung in die vorgesehenen Neuregelungen zur Vermeidung von Unterversorgungen, besonders bei der Bedarfsplanung und der Zulassungsverordnung, einbezogen werden. Und das, obwohl eine mit der vertragsärztlichen Versorgung vergleichbare Problemlage gar nicht besteht.

Zudem lasse der Entwurf Unterschiede zwischen der ärztlichen und der zahnärztlichen Behandlung und den darauf aufbauenden Versorgungssystemen unberücksichtigt. Anders als im Bereich der ärztlichen Behandlungen erfolge eine zahnärztliche Behandlung in der Regel unmittelbar in der zahnärztlichen Praxis und damit „aus einer Hand“. Kooperationen mit anderen Leistungserbringern oder sektorenübergreifende Versorgungsformen spielten im Bereich der zahnärztlichen Behandlungen keine Rolle. Eine pauschale Ausweitung von Maßnahmen im ärztlichen Bereich auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung sei daher abzulehnen. sg



Foto: CHROMORANGE-medicalpicture

Inwieweit die zahnärztliche Versorgung hierzulande optimiert wird, bleibt so lange abzuwarten, bis das Gesetz beschlossen ist.

Gesetz verbunden ist, Stichwort: Entbudgetierung. Nach dem bereits erfolgten Aus der Budgetierung im stationären wie im ambulanten ärztlichen Bereich soll dies zukünftig auch für den zahnärztlichen Bereich gelten. Gewürdigt wurde auch das Regierungsvorhaben, bei der jährlichen Fortschreibung der Mittel die strikte Orientierung an der Grundlohnsumme aufzugeben. Man habe wohl erkannt, „dass sie nicht das richtige Steuerungsmittel ist“. Somit könnten zukünftig Zahl und Struktur der Versicherten sowie die Morbiditätsentwicklung berücksichtigt werden. Begrüßt wurden zwar auch Überlegungen, die Entscheidungsstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu reformieren. Hierbei, so wurde angemerkt, sei jedoch die allgemein aner-

entwurf mit der Problematik der angemessenen Behandlung alter und behinderter Personen eine wesentliche, gesellschaftspolitische Fragestellung unberücksichtigt, die infolge der sich abzeichnenden demografischen Entwicklung in Zukunft noch weiter an Schärfe gewinnen wird“, so BZÄK und KZBV.

Zahnmedizin als eigener Versorgungsbereich

Gerade behinderte und pflegebedürftige Menschen gehörten zu den Hochrisikogruppen für Karies- und Parodontalerkrankungen. Diesen Risiken könne mit dem derzeitigen Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung nicht wirksam begeg-

Vertreterversammlung 2011 der apoBank

Auf Konsolidierungskurs

Gute Nachricht für Kunden der apoBank: Nachdem die Bank im vergangenen Jahr erstmals in ihrer Geschichte keine Dividende für das Geschäftsjahr 2009 ausschütten konnte, hat die Bank 2010 wieder einen satten Gewinn erwirtschaftet. Dies kommt einer Dividendenzahlung von vier Prozent gleich, die an die Kunden gezahlt wird. Die Finanzspritze ist symbolhaft: Insgesamt befindet sich das Institut auf Konsolidierungskurs.

Dies ist auch das erklärte Ziel von Vorstandssprecher Herbert Pfennig, der auf der Vertreterversammlung am 17.06.2010 in Düsseldorf den Delegierten erneut die angepeilte Marschrichtung der Bank nannte: Nach den waghalsigen – und gescheiterten – Ausflügen in die Welt der Hochfinanz und der Risikopapiere soll die apoBank wieder „back to the roots“ – zurück zu den originären Finanzbedürfnissen von Ärzten, Apothekern und anderen Heilberuflern, ihrem traditionellen Kundenstamm, dem sie ein verlässlicher und seriöser Partner sein wolle.

Gutes Kreditgeschäft

Die Rückbesinnung auf die Kernkompetenzen der Bank ist Pfennigs Credo, seit er als Vorstandssprecher 2009 das Ruder übernahm. Offensichtlich mit Erfolg: Für 2010 konnte die Bank einen Jahresüberschuss von 53 Millionen Euro erwirtschaften. Neben der Dividendenausschüttung will die Bank 20 Millionen davon zu den Reserven packen.

Die wesentlichen Wachstumstreiber stellten laut Pfennig das Kredit- und das Einlagengeschäft dar. Zudem konnte die Bank durch gute Ergebnisse im Darlehensgeschäft (vier Milliarden Neuausleihungen in 2010) fast an das Rekordergebnis des Jahres 2009 anknüpfen. Von den vier Milliarden Euro entfällt die Hälfte auf Existenzgründungen und Praxisinvestitionen. Pfennig: „2009 war ein einmaliger Ausreißer. Dank unseres starken gesossen-

„Die Konzentration auf das Kerngeschäft hat sich bezahlt gemacht.“

Herbert Pfennig,
Vorstandssprecher apoBank

Vorstandssprecher
Herbert Pfennig
berichtete auf der VV
vom Aufwind
für die apoBank.



Fotos: apoBank



schaftlichen Geschäftsmodells ist es uns im Jahr 2010 gelungen, wieder auf die Erfolgspur zurückzukehren.“

Der Erfolg geht vor allem auf ein Plus im Kundengeschäft zurück: Die Geschäfts-

volumina im Kreditgeschäft, im Einlagengeschäft sowie im Anlagegeschäft der Bank sind weiter gestiegen. Dies auch dank 14.000 Neukunden, die zur apoBank stießen. Was die Aussichten für 2011 anbelangt, so konnte Pfennig von einem „im Plan“ befindlichen Verlauf berichten, Ziel sei es, weiter die Eigenkapitalquote zu erhöhen.

Des Weiteren sei es gelungen, die Risiken aus den strukturierten Finanzprodukten weiter zu senken. Am 31. Dezember 2010 lag der Wert bei 4,2 Milliarden Euro, aktuell belaufe er sich auf nur noch 3,6 Milliarden Euro. Damit habe es die Bank in rund zwei

Zahnarzt-Tourismus

Der dänische Patient

Eine besondere Form des kleinen Grenzverkehrs erlebt in der jüngeren Zeit Schleswig-Holstein. Patienten aus Dänemark kommen für Zahnbehandlungen nach Deutschland. Die Praxen stellen sich immer besser auf ihre neuen Patienten ein.

Viele Zahnärzte würden Kay Einfeldt um die Lage seiner Praxis beneiden. Sie befindet sich verkehrsgünstig in der Innenstadt Flensburgs, an der Einkaufsmeile. Ein großes Kaufhaus ist in der Nähe, Modengeschäfte, der Busbahnhof. Doch bis vor einigen Jahren war seine Praxis, in der neben ihm selbst noch eine Assistenz Zahnärztin praktiziert, nicht ausgelastet. „Wir hatten nicht genug zu tun“, sagt Einfeldt. „Das hat sich in den letzten neun bis zehn Jahren gewandelt.“ Denn seitdem kommen immer mehr neue Patienten in die Praxis, heutzutage sind es bis zu fünf am Tag. Fast alle dieser Patienten haben eine mehrstündige Anreise hinter sich: Sie kommen aus Dänemark zu Einfeldt nach Flensburg. „90 Prozent meiner Patienten sind Dänen“, berichtet der Zahnarzt.

Trend im Grenzgebiet

Die Praxis Einfeldt steht mit ihren Erfahrungen nicht alleine. Vielmehr ist sie exemplarisch für einen Trend im schleswig-holsteinischen Grenzgebiet zu Dänemark, wie ihn jüngst auch eine Befragung durch die Landes Zahnärztekammer (ZÄK-SH) bestätigte. Die Studie ist zwar nicht repräsentativ, gibt jedoch gut das zurzeit herrschende Meinungsbild wieder. An der Umfrage beteiligten sich fast zwei Drittel der 168 grenznah praktizierenden Zahnärzte. Für mehr als die Hälfte der Praxen sind demnach dänische Patienten wichtig, ein weiteres Drittel behandelt immerhin gelegentlich Patienten aus Dänemark.

Für Einfeldt liegt der Grund für den ‚Zahnarzt-Tourismus‘ auf der Hand: Die finanzielle Ersparnis im Nachbarland sei einfach verlockend. Sowohl im Heimatland als auch in Deutschland müssten die Dänen prothetische Maßnahmen komplett selbst tragen, also sei das Preisargument das ausschlaggebende. Bei ihm können im Vergleich zu

Dänemark bei einer Zirkon-Krone circa 44 Prozent, bei einer dreigliedrigen Brücke gut 50 Prozent gespart werden, berichtet Einfeldt.

Neun von zehn der für die Studie befragten Zahnärzte sehen ebenfalls in der preisgünstigen Behandlung die Hauptmotivation der dänischen Patienten, nach Deutschland zu kommen. Zudem werden die Patienten in

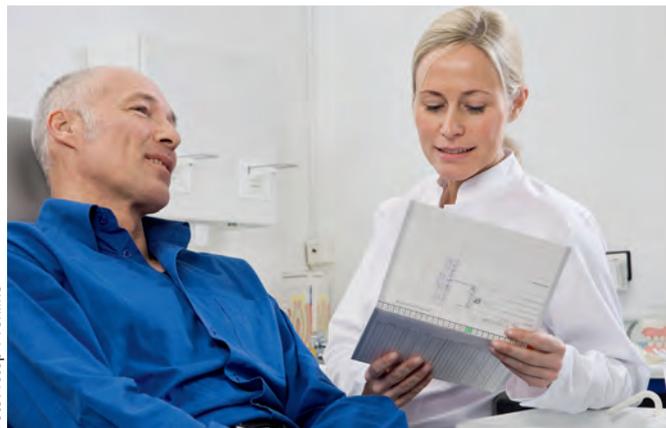


Foto: Estop-Flonline

„Hvordan har du det?“ Dänischkenntnisse sind für die Praxismitarbeiter wichtig, aber nicht unabdingbar. Auf die Frage nach dem allgemeinen Befinden können manche Patienten auch auf deutsch antworten.

Dänemark häufig in Gesundheitszentren versorgt, was für sie nicht selten lange Wartezeiten bedeutet. Ein nicht unerhebliches Kriterium dürfte auch der Wegfall der Grenzkontrollen im Jahr 2001 sein, nachdem Dänemark dem Schengenraum beigetreten ist.

Man spricht dänisch

In der Praxis Einfeldt wird mit den Patienten aus dem nördlichen Nachbarland dänisch gesprochen. Von den Zahnärzten bis zu den Helferinnen sprechen alle dänisch. „Die Sprache zu beherrschen ist für die Behandlung sehr wichtig. Sprachkenntnisse sind bei mir ein wichtiges Einstellungskriterium“, betont Einfeldt, der selbst in Kopenhagen studiert hat. Zudem habe er eine dänische Telefonnummer und ein dänisches Bankkonto einrichten lassen – als Service für die

Patienten, die somit keine Auslandsgebühren zahlen müssen. Auch die Homepage seiner Praxis ist zweisprachig aufrufbar.

Die Sprache ist jedoch nicht überall im Grenzgebiet ein unabdingbares Element der Behandlung. 40 Prozent der Befragten der Zahnärztekammer-Studie gaben an, dass in der Praxis niemand dänisch spreche. „Einige der Patienten haben Deutschkenntnisse“, sagt Dr. K. Ulrich Rubehn, Präsident der ZÄK-SH, und sieht damit einer Sprachlosigkeit zwischen Behandler und Behandeltem vorgebeugt.

Der Zulauf hält an

Rubehn sieht den Zulauf aus dem benachbarten Ausland mit gemischten Gefühlen. Bei aller Freude über die hohe Akzeptanz der deutschen Zahnheilkunde im Nachbarland Dänemark sei die Quintessenz bitter, gibt er zu bedenken. „Auch in der privaten Zahnheilkunde ist Deutschland offenbar ein ‚Billiglohnland‘. Das gilt hier im Norden genauso wie beispielsweise im Süden zu Schweiz und Österreich.“

Kay Einfeldt ist der Überzeugung, dass der Trend zu medizinischen Behandlungen im Ausland noch zunehmen wird – und stellt sich persönlich darauf ein. Um dem Patientenzulauf besser gerecht werden zu können, bekommt er ab August zusätzliche Unterstützung in der Praxis – von einer Zahnärztin aus Dänemark. eb

3. Hirschfeld-Tiburtius Symposium

Wenn der Körper konzertiert

„Am Zahn hängt ein ganzer Mensch.“ Was dieser Satz aus der heutigen Sicht von Standespolitik, Wissenschaft und Praxis en Detail bedeutet, diskutierten die Vertreter auf dem diesjährigen Hirschfeld-Tiburtius-Symposium in Berlin.

Stetig steigt das Wissen um Zusammenhänge zwischen Mund- und Allgemeingesundheit. Und selbst Experten werden auf interdisziplinären Tagungen, wie dem jährlich vom Dentista Club veranstalteten Hirschfeld-Tiburtius-Symposium, immer wieder um eine bisher unbekannte Kausalität bereichert.

„Zahnmedizin ist ein wesentlicher Teil der medizinischen Grundversorgung“, konstatierte der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dietmar Oesterreich und unterstrich damit die engen Verbindungen von Kiefer und Körper. Neben den gesicherten Erkenntnissen gebe es noch viele Bereiche mit ungeklärten kausalen Zusammenhängen. Hier bestehe noch reichlich Forschungsbedarf. Gleichzeitig werde vom Berufsstand viel getan: „Wir untersuchen das ‘Outcome’ unserer Versorgungslandschaft selbst“, so der BZÄK-Vize. Die DMS IV sei das beste Beispiel hierfür. Projekte, wie die Publikation „Rauchen und Mundgesundheit“, die in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum entstanden ist, stünden exemplarisch für eine erfolgreiche Kooperation und erhielten nicht zuletzt auch international viel wissenschaftliche Anerkennung.



Foto: Freesurf – Fotolia.com

Vom Kiefer zum Körper

Als wichtiges Thema mit relevanten Forschungserfolgen nannte er die Wechselbeziehung zwischen Diabetes mellitus und Parodontitis. Auch hier sei bereits viel publiziert worden. Zudem gebe es zahlreiche weitere Kooperationen – etwa im Rahmen von NAMSE, dem Nationalen Aktionsbündnis für Menschen mit seltenen Erkrankungen. Die Ergebnisse dieser Kooperationen betreffen stets den gesamten Berufsstand. Schließlich habe das neugewonnene Wissen

immer auch einen direkten Einfluss auf den Versorgungsalltag, sprich für alle Praxen.

Über einen weniger bekannten Zusammenhang zwischen CMD und Gynäkologie sprach Zahnärztin Dr. Andrea Diehl (Berlin), die sich unter anderem auf Ganzheitliche Funktionsdiagnostik spezialisiert hat. Diehl: „Ein großer Dammschnitt bei einer Geburt kann zur Verschiebung der myofaszialen Läsionsketten führen.“ Eine einseitige Kieferöffnung in Verbindung mit einer CMD könne die Folge sein. Das sei aber nur ein Beispiel für die zahlreichen strukturellen Verbindungen zwischen Kiefer und Körper, betonte Diehl. Kritisch äußerte sie sich dahingehend, den Schnitt im Rahmen der Sectio caesarea immer tiefer zu setzen. Aus ästhetischer Sicht durchaus nachvollziehbar führe das „tiefer legen“ langfristig zu Problemen und zu Mehrarbeit für die Osteopathen. Der Grund: Um so tiefer der Schnitt, um so mehr Faszien seien „betroffen“.

Erkenntnisse zu den Wechselwirkungen von Hormonen und Mundgesundheit beleuchtete Frau PD Dr. Christiane Gleissner (Mainz), Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für geschlechterspezifische Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGGZ). Neu sei die Einsicht, dass „Frauen eine kompetentere Immunantwort auf pathogene Keime entwickeln, als Männer“. Mit Blick auf den Status Quo bei der Ernährung sagte sie: „Viele junge Menschen weisen laut Ernährungsforschern klinischen Calciummangel auf.“ Dem könnte aber über den Weg einer bewussten Ernährung begegnet werden. sf



Konzertiertes Trio (v.l.n.r.): Frau Dr. Christiane Gleissner; Frau Dr. Susanne Fath, Präsidentin des Dentista Club und Dr. Dietmar Oesterreich in der Kaiserin-Friedrich-Stiftung.

INFO

Namensgeberin

Henriette Hirschfeld-Tiburtius (geb. 14. 2. 1834 auf Sylt; gest. 25. 8. 1911 in Berlin) war die erste selbstständige akademisch ausgebildete Zahnärztin in Deutschland. Ihre Praxis lag in der Berliner Behrenstraße, wo heute auch die zm-Redaktion sitzt. sf

Leben in Auszeit



Foto: VISUM

Otmar Müller

Die Zahl der Wachkomapatienten hat sich in den vergangenen zehn Jahren in Deutschland auf rund 10 000 fast verdoppelt. Zwar hat sich in der Versorgung schon eine Menge getan, dennoch gibt es Lücken. Vielen Betroffenen bleibt der Weg in eine Spezial-einrichtung verschlossen, sie werden von Angehörigen zu Hause gepflegt oder in Pflegeheimen betreut. Mit zunehmendem Kostendruck im Gesundheitswesen ist auch der Rehabilitationsprozess gefährdet. Betroffene und deren Familien vermissen die optimale institutionelle Unterstützung, auch weil es dazu noch keine einheitlichen Leitlinien gibt. Hier setzen einige Initiativen an.

Es passiert jeden Tag, irgendwo in Deutschland. Ob Herzinfarkt oder Schlaganfall, Autounfall oder Hirnhautentzündung – es gibt verschiedene Gründe, die ein Koma verursachen können. Wird das Gehirn über mehrere Minuten nicht ausreichend durchblutet, verliert der Mensch das Bewusstsein und fällt ins Koma. Je nach individueller Unterversorgung können die Schädigungen des Hirns stark variieren, dementsprechend ändern sich auch die Ausprägungen der Bewusstlosigkeit. Nur wenn absolut keine Hirntätigkeit mehr messbar ist, spricht man vom Hirntod. Dieser Zustand ist irreversibel – hirntote Patienten sind ohne intensivmedizinische Maßnahmen nicht lebensfähig. Andere Patienten mit leichteren Schädigungen erlangen von alleine das Bewusstsein wieder.

Etwa ein Drittel aller Komapatienten bleibt im sogenannten Wachkoma hängen, auch apallisches Syndrom genannt. Die Patienten atmen meist selbstständig und ihre Augen sind geöffnet – ihr Blick geht allerdings ins Leere. Manche dieser Patienten reagieren auf bestimmte Schmerzreize und haben noch Reflexe, aber sie zeigen in der Regel keine Reaktionen auf Stimmen und können nicht aktiv kommunizieren. Die Diagnose des Wachkomas wird erst gestellt, wenn ein solcher Zustand über Monate fort dauert. Bei optimaler therapeutischer Versorgung besteht auch für Patienten mit dem apallischen Syndrom eine gute Chance, wieder zu erwachen. Es weiß nur niemand, wann. Es gibt Patienten, die nach über 20 Jahren Wachkoma wieder erwacht sind. Andere bleiben in der Bewusstlosigkeit bis zum Tod.

Verbesserte medizinische Versorgung

Rund 10 000 Wachkomapatienten gibt es zurzeit in Deutschland, ihre Zahl hat sich im vergangenen Jahrzehnt fast verdoppelt. „Die Zahl der Unfallopfer ist vor allem im Baugewerbe und im Bereich des Extremsports gestiegen. Hinzu kommt, dass immer mehr Komafälle von Kleinkindern verzeichnet werden, die im elterlichen Gartenteich fast ertrunken wären. Durch die verbesserte medizinische Versorgung überleben heute mehr Patienten ihre Unfälle und bleiben dann im Wachkoma hängen“, erklärt Prof. Christel Bienstein, Leiterin des Departments für Pflegewissenschaften an der Universität Witten/Herdecke. Die Wissenschaftlerin hat 1999 im Auftrag des nordrhein-westfälischen



Foto: FOTEX



Foto: McPHOTO-variety Images



Foto: VISUM

Risiken, die ein Wachkoma zur Folge haben können: Herzinfarkt, Verkehrsunfälle oder Unfälle wie etwa im Baugewerbe

lischen Sozialministeriums die Versorgung von Wachkomapatienten untersucht und Vorschläge für eine Qualitätsverbesserung erarbeitet.

Bienstein: „Die Versorgungslage war seinerzeit überwiegend schlecht. Patienten, die nicht von Angehörigen gepflegt wurden, lagen meist in Altenheimen, die für die speziellen Bedürfnisse der Komapatienten nicht ausreichend eingerichtet waren.“ Doch seitdem habe sich eine Menge getan, so die Pflegewissenschaftlerin. Spezialeinrichtungen wurden aufgebaut und die Kostenträger bei der Verhandlung und der Finanzierung neuer Versorgungskonzepte mit ins Boot geholt. Mittlerweile hat sich ein ausgeklügeltes Phasenmodell der therapeutischen Behandlung etabliert, die Patienten profitieren von einer deutlich verbesserten Frühförderung – wenn sie in der richtigen Einrichtung behandelt werden. „Zwar ist die Versorgungssituation heute deutlich entspannter als noch vor zehn Jahren. Auf der anderen Seite muss man auch klar sagen, dass die Lage seit einiger Zeit stagniert und man sich auf dem Erreichten ausruht.“ Von einer flächendeckenden Versorgung mit speziellen Behandlungszentren für alle Wachkomapatienten könne noch immer keine Rede sein, so Bienstein. Viele Patienten werden nach wie vor von Angehörigen versorgt oder in Pflegeheimen untergebracht.

Da die Pflegekasse nur einen kleinen Anteil der Pflegekosten übernimmt, kommen auf die Familien sehr hohe Kosten zu. Dazu gebe es häufig noch ein Kompetenzgerangel zwischen Kranken- und Pflegekasse: „Die Angehörigen werden immer wieder beim Antrag auf Kostenübernahme spezieller Therapien zwischen den Kostenträgern hin- und hergeschoben. Viele Familien empfinden das als zermürbend.“

In den neuen Behandlungszentren sieht die Lage hingegen besser aus: Die Einrichtun-



Foto: VISUM

Wachkomapatienten werden oft zu Hause im Familienkreis gepflegt.

gen haben in der Regel spezielle Verträge mit den Krankenkassen und können neben der reinen Pflege dementsprechend andere Kosten abrechnen, als dies in normalen Pflegeheimen der Fall ist. Folglich sinke auch der von der Familie zu übernehmende Restbetrag, so Bienstein.

Doch immer noch werden 70 Prozent der Komapatienten zu Hause von Angehörigen gepflegt. „Diese Patienten brauchen sehr viel Pflege, sie atmen durch einen Luftrohrschnitt und können natürlich auch nicht selbst zur Toilette gehen“, beschreibt Bienstein den Aufwand. „Wie diese Pflege zu Hause auf einem Standard gehalten werden kann, der das Leid der Patienten erträglicher macht, ist eine der Forschungsaufgaben unserer Universität.“ Für die Familien sei die Pflege eines Angehörigen im Wachkoma eine extrem anspruchsvolle Aufgabe. Häufig seien es die Frauen, die diese Aufgabe übernehmen und daher weniger Zeit für die übrige Familie hätten. In den von der Uni Witten/Herdecke untersuchten Fällen seien viele Ehen an dieser Belastung zerbrochen, erklärt Bienstein.

Zahnärztliche Betreuung

Ob häusliche Pflege oder Betreuung im Pflegeheim – die zahnärztliche Versorgung von Wachkomapatienten ist problematisch.



Einrichtungen wie die Schön-Klinik in Vogtareuth sind auf Wachkomapatienten spezialisiert.

Armin Nentwig, Vorsitzender des Verbands „Schädel-Hirmpatienten in Not“

Denn die Versorgungsnotwendigkeiten präventiver, therapeutischer oder oralrehabitativer Art erfordern eine ganz spezielle Versorgung. Ohne kontinuierliche zahnärztliche Betreuung werden bei den Betroffenen oft Entzündungen im Mund- und Rachenraum nicht rechtzeitig erkannt und behandelt – mit teilweise weitreichenden Konsequenzen. Bakterien, die bei entzündetem Zahnfleisch ins Blut gelangen, können beispielsweise zu Diabetes, einer Lungenentzündung oder einem Schlaganfall führen. US-Forscher des amerikanischen Gesundheitsinstituts (NIH) haben nun vier Bakterienarten des Mundraums (Actinobacillus

actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis, Tannerella forsythia und Treponema denticola) identifiziert, die vor allem das Herz-Kreislauf-System angreifen und zu einer Endokarditis (Herzentzündung) beziehungsweise zum Herzinfarkt führen können. Das Problem: In der Regel ist der ambulante Zahnarztbesuch weder für Angehörige noch für das professionelle Pflegepersonal eine realistische Option. Hat der Patient kariöse Zähne oder Entzündungen im Mundraum, bleibt nur der Gang in die Zahnklinik. Seit 2005 zeigt ein wissenschaftlich begleitetes Projekt in 53 Münchener Pflegeheimen, dass es auch anders geht. Bei dieser

Kooperation der Teamwerk-Gruppe, der AOK Bayern, dem Sozialreferat der Stadt München sowie der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) werden die Pflegeheimbewohner – wenn auch nicht speziell Wachkomapatienten – regelmäßig durch Zahnärzte vor Ort betreut. „Die verbesserte zahnmedizinische Betreuung erhöht die Lebensqualität der Heimbewohner und führt zugleich zu Einsparungen“, so Dr. Helmut Platzer, Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern. Die Pflegebedürftigen, die in ihrer Mobilität deutlich eingeschränkt seien, würden im Pflegeheim am Bett aufgesucht. Durch die Vorsorge, zu der beispielsweise auch eine professionelle Zahnreinigung gehört, verringern sich nach Angaben der AOK die Entzündungen im Mundraum nennenswert. Dadurch komme es auch zu weniger Erkrankungen der Lunge und des Herz-Kreislaufsystems sowie zu weniger Schlaganfällen und somit zu einer geringeren Zahl an Krankenhauseinweisungen. Trotz dieser Erfolge ist eine aufsuchende Betreuung durch Zahnärzte außerhalb von solchen Projekten immer noch eine Randerscheinung. Eine Ursache dafür könnten unter anderem honorarrechtliche Fragen sein, etwa wenn es um die Anerkennung der Besuchsgebühren geht. Außerdem ist die Betreuung von

INFO

Wachkoma

Das Koma gilt in der internationalen Klassifikation der Gesundheitsstörungen (ICD) als Symptom und nicht als Krankheit. Es ist die schwerste Form einer Bewusstseinsstörung. In diesem Zustand kann der Betroffene auch durch starke äußere Stimuli – etwa wiederholte Schmerzreize – nicht geweckt werden. Häufigste Ausprägung eines Komats ist das Wachkoma. Dabei handelt es sich um eine schwere Hirnschädigung auf der Mittelhirn-Ebene, bei der die wichtige Verbindung vom Hirnstamm

zum Großhirn stark beeinträchtigt ist. Daher wird sie auch als apallisches Syndrom („ohne Hirnrinde“) bezeichnet. Lebenswichtige Grundfunktionen des Körpers wie Atmung, Kreislauf oder Schlucken werden beim Wachkoma durch den Hirnstamm aufrechterhalten. Im Vollbild des apallischen Syndroms werden keinerlei äußere Reize wie akustische, visuelle und Berührungsreize mehr bewusst wahrgenommen. Auf Schmerzreize reagieren die Patienten nur reflektorisch. om

INFO

Interview mit Claudia Ramm**Was macht die zahnmedizinische Behandlung von Wachkomapatienten so problematisch?**

Ramm: Zunächst ist es natürlich so, dass die Patienten ja nicht selbst über ihre Zahnschmerzen berichten können. Oft werden eine fortgeschrittene Gingivitis oder Karies erst sehr spät durch die Pfleger entdeckt. Die Patienten sind bei Zahnschmerzen in der Regel unruhiger, haben möglicherweise einen verstärkten Tremor oder einen höheren Muskeltonus und riechen stark aus dem Mund. Das sind für das Pflegepersonal Hinweise, dass im Mundbereich etwas nicht stimmt. Da ein ambulanter Zahnarztbesuch mit solchen Patienten für das Pflegepersonal logistisch quasi unmöglich ist, werden sie in der Regel stationär in einer Zahnklinik behandelt.

Sie behandeln Patienten mit neurologischen Störungen – also auch Wachkomapatienten – direkt im Pflegeheim. Welchen Vorteil hat das für die Patienten?

Ramm: Ein stationärer Aufenthalt ist für die Pflegepatienten generell eine große Belastung. Bei einer aufsuchenden Behandlung im Pflegeheim können sie im vertrauten Umfeld verbleiben. Durch regelmäßige Besuche im Pflegeheim kennen mich die Patienten und lassen sich dann in der Regel auch sehr ruhig von mir behandeln. Auch wenn ich keine statistische Auswertung unternommen habe, kann ich sagen, dass die stationären Einweisungen deutlich zurückgegangen sind und dass der Zahnstatus der Patienten sich deutlich verbessert hat, seit ich die mobile Betreuung vor Ort anbiete.

Was sind die Besonderheiten bei der Behandlung von Wachkomapatienten?

Ramm: Aufgrund des hohen Muskeltonus ist es am Anfang einer Behandlung oft schwierig, einen Zugang zum Mundraum zu bekommen. Da sind Fingerspitzengefühl und Geduld gefragt. Ist eine Vertrauensbasis hergestellt und der Mund erst einmal auf, schütze ich mich bei der Behandlung mit einem Zahnbänkchen – sicher ist sicher. Vor der ersten Behandlung schaue ich mir den Visitationsbericht mit



Foto: claudia ramm

der Anamnese und der Medikation an. Ebenso wichtig für mich ist das individuelle logopädische und ergotherapeutische Behandlungskonzept, etwa Affolter, F.O.T.T. oder Bobath. Nur dann weiß ich auch, wie ich jemanden „ansprechen“ muss. Es gibt beispielsweise individuelle Berührungspunkte am Patienten, die eine Kontaktaufnahme deutlich erleichtern. Natürlich ist ein direktes Gespräch mit Komapatienten nicht möglich – trotzdem bin ich davon überzeugt, dass die Patienten sehr genau verstehen, was ich von ihnen will.

Wie sieht die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal aus?

Ramm: In der Regel ist bei einer Behandlung eine Pflegekraft dabei, die der Patient schon lange kennt und zu der er Vertrauen hat. Da mit der Mundhygiene alles steht und fällt, ist es wichtig, die Pflegekräfte entsprechend in die Behandlung mit einzubinden. Deshalb biete ich im Pflegeheim für das Pflegepersonal immer wieder Workshops zur adäquaten Mundhygiene an. Bei der Zahnreinigung von neurologischen Patienten ist es beispielsweise wichtig, eine nicht schäumende und nicht speichelanregende Zahncreme zu verwenden, um die Aspirationsgefahr zu minimieren. Ich übe mit den Pflegekräften auch bestimmte Zahnpflegetechniken an Puppen oder demonstriere vereinzelt auch direkt an Patienten.

Die Fragen stellte Otmar Müller.

■ **Claudia Ramm ist mobile Zahnärztin in Kiel und Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnheilkunde (DGAZ).**

Wachkomapatienten sehr aufwendig und erfordert ein spezielles Fachwissen (siehe Interview).

Großes Rehapotenzial

Bundesweit fallen nach Angaben des Selbsthilfeverbands „Schädel-Hirnpatienten in Not“ jedes Jahr rund 20 000 Menschen ein bis zwei Wochen in ein tiefstes Koma, weitere 20 000 Patienten bleiben bis zu vier



Wochen im Koma, und rund 3 000 Betroffene fallen in ein Wachkoma von mindestens sechs Monaten. Ein Drittel dieser Patienten könne wieder in das soziale Umfeld der Familie zurückgeführt werden, ein weiteres Drittel durch konsequente Reha sogar wieder in Beruf oder Schule reintegriert werden, so Armin Nentwig, Vorsitzender des Verbands. Dieses riesige „Rehabilitationspotenzial“ könne allerdings nur realisiert werden, wenn qualifizierte Therapeuten, engagiertes Pflegepersonal sowie fachlich



Foto: MEV

PET – eine aufwendige Diagnosetechnik, die Klarheit bringt.

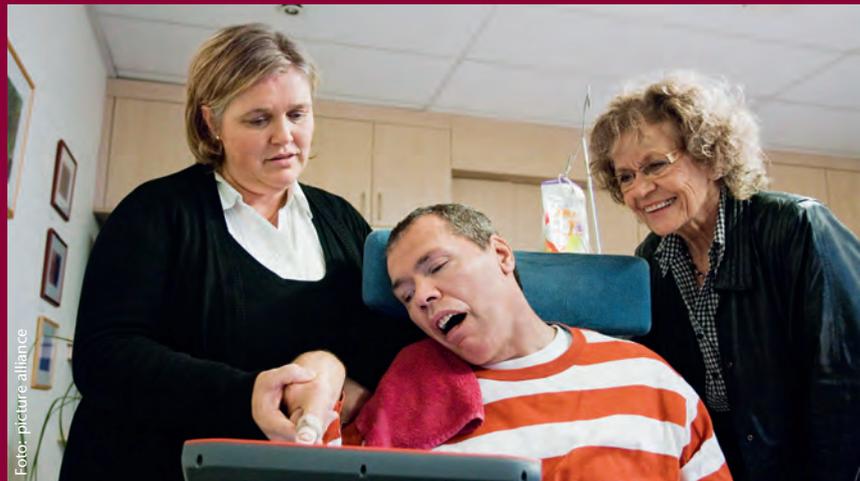


Foto: picture alliance

Ein spektakulärer Fall – der Belgier Rom Houben mit vermeintlichem Locked-in-Syndrom

INFO

Phasenmodell zur Rehabilitation

Armin Nentwig, Vorsitzender des Selbsthilfverbandes „Schädel-Hirnpatienten in Not“ hat ein Phasenmodell zur Einführung einer konsequenten Rehabilitationskette für Schwerst-Schädel-Hirnverletzte und für Patienten im Wachkoma entwickelt. Zunächst wird der Patient durch den behandelnden Arzt in seinem Hilfebedarf eingeschätzt. Anhand verschiedener Kriterien wird durch einen Punktwert beschrieben, wie selbstständig der Patient ist und welche Rehabilitationsphase für ihn geeignet ist. Im Verlauf der Rehabilitation kann es bei zunehmender Selbstständigkeit zu einem Wechsel in die nächste Phase kommen. Bei schnellen Fortschritten im Bereich der Selbstständigkeit ist auch das Überspringen einer Phase möglich.

■ Phase A: Akutphase im Krankenhaus (in der Regel Intensivstation)

■ Phase B: Früh-Rehabilitation: schwerstbetroffene Patienten, die noch nicht an der Behandlung mitwirken können; intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten sollten noch vorgehalten werden; Aufnahmekriterien: Nicht mehr dauerbeatmungspflichtig, kreislaufstabil, Verletzungen versorgt, Knochenbrüche übungstabil, kein Hirndruck

■ Phase C: Weiterführende Rehabilitation: Patient muss in der Lage sein, mehrere Therapieeinheiten pro Tag wahrzunehmen; durch umfangreiche Rehamassnahmen soll die Teilmobilisierung erreicht werden

■ Phase D: Medizinische Rehabilitation: tritt nach Abschluß der Frühmobilisierung ein und stellt die medizinische Rehabilitation im bisherigen Sinne dar

■ Phase E: Nachgehende Rehabilitation: Sicherung des medizinischen Behandlungserfolgs; Vorbeugung oder Besserung einer Behinderung sowie Vermeidung von langfristiger Pflegebedürftigkeit; Ziel ist die berufliche, soziale und häusliche Wiedereingliederung.

■ Phase F: Aktivierende Rehabilitation: Aktivierende, zustandserhaltende Langzeitpflege bei anhaltend hoher Pflegebedürftigkeit

■ Phase G: Betreutes und begleitendes Wohnen in der Langzeitrehabilitation: durch ein Therapie-, Beratungs-, Betreuungs- und Pflegeangebot soll den Schädel-Hirnverletzten geholfen werden, zu einem selbstbestimmtem Leben zurückzufinden.

om

versierte Mediziner und Logopäden eine koordinierte Behandlung umsetzen. „Die qualifizierte Frührehabilitation in unmittelbarem Anschluss an die neurologische oder neurochirurgische Intensivstation ist der zentrale Baustein auf dem Weg zurück aus dem Wachkoma“, betont Nentwig.

Es gebe mittlerweile im gesamten Bundesgebiet rund 4000 qualifizierte Frührehabilitationsbetten für Patienten mit apallischem Syndrom – 1988 seien es noch 25 Behandlungsbetten gewesen, so Nentwig weiter. „Heute wird in vielen Gebieten bereits eine flächendeckende Versorgung sichergestellt, allerdings gibt es immer noch einige unterversorgte Regionen und vor allem für Kinder und Jugendliche eine oftmals gänzlich fehlende Versorgung.“ Die prinzipiell positive Entwicklung in der Versorgung führt Nentwig auf konsequente Lobbyarbeit zurück. Seit sein eigener Sohn 1988 nach fünf Monaten Wachkoma starb, hat der ehemalige bayerische Landtagsabgeordnete zunächst in Bayern und später bundesweit großen Einfluss genommen auf die Einführung einer konsequenten Rehakette von Phase A bis Phase G (siehe Kasten).

Im zunehmenden Kostendruck sieht Nentwig die größte Gefahr, bereits erzielte Fortschritte in der Versorgung wieder zu verlieren. Nachdem Anfang der 90er-Jahre



Mühsam, aber doch möglich – die Reha von sogenannten „Wiedererwachten“

die konzeptionellen medizinischen Grundlagen und Leitlinien zur Frührehabilitation erarbeitet worden seien, habe es eine „Blütezeit“ in den Jahren 1995 bis 2005 gegeben. In dieser Periode sei es möglich gewesen, Patienten im und nach dem Wachkoma für neun bis zwölf Monate frührehabilitativ zu behandeln. Im Zuge der Kostendebatte im Gesundheitswesen sei der Behandlungszeitraum in den letzten Jahren allerdings wieder drastisch minimiert worden. Heute besteht zwar ein rechtlicher Anspruch auf Rehabilitation, aber „es mehren sich die Fälle, wo Krankenkassen bereits nach drei Wochen die weitere Finanzierung verweigern mit dem Argument, es sei kein Rehapotenzial mehr vorhanden“, so Nentwig weiter. Dabei zeigten wissenschaftliche Untersuchungen, dass eine solche Argumentation – abgesehen von einigen Einzelfällen – fachlich unzulässig sei. Denn neurologische Frührehabilitation brauche vor allem eines: Zeit. Und Zeit kostet nunmal Geld.

Fehldiagnose Wachkoma

Wie viel nimmt ein Mensch wahr, der im Koma liegt und sich nicht mitteilen kann? Das herauszufinden sei eine Schwierigkeit, mit der Ärzte täglich konfrontiert seien, sagt der Neurowissenschaftler Steven Laureys,

Leiter des Zentrums für Komaforschung an der Universität von Lüttich. Gerade bei Wachkomapatienten gelte eine Diagnose oft als Gratwanderung, da viele Untersuchungsmethoden unzulänglich seien. Rund 40 Prozent aller Diagnosen bei Patienten im Wachkoma seien vermutlich falsch. Tatsächlich befänden sich die Patienten zumeist in einem sogenannten Zustand minimalen Bewusstseins (MCS – minimally conscious state). Dies ist das Ergebnis einer zweijährigen Studie, die Laureys Forscherteam durchführte und die in der Fachpublikation „BMC Neurology“ veröffentlicht wurde. MCS-Patienten sind dem Wachzustand näher als dem Koma. Sie reagieren gelegentlich klar auf die Umwelt, können teilweise hören und sehen und reagieren auf Erzählungen und Anweisungen. Mit einer gezielten Therapie haben sie deutlich bessere Chancen als Wachkomapatienten, wieder das Bewusstsein zu erlangen.

Die falsche Einordnung als Wachkomapatient kann für die Betroffenen schwere Folgen haben – etwa, wenn auf ihrer Grundlage die Entscheidung getroffen werde, rehabilitative Maßnahmen einzustellen oder sogar lebenserhaltende Maßnahmen zu beenden.

Den Grund für die häufigen Fehldiagnosen sieht Laureys darin, dass oft unzureichende Diagnosemethoden angewendet würden.

Das Locked-in-Syndrom als Gegenstand einer Filmbiographie von 2007 über Jean-Dominique Bauby, Chefredakteur der französischen Ausgabe der Zeitschrift Elle. Deutscher Titel: „Schmetterling und Taucherglocke“



den, sondern sogar fähig, diese zu kommunizieren. Dem „Spiegel“ gab Houben ein weltweit beachtetes Interview, wonach er 23 Jahre lang alles um ihn herum genau wahrgenommen habe, ohne sich mitteilen zu können. Die Interviewfragen beantwortete der Patient mithilfe einer Computertastatur. Seine gelähmte rechte Hand wurde dabei von einer Logopädin gestützt.

Jeden Einzelfall prüfen

Zahlreiche Kritiker meldeten nach der weltweiten Berichterstattung des Falles Zweifel an der Geschichte des Patienten an. Sie unterstellten, das Verfahren, mit dem Houben kommuniziert haben soll, sei ein typisches Beispiel für die umstrittene „gestützte Kommunikation“. Das Verfahren vermittele nur den Anschein, dass der bewusstseinsgestörte Patient kommuniziere – in Wahrheit kämen die Aussagen unterbewusst von der Hilfsperson. Laureys reagierte auf die Vorwürfe und unterzog die Kommunikation einem Test: Rom Houben wurden in Abwesenheit der Logopädin Worte genannt, die er anschließend mithilfe der Logopädin tippen sollte. Dies gelang jedoch nicht ein einziges Mal. Trotz dieses Rückschlags steht für Laureys die Diagnose des Locked-in-Syndroms aufgrund des Diagnoseverfahrens außer Frage. Der Neurowissenschaftler und sein Forscherteam suchen seitdem nach einem anderen Weg, mit dem Patienten eine eindeutige Kommunikation aufzubauen. Die Methode des gestützten Schreibens sieht Laureys durch den Versuch allerdings nicht diskreditiert. Ein anderer gelähmter Proband mit vergleichbarer Hirndiagnose, den Laureys ebenfalls untersuchte, lag bei den Kontrollfragen 15-mal richtig, erklärte der Wissenschaftler gegenüber dem Spiegel: „Das bedeutet, man muss wirklich jeden Einzelfall prüfen.“

Otmar Müller
Freier gesundheitspolitischer Fachjournalist
mail@otmar-mueller.de

Die Unterscheidung zwischen Wachkoma und MCS sei eine der schwierigsten Aufgaben für Mediziner überhaupt. Ob und wie sehr ein Mensch im Wachkoma bei Bewusstsein ist, versucht Laureys anhand der Positronen-Emissions-Tomografie (PET) zu analysieren. Die PET ist eine sehr aufwendige und teure Diagnosetechnik, liefert aber laut Laureys auch genauere Ergebnisse über den Zustand eines Komapatienten. Der Hirnscanner zeigt eindeutig, welche Hirnareale noch funktionsfähig sind und gibt

damit wichtige Hinweise für die weitere Therapie. Laureys hatte 103 Patienten mit Bewusstseinsstörungen untersucht. Die derzeit gängige Methode erwies sich dabei besonders anfällig für Fehldiagnosen.

Locked-in-Syndrom

Als dramatischste Fehleinschätzung eines Wachkomapatienten gilt der Fall des Belgiers Rom Houben, ebenfalls ein Patient von Steven Laureys. Houben soll 23 Jahre lang bei vollem Bewusstsein in seinem gelähmten Körper gefangen gewesen sein, ohne sich mitteilen zu können. Nach einem Autounfall hatten die Ärzte ihn für einen Komapatienten ohne Bewusstsein gehalten, bis Laureys 2009 nach einigen Tests das Locked-in-Syndrom bei Houben diagnostizierte. Das Großhirn war offenbar nur wenig geschädigt – Laureys meinte, Houben sei nicht nur in der Lage, Gefühle zu empfin-

INFO

Kontakt für Betroffene

Schädel-Hirnpatienten in Not
Bundesweite Notrufzentrale:
Tel.: 09621/64800
www.schaedel-hirnpatienten.de

Knochendestruktion im Unterkiefer

Zentrales Riesenzellgranulom

Tarik Mizziani, Martin Kunkel



Fotos: Mizziani-Kunkel

Abbildung 1: Präoperativer Situs in der Aufsicht (a) und in der seitlichen Ansicht (b). Das Unterkiefervestibulum ist sichtbar angehoben.

Ein 17-jähriger Patient wurde in der Retentionsphase seiner kieferorthopädischen Behandlung wegen einer ausgedehnten Osteolyse des vorderen Unterkiefers überwiesen. Bei der klinischen Untersuchung erschien das Vestibulum im Bereich der Unterkieferfrontzähne etwas vorgewölbt und induriert (Abbildungen 1a und 1b).

Die Unterkieferfrontzähne selbst waren trotz eines adhäsiv fixierten Retainers en-Block deutlich gelockert. Eine Sensibilitätsstörung im Bereich der Nervus mentales fand sich nicht. Das Serum Calcium war normwertig. In der digitalen Volumentomografie des



Unterkiefers stellte sich ein ausgedehnter destruierender Prozess der anterioren Mandibula dar, mit deutlichen Resorptionen im Bereich der Unterkieferfrontzahnwurzeln. Die Osteolyse erstreckte sich von Regio 34 bis 45, hierbei war die vestibuläre Kompakta langstreckig aufgebraucht.

Abbildung 2 zeigt die erhebliche Ausdehnung der Läsion in der 3-D-Rekonstruktion. Die axialen und die sagittalen Ebenen verdeutlichen die wesentlichen radiologischen

Der aktuelle klinische Fall

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

Charakteristika, nämlich die Destruktion der Kortikalis und die massiven Resorptionen der Frontzähne (Abbildungen 2a bis 2c).

Es erfolgte die Excochleation des Befunds unter Erhaltung der Dentition. Abbildung 3 vermittelt einen Eindruck von der intraoperativen Situation nach der Darstellung des Befunds. Erkennbar wird, dass an den Frontzähnen eine nur noch minimale marginale Knochenbrücke vorhanden ist. Auf der Oberfläche lassen sich die im DVT gerade noch erkennbaren, fragmentierten Reste der vestibulären Knochenlamelle erkennen. Der Anschnitt des Resektats (Abbildung 4) zeigt die makroskopisch inhomogene Textur mit wechselnden Hart- und Weichgewebsanteilen. Klinisch ist dieses Bild typisch für ein zentrales Riesenzellgranulom, was sich dann auch in der histologischen Bewertung bestätigte.

Diskussion

Obwohl das periphere Riesenzellgranulom bereits 1953 von Jaffé beschrieben wurde, ist das Krankheitsbild bis heute hinsichtlich der Ätiologie und der formalen Histogenese



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

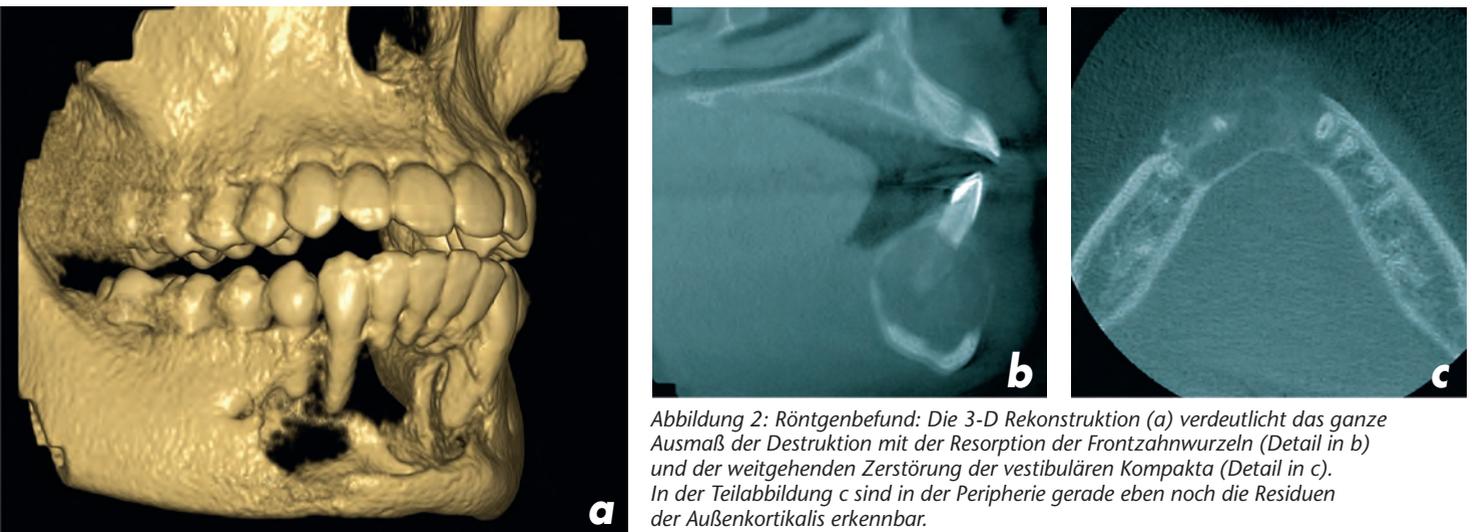


Abbildung 2: Röntgenbefund: Die 3-D Rekonstruktion (a) verdeutlicht das ganze Ausmaß der Destruktion mit der Resorption der Frontzahnwurzeln (Detail in b) und der weitgehenden Zerstörung der vestibulären Kompakta (Detail in c). In der Teilabbildung c sind in der Peripherie gerade eben noch die Residuen der Außenkortikalis erkennbar.

nicht geklärt. Obwohl es sich mit rund sieben Prozent aller Knochentumoren um eine recht häufige Erkrankung handelt [Suarez Roa et al., 2009], ist beispielsweise noch heute umstritten, ob sich die charakteristischen multi-

nukleären Riesenzellen von Makrophagen beziehungsweise Histiocyten oder von Osteoklasten ableiten [Torabinia et al., 2011]. Über die Hälfte der Riesenzellgranulome manifestieren sich vor der dritten Lebens-

dekade mit einer Präferenz von rund 65 Prozent für das weibliche Geschlecht. Bezüglich der Lokalisation ist der Unterkiefer häufiger betroffen als der Oberkiefer. Seit längerer Zeit ist bekannt, dass es – vom klinischen

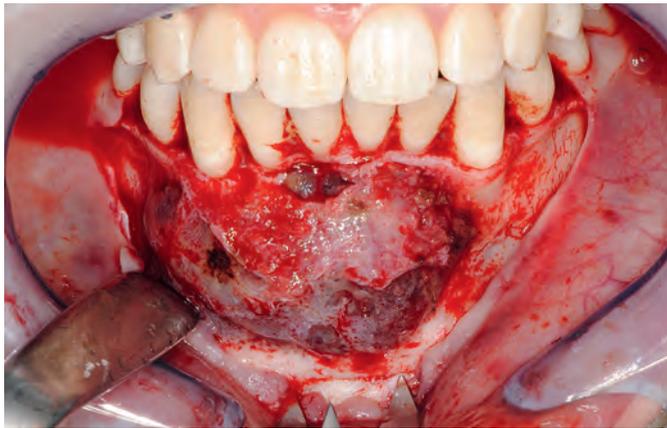


Abbildung 3:
Intraoperativer Situs.
Nach der Bildung
eines vestibulären
Mukoperiostlappens
zeigt sich die frag-
mentierte vestibuläre
Außenkortikalis.
Außerdem lässt
sich die nur noch
minimale marginale
Knochenbedeckung
der Frontzähne
erkennen.

Verlauf betrachtet – sehr unterschiedlich aggressive Wachstumstypen gibt, wobei die aggressiven Formen etwas häufiger im jüngeren Lebensalter beobachtet werden [De Lange et al., 2007]. Radiologisch gibt es keine pathognomonischen Bewertungskriterien. So findet man sowohl unscharf begrenzte Osteolysen mit destruirendem Charakter als auch glatt begrenzte, manchmal mehrkammerig erscheinende Osteolysen. Einen sklerosierten Randsaum wie bei einer Zyste sieht man typischerweise nicht. Die hohe Variabilität macht eine radiologische Abgrenzung zu anderen Krankheitsentitäten praktisch unmöglich.

Die bevorzugte Therapie der zentralen Riesenzellgranulome ist nach wie vor die chirurgische Entfernung, wobei im Allgemeinen zunächst die schonende Kürettage unter Erhaltung der Umgebungsstrukturen vorgenommen werden sollte. Obwohl damit Rezidivraten um 15 bis 30 Prozent zu erwarten sind, sollten resektive Therapiekonzepte den seltenen, hoch aggressiven Verlaufsformen vorbehalten bleiben. Neben den chirurgischen Verfahren wurden in den letzten 20 Jahren mehrere medikamentöse Therapieansätze propagiert. Hierbei handelte es sich beispielsweise um die intraläsionale Therapie mit Kortikosteroiden und Calcitonin sowie die Therapie mit Interferon 2 alpha, Osteoprotegerin und auch Imatinib, einem Thyrosin-Kinase-Inhibitor. Trotz zahlreicher Fallmitteilungen ist die Datenlage für diese Therapieformen aber noch sehr dürrig, und ein recht aktueller Cochrane Review von 2009 [Suarez Roa et al., 2009] konnte bisher keinen Nachweis

der Wirksamkeit nicht chirurgischer Verfahren belegen. Eine wichtige Differenzialdiagnose aller Riesenzell-Läsionen ist der sogenannte „braune Tumor“ bei den verschiedenen Formen des Hyperparathyreoidismus. Da weder klinisch noch histopathologisch eine Unterscheidung möglich ist, sollte grundsätzlich eine Bestimmung von Calcium und Phosphat und gegebenenfalls eine Parathormonbestimmung erfolgen.



Abbildung 4:
OP-Präparat:
Im Anschnitt des
Resektats wird die
inhomogene Textur
der Läsion erkennbar.
Teilweise finden
sich noch knöcherne
Anteile.

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

Fazit für die Praxis

- Das zentrale Riesenzellgranulom ist eine häufige Ursache von Osteolysen im Kindesalter und im jungen Erwachsenenalter. Eine radiologische Einordnung ist schwierig.

- Die Therapie der ersten Wahl ist die schonende chirurgische Kürettage, möglichst unter Erhaltung der Nachbarstrukturen.

- Aufgrund der hohen Rezidivrate sollten regelmäßige radiologische Verlaufskontrollen erfolgen.

- Das zentrale Riesenzellgranulom kann weder klinisch noch radiologisch oder histologisch vom „braunen Tumor“ bei Hyperparathyreoidismus unterschieden werden. Daher ist eine Bestimmung von Calcium und Phosphat und gegebenenfalls eine Parathormonbestimmung notwendig.

zm Leser service

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

Die klinisch-ethische Falldiskussion

Loyalitätskonflikte in der Gemeinschaftspraxis

In der zweiten Falldiskussion der neuen zm-Reihe geht es um abweichende Diagnosen von zwei Zahnärzten einer Gemeinschaftspraxis und die daraus erwachsenen Loyalitätskonflikte.



In dieser Rubrik präsentieren Mediziner Fälle, die über die klinische Fragestellung hinaus auch einen ethischen Klärungsbedarf aufweisen.

INFO

Vorbemerkungen

Mit der hier vorgestellten Kasuistik setzen die zm die Diskussion über klinische Fälle mit ethischem Klärungsbedarf fort.

■ Zum nachfolgenden Fall nehmen wiederum zwei Personen Stellung. Damit soll deutlich gemacht werden, dass ethische Dilemma-Situationen durchaus unterschiedlich beurteilt werden können, da ja Entscheidungen in ethischen Fragen immer auch Ausdruck von bestimmten Werthaltungen und moralischen Überzeugungen sind. Wie die Kommentatoren ihre jeweilige Sicht begründen, ist daher besonders bedeutsam.

■ An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass es sich bei den Kommenta-

toren um Zahnärzte handelt, die ein besonderes Interesse für den Bereich klinische Ethik mitbringen beziehungsweise in diesem Bereich fortgebildet sind. Die Kommentatoren bemühen sich im Rahmen ihrer Fallanalyse zwar auch um die Abklärung bedeutsamer juristischer Hintergründe des jeweiligen Falles, sind aber de facto keine Juristen. Dementsprechend handelt es sich bei den Kommentaren um persönliche Meinungsäußerungen aus ethischer Perspektive und nicht um rechtsverbindliche Stellungnahmen.

■ Konstruktive Kritik und eine Fortsetzung der Diskussion im Kollegenkreis sind ausdrücklich gewünscht.

Die Zahnärztin Dr. DG und der Zahnarzt Dr. KH führen seit rund zehn Jahren eine Gemeinschaftspraxis. DG und KH haben bereits miteinander studiert und stehen in einem guten persönlichen Einvernehmen, entwickeln sich allerdings fachlich zunehmend auseinander.

KH ist sehr fortbildungsorientiert, nimmt an den Wochenenden häufig an APW-Kursen teil und integriert regelmäßig neue Behandlungskonzepte, während DG ihre Wochenenden vorzugsweise privat verbringt und die nach dem Staatsexamen eingeschlagenen Diagnose- und Therapiepfade kaum verlässt.

DG verbindet eine private Freundschaft mit der in der gemeinsamen Praxis tätigen Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZMF) HG – diese Freundschaft hat dazu geführt, dass mit den Jahren nahezu alle Familienangehörigen von HG Patienten bei DG geworden sind.



Nichts sehen, nichts hören, nichts sagen – die drei Affen sind Symbol für mangelnde Courage. Wegschauen konnte Dr. KH in der Praxis nicht.

An einem Freitagnachmittag stellt HG ihrer Chefin und Freundin DG als letzte, kurzfristig „eingeschobene“ Patientin ihre Mutter vor, die über akute Zahnschmerzen im rechten hinteren Oberkiefer klagt. Bei der Untersuchung reagiert der Zahn 16 aufbiss-, kälte- und (leicht) klopfempfindlich. DG diagnostiziert nach klinischer und radiologischer Befunderhebung eine umschriebene Längsfraktur im Kronenbereich, schlägt eine Überkronung des Zahnes vor

INFO

Kommentar 1

Der Fall des Zahnarztes Dr. KH zeigt zunächst, dass ethische Dilemmasituationen keineswegs zwangsläufig und unumgänglich sind, sondern zuweilen durch falsches oder übereiltes Verhalten erst ausgelöst werden.

Sicherlich war es von dem beruflich engagierten und fortbildungsorientierten Zahnarzt Dr. KH gut und freundlich gemeint, sich nach dem Befinden der ihm bekannten Patientin zu erkundigen und sie letztlich zu untersuchen. Doch schon mit der Betrachtung des Röntgenbildes, vor allem aber durch die nachfolgende Untersuchung überschritt KH mehrere Grenzen: Durch den Blick auf das Röntgenbild verschaffte er sich Einblick in diagnostische Unterlagen, die nicht für ihn bestimmt waren, wie er sich auch durch die nahezu re-

Nun – angesichts der von ihm erhobenen Diagnose, die von den Befunden seiner Kollegin Dr. DG abwich – beginnt für KH selbst der eigentliche Zwiespalt. Ein offenes Anzweifeln der Diagnose seiner Kollegin gegenüber der Patientin beziehungsweise der gemeinsamen Mitarbeiterin würde eine weitere Missachtung der Patientenautonomie darstellen, da die Patientin DG (und eben nicht KH) als Zahnärztin ihres Vertrauens gewählt hat. Darüber hinaus würde er sich mit Äußerungen, die schlussendlich die Qualifikation der Kollegin DG infrage stellen, im Sinne des Berufsrechtes unkollegial verhalten, und dies auch noch in der gemeinsamen Praxis. Dennoch hat KH den beiden ethischen Prinzipien „**Non-Malefizenz**“ (**Nichtschadensgebot**) und „**Benefizienz**“ (**Gebot des ärztlichen Wohltuns**) Folge zu leisten und aufgrund der ihm vorliegenden Erkenntnisse die Verpflichtung, Schaden in Form einer Fehlbehandlung von der Patientin abzuhalten und ihr Wohlergehen zu fördern.

In dem geschilderten Fall bleibt KH die Möglichkeit, bei nächster Gelegenheit seiner Kollegin DG – mit der ja, wie dargelegt, ein gutes persönliches Einvernehmen besteht – zu eröffnen, dass er sich durch ein zwar gut gemeintes, aber letztlich unangemessenes Verhalten in ihre Arzt-Patienten-Beziehung eingemischt hat. Im Rahmen dieses Gespräches sollte KH auch zum Wohle der Patientin die fachliche Diskussion suchen, seinen abweichenden Befund mitteilen und die Kollegin bitten, die Röntgendiagnose nochmals zu prüfen. Durch dieses Vorgehen, das nicht unmittelbar in das Verhältnis der gemeinsamen Zahnmedizinischen Fachangestellten HG und deren Familie zu DG eingreift, ließe sich auch vermeiden, dass HG in einen Loyalitätskonflikt gerät, die fachliche Autorität von DG untergraben wird oder der Eindruck von Eifersucht oder Neid entsteht.

Ralf Vollmuth, Würzburg

flexartige Untersuchung ohne Aufforderung oder Hinzuziehung durch die Patientin oder die behandelnde Zahnärztin letztlich unkollegial in das bestehende Arzt-Patienten-Verhältnis einmischte. Zwar fragte er die Patientin, ob er auf den Zahn schauen dürfe, dies jedoch in einer Situation, die kaum ein „Nein“ zuließ. Durch diese „Überrumpelung“ missachtete KH die **Autonomie der Patientin**.

eine Pulpitis und stellt für den Zahn eine sehr kritische Prognose.

Nun ist KH allerdings unschlüssig. Soll er die Diagnose seiner Kollegin DG anzweifeln – noch dazu vor der gemeinsamen ZMF? Bringt er HG damit in Loyalitätskonflikte gegenüber ihrer Freundin DG? Hält die ZMF seine Reaktion womöglich für einen Ausdruck von Eifersucht, weil diese nahezu ihre gesamte Familie DG „anvertraut“ hat? Welche (moralischen) Verpflichtungen hat er gegenüber der Patientin, die – bei Lichte betrachtet – gar nicht um seine Diagnose ersucht hat? Und wie begründet er gegenüber der Kollegin, dass er ihre Patientin ohne ihr Einverständnis untersucht hat?

Dominik Groß

INFO

Glossar „Klinische Ethik“

Hier werden fortlaufend Fachbegriffe aus dem Bereich der klinischen Ethik erläutert.

Respekt vor der Patientenautonomie (= Autonomie-Prinzip)

Dieses ethische Prinzip zielt auf die Anerkennung der Selbstbestimmung des Patienten durch den (Zahn)arzt ab und schützt die persönliche Entscheidungshoheit des Patienten in Fragen der eigenen gesundheitlichen Belange. Es impliziert das Gebot, Patienten in die Lage zu versetzen, dass sie wirklich selbstbestimmte Entscheidungen treffen können, und das Verbot, mithilfe ihrer professionellen Autorität und ihres Expertenstatus Patienten insgeheim zu „führen“, das heißt zu gewissen Entscheidungen zu verleiten.

Nichtschadensgebot (= Non-Malefizenz-Prinzip)

Dieses Prinzip beinhaltet das (zahn)ärztliche Verbot, dem Patienten einen ungerechtfertigten Schaden zuzufügen oder ihn ungerechtfertigten Belastungen oder Risiken auszusetzen, und gebietet, im Zweifel der Schadensvermeidung den Vorzug zu geben.

Gebot des Wohltuns (= Benefizienz-Prinzip)

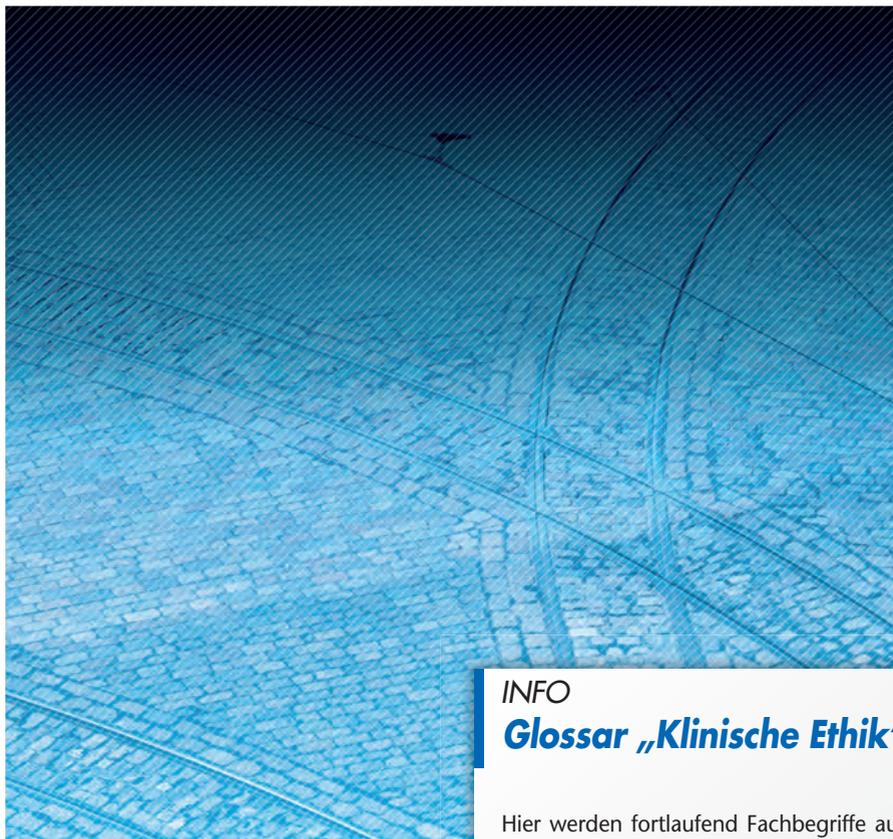
Es beschreibt die (zahn)ärztliche Verpflichtung, Handlungen vorzunehmen, die das Wohlergehen des Patienten fördern. Während das Nichtschadensgebot primär auf die Vermeidung beziehungsweise Unterlassung potenziell schädlicher Maßnahmen abzielt, beinhaltet das Gebot des Wohltuns die Abwägung von Schaden und Nutzen und letztlich die Entscheidung für die Option, die das größte Wohl für den Patienten verheißt. Dies kann unter Umständen bedeuten, dass man dem Patienten einen (für den Erfolg einer Maßnahme unerlässlichen) Schaden zufügt.

Gerechtigkeit (= Prinzip der Gerechtigkeit)

Der Begriff „Gerechtigkeit“ trägt sehr viele verschiedene Bedeutungen in sich, was zur Folge hat, dass er höchst unterschiedlich ausgelegt werden kann. Unter Gerechtigkeit kann Fairness (im Sinne von angemessenem, „anständigem“ Verhalten) verstanden werden, aber auch rechtmäßiges, sprich gesetzeskonformes Verhalten. Im medizinischen Alltag geht es zudem häufig um Fragen der Verteilungsgerechtigkeit – das heißt um die gerechte und gleiche Verteilung knapper Mittel unter den Patienten.

und verlässt danach wegen eines konkurrierenden privaten Termins eilig die Praxis. HG nutzt indes noch die Gelegenheit, um bei ihrer Mutter einzelne Beläge zu entfernen. Patientin und Tochter sind gerade fertig geworden und im Begriff, einen neuen Termin zu vereinbaren, als der zweite Praxisinhaber, KH, hinzutritt: Er hat gerade seinen letzten Patienten verabschiedet, begrüßt nun die ihm bekannte Mutter von HG freundlich und erkundigt sich ganz allgemein nach ihrem Befinden. HG berichtet dienstbeflissen von den Beschwerden der Mutter und den Befunden.

KH wirft nun selbst einen Blick auf das erstellte Röntgenbild. Er vermutet eine Längsfraktur bis in den Wurzelbereich und fragt die Patientin, ohne groß zu überlegen, ob er kurz auf den Zahn schauen dürfe. Er untersucht den Zahn und dankt der Patientin freundlich, ohne einen fachlichen Kommentar abzugeben. Tatsächlich ist er sich sicher, dass sich der diagnostizierte Zahnris bis in den Wurzelbereich fortsetzt. Die vorgeschlagene Therapie, eine Überkronung, hält er eindeutig für falsch. Vielmehr fürchtet er



eine Pulpitis und stellt für den Zahn eine sehr kritische Prognose.

Nun ist KH allerdings unschlüssig. Soll er die Diagnose seiner Kollegin DG anzweifeln – noch dazu vor der gemeinsamen ZMF? Bringt er HG damit in Loyalitätskonflikte gegenüber ihrer Freundin DG? Hält die ZMF seine Reaktion womöglich für einen Ausdruck von Eifersucht, weil diese nahezu ihre gesamte Familie DG „anvertraut“ hat? Welche (moralischen) Verpflichtungen hat er gegenüber der Patientin, die – bei Lichte betrachtet – gar nicht um seine Diagnose ersucht hat? Und wie begründet er gegenüber der Kollegin, dass er ihre Patientin ohne ihr Einverständnis untersucht hat?

Dominik Groß

INFO

Glossar „Klinische Ethik“

Hier werden fortlaufend Fachbegriffe aus dem Bereich der klinischen Ethik erläutert.

Respekt vor der Patientenautonomie (= Autonomie-Prinzip)

Dieses ethische Prinzip zielt auf die Anerkennung der Selbstbestimmung des Patienten durch den (Zahn)arzt ab und schützt die persönliche Entscheidungshoheit des Patienten in Fragen der eigenen gesundheitlichen Belange. Es impliziert das Gebot, Patienten in die Lage zu versetzen, dass sie wirklich selbstbestimmte Entscheidungen treffen können, und das Verbot, mithilfe ihrer professionellen Autorität und ihres Expertenstatus Patienten insgeheim zu „führen“, das heißt zu gewissen Entscheidungen zu verleiten.

Nichtschadensgebot (= Non-Malefizenz-Prinzip)

Dieses Prinzip beinhaltet das (zahn)ärztliche Verbot, dem Patienten einen ungerechtfertigten Schaden zuzufügen oder ihn ungerechtfertigten Belastungen oder Risiken auszusetzen, und gebietet, im Zweifel der Schadensvermeidung den Vorzug zu geben.

Gebot des Wohltuns (= Benefizienz-Prinzip)

Es beschreibt die (zahn)ärztliche Verpflichtung, Handlungen vorzunehmen, die das Wohlergehen des Patienten fördern. Während das Nichtschadensgebot primär auf die Vermeidung beziehungsweise Unterlassung potenziell schädlicher Maßnahmen abzielt, beinhaltet das Gebot des Wohltuns die Abwägung von Schaden und Nutzen und letztlich die Entscheidung für die Option, die das größte Wohl für den Patienten verheißt. Dies kann unter Umständen bedeuten, dass man dem Patienten einen (für den Erfolg einer Maßnahme unerlässlichen) Schaden zufügt.

Gerechtigkeit (= Prinzip der Gerechtigkeit)

Der Begriff „Gerechtigkeit“ trägt sehr viele verschiedene Bedeutungen in sich, was zur Folge hat, dass er höchst unterschiedlich ausgelegt werden kann. Unter Gerechtigkeit kann Fairness (im Sinne von angemessenem, „anständigem“ Verhalten) verstanden werden, aber auch rechtmäßiges, sprich gesetzeskonformes Verhalten. Im medizinischen Alltag geht es zudem häufig um Fragen der Verteilungsgerechtigkeit – das heißt um die gerechte und gleiche Verteilung knapper Mittel unter den Patienten.

und verlässt danach wegen eines konkurrierenden privaten Termins eilig die Praxis. HG nutzt indes noch die Gelegenheit, um bei ihrer Mutter einzelne Beläge zu entfernen. Patientin und Tochter sind gerade fertig geworden und im Begriff, einen neuen Termin zu vereinbaren, als der zweite Praxisinhaber, KH, hinzutritt: Er hat gerade seinen letzten Patienten verabschiedet, begrüßt nun die ihm bekannte Mutter von HG freundlich und erkundigt sich ganz allgemein nach ihrem Befinden. HG berichtet dienstbeflissen von den Beschwerden der Mutter und den Befunden.

KH wirft nun selbst einen Blick auf das erstellte Röntgenbild. Er vermutet eine Längsfraktur bis in den Wurzelbereich und fragt die Patientin, ohne groß zu überlegen, ob er kurz auf den Zahn schauen dürfe. Er untersucht den Zahn und dankt der Patientin freundlich, ohne einen fachlichen Kommentar abzugeben. Tatsächlich ist er sich sicher, dass sich der diagnostizierte Zahnris bis in den Wurzelbereich fortsetzt. Die vorgeschlagene Therapie, eine Überkronung, hält er eindeutig für falsch. Vielmehr fürchtet er

Die Zahnärztin Dr. DG und der Zahnarzt Dr. KH führen seit rund zehn Jahren eine Gemeinschaftspraxis. DG und KH haben bereits miteinander studiert und stehen in einem guten persönlichen Einvernehmen, entwickeln sich allerdings fachlich zunehmend auseinander.

KH ist sehr fortbildungsorientiert, nimmt an den Wochenenden häufig an APW-Kursen teil und integriert regelmäßig neue Behandlungskonzepte, während DG ihre Wochenenden vorzugsweise privat verbringt und die nach dem Staatsexamen eingeschlagenen Diagnose- und Therapiepfade kaum verlässt.

DG verbindet eine private Freundschaft mit der in der gemeinsamen Praxis tätigen Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZMF) HG – diese Freundschaft hat dazu geführt, dass mit den Jahren nahezu alle Familienangehörigen von HG Patienten bei DG geworden sind.



Nichts sehen, nichts hören, nichts sagen – die drei Affen sind Symbol für mangelnde Courage. Wegschauen konnte Dr. KH in der Praxis nicht.

An einem Freitagnachmittag stellt HG ihrer Chefin und Freundin DG als letzte, kurzfristig „eingeschobene“ Patientin ihre Mutter vor, die über akute Zahnschmerzen im rechten hinteren Oberkiefer klagt. Bei der Untersuchung reagiert der Zahn 16 aufbiss-, kälte- und (leicht) klopfempfindlich. DG diagnostiziert nach klinischer und radiologischer Befunderhebung eine umschriebene Längsfraktur im Kronenbereich, schlägt eine Überkronung des Zahnes vor

INFO

Kommentar 1

Der Fall des Zahnarztes Dr. KH zeigt zunächst, dass ethische Dilemmasituationen keineswegs zwangsläufig und unumgänglich sind, sondern zuweilen durch falsches oder übereiltes Verhalten erst ausgelöst werden.

Sicherlich war es von dem beruflich engagierten und fortbildungsorientierten Zahnarzt Dr. KH gut und freundlich gemeint, sich nach dem Befinden der ihm bekannten Patientin zu erkundigen und sie letztlich zu untersuchen. Doch schon mit der Betrachtung des Röntgenbildes, vor allem aber durch die nachfolgende Untersuchung überschritt KH mehrere Grenzen: Durch den Blick auf das Röntgenbild verschaffte er sich Einblick in diagnostische Unterlagen, die nicht für ihn bestimmt waren, wie er sich auch durch die nahezu re-

Nun – angesichts der von ihm erhobenen Diagnose, die von den Befunden seiner Kollegin Dr. DG abwich – beginnt für KH selbst der eigentliche Zwiespalt. Ein offenes Anzweifeln der Diagnose seiner Kollegin gegenüber der Patientin beziehungsweise der gemeinsamen Mitarbeiterin würde eine weitere Missachtung der Patientenautonomie darstellen, da die Patientin DG (und eben nicht KH) als Zahnärztin ihres Vertrauens gewählt hat. Darüber hinaus würde er sich mit Äußerungen, die schlussendlich die Qualifikation der Kollegin DG infrage stellen, im Sinne des Berufsrechtes unkollegial verhalten, und dies auch noch in der gemeinsamen Praxis. Dennoch hat KH den beiden ethischen Prinzipien „Non-Malefizenz“ (Nichtschadensgebot) und „Benefizienz“ (Gebot des ärztlichen Wohltuns) Folge zu leisten und aufgrund der ihm vorliegenden Erkenntnisse die Verpflichtung, Schaden in Form einer Fehlbehandlung von der Patientin abzuhalten und ihr Wohlergehen zu fördern.

In dem geschilderten Fall bleibt KH die Möglichkeit, bei nächster Gelegenheit seiner Kollegin DG – mit der ja, wie dargelegt, ein gutes persönliches Einvernehmen besteht – zu eröffnen, dass er sich durch ein zwar gut gemeintes, aber letztlich unangemessenes Verhalten in ihre Arzt-Patienten-Beziehung eingemischt hat. Im Rahmen dieses Gespräches sollte KH auch zum Wohle der Patientin die fachliche Diskussion suchen, seinen abweichenden Befund mitteilen und die Kollegin bitten, die Röntgendiagnose nochmals zu prüfen. Durch dieses Vorgehen, das nicht unmittelbar in das Verhältnis der gemeinsamen Zahnmedizinischen Fachangestellten HG und deren Familie zu DG eingreift, ließe sich auch vermeiden, dass HG in einen Loyalitätskonflikt gerät, die fachliche Autorität von DG untergraben wird oder der Eindruck von Eifersucht oder Neid entsteht.

Ralf Vollmuth, Würzburg

flexartige Untersuchung ohne Aufforderung oder Hinzuziehung durch die Patientin oder die behandelnde Zahnärztin letztlich unkollegial in das bestehende Arzt-Patienten-Verhältnis einmischte. Zwar fragte er die Patientin, ob er auf den Zahn schauen dürfe, dies jedoch in einer Situation, die kaum ein „Nein“ zuließ. Durch diese „Überrumpelung“ missachtete KH die **Autonomie der Patientin**.



und verlässt danach wegen eines konkurrierenden privaten Termins eilig die Praxis. HG nutzt indes noch die Gelegenheit, um bei ihrer Mutter einzelne Beläge zu entfernen. Patientin und Tochter sind gerade fertig geworden und im Begriff, einen neuen Termin zu vereinbaren, als der zweite Praxisinhaber, KH, hinzutritt: Er hat gerade seinen letzten Patienten verabschiedet, begrüßt nun die ihm bekannte Mutter von HG freundlich und erkundigt sich ganz allgemein nach ihrem Befinden. HG berichtet dienstbeflissen von den Beschwerden der Mutter und den Befunden.

KH wirft nun selbst einen Blick auf das erstellte Röntgenbild. Er vermutet eine Längsfraktur bis in den Wurzelbereich und fragt die Patientin, ohne groß zu überlegen, ob er kurz auf den Zahn schauen dürfe. Er untersucht den Zahn und dankt der Patientin freundlich, ohne einen fachlichen Kommentar abzugeben. Tatsächlich ist er sich sicher, dass sich der diagnostizierte Zahnriß bis in den Wurzelbereich fortsetzt. Die vorgeschlagene Therapie, eine Überkronung, hält er eindeutig für falsch. Vielmehr fürchtet er

eine Pulpitis und stellt für den Zahn eine sehr kritische Prognose.

Nun ist KH allerdings unschlüssig. Soll er die Diagnose seiner Kollegin DG anzweifeln – noch dazu vor der gemeinsamen ZMF? Bringt er HG damit in Loyalitätskonflikte gegenüber ihrer Freundin DG? Hält die ZMF seine Reaktion womöglich für einen Ausdruck von Eifersucht, weil diese nahezu ihre gesamte Familie DG „anvertraut“ hat? Welche (moralischen) Verpflichtungen hat er gegenüber der Patientin, die – bei Lichte betrachtet – gar nicht um seine Diagnose ersucht hat? Und wie begründet er gegenüber der Kollegin, dass er ihre Patientin ohne ihr Einverständnis untersucht hat?

Dominik Groß

INFO

Glossar „Klinische Ethik“

Hier werden fortlaufend Fachbegriffe aus dem Bereich der klinischen Ethik erläutert.

Respekt vor der Patientenautonomie (= Autonomie-Prinzip)

Dieses ethische Prinzip zielt auf die Anerkennung der Selbstbestimmung des Patienten durch den (Zahn)arzt ab und schützt die persönliche Entscheidungshoheit des Patienten in Fragen der eigenen gesundheitlichen Belange. Es impliziert das Gebot, Patienten in die Lage zu versetzen, dass sie wirklich selbstbestimmte Entscheidungen treffen können, und das Verbot, mithilfe ihrer professionellen Autorität und ihres Expertenstatus Patienten insgeheim zu „führen“, das heißt zu gewissen Entscheidungen zu verleiten.

Nichtschadensgebot (= Non-Malefizenz-Prinzip)

Dieses Prinzip beinhaltet das (zahn)ärztliche Verbot, dem Patienten einen ungerechtfertigten Schaden zuzufügen oder ihn ungerechtfertigten Belastungen oder Risiken auszusetzen, und gebietet, im Zweifel der Schadensvermeidung den Vorzug zu geben.

Gebot des Wohltuns (= Benefizienz-Prinzip)

Es beschreibt die (zahn)ärztliche Verpflichtung, Handlungen vorzunehmen, die das Wohlergehen des Patienten fördern. Während das Nichtschadensgebot primär auf die Vermeidung beziehungsweise Unterlassung potenziell schädlicher Maßnahmen abzielt, beinhaltet das Gebot des Wohltuns die Abwägung von Schaden und Nutzen und letztlich die Entscheidung für die Option, die das größte Wohl für den Patienten verheißt. Dies kann unter Umständen bedeuten, dass man dem Patienten einen (für den Erfolg einer Maßnahme unerlässlichen) Schaden zufügt.

Gerechtigkeit (= Prinzip der Gerechtigkeit)

Der Begriff „Gerechtigkeit“ trägt sehr viele verschiedene Bedeutungen in sich, was zur Folge hat, dass er höchst unterschiedlich ausgelegt werden kann. Unter Gerechtigkeit kann Fairness (im Sinne von angemessenem, „anständigem“ Verhalten) verstanden werden, aber auch rechtmäßiges, sprich gesetzeskonformes Verhalten. Im medizinischen Alltag geht es zudem häufig um Fragen der Verteilungsgerechtigkeit – das heißt um die gerechte und gleiche Verteilung knapper Mittel unter den Patienten.

INFO

Kommentar 2

Zunächst scheint es hilfreich, auf die im vorliegenden Fall relevanten rechtlichen Rahmenbedingungen einzugehen.

Für eine zahnärztliche Gemeinschaftspraxis wird ein Gesellschaftsvertrag geschlossen, in dem typischerweise festgelegt wird, dass die Partner gleichberechtigt sind und alle Partner alle Kontrollmöglichkeiten haben. Alle Partner dürfen die Unterlagen der Praxis einsehen und haben volle Direktionsbefugnis gegenüber den Angestellten. Sie behandeln ihre Patienten eigenverantwortlich, haben aber Vertretungsbefugnis bei Urlaub oder Krankheit (1). Entsprechend führt das Datenschutz-Handbuch der KV Bayern über Gemeinschaftspraxen substantiiert aus: „Sie stellen berufsrechtlich ‚eine‘ Praxis dar [...] Bei einer Gemeinschaftspraxis schließt der Patient grundsätzlich mit allen Ärzten/Psychotherapeuten gemeinschaftlich einen Behandlungsvertrag. Die Ärzte/Psychotherapeuten sind zur gegenseitigen Vertretung berechtigt und insoweit auch von der ärztlichen Schweigepflicht befreit [...] Ausnahmen liegen vor, wenn ein Patient ausdrücklich ausschließlich nur mit einem der Ärzte/Psychotherapeuten einen Behandlungsvertrag schließt (Grundsatz der freien Arztwahl) oder die Gemeinschaftspraxis intern so organisiert ist, dass jeder Praxispartner über einen eigenen Patientenstamm verfügt (2).“

Wie ist der Fall aber nun aus ethischer Sicht zu bewerten? Es scheint sinnvoll, die vier Prinzipien nach Beauchamp/Childress anzuwenden („Prinzipienethik“), um zu einer begründeten, ethisch verantwortlichen Entscheidung zu kommen. Konkret handelt es sich um (1) den Respekt vor der **Patientenautonomie**, (2) das **Gebot der Non-Malefizienz (Nichtschadensgebot)**, (3) das **Gebot der Benefizienz (Gebot des ärztlichen Wohltuns)** und (4) das **Gebot einer gerechten Behandlung**.

Respekt vor der Patientenautonomie

Die Patientin, Mutter der ZMF, wünscht eine Behandlung des schmerzenden Zahnes 16

bei Dr. DG, wobei sich die Behandlung über den regulären Praxisschluss hinaus bewegt (DG hat die Praxis verlassen). Die Wahl des Behandlers durch den Patienten ist zu akzeptieren, der Kollege KH ist jedoch nun allein schon durch seine Anwesenheit nach Feierabend der gegebene Ansprechpartner. Die Zustimmung der Patientin zur klinischen Untersuchung, nachdem er um Erlaubnis gefragt hat, zeigt, dass sie ihn vom Behandlungsvertrag nicht ausschließt. Auch die Tochter der Patientin, die begleitende ZMF, reagiert loyal und nicht ablehnend.

Non-Malefizienz-Prinzip

Der Fehler in der diagnostischen Beurteilung durch DG hat meines Erachtens nichts mit mangelhafter Fortbildungsbereitschaft, sondern mit Flüchtigkeit und fehlender Sorgfalt zu tun. Die Wurzelfraktur hätte sie als Zahnärztin vermuten müssen. Einen therapeutischen Fehler folgen zu lassen, wäre ein Schaden für die Patientin, die nach Überkronung und anhaltenden Schmerzen den Zahn eben doch noch „hergeben“ müsste. Der Behandlungsfehler fiel auf das Ansehen der Gemeinschaftspraxis zurück und würde sich darüber hinaus als Enttäuschung innerhalb des Teams niederschlagen. Das Prinzip, der Patientin keinen Schaden zuzufügen, bewerte ich in diesem Fall höher als die Eigenverantwortlichkeit und Unabhängigkeit der behandelnden Zahnärztin nach § 2 und § 16 Abs. 1 der Berufsordnung, und KH ist durch den gemeinsamen Behandlungsvertrag in der Gemeinschaftspraxis nicht gehalten, wissentlich eine Falschbehandlung durch DG zu tolerieren.

Benefizienz-Prinzip

DG wird den richtigen Hinweis auf die Wurzelfraktur zwangsläufig akzeptieren und der Patientin einen weiteren Termin für eine gründliche, umfassende Diagnostik geben. Mit der Patientin einen neuen Therapieweg nach der notwendigen Extraktion von 16 zu suchen, ist unumgänglich. Mir gefällt, dass der Zahnarzt KH seine

Kollegin nicht brüskiert. Er bleibt vor der Patientin und der Mitarbeiterin absolut loyal und hält sich auch mit der korrigierenden Diagnose zurück. Damit bleibt er kollegial im Rahmen des § 8 der Berufsordnung. Eine Gemeinschaftspraxis lebt gerade von den verschiedenen Kompetenzen, Ratschlägen und Kritiken, die man sich bereichernd geben kann. Die gebotene offene, nicht-konfrontative Aussprache der zwei Partner verbunden mit KHs Bitte, den Behandlungsfall zu überprüfen, bedeutet keine Abwertung ihrer Autorität und keinen Loyalitätskonflikt vor der ZMF. Ob DG offen ist für ehrliche Kritik und diese von ihrem Partner akzeptiert, ist ihre persönliche Entscheidung.

Gerechte Behandlung

Eine gewissenhafte Behandlung sollte selbstverständlich sein. Ein Zahnarzt muss sich die nötige Zeit für die Diagnostik nehmen, sich gegebenenfalls korrigieren respektive die Größe haben, sich korrigieren zu lassen. Wahrscheinlich ist DG nach einigem Überdenken froh, dass KH ihr Missgeschick bemerkt und ihr gegenüber angesprochen hat, da damit ein Schaden im juristischen Sinn von der Patientin und Haftungsansprüche an die Behandlerin abgewendet werden.

Aus der juristischen Betrachtung und der Anwendung der vorgenannten vier Prinzipien ergibt sich für mich die Schlussfolgerung, dass KH sich mit der „spontanen“ Untersuchung und Befundung der Patientin im Rahmen des Rechts bewegt hat. Dass er seine abweichende Diagnose vor der Patientin nicht thematisiert, dokumentieren seine Loyalität und sein korrektes Verhalten.

Es scheint nun aus ethischer Sicht geboten, das kollegiale, vertrauliche Gespräch mit DG zu suchen, die Situation zu erklären und seine abweichenden Therapieempfehlungen zu diskutieren, mit dem klaren Ziel, einen neuen Therapieweg einzuschlagen.

Brigitte Utzig, Schönenberg-Kübelberg

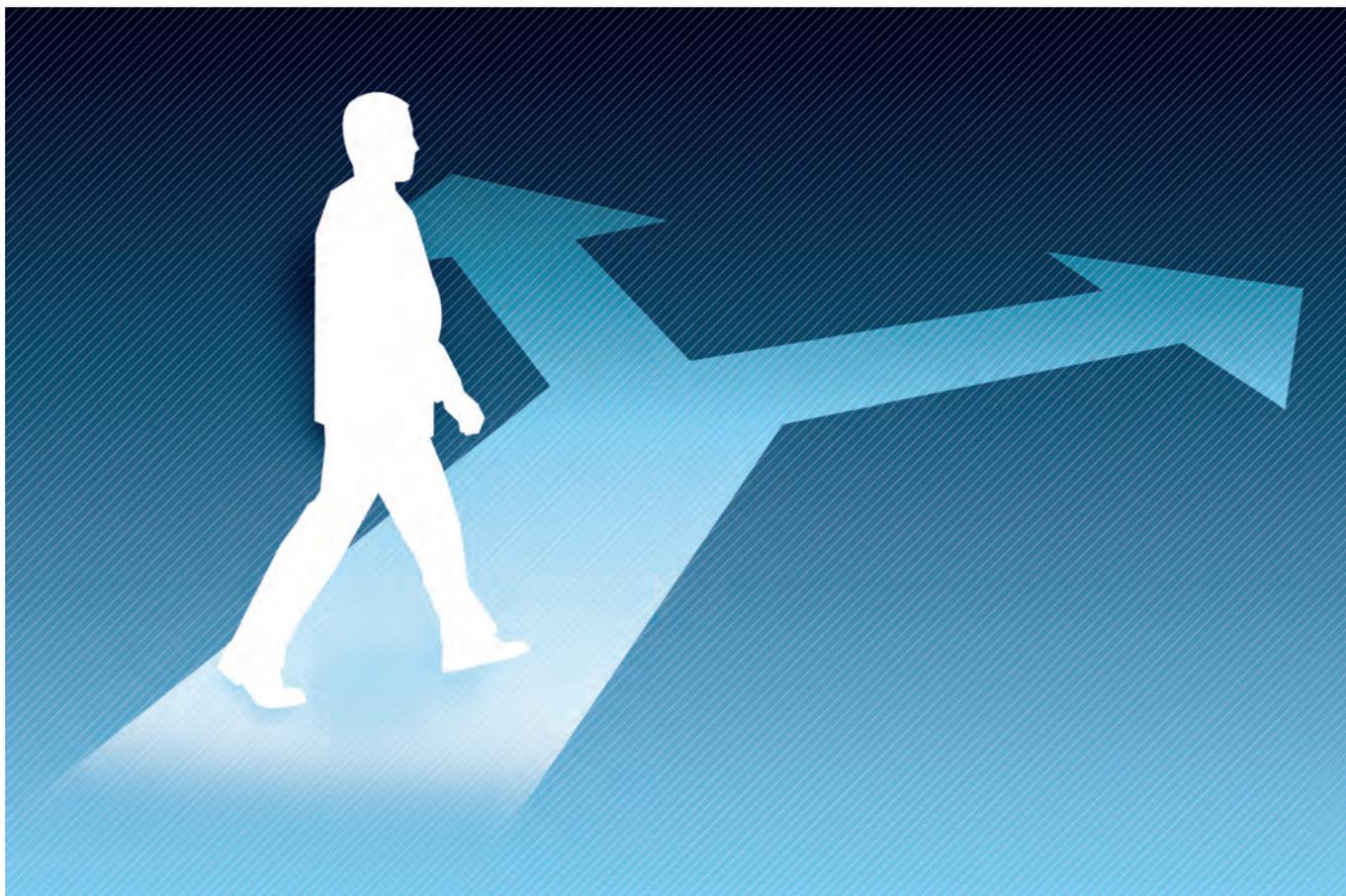


Foto: Meinardus/zm

Und der nächste kommentierte ethische Fall aus dem zahnmedizinischen Alltag erscheint in einer der kommenden Ausgaben.

Korrespondenzadressen:

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil.
Dominik Groß
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik
der Medizin
Universitätsklinikum der RWTH Aachen
Wendlingweg 2
52074 Aachen
gte-med-sekr@ukaachen.de

Dr. med. dent. Brigitte Utzig
Saarbrücker Str. 63
66901 Schönenberg-Kübelberg

Prof. Dr. med. dent. Ralf Vollmuth
Oberfeldarzt – Leiter Zahnarztgruppe
Fachsanitätszentrum Hammelburg
Rommelstr. 31
97762 Hammelburg
dr.ralf.vollmuth@t-online.de

INFO Aufruf

Werte zm-Leser,

haben Sie selbst in Ihrer klinischen Tätigkeit einen oder mehrere Fälle erlebt, die ethischen Klärungsbedarf aufwiesen und in denen Ihnen die Entscheidung schwer gefallen ist? Möchten Sie, dass Ihr Fall in einer redigierten und verfremdeten Fassung in unserer Rubrik besprochen wird?

Dann senden Sie Ihren Fallvorschlag bitte an: zm@zm-online.de.

Möchten Sie im Arbeitskreis Ethik mitarbeiten? Dann mailen Sie an: dgross@ukaachen.de



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

Der besondere Fall

Komplikationen nach operativer Weisheitszahnentfernung

Korosh Roshanghias, Stefan Schultze-Mosgau

Die operative Entfernung von unteren retinierten und verlagerten Weisheitszähnen zählt im Klinikalltag zu den Routineeingriffen. Wie bei allen anderen chirurgischen Eingriffen bergen sie jedoch auch Risiken wie zum Beispiel eine Nervschädigung, Nachblutungen, eine Infektion oder eine Versprengung von Wurzelfragmenten in den Mundboden.



Abbildung 1: Panoramaschichtaufnahme alio loco präoperativ: Zahn 48 horizontal mesial anguliert und retiniert

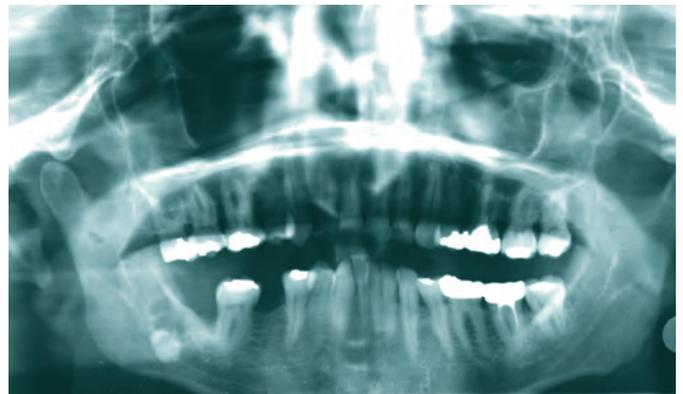


Abbildung 2: Panoramaschichtaufnahme alio loco postoperativ: Radix relicta im Mundboden zu erkennen

Aufgrund der Rarität von dislozierten Wurzelfragmenten in das Diaphragma oris sind Studien zu der Thematik in der Literatur selten. Häufige Ursachen der Dislokation eines Wurzelfragments sind der unsachgemäße Rotationsdruck mit dem entsprechenden Instrumentarium während der Extraktion sowie die unangemessene klinische wie auch radiologische Voruntersuchung des Patienten. Die reduzierte Stärke der lingua-

len Knochenlamelle wurde als locus minoris resistentia beschrieben, die zu einer Dislokation des Wurzelfragments in den Mundboden führen kann [Esen et al., 2000].

Ein Fallbericht

Ein 35-jähriger Patient mit einer Schwellung in der submandibulären Region rechtsseitig und einer eingeschränkten Mundöffnung

von 15 mm stellte sich in der Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Jena vor (Abbildung 1). Nach einem erfolglosen Versuch der Osteotomie des retinierten Zahnes 48 wurde alio loco ein Wurzelfragment in das Diaphragma oris disloziert. Um die Lokalisation des Wurzelrests zu bestimmen, wurden ein Orthopantomogramm (Abbildung 2) sowie ein Computertomogramm (Abbildung 3) ange-

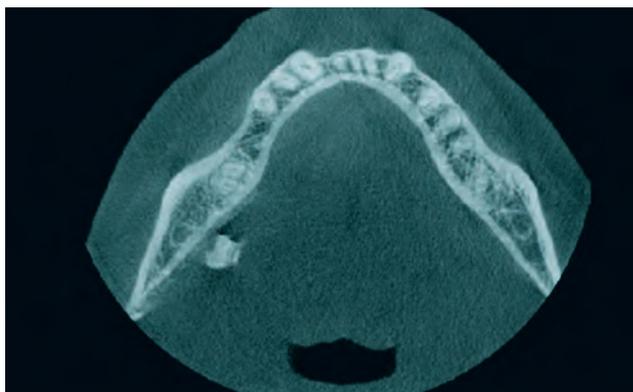


Abbildung 3: Axiale CT-Aufnahme mit Verschattung des Wurzelrests 48 im Mundboden



Abbildung 4: Wurzelrest im Mundboden dargestellt



Abbildung 5:
Größenbestimmung
des extrahierten
Wurzelfragments an
einem Zentimeter-
maß: Erkennbar ist,
dass das Wurzel-
fragment schließlich
eine Dimension von
annähernd einem
Quadratzenimeter
erreicht hatte.

fertigt. Dieses zeigte eine röntgendichte Struktur, die positiv mit der klinischen Annahme eines versprengten Wurzelrests im Mundboden korrelierte.

Daraufhin wurde der Patient stationär aufgenommen und mit einer intravenösen Antibiose, bestehend aus Amoxicillin und Sulbactam, prophylaktisch abgeschirmt. Die Entfernung des Wurzelrests erfolgte in Intubationsnarkose, mit der Präparation eines üblichen Mukoperiostlappens durch zwei Inzisionen, vom Ramus ascendens bis zum ersten Molaren. Der lingual liegende Mukoperiostlappen wurde schonend von der Linea obliqua ab präpariert und der Wurzelrest wurde unter sachgerechter Darstellung (Abbildung 4) des Nervus lingualis geborgen und extrahiert (Abbildung 5). Die postoperative Wundheilung verlief unauffällig und komplikationslos.

Ein weiterer Fallbericht

In einem zweiten Patientenfall wurde uns eine Patientin mit einem ähnlichen Kasus in die Universitätsklinik Jena überwiesen. Nach einem Versuch der operativen Weisheitszahnentfernung des Zahnes 48 alio loco (Abbildung 6), wurde ein Wurzelrest in den Mundboden versprengt. Der Fall verdeutlicht die Wichtigkeit der dritten Dimension bei der Beurteilung des Wurzelrests und die daraus resultierende, signifikant verbesserte Diagnostik (Abbildung 7). Bei dem Wurzelrest handelte es sich um ein Fragment, das 10 mm² groß war. Die Entfer-

nung gestaltete sich dementsprechend schwierig. In der operativen Intervention konnte der Wurzelrest, dessen Lokalisation zuvor durch das Computertomogramm (Abbildung 8) gestützt war, in toto entfernt werden.

Zusammenfassung

Studien zu Komplikationen nach Weisheitszahnentfernungen im Unterkiefer sind selten vorzufinden. Für Komplikationen bei Weisheitszahnentfernungen sind mehrere Faktoren anzunehmen. Dabei spielt die anatomische Ausgangssituation des Zahnes eine wichtige Rolle dafür, inwieweit der Zahn anguliert respektive retiniert ist. Auch das Alter des Patienten ist von großer Bedeutung, denn evidenzbasiert ist, dass Patienten die über 25 Jahre alt sind, eine signifikant höhere Komplikationsrate aufweisen. Dabei gilt das erwähnte Alter als Referenzwert [DeBoer, 1995]. Bei der Komplikation der Luxation nehmen Erfahrung und Routine des Operateurs eine wichtige Rolle ein. Darüber hinaus ist die Luxationsrichtung in jedem Fall zu berücksichtigen. Im Unterkiefer ist die linguale Knochenlamelle dünner als die bukkale, weshalb man einen adäquaten Rotationsdruck verwenden sollte um eine Dislokation zu verhindern. Eine Präventionsmaßnahme zur Vermeidung einer Luxation des unteren Weisheitszahns beziehungsweise des Wurzelrests ist die palpatorische Abstützung auf der lingualen Seite. Bei der Luxation des Wurzelrests wird gleichzeitig eine Eintritts-

pforte für die Keime der Mundflora in das Diaphragma oris eröffnet [Locher, 2003]. Eine weitere Komplikation bei der Entfernung des Wurzelfragments im Mundboden stellt die Nervenläsion dar. Bei sachgerechter Darstellung der anatomischen Strukturen ist die Wahrscheinlichkeit einer reversiblen beziehungsweise irreversiblen Schädigung des Nervus lingualis gegeben. Obwohl ein Retraktor, wie ein Raspatorium oder ähnliche Instrumente, ein gewisses Maß an Traumatisierung hegt, sollte man darauf nicht verzichten. Der Vorteil der guten Übersicht des Operationsfeldes und der Schutz des Nervus lingualis sollten bei der Entfernung eines Wurzelrests oberste Priorität besitzen [Moss, 2002]. Nach der Versprengung eines Wurzelrests in den Mundboden sollten jegliche Anstrengungen vermieden werden, blind ohne radiologische Hilfsmittel nach dem Fragment zu suchen, da dies den Prozess der Verschleppung in andere Logen bestärken könnte [Gay-Escoda et al., 1993]. Einige Autoren sprechen sich dafür aus, nach Dislokation eines Wurzelfragments einige Wochen zu warten, um eine Fibrosierung des Fragments zu erreichen, damit die Wurzel eine beständige Position einnimmt und die Lokalisation besser zu ermitteln ist. Jedoch birgt die verzögerte Intervention die Gefahr einer Keimverschleppung sowie einer Abwanderung des Zahnfragments in andere Logen [Dorner et al., 1973].



Abbildung 8:
Computertomogramm-gestützte Lokalisation des Wurzelrests 48 medial der lingualen Kompakta



Abbildung 6: Präoperative Panoramaschichtaufnahme mit dem mesial angulierten Zahn

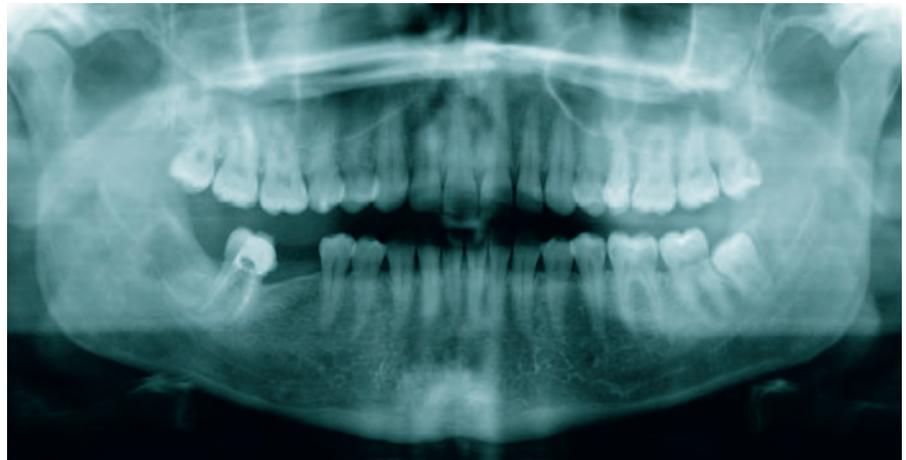


Abbildung 7: Die Panoramaschichtaufnahme verdeutlicht die Wichtigkeit einer dritten Schichtebene, da die Aufnahme rein visuell und ohne Vorkenntnisse nicht auf die Existenz eines Wurzelrests schließen lässt.

Tipps für die Praxis

- Präoperativ soll stets eine angemessene röntgenologische Diagnostik durchgeführt werden.
- Rotationsdruck und Rotationsrichtung müssen immer angepasst werden.
- Lingual sollte eine palpatorische Abstützung erfolgen.
- Nach Dislokation stets eine Überweisung in eine Fachklinik vornehmen.
- Nach einer Dislokation ist die dritte Ebene unumgänglich zur Lokalisationsbestimmung.

Korosh Roshanghias
Prof. Dr. Dr. Stefan Schultze-Mosgau
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie / Plastische Chirurgie
Universitätsklinikum Jena
Klinikum 2000
Erlanger Allee 101
07747 Jena
Korosh.Roshanghias@med.uni-jena.de
Stefan.Schultze-Mosgau@med.uni-jena.de



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

Endodontie

Lichtaktivierte Desinfektion als alternative endodontische Strategie

In der Endodontie gibt es unterschiedliche Problemkeime, die trotz chemomechanischer Aufbereitung des Wurzelkanals eine persistierende periapikale Entzündung bewirken. Ein Vertreter dieser Mikroorganismen ist *Enterococcus faecalis*.

Das primäre Ziel einer endodontischen Therapie ist die möglichst umfassende Eliminierung von Bakterien aus dem Wurzelkanalsystem. Derzeit wird dies durch eine kombinierte Technik aus mechanischer Reinigung und chemischer Desinfektion versucht. Ein komplexes und verzweigtes Wurzelkanalsystem erschwert dieses Bestreben. Im Kanal verbleibende Bakterien können zu einer persistierenden Entzündung führen. Viele Studien haben die Resistenz einiger Mikroorganismen auf chemische Spüllösungen und medikamentöse Einlagen gezeigt. *Enterococcus faecalis* ist beispielsweise eines der resistenten Bakterien,

Kombination aus lichtaktiviertem Photosensitizer und Laser eingesetzt, die Sauerstoff in reaktive Verbindungen (beispielsweise Radikale, Superoxide) zur Behandlung von lokalen, bakteriell bedingten Infektionen umsetzt. Ziel dieser Ex-vivo-Studie war, die antibakterielle Wirksamkeit von verschiedenen lichtaktivierten Desinfektionstechniken auf *Enterococcus faecalis* zu untersuchen. Für diese Studie verwendeten die Autoren Methyleneblau als Photosensitizer, entweder in Wasser oder in einer Mischung aus Glycerin/Ethanol/Wasser (30:20:50) gelöst. Ein Diodenlaser mit einer Wellenlänge von 664 Nanometern diente als



Lichtaktivierte Desinfektion, LAD-Silberstift-WF-Kontrolle nach SRP und Knochenaufbau nach sechs Monaten

Fotos: Lüdemann



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

die häufig mit periapikalen Läsionen assoziiert sind. Frühere Untersuchungen haben gezeigt, dass *Enterococcus faecalis* in der Lage ist, in die Dentintubuli zu penetrieren und im Wurzelkanal Mineralisationen zu bilden.

Als Alternative zur chemomechanischen Desinfektion scheint die lichtaktivierte Desinfektion (LAD) denkbar zu sein. Dabei wird eine

Lichtquelle. Die Proben wurden aus 85 extrahierten humanen und einwurzeligen Zähnen gewonnen. Um eine Standardlänge von acht Millimetern zu erhalten, wurden jeweils die Zahnkrone und die apikalen zwei Drittel der Wurzel gekürzt. Alle Probezähne wurden vom Pulpagewebe befreit, autoklaviert und im Anschluss auf einem Nährmedium

mit einer *Enterococcus-faecalis*-Kultur aufgebracht. Die so hergestellten Proben wurden bei 37 Grad Celsius unter aeroben Bedingungen inkubiert und für zwei Versuche verwendet.

Der erste Versuch wurde mit 55 Proben durchgeführt; der Biofilm dieser Proben war vier Tage alt. Die Proben wurden in fünf Gruppen aufgeteilt: Gruppe 1 (n = 15) stellt die unbehandelte Kontrollgruppe dar, Gruppe 2 (n = 10) wurde für 20 Minuten mit dem Laser bei 36 Joule bestrahlt. Gruppe 3 (n = 10) photosensibilisierte man mit 0,1 Millimol Methyleneblau (in Wasser gelöst). Danach erfolgte die Lichtaktivierung mit dem Laser (20 Minuten bei 36 Joule). Die Proben der Gruppe 4 (n = 10) spülte man für 20 Minuten mit 5,25-prozentiger

Natriumhypochloritlösung, die Proben der Gruppe 5 (n = 10, verbesserte lichtaktivierte Desinfektion) wurden für 20 Minuten mit 1 Millimol Methyleneblau (gelöst im Gemisch aus Glycerin, Ethanol und Wasser) photosensibilisiert, danach mit Perfluordecaphtalen gefüllt und mit dem Laser für 20 Minuten bei 36 Joule bestrahlt.

Bei der zweiten Versuchsanordnung ließ man den Biofilm vier Wochen wachsen und verwendete die restlichen 30 Proben. Gruppe 1 war die unbehandelte Kontrollgruppe (n = 6), Gruppe 2 (n = 6) wurde nach der Photosensibilisierung mit 0,1 Millimol Methyleneblau (gelöst in Wasser) einer Laserbestrahlung bei 36 Joule für 20 Minuten unterzogen. Gruppe 3 (n = 6) wurde für 20

Minuten mit 1 Millimol Methylenblau (gelöst im Gemisch) photosensibilisiert, danach wurden die Proben mit Perfluordecaphtalen gefüllt und mit dem Laser für 20 Minuten bei 36 Joule bestrahlt. Gruppe 4 (n = 6) wurde konventionell mit Wurzelkanalfeilen (ISO 30 – ISO 50, K-Feilen von Maillefer Instruments SA) bearbeitet. Die Wurzelkanalspülung erfolgte mit 5 Milliliter von 5,2-prozentiger Natriumhypochloritlösung und die Feilen wurden mit Ethylendiamintetraessigsäure (17-prozentig) beschickt. Gruppe 5 (n = 6) wurde erst wie Gruppe 4 manuell aufbereitet und im Anschluss wie Gruppe 3 mit der verbesserten lichtaktivierten Desinfektion behandelt.

Die Proben aller Gruppen wurden nach der Versuchsdurchführung halbiert, die Dentinoberfläche in einem Millimeter Tiefe abgetragen (bei der ersten Versuchsanordnung zusätzlich in zwei Millimeter Tiefe der Dentinoberfläche) und auf einem Nährmedium inkubiert, um eventuell überlebende Bakterien nachzuweisen.

Die Ergebnisse zeigten in der ersten Versuchsanordnung eine signifikante Reduktion der Bakterien in der Gruppe 2 im Vergleich zur Kontrollgruppe, wobei die Keimzahlreduktion in zwei Millimeter Tiefe noch höher war. Keine signifikante Verbesserung bewirkte die Behandlung mit der herkömmlichen lichtaktivierten Desinfektion (Gruppe 3). Die besten Ergebnisse erzielten die Gruppen 4 und 5. Natriumhypochlorit (Gruppe 4) erreichte die geringste Keimzahl in einem Millimeter Dentintiefe (kein signifikanter Unterschied zu Gruppe 5), in zwei Millimeter war sie etwas höher. Gruppe 5 mit der verbes-

serten lichtaktivierten Desinfektion zeigte in zwei Millimeter Tiefe eine vollständige Inaktivierung der Bakterien. In der zweiten Versuchsanordnung fand in jeder Gruppe eine Keimzahlreduktion zur Kontrollgruppe statt, aber nur die Gruppe 5 (Kombination der herkömmlichen Aufbereitungstechnik mit der lichtaktivierten Desinfektion) zeigte eine signifikante Verbesserung. Gruppe 4 (manuelle Aufbereitung und Spülung) war deutlich besser als die Gruppen 2 und 3, aber nicht signifikant. Bei der zweiten Versuchsanordnung war die Keimzahl des weiter ausgebildeten Biofilms in keiner Gruppe vollständig zu eliminieren.

Der Erfolg der Behandlung war demnach abhängig von der Entwicklungsphase des Biofilms. Die verbesserte lichtaktivierte Desinfektion scheint trotzdem eine vielversprechende neue Möglichkeit für die Behandlung von Problemkeimen in der Endodontie darzustellen.

Quelle: Lim Z, Cheng JL, Lim TW, Teo EG, Wong J, George S, Kishen A. Light activated disinfection: an alternative endodontic disinfection strategy. Australian Dent J 2009;54:108-114

ZÄ Kristin Lüdemann
Charité-Universitätsmedizin Berlin
CharitéCentrum 3 für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde
Abt. für Zahnerhaltungskunde
und Parodontologie
Aßmannshäuser Str. 4-6
14197 Berlin
kristin.luedemann@charite.de

Wünsche, Anregungen,
Kritik? So erreichen Sie uns:

Zahnärztliche Mitteilungen
Tel.: 030/280179-52
Fax: 030/280179-42
Postfach 080717, 10007 Berlin
e-mail: zm@zm-online.de

WHO-Studie für Europa

Verkehrslärm löst viele Gesundheitsschäden aus

Ein aktueller Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kommt zu dem Schluss, dass Verkehrslärm besonders im Westen der Europäischen Union (EU) jährlich zum Verlust von über einer Million gesunden Lebensjahren führt. Diese gehen entweder durch Erkrankung, eine Behinderung oder vorzeitigen Tod verloren.



Foto: MEV

Verkehrskolonnen schieben sich oft tagtäglich an Wohnsiedlungen vorbei. Ein stetiger Lärmpegel steht in der Luft – ganz abgesehen von den Abgasen, kann es zu körperlichen Schäden kommen.

Ständiger Umweltlärm, zu dem besonders Verkehr wie das ständige Rauschen über einer Stadt oder in der Nähe von Autobahnen zählt, stellt nicht nur eine Belästigung und Unterbrechung des Schlafs dar, sondern kann auch Herzinfarkte, Lernstörungen und Tinnitus auslösen. „Lärm ist nicht nur ein Umweltärgernis, sondern auch eine Bedrohung für die öffentliche Gesundheit“, sagt die WHO-Regionaldirektorin für Europa, Zsuzsanna Jakab. „Wir hoffen, dass die neuen Befunde Regierungen und örtliche Behörden dazu veranlassen werden, Lärmschutzkonzepte auf nationaler und lokaler Ebene einzuführen und so die Gesundheit der Europäer vor der wachsenden Gefahr zu schützen.“

Umweltlärm steht an zweiter Stelle

Auf der Liste der die Krankheitslast vergrößernden Umweltfaktoren steht Umweltlärm nach Luftverschmutzung an zweiter Stelle. Jeder dritte Bürger Europas fühlt sich tagsüber durch Lärm belästigt und jeder fünfte wird im Schlaf durch Straßen-, Schienen- und/oder Flugverkehr gestört. Dadurch erhöht sich das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Bluthochdruck, so die WHO.

Die neue Veröffentlichung stellt die Ergebnisse einer vom Regionalbüro und von der Gemeinsamen Forschungsstelle der Europäischen Kommission koordinierten inter-

nationalen Studie vor, in der Erkenntnisse über Gesundheitsfolgen geprüft, Orientierungshilfen zur Quantifizierung der Risiken durch Umweltlärm gegeben und Einschätzungen der daraus in den westlichen Ländern der Europäischen Region resultierenden Krankheitslast vorgenommen werden. Bessere Überwachung und Datenerhebung sind in Südosteuropa und Zentralasien erforderlich, wo fehlende Daten zur Lärmbelastung eine Abschätzung der gesundheitlichen Folgen verhindern.

Bessere Datenerhebungen werden gefordert

„Diese neue Auflistung der Erkenntnisse ist ein Beitrag der WHO zum konzeptionellen Prozess in der Europäischen Union. Wir hoffen, dadurch die Überarbeitung der EU-Richtlinie in Richtung strengerer Lärmgrenzwerte beeinflussen und sie auch auf andere Teile der Region ausdehnen zu können“, sagt hierzu der für das Thema Lärm und Gesundheit zuständige Wissenschaftler des Regionalbüros, Rok Ho Kim, der das WHO-Projekt koordinierte.

Zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung vor Umgebungslärm wird die Zusammenarbeit zwischen Regionalbüro, Europäischer Kommission und Europäischer Umweltagentur immer weiter ausgebaut, damit die Erklärung von Parma aus dem Jahr 2010 und die lärmbezogenen Richtlinien der Europäischen Union auf synergetische Weise umgesetzt werden können. Diese Zusammenarbeit wird durch den von der Europäischen Kommission entwickelten methodischen Rahmen zur Lärmbewertung (CNOSSOS-EU) ermöglicht. sp/pm

1. Interdisziplinäres Symposium kindliche Entwicklung

Tasten, schmecken, riechen

Am 19. März 2011 kamen in Leipzig 170 Teilnehmer verschiedenster Berufsgruppen zu einer wissenschaftlichen Veranstaltung zusammen. Die große Zahl der Zuhörer ließ keinen Zweifel daran, dass eine interessante Thematik aufgegriffen wurde, nämlich das Kind und die kindliche Entwicklung mit Blick auf die Funktionalität im Mundbereich.

Die störungsfreie Entwicklung ist leider keine Selbstverständlichkeit, und vielen der Anwesenden war die Vielfältigkeit kindlicher Entwicklungsauffälligkeiten hinlänglich aus ihrer eigenen Berufstätigkeit bekannt. Das betrifft neben medizinischen und sozialen auch pädagogische und psychologische Bereiche direkt oder in ihren Grenzgebieten.

In manchen Bereichen existieren interdisziplinäre Ansätze und Vorgehensweisen zur Lösung beziehungsweise Bewältigung, aber in vielen gibt es leider immer noch „nur“ engagierte Einzelkämpfer.

Interdisziplinarität gefragt

Ziel der Veranstaltung war deshalb, möglichst viele Berufsgruppen, die am Kind „tätig“ sind, anzusprechen, sie zu aktivieren, sich gegenseitig kennenzulernen, Gedanken und Erfahrungen auszutauschen, um letzten Endes gemeinsam professionell und effizient für die Kindergeneration wirken zu können.

Das war der Grundgedanke für die Gestaltung eines „1. Interdisziplinären Symposiums kindliche Entwicklung“ zum Thema „Alles mit dem Mund, alles durch den Mund“, das unter der Leitung von Prof. Dr. Almut Makuch und Sabine Fuhlbrück, beide Leipzig, stattfand. Zahnärzte, Kieferorthopäden, Logopäden, Kinderärzte, Neonatologen, Soziologen, Sprachheilwissenschaftler, Psychologen und Myofunktionstherapeuten bekundeten uneingeschränktes Interesse an einer gemeinsamen, sehr vielschichtigen Problematik, der es sich aus unterschiedlichsten Aspekten zu nähern galt.

Abbildungen 1 bis 3:
Klinische Situation einer siebenjährigen Patientin in der ersten Wechselgebissphase mit lutschoffenem Biss und Angel-Klasse II/1



Fotos: PD Dr. K. F. Krey

Im einleitenden Vortrag referierte Prof. Dr. Almut Makuch (FZÄ Kinderzahnheilkunde, Diplompsychologin), welche Bedeutung verschiedene Verhaltensmuster im Kindesalter für die Gesundheit des Kindes, aber auch für das spätere Erwachsenenalter haben.

Denn neben erwünschten Verhaltensweisen können hier bereits auch solche erlernt, erprobt und eventuell stabilisiert werden, die für die spätere Gesundheit eine Gefährdung darstellen. Die Referentin stellte heraus, dass eine adäquate Befriedigung der physischen

und psychosozialen Bedürfnisse eines Kindes von Geburt an den Grundstein für seine Gesundheit legt.

Mund als erster Erkennungsraum

Durch Ernährung, Pflege und Fürsorge sowie Gewöhnung werden kognitive Strukturen für ein künftiges Verhalten entwickelt. Große Bedeutung kommt dabei der Frühentwicklung des orofazialen Systems zu. Der Mund gilt als erster und bleibender Erkennt-

nisraum. Mit ihm wird Nahrung aufgenommen und gleichzeitig schmeckend, tastend und riechend die Welt erkundet. Wenn das zielgerichtete Greifen hinzukommt, gewinnen durch die Koordination von Mund, Auge und Hand weitere Erkenntnisprozesse für das Kind an Bedeutung.

Dr. Silvia Hiersche, Leipzig, ist Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und wies in ihrem Beitrag dringlich darauf hin, dass es gilt, gestörte Kommunikationsbeziehungen zwischen Mutter und Kind, die bereits bei der Verabreichung der Nahrung auftreten können, frühzeitig zu erkennen, damit sie einer Therapie zugeführt werden können. Sie stellte in diesem Zusammenhang die Interaktionssprechstunde und die Eltern-Kind-Tagesklinik sowie auch das Netzwerk „Frühe Hilfe“ aus Leipzig unter dem Blickwinkel einer Kooperation vor.

Der Kieferorthopäde Prof. Dr. Karl-Heinz Dannhauer, Leipzig, konnte mit seinem Beitrag überzeugend nachweisen, dass das Ernährungsverhalten im frühen Kindesalter maßgeblichen Einfluss auf die Gebissentwicklung und damit aber auch auf die Gesundheit im späteren Alter hat. Er ging auf die physiologischen und pathologischen Veränderungen der Schluckmuster unter dem Aspekt, in welcher Weise das Nahrungsangebot erfolgt (Stillen versus Flasche, feste Nahrung, Trinken aus der Tasse und mehr), ein.

Die Kinderärztin und Stillberaterin Dr. Andrea Reich, Leipzig, nahm diesen Faden auf und erläuterte die rasante statomotorische Entwicklung vom scheinbar hilflos zappelnden Säugling zum aufrecht frei laufenden Kleinkind.

Wichtige frühkindliche Zungenfunktionen

Das erste Lebensjahr eines Kindes ist davon gekennzeichnet, dass das Neugeborene mit Zunge und Mund sucht, saugt und schluckt und so allmählich durch eine Veränderung des Schluckmusters feste Nahrung kennen und schlucken lernt und schließlich am Familientisch teilhaben kann. Stillen gilt nach wie vor als die natürlichste Ernährungsform vor allem in den ersten

Lebensmonaten. Beim physiologischen Saugen besteht kein Zahnkontakt zur Muttermilch. Eine kompetente und einfühlsame Beratung der Eltern zur Säuglingsernährung und zum empathischen Umgang mit dem Kind hilft, Entwicklungsstörungen vorzubeugen. Sind solche eingetreten, erfordert das dann meist eine interdisziplinäre Betreuung der gesamten Familie.

Dr. Juliane Frühbuß, Düsseldorf, ging dann der Frage nach, welche Folgen die frühkindliche Karies für die soziale Entwicklung des heranwachsenden Kindes hat. Sie konnte unter anderem aufzeigen, dass Kinder der oberen Sozialschichten weniger Fehltag bedingt durch Zahnschmerzen und weniger Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten hatten, da ihr Kariesgeschehen geringer und die Mobilität der Eltern größer war.

Flasche sehr schnell abgewöhnen

Integrative pädiatrische, psychologische und zahnmedizinische Beratungen sollten den Müttern helfen, im Sinne einer holistischen Kinderzahnheilkunde den prolongierten Flaschengebrauch über das Babyalter hinaus zu verhindern. Auch sollten sie die für sie oft unverständlichen Verhaltensweisen ihres Kindes besser verstehen lernen.



Foto: ISKE

Neben den Fütter- und Essverhaltensweisen, die sich direkt auf die Zahn- und Gebissentwicklung auswirken, ging es dann in einem weiteren Beitrag von Mary Ann Bolten, Wiesbaden, sie ist Speech Pathologin und Mundfunktionstherapeutin, um Ursachen von Habits, die im frühen Kindesalter ihren Anfang haben und eng im Zusammenhang



Abbildungen 4 bis 6: Intraoraler Zustand nach zweijähriger kieferorthopädischer Frühbehandlung mit logopädischer Begleitbehandlung: Der offene Biss ist geschlossen und die Unterkieferrücklage hat sich ausgeglichen.



Fotos: PD Dr. K. F. Krey

mit der Bedürfnisbefriedigung des Kindes stehen. So können orofaziale Funktionen beziehungsweise Dysfunktionen (Nasenatmung, Schluckstörungen, Mobilitätsbeeinträchtigungen der Zunge, Lutschgewohnheiten) die skeletale Entwicklung beeinflussen.

Mundatmer zum Nasenatmer umschulen

Therapeutische Konzepte, die sich – wie die Myofunktionelle Therapie (MFT) – diesen Dyskinesien widmen, können hierbei sehr

erfolgreich die Mund- und Kaumuskulatur beeinflussen und so zum Beispiel die physiologische Atmung durch Training des Lippen-schlusses wiederherstellen und damit eine kieferorthopädische Behandlung sinnvoll begleiten und unterstützen. In einem Fallbericht konnte Sabine Fuhlbrück, Myofunktionstherapeutin sowie kost®-Therapeutin, dieses eindrucksvoll belegen. Die körperorientierte Sprachtherapie nach Codoni stellt darüber hinaus die Zusammenhänge zwischen Form und Funktion, bezogen auf den ganzen Körper dar. Bei den meisten sprachbehinderten Kindern liegen sowohl

Störungen des Gleichgewichts der oralen Muskelfunktionen als auch Dysbalancen in anderen Körperbereichen vor. Nur wenn diese unter Einbeziehung der entsprechenden medizinischen Fachgebiete korrigiert wurden, kann darauf aufbauend die Myofunktionelle Therapie einen wirksamen Beitrag für die Sprach- und Sprechentwicklung leisten. Mit zahlreichen Vorher-Nachher-Bildern von entsprechend therapierten Patienten bewies Ulrike Hörstel aus Günzburg, MF-Therapeutin, Logopädin, kost®-Therapeutin, den Erfolg dieses Konzepts. Cathrin Wegner, Hagenow, Logopädin, NLP-Trainee, kost®-Therapeutin, rundete die Palette der Vorstellung von Therapiekonzepten oraler Habits mit der Kasuistik über die Lutschentwöhnung durch neurolinguistische Programmierung (NLP) bei einem elf-jährigen Patienten ab. Auch hier gelang es der geschulten Therapeutin innerhalb kurzer Zeit, dem Wunsch des heranwachsenden Jungen zu entsprechen, indem er durch die Verbesserung des eigenen Wohlbefindens auch seine Lebensqualität steigern und eigenverantwortlich Entscheidungen treffen konnte.

Fazit

Dieses erste, von der Gaba GmbH unterstützte Symposium erwies sich als eine sehr interessante und gut angenommene Weiterbildung für diverse Fachbereiche. Erste Kontakte zu einem Networking konnten hergestellt werden, und es wurde mehrheitlich eine Fortsetzung dieser Veranstaltung unter dieser interdisziplinären Sichtweise gewünscht. Übrigens: Der finanzielle Überschuss aus der Tagung wird als Spende für Kinder mit Fütter-, Schluck- und Essstörungen eingesetzt.

*Prof. Dr. med. habil. Almut Makuch
Diplompsychologin
Universität Leipzig
Friedrich-Louis-Hesse-Zentrum für ZMK
und Orale Medizin
Selbständige Abteilung Kinderzahnheilkunde
und Primärprophylaxe
Nürnberger Str. 57
04103 Leipzig
almut.makuch@medizin.uni-leipzig.de*



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	LZK Rheinland-Pfalz	S. 55	Kieferorthopädie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 56
	Freie	S. 63		KZV Baden-Württemberg	S. 57
Allgemeine ZHK	LZK Berlin/Brandenburg	S. 58		Universität Gießen	S. 61
Anästhesie	Freie	S. 63	Kinderzahnheilkunde	ZÄK Niedersachsen	S. 56
Bildgebende Verfahren	LZK Rheinland-Pfalz	S. 55		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 56
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 56	Kommunikation	ZÄK Bremen	S. 57
	ZÄK Bremen	S. 57		Freie	S. 62
	Freie	S. 62	Konservierende ZHK	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 56
Chirurgie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 55		LZK Berlin/Brandenburg	S. 58
	ZÄK Niedersachsen	S. 55	Marketing	Freie	S. 62
	Freie	S. 63	Notfallmedizin	ZÄK Niedersachsen	S. 56
Funktionslehre	KZV Baden-Württemberg	S. 57		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 56
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 58	Parodontologie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 55
Hygiene	Freie	S. 63		ZÄK Niedersachsen	S. 56
Hypnose	ZÄK Bremen	S. 56		LZK Berlin/Brandenburg	S. 58
	DGZH	S. 61	Praxismanagement	NAGP	S. 62
Implantologie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 55		ZÄK Bremen	S. 57
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 58	Prophylaxe	Freie	S. 63
	Freie	S. 62		ZÄK Niedersachsen	S. 56
				KZV Baden-Württemberg	S. 57
				Freie	S. 62
			Prothetik	ZBV Unterfranken	S. 55
				ZÄK Westfalen-Lippe	S. 56
				ZÄK Bremen	S. 57
				Freie	S. 62
			Qualitätsmanagement	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 56
			Recht	LZK Rheinland-Pfalz	S. 55
			Restaurative ZHK	RWTH Aachen	S. 61
			ZFA	ZÄK Niedersachsen	S. 56
				LZK Berlin/Brandenburg	S. 58

Fortbildung der Zahnärztekammern **Seite 55**

Kongresse **Seite 58**

Hochschulen **Seite 61**

Wissenschaftliche Gesellschaften **Seite 61**

Freie Anbieter **Seite 62**

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:

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 Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Spezialkurs der Fachkunde im Strahlenschutz für die digitale dentale Volumentomografie (DVT)
Referenten: Dr. Irmela Reuter, Prof. Dr. Ulrich Meyer
Termin:
 01.10.2011: 09.00 – 17.00 Uhr,
 21.01.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 20
Kurs-Nr.: 11 740 060
Gebühr: ZA 990 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Fluoride in der Prophylaxe + Adhäsivtechnik effizient nutzen
Referenten: PD Dr. Till Dammasschke, Dr. Markus Kaup
Termin: 05.10.2011:
 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11 750 011
Gebühr: ZA 65 EUR

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Kieferorthopädische Befunde und Therapiemöglichkeiten – Von der Diagnostik bis zur Abrechnung
Referenten: Dr. Stefanie Flieger, Dr. Thomas Ziebur, ZMV Christine Baumeister
Termin: 07.10.2011:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 11 740 042
Gebühr: ZA 249 EUR

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für Zahnärztinnen und Zahnärzte
Referent: Dr. Hendrik Schlegel
Termin: 07.10.2011:
 09.00 – 13.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 11 740 072
Gebühr: ZA 102 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

Fachgebiet: Kinderzahnheilkunde
Thema: Arbeitskreis Kinderzahnheilkunde – Zahnerhalt bei Kindern – Müssen Milchzähne restauriert werden?
Referent: Dr. Peter Noch
Gastdozent: Dr. Arzu Tuna-Meyer
Termin: 12.10.2011:
 15.00 – 17.30 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 11 710 757
Gebühr: ZA 89 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: MPG für Niedergelassene
Referent: Dr. Hendrik Schlegel
Termin: 14.10.2011:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 11 760 001
Gebühr: ZA 59 EUR

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Versorgung mit faserverstärkten Kompositbrücken. Praktischer Kurs zur Planung, Herstellung und Eingliederung faserverstärkter Kompositbrücken
Referentin: Dr. Diana Wolff
Termin:
 14.10.2011: 14.00 – 18.30 Uhr,
 15.10.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 13
Kurs-Nr.: 11 740 093
Gebühr: ZA 469 EUR

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

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
Fortbildungspunkte: 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, Universitätsallee 25, 28359 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, Universitätsallee 25, 28359 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, Universitätsallee 25, 28359 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, Universitätsallee 25, 28359 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, Universitätsallee 25, 28359 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: 0421/33303-23
 e-mail: r.ordemann@zaek-hb.de
 oder t.hogrefe@zaek-hb.de

KZV Baden-Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsforum Freiburg

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
 e-mail: info@ffz-fortbildung.de

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Ultraschall – eine effiziente, nichtchirurgische Parodontaltherapie
Moderator: Dr. Michael Maak (Lemförde)
Termin: 20.08.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Kursgebühr: 315 EUR
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 0424.1

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
Kursgebühr: 5 200 EUR
Fortbildungspunkte: 185
Kurs-Nr.: 4029.3

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
Kursgebühr: 315 EUR
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 1007.1

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
Kursgebühr: 415 EUR
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 4030.5

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

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Weichgewebeexpansion mit osmotischen Gewebeexpandern. Eine neue Technik zur Verbesserung der plastischen Deckung bei umfangreichen Augmentationen
Referent: Dr. Dogan Kaner (Berlin)
Termin: 17.09.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Kursgebühr: 195 EUR
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 2024.1

Fachgebiet: ZFA
Thema: Kostenfreier Informationsabend: Aufstiegsfortbildung zum/r Zahnmedizinischen Prophylaxeassistenten/in (ZMP-Seminar, Berlin)
Referenten: ZÄ Ilona Kronfeld (Berlin), Dr. Thilo Schmidt-Rogge (Berlin)
Termin: 28.09.2011: 19.30 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut, Aßmannshäuser Str. 4-6, 14197 Berlin
Kursgebühr: keine

Fachgebiet: ZFA
Thema: Kostenfreier Informationsabend: Aufstiegsfortbildung zum/r Dentalhygieniker/in (DH-Seminar, Berlin)
Referenten: ZÄ Ilona Kronfeld (Berlin), Prof. Dr. Michael Kleber (Berlin), PD Dr. Nicole Pischon (Berlin)
Termin: 21.10.2011: 19.30 Uhr
Ort: Philipp-Pfaff-Institut, Aßmannshäuser Str. 4-6, 14197 Berlin
Kursgebühr: keine

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

Kongresse

■ Juli

Festspielgespräch 2011
Fachgebiet: Ganzheitliche ZHK
Thema: Interdisziplinärer Erfahrungsaustausch zur Gesamtschau des Menschen: „Wahrnehmung“ – propriozeptive, neurophysiologische, quantenmedizinische Aspekte
Leitung: DDr. Irmgard Simma
Termin: 28.07. – 31.07.2011
Ort: Propstei St. Gerold, Vorarlberg
Fortbildungspunkte: 38
Veranstalter: Gesellschaft für ganzheitliche Zahnheilkunde der ÖGZMK
Anmeldung: Wiener Medizinische Akademie
 Mag. Hedwig Schulz
 Tel.: +43/1/405138319
 hedwig.schulz@medacad.org

■ 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@dentaeducation.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: -20 sekretariat@zaekmv.de
 www.zaekmv.de

8. Jahrestagung Fachkreis Junge Kieferorthopädie
Termin: 09./10.09.2011
Ort: Weimar, Dorint Hotel am Goethepark
Motto: Das Klammt-Gerät – 50 Jahre und immer noch aktuell
Fortbildungspunkte: 16
Informationen: Fachkreis Junge Kieferorthopädie
 Orthos Fachlabor
 Elke Mohnhaupt-Schmidt
 Über der Nonnenwiese 7
 Tel.: 03643-80800
 mohnhaupt.e@orthos.de
 www.junge-kfo.de

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: +41/22/56081-40
 info@fdiworldental.org
 www.fdiworldental.org

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

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: 07071/911-209

10 Jahre Appolonia 2020

Arbeitskreis für zahnärztliche Vorsorgemedizin und Praxistag und 5. Assistentinnentag
Veranstalter: Landeszahnärztekammer 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 Zahnärztekongress 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
 oegzmk@ktn.zahnaerztekammer.at
 www.oegzmk.at/zverein/ktn.htm
Information: Ärztezentrale Med.Info
 Helferstorferstr. 4
 A-1014 Wien
 Tel.: +43/1/53116-48
 Fax: +43/1/53116-61
 azmedinfo@media.co.at

19. Saarländischer Zahnärztetag
4. Grenzüberschreitender Fortbildungskongress der Euregio der Zahnärzte Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz und 5. Tagung der ZFA
Thema: Funktion ist nicht alles, aber ohne Funktion ist nichts
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Matthias Hannig, Direktor der Universitätskliniken für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde des Saarlandes in Homburg/Saar

Anzeige

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: 030/767643-86
 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. 11a
 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

14. Curriculum Implantologie

Veranstalter: Deutsches Zentrum für orale Implantologie e.V. (DZOI)
Termin: 26.09. – 01.10.2011
Ort: Abteil. Zahnärztl. Chirurgie an der Universität Göttingen
Kursgebühr:
 DZOI-Mitglieder 6 800 EUR, Nichtmitglieder 7 800 EUR
Auskunft: DZOI
 Rebhuhnweg 2
 84036 Landshut
 Tel.: 0871/6600934
 Fax: 0871/964478
 office@dzoi.de
 www.dzoi.de

■ 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: 0331/29771-65
 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: -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
 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

Kongress Präventive Zahnheilkunde Herbstsymposium der Universität Witten/Herdecke

Thema: Ganzheitliche Zahnmedizin – Der Blick über den Tellerrand
Veranstalter: P&G Oral Health, ZFZ Stuttgart, Uni Witten/Herdecke
Termin: 28.10.2011 (Kongress) 29.10.2011 (Symposium)
Ort: Dortmund, Kongresszentrum Westfalenhallen
Fortbildungspunkte: je 4
Kursgebühr: Kongress: 70 EUR, Symposium: 70 EUR, beides zusammen: 120 EUR
Anmeldung:
 Gesellschaft für Präventive Zahnheilkunde e.V., Kathrin Kempf
 Herdweg 50, 70174 Stuttgart
 Tel.: 0711/22716-49, Fax: -41

■ November**10. Jahrestagung der DGEEndo**

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: Westf. Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgner
 Poliklinik für Zahnärztl. Prothetik
 Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude W 30, 48149 Münster
 Tel.: 0251/8347-084, Fax: -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.: 089/550520-90, Fax: -92
 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-Universitätszahnklinik, 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-intervention.at/congress/ivos

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Supervision mit Fallvorstellung per Video
Termin: 23.09.2010:
 09.00 – 12.00 Uhr
Ort: DGZH-Regionalstelle
 Stuttgart, Esslinger Str. 40,
 70182 Stuttgart, 4. Stock
Fortbildungspunkte: 4
Referentin: Gudrun Schmierer
Kursgebühr: 90 EUR

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Helferinnen Curriculum
 H3: Sinnesschärfe und Flexibilität
Termin:
 23.09.2010: 14.00 – 20.00 Uhr,
 24.09.2010: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: DGZH-Regionalstelle
 Stuttgart, Esslinger Str. 40,
 70182 Stuttgart, 4. Stock
Fortbildungspunkte: 16
Referenten: R. & W. Hoefl
Kursgebühr: 250 EUR

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

NAgP

Neue Arbeitsgruppe Parodontologie e.V. (NAgP)

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Medizinische Risiken in
 der Parodontaltherapie: Diabetes,
 Herz-Kreislauf, Schwangerschaft,
 Krebs, Niere, Furkationstherapie,
 Biphosphonate, Ernährung ...
Referenten: PD Braun, PD Danne-
 witz, Prof. Deschner, PD Dommisch,
 OTA Dr. Eger, Prof. Eickholz, DH En-
 gel, Prof. Grötz, Prof. Jentsch, Prof.
 Jepsen, PD Jervoe-Storm, PD Kasaj,
 Dr. Kebschull, Dr. Schacher, Dr.
 Streletz, Dr. Walter, PD Wenghöfer
Termin:
 14.10.2010 Vorkongresskurse
 15.10.2010 Tagung
Ort: Zentrum für Zahn-, Mund-
 und Kieferheilkunde an der Uni-
 versität Bonn, Welschonnenstr. 17,
 53111 Bonn
Fortbildungspunkte:
 Kurse 4 bzw. 6, Tagung 8
Kursgebühr: Tagung 210 EUR,
 Kurse 210 / 90 / 150 / 80 EUR

Auskunft: Neue Arbeitsgruppe
 Parodontologie, Dr. Eva Streletz
 Kolpingstr. 3
 63150 Heusenstamm
 Tel.: 06104/3696
 www.nagp.de

Freie Anbieter

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

Die Redaktion

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Praxispotential
 Privatleistungen
Veranstalter: Dexcel Pharma GmbH
Referenten: Prof. Eli E. Machtei,
 Dipl.-Psych. Frank Frenzel
Termin/Ort:
 20.07.2011: Ingolstadt,
 21.09.2011: Frankfurt
Fortbildungspunkte: 5
Kursgebühr: Info unter
 0800/2843742
Anmeldung: Formularanforderung
 per E-mail: service@periochip.de

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Erwerb der Sach- und
 Fachkunde für die Dentale
 Volumentomografie.
 Teile 1 bis 3 (Neuanwender)
Veranstalter: Edulogicum GbR,
 Johann-Mohr-Weg 4, 22763
 Hamburg
Referenten: Dr. med. dent. Andreas
 Fuhrmann, Dipl.-Ing. Gerald König
Termin: 02.09., 03.09. und
 02.12.2011
Ort: Edulogicum GbR, Johann-
 Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 30
Kursgebühr: 1 500 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Fax: 040/81951237
 www.edulogicum.de

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Aktualisierung der Fach-
 kunde für die Dentale Volumen-
 tomografie (Altanwender)
Veranstalter: Edulogicum GbR,
 Johann-Mohr-Weg 4, 22763
 Hamburg
Referent: Dr. med. dent. Andreas
 Fuhrmann
Termin: 03.09.2011
Ort: Edulogicum GbR, Johann-
 Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 10
Kursgebühr: 600 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Fax: 040/81951237
 www.edulogicum.de

Fachgebiet: Marketing
Thema: Niederlassungstag für
 Zahnmediziner
Veranstalter: Edulogicum GbR,
 Johann-Mohr-Weg 4, 22763
 Hamburg
Referent: Dr. Klaus Peter Schneider
Termin: 10.09.2011:
 10.00 – 18.00 Uhr
Ort: Edulogicum GbR, Johann-
 Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11.BWM.NTZ.01
Anmeldung: Fax: 040/81951237
 www.edulogicum.de

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Herstellung von
 CAD/CAM-Keramik (Workshop
 mit Live-Behandlung)
Veranstalter: biodentis GmbH,
 Weißenfelder Str. 84, 04229 Leipzig
Referentin: Dr. med. dent. Katy
 Düsterhöft
Termin: 14.09.2011
Ort: Edulogicum GbR, Johann-
 Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 7
Kursgebühr: 129 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: www.edulogicum.de
 (zu biodentis verlinkt) oder
 biodentis direkt

Fachgebiet: Marketing
Thema: Konzept ersetzt Verkauf.
 Das Konzept Zahnmedizin der
 Premiumklasse
Veranstalter: Edulogicum GbR,
 Johann-Mohr-Weg 4, 22763
 Hamburg
Referent: Gesundheitsökonom
 FH Mathias Hoffmann
Termin: 21.09.2011:
 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Edulogicum GbR, Johann-
 Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 11.BWM.StS1.02
Kursgebühr: 290 EUR
Anmeldung: Fax: 040/81951237
 www.edulogicum.de

Fachgebiet: Kommunikation
Thema: Kommunikation, die
 überzeugen(d) hilft. Wie Sie Ihre
 Patienten begeistern
Veranstalter: Edulogicum GbR,
 Johann-Mohr-Weg 4, 22763
 Hamburg
Referent: Gesundheitsökonom
 FH Mathias Hoffmann
Termin: 23.09.2011:
 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Edulogicum GbR, Johann-
 Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 11.BWM.KoS1.03
Kursgebühr: 190 EUR
Anmeldung: Fax: 040/81951237
 www.edulogicum.de

Thema: Dentsply Kursreihe Prakti-
 scher Arbeitskurs – Prof. Manhart
 „Natürlich wirkende ästhetische
 Restaurationen mit einem nano-
 keramischen Komposit“ –
 Seitenzahnfüllungen-
Veranstalter: Dentsply DeTrey
 GmbH
Termin: 24.09.2011
Ort: Greifswald
Kursgebühr: 355 EUR
Anmeldung: praxisDienste
 Fortbildungs GmbH
 Brückenstr. 28
 69120 Heidelberg
 Tel.: 06221/649971-0
 Fax: 06221/64997120

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Prothetisch orientierte
 Versorgung
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
 Fritzsche
Referenten: Dr. Dr. Ulrich Stroink,
 ZTM Dominik Kruchen
Termin: 24.09.2011:
 10.00 – 17.00 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7-9,
 40210 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 380 EUR zzgl. MwSt.
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: Sky fast & fixed / Feste Zähne – sofort!
Veranstalter: bredent medical GmbH & Co KG
Termin: 24.09.2011: 08.30 – 17.00 Uhr
Ort: Ulm, Opus DC dental clinic
Referent: Dr. Michael Weiss
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 950 M002 5
Kursgebühr: 950 EUR pro Team (1 ZA + 1 Zahntechniker), + MwSt.
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

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Netz-Manager im Gesundheitswesen (IHK)
Veranstalter: Frielingsdorf Consult GmbH
Referent: Referententeam
Termin: 26.09. – 30.09.2011: 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: Hygiene
Thema: Hygiene in der Zahnarztpraxis
Veranstalter: Feldmann Consulting@GmbH & Co. Beratungs KG
Referentin: Bettina Thomas, Aesculabor-Karlsruhe GmbH
Termin: 27.09.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Feldmann Consulting@ Fortbildungsakademie, Kronenstr. 11, 76275 Ettlingen
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 11019
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: 07243/7254-20
 info@feldmannconsulting.de
 www.feldmannconsulting.de

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Frontzahnästhetik in der Implantologie – abhängig vom Gingivatyp?
Veranstalter: MED:SMILE Zahnärztliches Implantatzentrum
Referent: Referent: OÄ Dr. Isabell Bräuer, Universitätsklinikum Regensburg
Termin: 28.09.2011: 19.00 – 20.30 Uhr
Ort: Mannheim
Fortbildungspunkte: 3-5
Kursgebühr: 29 EUR, | für Überweiser kostenfrei
Anmeldung: Fax: 0621/478441
 praxis@praxisjaeger.de

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Neue Wege in der Kieferkammaugmentation
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
Referenten: Dr. Dr. Ulrich Stroink, Dr. Jürgen Gallas
Termin: 28.09.2011: 16.00 – 19.00 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7-9, 40210 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 3
Kursgebühr: 69 EUR zzgl. MwSt.
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

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Profikurs „Abrechnung GOZ und GOÄ“
Veranstalter: Feldmann Consulting@GmbH & Co. Beratungs KG
Referentin: Dina Lechler (ehem. Volz), Abrechnungs-Service für Zahnärzte
Termin: 30.09.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Feldmann Consulting@ Fortbildungsakademie, Kronenstr. 11, 76275 Ettlingen
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 11015
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: 07243/7254-20
 info@feldmannconsulting.de
 www.feldmannconsulting.de

Thema: Helbo-Therapie: Biofilm – Ihr unsichtbarer Feind!
Veranstalter: bredent medical GmbH & Co KG
Termin: 30.09.2011: 16.00 – 20.00 Uhr
Ort: München
Referenten: Dr. Tilman Eberhard MSc, Dr. Sigurd Hafner
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

Fachgebiet: Anästhesie
Thema: Dentale Sedierung mit Lachgas (GRUNDKURS)
Veranstalter: Institut für dentale Sedierung
Referenten: Dr. med. Frank G. Mathers, Dr. med. Andreas Molitor, Dr. med. dent. Msc Gerald Thun, Dr. jur. Christina Töfflinger
Termin: 30.09.2011: 13.30 – 19.00 Uhr, 01.10.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Stuttgart
Fortbildungspunkte: 15
Kursgebühr: 1 180 EUR + MwSt. für Zahnärzte, 690 EUR + MwSt. für ZMF
Anmeldung: Institut für dentale Sedierung, Köln
 Tel.: 0221/1694920
 Fax: 0221/9651106
 info@ids-sedierung.de
 www.ids-sedierung.de

Vertriebsvergütungen bei Finanzprodukten

Ansprüche der Anleger wahrnehmen

Es ist das Tagesgeschäft der Bankberater: Sie verkaufen ihren Kunden Fondsanteile, Zertifikate oder andere Finanzprodukte. Automatisch streichen sie die darin versteckten Gebühren ein. So war es in der Vergangenheit. Doch die Gerichte stärken mit ihren Urteilen zunehmend die Rechte der Verbraucher. Sie haben ein Recht auf Offenlegung der Provisionen und unter Umständen auch auf deren Auszahlung. Für freie Vermittler gilt das leider nicht.

Im internationalen Geschäftsleben steht der Begriff Kickbacks für nichts anderes als Schmiergelder, die auf dem Umweg über erhöhte Rechnungen oder Provisionsvereinbarungen wieder zurückfließen. Im Anlagegeschäft kassiert der Vermittler eines Finanzprodukts eine Rückvergütung vom Emittenten dafür, dass er ausgerechnet dieses Produkt seinen Kunden empfiehlt. So richtig ins Zentrum der Aufmerksamkeit der Anleger gelangten die Kickbacks seit der Finanzkrise. Viele Anleger haben in dieser Zeit hohe Verluste mit maroden Anlageprodukten – wie zum Beispiel die Zertifikate der Lehman Bank – erleiden müssen. Aber auch Anteile an vielen Medienfonds waren irgendwann nicht mehr das Papier wert, auf dem sie verewigt waren.

Bei all diesen Produkten sind Provisionen geflossen, von denen der Anleger in den meisten Fällen keine Ahnung hatte. Der Verkäufer hat seine Kunden nicht über die Geldflüsse informiert, obwohl das Anlagekapital entsprechend dieser Beträge geschrumpft ist. Die Gerichte beurteilen dieses Gebaren schon seit Jahren immer kritischer. Denn der Kunde weiß nicht, dass der Berater beziehungsweise die Bank eine Belohnung dafür kassiert, dass er ihm dieses Produkt verkauft. Das Interesse des Beraters gilt also nicht mehr in erster Linie dem Wohl des Kunden, sondern eher dem eigenen Kontostand. Und der Kunde selbst kann nicht frei über die Qualität des Produkts entscheiden, weil ihm diese Informationen über den Interessenkonflikt des Beraters fehlen.

Diesen Missstand kritisiert auch Dorothea Mohn, Referentin für Kapitalanlagen und Altersvorsorge beim Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) in Berlin: „Unsere



Foto: FOTEX

Kunden sollten beim Beratungsgespräch mit der Bank besonders die Frage, wie offen und transparent zeigt sich das Institut, im Hinterkopf behalten.

Erfahrung ist, dass über Kickbacks bis heute nicht vielfältig beziehungsweise nicht aussagekräftig aufgeklärt wird. Anlegern wird suggeriert, die Beratung in der Bank sei kostenfrei.“

Justiz auf der Seite der Anleger

Dabei haben die Gerichte längst im Sinne der Anleger entschieden. So hat der Bundesgerichtshof (BGH) am 29. Juni 2010, Aktenzeichen: XI ZR 308/09, beschlossen, dass die Kreditinstitute ihre Pflicht zur Aufklärung über Rückvergütungen bereits ab dem Jahr 1990 verletzen. Denn schon zu diesem Zeitpunkt bildeten zwei BGH-Urteile aus den Jahren 1990 und 1989 die Grund-

lage für die Aufklärungspflicht der Banken über die versteckten Provisionen. Nur: Die Geldwirtschaft hat diese Tatsachen konsequent ignoriert.

Dabei bedeutet das Verschweigen von Kickback-Zahlungen einen schweren Beratungsfehler. In einem Urteil vom 9. März dieses Jahres (AZ: XI ZR 191/10) hat der BGH seine bisherige Rechtsprechung noch einmal konkretisiert. Er bestätigt die Verpflichtung der Bankberater, die Kunden bei einer Beratung über die in den Produkten enthaltenen Provisionen aufzuklären und hebt hervor, dass Rückvergütungen nicht nur aus Ausgabeaufschlägen und Verwaltungsgebühren stammen können, sondern aus jeder Provisionsart, bei der ein Teil verdeckt an die Bank zurückfließt.

Diese Urteile erweisen sich heute für viele Betroffene, die ohne Kenntnis der Umstände die schönen Beschreibungen eines Produkts geglaubt und massive Verluste erlitten haben, als sehr nützlich. Dienen sie doch den auf Kapitalmarktrecht spezialisierten Anwälten als Mittel zum Zweck, wenn es darum geht, einen stichhaltigen Grund für die Rückabwicklung maroder Anlagen zu finden. Inzwischen gibt es auch einige Entscheidungen von Landes- und Oberlandesgerichten zugunsten der Kunden. Dabei ging es immer um die Rückabwicklung von Anlagekäufen wie zum Beispiel Anteile an geschlossenen und offenen Fonds.

Aufklärungspflicht der Banken

Besondere Aufmerksamkeit kommt einem Urteil zu, das vor Kurzem das Oberlandesgericht Stuttgart gefällt hat. In diesem Fall hatte die Klägerin im April 2000 bei der Kreissparkasse Tübingen 540 Anteile des Investmentfonds Deka-Technologie CF für insgesamt 23 171,40 Euro erworben. Der Ausgabeaufschlag betrug 3,75 Prozent und die jährliche Verwaltungsgebühr 1,25 Prozent. In dem vorausgehenden Beratungsgespräch hatte die Mitarbeiterin der Sparkasse nicht darüber aufgeklärt, dass wesentliche Teile des Ausgabeaufschlags, der von



Foto: KW-Bildarchiv

Bankberater dürfen Vertriebsprovisionen, die sie für Transaktionen erhalten ...

der Deka-Bank berechnet wurde, an die Kreissparkasse zurückfließen, und diese zusätzlich die jährliche Verwaltungsgebühr kassiert. Die Kundin wurde nicht informiert, obwohl der Sparkasse die Verpflichtung zur Offenlegung bekannt war. Weil es sich um einen Fonds der Sparkassen handelte, meinte man, dass die Vorschrift nicht gelte. Das Gericht widersprach und unterstellte sogar ein vorsätzliches Verschweigen der Kickbacks. Im Urteil heißt es: Es liege „nahe,

das Verschweigen der Bank, die diese Provisionen für sich behalten will, als vorsätzlich zu bewerten. In Betracht kommt der Tatbestand der Untreue, ... oder des Betrugs“. Fazit: Die Sparkasse muss der Klägerin ihr eingesetztes Kapital zuzüglich Zinsen und außergerichtlicher Anwaltskosten ersetzen. Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig.

Offenlegung der Provisionen

Erstritten haben dieses Urteil die Kapitalmarktrechtsspezialisten der Kanzlei Tilp in Tübingen. Zu ihnen gehört auch Peter Gundermann. Er hält das Urteil für besonders wegweisend, weil es das Problem der kurzen Verjährungsfristen beseitigt: „Bei Vorsatz gibt es keine Verjährung in drei Jahren ab Kauf. Das Oberlandesgericht Stuttgart hat die Hürde für die Banken, das Fehlen von Vorsatz nachzuweisen, sehr hoch angesetzt.“ Jetzt können auch ältere Schadensfälle neu aufgearbeitet werden. Betroffen sind davon Kapitalanlagen aus den letzten 30 Jahren. Kanzleimitglied Fachanwalt Alexander Heinrich erläutert: „Wie von uns stets prognostiziert, können damit beinahe alle Geschäfte in Investmentfonds der letzten 30 Jahre erfolgreich rückabgewickelt werden, wie auch sonstige Kapitalanlagen, bei denen Kickback floss.“

Bei diesen Urteilen ging es immer um die Rückabwicklung der Käufe. Viele Kunden sind aber zufrieden mit ihren Kaufentscheidungen. Was geschieht mit ihren Ansprüchen auf die versteckten Provisionen? Stehen ihnen die Kickbacks zu? Verbraucherschützerin Mohn meint: Ja. „Nach unserer Rechtsauffassung sind Provisionen wie Ausgabeaufschläge und Bestandsprovisionen an den Anleger auszukehren. Bankenseitig wird dies naturgemäß verneint. Auch wenn ein aktuelles Urteil unsere Auffassung stützt, bislang fehlt leider eine höchstrichterliche Entscheidung.“

Dabei gibt es gesetzliche Grundlagen für diesen Anspruch, den die Banken konsequent ignorieren. Ein Sprecher des Bundesverbands deutscher Banken verglich den Kauf eines komplizierten Finanzprodukts

INFO

Initiative Finanzmarktwächter

Die 16 Verbraucherzentralen haben sich zusammengeschlossen, um gemeinsam stärker gegen die massiven Missstände im Finanzmarkt vorgehen zu können. Bis zum Herbst wollen sie sich um verschiedene Problemfelder kümmern. Neben überhöhten Dispozinsen, Beratungsprotokollen und den Kündigungsgründen von Altersvorsorgeprodukten gehört auch die Offenlegung von Vertriebsprovisionen dazu. Dabei wird überprüft, ob und wie die Banken und Finanzvermittler im Wertpapiervertrieb ihrer Offenlegungspflicht nachkommen. Angestrebt wird außerdem eine höchstrichterliche Klärung, ob sie auch verpflichtet sind, Provisionen an die Kun-

den auszukehren. Um auch Regierung und Bundestag von der Notwendigkeit einer strengeren Gesetzgebung zu überzeugen und so für mehr Transparenz im Finanzmarkt zu sorgen, bitten die Verbraucherzentralen um Unterstützung durch die Verbraucher. Mit einem Musterschreiben sollen sie ihre Bank auffordern, die Vertriebsprovisionen offenzulegen. Die Informationen können die Kunden an die Verbraucherzentrale schicken, die diese Daten selbstverständlich vertraulich behandelt.

Das Musterschreiben und weitere Informationen gibt es im Internet unter www.vzbv.de/finanzmarktwaechter.

mit dem Erwerb eines Autos: „Der Autoverkäufer muss seine Provisionen auch nicht offenlegen. Das akzeptieren die Kunden.“ Dabei lassen sich die Produkte eigentlich gar nicht miteinander vergleichen. Wer ein Auto kaufen will, sucht sich ein Modell aus und kann weitreichende Preisvergleiche an-

zur Unterschrift vor. Damit verzichtet er auf die Provisionen. Das Gebaren der Bank kommentiert Mohn: „Das zeigt, dass sich die Banken ihrer Sache nicht sicher sind. Wir raten den Kunden, nicht zu unterschreiben. Denn damit verzichten sie auch in Zukunft auf alle Provisionen.“

Vertriebsprovisionen, die bei einem Fonds aus dem Anlagevermögen gezahlt werden. Laut BGH-Entscheidung vom 9. März 2011 besteht hierbei eine Aufklärungspflicht erst ab 15 Prozent vom Anlagebetrag. Aber auch in diesem Punkt gibt sich Fachanwalt Gundermann kritisch: „Die Angaben zu Provisionen müssen im Prospekt beziehungsweise im Gespräch in jedem Fall transparent und zutreffend sein. Sonst hat man einen Ansatzpunkt über die Prospekthaftung und eventuelle Falschberatung.“

Freie Finanzvermittler von Aufklärungspflicht befreit

Alle bisherigen wichtigen Urteile befassen sich mit dem Verhältnis des Kunden zur Bank. Ganz anders sieht die Rechtsprechung in den Fällen aus, wo es um die Geschäfte mit freien Vermittlern geht. Hier sehen sich die Richter ganz auf der Seite der Berater.

So entschied der BGH in seinem Urteil vom 15. April 2010 (AZ: III ZR 196/09) und bestätigte es noch einmal im März dieses Jahres, dass diese Aufklärungspflicht nicht für freie Berater gilt. Die Begründung: Ein Kunde, der sich durch einen freien Anlagevermittler beraten lässt und selbst keine Provision für den Beratung zahlt, muss davon ausgehen, dass der Berater als Vermittler eine Vertriebsprovision erhält.

Die Verbraucherschützer lehnen diese Meinung des III. Senats naturgemäß ab. Für sie sind diese Entscheidungen für den Verbraucher nicht nachvollziehbar. Sie fordern eine gesetzliche Regelung für die Honorarberatung, damit auch hier den schwarzen Schafen das Handwerk gelegt werden kann. Nur wenn auch die unabhängigen Berater tatsächlich auf Kickbacks verzichten und sich unter eine gesetzliche Kontrolle begeben, können sie das Vertrauen der Kunden gewinnen. Zwar wird die Mehrzahl der Anleger auch in Zukunft nicht bereit sein, ein Honorar für die Anlageberatung zu zahlen. Doch zumindest sollten sie die Möglichkeit der Wahl bekommen.

Marlene Endrueit
Wirtschaftsjournalistin
m.endrueit@netcologne.de



Foto: nyul – Fotolia.com

... dem Kunden gegenüber nicht verschweigen.

stellen. Ein Zertifikat oder Fondsanteil ist sehr viel komplizierter im Aufbau und für den Kunden nicht so leicht durchschaubar wie ein Auto. Der Kauf eines Finanzprodukts ist Vertrauenssache und der Käufer muss sich sicher sein, dass der Berater zum Wohl des Kunden handelt und nicht für den eigenen Vorteil.

Während viele Banken die Offenlegung einfach ignorieren, unterscheidet beispielsweise die Targobank zwischen Kommissionsverkauf und Festpreisgeschäft. Ihrer Meinung nach braucht sie die Provisionen im Festpreisgeschäft wie zum Beispiel bei Zertifikaten nicht offenzulegen. Geht es um ein Kommissionsgeschäft wie beim Verkauf von Fondsanteilen, empfiehlt sie dem Kunden sich auf der Webseite der jeweiligen Fondsgesellschaft zu informieren – für den Kunden eine Zumutung.

Anders geht die Deutsche Bank vor, um sich die Provisionen zu sichern. Sie legt dem Kunden eine Rahmenvereinbarung

Der vzbv hat einen Prozess gegen die Bank geführt und vor dem Landgericht Frankfurt Recht bekommen. Die Deutsche Bank ist in Revision gegangen, das Geschäft mit dem Kunden will sich das Finanzinstitut nicht entgehen lassen.

Notfalls den Ombudsmann der Banken einschalten

Doch die Kunden sollten sich wehren. Niels Nauhauser, Anlageexperte bei der Verbraucherzentrale Baden-Württemberg in Stuttgart, kennt aus seiner Praxis ein Beispiel, bei dem die Commerzbank ebenfalls die Offenlegung der Provisionen verweigerte. Er empfahl dem Kunden die Anrufung des Ombudsmannes der Banken und prompt bekam der Anleger die gewünschten Informationen.

Noch nicht geklärt ist auch der Umgang mit den sogenannten Innenprovisionen. Dabei handelt es sich um nicht ausgewiesene

Umgang mit ausscheidenden Mitarbeitern

Zum Schluss ein gutes Ende

Bei der Suche, der Auswahl und der Einstellung von Mitarbeitern ist viel Empathie gefragt. Dies gilt auch für den Fall, wenn sich Mitarbeiter aus der Praxis verabschieden. In beiden Situationen zeigen sich die Persönlichkeit der Führungskraft und das Image einer Praxis.

Teams in Zahnarztpraxen neigen bisweilen zu Personalfluktuationen. Die Gründe hierfür sind mannigfaltig, häufig sind es Veränderungen in Berufs- und Lebensplänen. Jeder Ausscheidende hinterlässt zunächst eine Geschichte und einen leeren Platz. Zweifels- ohne bleibt ein ausscheidender Mitarbeiter immer ein Imageträger der Praxis. Er wird erzählen und berichten, wie mit ihm umgegangen wurde und was er von dieser Praxis hält. Im besten Fall schwärmt er von der Praxis und empfiehlt sie potenziellen Mitarbeitern und Patienten weiter. Im schlimmsten Fall zieht er über die Praxis her und prägt so ein negatives Bild nach außen. Gerade bei problematischen Trennungen ist es wichtig, den Fokus auf eine sachliche Auseinandersetzung und einen „sauberen Schnitt“ zu legen. Denn es geht nicht um Rechthabereien oder Schuldzuweisungen.

Die verbleibenden Mitarbeiter beobachten sehr genau, wie in dieser Trennungsphase miteinander umgegangen wird. Denn sie folgern daraus, wie mit ihnen selber wohl in einer vergleichbaren Situation umgegangen wird. Als Führungskraft hat der Zahnarzt damit eine nachhaltige Vorbildfunktion. Es gilt, die ausscheidende Kraft wertzuschätzen und die Leistung, die sie eingebracht hat, zu würdigen, insbesondere bei kniffligen und emotionalen Trennungen.



Foto: Cultura Images-Flonline

Ein Blumenstrauß zum Abschied kann dabei helfen, dass die Praxis in guter Erinnerung bleibt.

Auch Patienten nehmen sehr genau wahr, ob und wie ein Personalwechsel stattfindet, und realisieren, ob dies „anständig“ verlaufen ist. Wird nach dem Ausscheiden womöglich über den ehemaligen Mitarbeiter schlecht geredet, wirft das sofort ein schlechtes Licht auf die Praxisführung. Denn schließlich hat der Chef selbst diesen Mitarbeiter einmal ausgewählt und eingestellt. Wichtig ist in jedem Fall, in einem sachlichen und klärenden Gespräch die Gründe zu hinterfragen und Kritik anzunehmen. Was „unter den Teppich gekehrt“ wird, kann sonst schnell zu einem schlechten Klima im gesamten Team führen.

positive Leistungen und schöne Sequenzen aus der Zusammenarbeit erzählen. Wie sich die Praxis bei der Einstellung präsentiert, so präsentiert sie sich auch beim Weggang. Für die bleibenden Kräfte kann das eine Bestätigung sein, im „richtigen“ Team zu arbeiten, als Führungskraft gewinnen Sie an Souveränität und sozialer Kompetenz und Ihre Praxis erscheint mit einem wertschätzenden Image nach außen.

Anregungen für den Ernstfall

- Scheidet eine Mitarbeiterin wegen Schwangerschaft (zeitweise) aus, könnte man ihr zur Geburt mit einem Präsent gratulieren. Auch könnte man die „neue“ Mutter bei ihren Überlegungen, nach einer Baby-pause wieder in den Beruf einzusteigen, unterstützen. Dabei helfen etwa Adressen von Kindertagesstätten oder sonstigen Ansprechpartnern in der Region.
- Eine weitere nette Geste ist die Pflege der Daten von Praktikanten, denen man nach dem Praktikum beispielsweise zum 18. Geburtstag gratulieren kann.
- Ehemalige Mitarbeiter, die als Auszubildende oder Assistentin in der Praxis waren, freuen sich, wenn sie nach fünf oder zehn Jahren von ihrem ehemaligen Chef eine Karte zum Berufsjubiläum erhalten.
- Kontakte können auch weiterhin mit Geburtstagsgrüßen oder Weihnachtspost gepflegt werden.

*Stephanie Weitz
ZMV, QM-Auditor
68642 Bürstadt*

INFO

Tipps für Chefs

Bewahren Sie beim Abschiednehmen Stil, ohne sich zu verbiegen. Gestalten Sie den Weggang aktiv. Halten Sie zum Beispiel Zeit für das Team frei, in der sich jeder bei einem kleinen Umtrunk verabschieden kann. Überreichen Sie ein Geschenk (zum Beispiel Blumen oder einen Gutschein). Halten Sie eine kleine Ansprache, in der Sie

Abmahnungen nach Botox-Urteil

Anwaltlichen Rat einholen

Hohe Wellen schlägt ein Urteil, das das Verwaltungsgericht Münster kürzlich getroffen hat. Demnach dürfen Zahnärzte ihren Patienten kein Botox unter die Haut spritzen. Als Folge des Urteils überzieht die Freiburger Anwaltskanzlei Mayer & Marschall im Auftrag der Schweizer Medical Smoothcare AG Zahnarztpraxen quer durch die Republik mit Abmahn-schreiben.

Die Abmahnungen werden vorwiegend an Praxen verschickt, die in ihrem Leistungsspektrum Botoxbehandlungen, Falten-



Foto: your photo today

Dr. Philipp Beisteiner in einem Beitrag des änd aber davor, das Urteil, das noch nicht rechtskräftig ist, zu ignorieren. „Andernfalls setzt man sich der Gefahr aus, sowohl von der zuständigen Zahnärztekammer oder der Medical Smoothcare AG abgemahnt zu werden“, heißt es. sg



unterspritzungen oder sonstige Behandlungen mit Hyaluronsäure erwähnen. Die Medical Smoothcare AG wendet sich nun an Zahnarztpraxen hierzulande und mahnt diese ab.

Der Abmahnung liegt zugleich eine Unterlassungserklärung bei, die unterzeichnet werden soll. Des Weiteren werden die Praxen laut „ärztenachrichtendienst“ (änd) aufgefordert, einen fünfstelligen Euro-Betrag zu zahlen. Diverse Juristen weisen darauf hin, dass betroffene Praxen die Erklärungen nicht unterzeichnen und keinesfalls die geforderte Summe bezahlen sollen. Stattdessen ist anzuraten, sich dringend anwaltlichen Rat über das weitere Vorgehen einzuholen. Gleichzeitig warnen die Rechtsanwälte Luis Fernando Ureta und

Studie in Amerika

Arbeitszeitkiller Facebook

Social Networks wie etwa Facebook halten Mitarbeiter von ihrer Tätigkeit ab. Dies berichtet der Informationsdienst „Meedia“ und beruft sich dabei auf eine amerikanische Studie des US-Marktforschungsunternehmens

United Sampler. Im Auftrag des Social-Mailing-Providers harmon.ie kam heraus, dass 60 Prozent der Arbeitsunterbrechungen auf die neuen Kommunikationskanäle im Internet zurückzuführen sind. So könnten 45 Prozent der Befragten nur 15 Minuten lang ungestört arbeiten. Pro Tag ging somit etwa eine Stunde verloren. Auf Basis dieser Ergebnisse verwundere es nicht, dass Konzerne wie Porsche ihren Mitarbeitern den Zugriff auf Facebook und Co. verweigerten.

Während 43 Prozent der Arbeitszeit durchschnittlich für Meetings

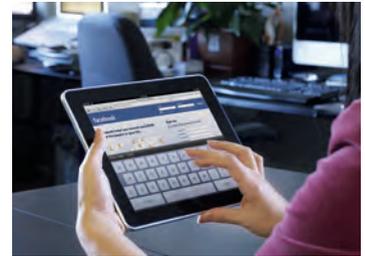


Foto: Ch. Gilbert-AGE-Tonline

mit Kollegen verloren gehen, entfalle der Löwenanteil auf Ablenkungen elektronischer Art: 23 Prozent für E-Mail-Verkehr, zehn Prozent für das Abarbeiten von Programmfenstern, neun Prozent für Facebook, sechs Prozent für Instant Messenger, fünf Prozent für Text-Messenger und drei Prozent für die Websuche. „Technologie, die dazu gedacht war, Zeit zu sparen, bewirkt genau das Gegenteil“, erklärt Yaacov Cohen, CEO von harmon.ie. Die Umfrage wurde unter 500 Angestellten von US-Firmen aller Größen durchgeführt. sg

Umfrage

Keine „Zwei-Klassen-Medizin“

„Die durchschnittlichen Wartezeiten in den Arztpraxen werden von den Patienten als akzeptabel empfunden. Im Vergleich zu den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen liegen die Wartezeiten der privat Versicherten nur knapp darunter. Darüber hinaus ist das Arzt-Patienten-Verhältnis von einem kooperativen Behandlungsstil und großem Verständnis geprägt.“ So äußert sich Prof. Harald Mau, Vorsitzender des Vorstands der Brendan-Schmittmann-Stiftung im NAV-Virchow-Bund, zu den Ergebnissen einer Patienten-



Foto: CC

befragung. Der Studie zufolge betragen die Wartezeiten bei Hausärzten durchschnittlich circa 29 Minuten. Bei ihren fachärztlichen Kollegen dauert es rund drei Minuten länger.

Bis zur Behandlung beim Zahnarzt müssen sich die Patienten etwa 20 Minuten gedulden. Die viel zitierte „Zwei-Klassen-

Medizin“ war dagegen nicht nachzuweisen. Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung kamen laut den Befragungsergebnissen im Schnitt nach etwa 28 Minuten und damit gerade mal 1,5 Minuten später als Privatpatienten (26,5 Minuten) an die Reihe.

Insgesamt sehr zufrieden zeigten sich die Patienten mit dem Behandlungsstil ihrer Ärzte. Grundlage der Ergebnisse bilden 5504 Fragebögen aus 111 Arztpraxen, die zwischen Oktober 2008 und April 2010 von den Patienten beantwortet wurden. sg/pm

Umfrage zu Arztwechsel

Arroganz vertreibt Patienten

Laut einer repräsentativen Umfrage der „Apotheken Umschau“ wäre für fast zwei Drittel (65,4 Prozent) eine Behandlung „von oben herab“ ein Grund, den Arzt zu wechseln. Genauso viele (65,2 Prozent) sähen dazu einen Anlass, wenn ein Mediziner sich zu wenig Zeit für die Behandlung nimmt oder nicht zuhört. In gleicher Weise übel nehmen würden es 61,2 Prozent, wenn ein Arzt sie über ihre Erkrankung im Unklaren lässt oder nicht richtig informiert. Etwas toleranter zeigen sich die Befragten bei Mängeln organisatorischer Art. Eine zu langfristige Terminvergabe (52,4 Prozent) oder lange Wartezeiten in der Praxis trotz Terminvereinbarung

(49,9 Prozent) wären für etwa die Hälfte der Befragten Gründe, sich auf die Suche nach einem neuen Arzt zu machen.

31,4 Prozent würden einem Mediziner das Vertrauen entziehen, wenn sie argwöhnten, dass dieser überflüssige und teure Apparate einsetzt, um an ihnen viel zu verdienen. Und für immerhin fast drei von Zehn (29,8 Prozent) wäre es ein Grund den Arzt zu wechseln, wenn er schon bei geringfügigen Beschwerden zu starke Medikamente verordnet. Die repräsentative Umfrage wurde von der GfK Marktforschung Nürnberg bei 1998 Personen ab 14 Jahren durchgeführt. sg/pm

BDK

Aktualisierter Leitfaden publiziert

„Leitfaden zur kinderärztlich-kieferorthopädischen Untersuchung“ heißt die Publikation des BDK (Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden), gemeinsam herausgegeben mit dem BVKJ (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte). Von der wissenschaftlichen Leiterin,

Prof. Dr. Ariane Hohoff (Universität Münster), überarbeitet, ist der Leitfaden neu aufgelegt worden. Ziel ist einerseits, die Kieferorthopädie stärker in die Humanmedizin einzubinden. „Vor allem aber ging es darum, auch solche Kinder zu erreichen, die von ihren Eltern weder einem Zahnarzt noch einem Fachzahnarzt für Kieferorthopädie vorgestellt werden“, sagt Prof. Hohoff.

Zu bestellen ist der Leitfaden zum Selbstkostenpreis von zwei Euro über die:

BDK-Geschäftsstelle
Ackerstr. 3
10115 Berlin
Tel.: 030-27594843
Fax: 030-27594844
info@bdk-online.org



Scheidungs- und Unterhaltsvereinbarungen

Schutz durch Verfügungen

Eine geschiedene Zahnarztgattin mit Abitur, die als Empfangskraft in der Praxis ihres Mannes gearbeitet hat, muss sich nach 17 Jahren Ehe als ungelernte Hilfskraft bewerben. Dies entschied das Oberlandesgericht Celle und verwies auf das Gebot der nachehelichen Eigenverantwortung. Verträge schützen vor derartigen Sozialabstiegen einerseits und vor teuren Zahlungen andererseits.



Wenn es privat nicht mehr rund läuft, können Verträge davor bewahren, dass Ehepartner nach der Scheidung in eine wirtschaftliche Schiefelage geraten.

Foto: Cultura Images/F1online

Die Unterhaltsreform von 2009 besagt unter anderem, dass es für geschiedene Frauen praktisch keine Garantie mehr auf Wahrung eines bestimmten Lebensstandards gibt. Galten bisher noch relativ milde Maßstäbe für diejenigen, die ihre Lebensplanung im Vertrauen auf das alte Recht ausgerichtet hatten, bekommen immer mehr Frauen, die einst „Hausfrau und Mutter“ waren, die harten Konsequenzen des neuen Unterhaltsrechts zu spüren. Im eingangs erwähnten Fall hatte die Ehefrau keinen Beruf erlernt. Ihr angefangenes Lehramtsstudium hatte sie kurz nach der Hochzeit abgebrochen. Stattdessen arbeitete sie vor der Geburt des ersten Kindes vier Jahre lang in der Zahnarztpraxis ihres Mannes. Danach widmete sie sich ganz der Familie. Ein Ehevertrag wurde nicht geschlossen, dennoch erhielt die Frau zunächst nachehelichen Unterhalt, denn sie betreute nach der Scheidung die beiden gemeinsamen Kinder. Nachdem diese nun, fünf Jahre nach der Scheidung, beide im Teenageralter sind, entfällt der

Betreuungsbedarf. Stattdessen muss sich die ehemalige Zahnarztgattin nun nach einer Vollzeitätigkeit umsehen. Mangels anderweitiger beruflicher Erfahrungen verwies das Gericht sie dabei auf den Arbeitsmarkt für ungelernete Hilfskräfte, wo sie beispielsweise als Call-Center-Agentin oder als Verkaufshilfe arbeiten könne. Das Einkommen, das sie dann theoretisch erzielen könnte, muss sie sich zukünftig bei der Berechnung des Unterhalts anrechnen lassen. Ein deutlicher sozialer Abstieg, angesichts der ehelichen Lebensverhältnisse. Doch in den Augen der Richter ist dieser (fünf Jahre nach der Scheidung) „nicht mehr unangemessen“.

Verbindlichkeit durch Verträge

Der Schuldfrage bei Scheidung wurde mit der Scheidungsreform im Jahre 1977 ein Ende gesetzt – für viele eine Erleichterung. Doch Streit um den Unterhalt gibt es immer

noch. Wer früher schuldig geschieden wurde, bekam nichts. Heute erhält der Partner fast immer Unterhalt, wenn er – etwa wegen der Kinder – nicht mehr arbeiten kann, keinen zumutbaren Job findet oder mit seinem Verdienst allein den bisherigen Lebensstandard nicht halten kann. Der eigentliche Grundsatz, dass sich jeder selbst versorgen soll, gerät immer mehr aus dem Blickfeld. Eine maßvolle Regelung des Unterhalts per Vertrag drängt sich in solchen Fällen geradezu auf.

■ Der Unterhaltsvertrag

Die Ehegatten regeln den Scheidungsunterhalt vor oder nach der Hochzeit per Vertrag. Unwirksam ist eine solche Vereinbarung nur, wenn der Richter sie für sittenwidrig hält. Dies wäre im folgenden Beispiel der Fall: Bei Vertragsabschluss war klar, dass einer der Partner nach der Scheidung ein Fall für das Sozialamt wäre.

■ Der Scheidungsvertrag

Die Ehegatten einigen sich erst dann über den Scheidungsunterhalt, wenn die Ehe bereits gescheitert oder bedroht ist. Dabei ist allerdings Eile geboten: Denn je früher sich die Eheleute gemeinsam an einen Tisch setzen, desto größer sind die Einigungschancen. Wenn diese Verträge dann zustande kommen, beschleunigen sie das Scheidungsverfahren erheblich.

■ Der Prozessvergleich

Hierbei schließen die Ehegatten einen Vergleich im Rahmen des Unterhaltsprozesses. Dies ist jedoch keine Regelung auf Zeit. Falls sich nämlich die Einkommensverhältnisse der Ex-Partner später entscheidend ändern, ist eine Anpassung des Unterhalts fällig. Dieses Risiko können die Partner aber ausschließen.

Unterhaltsvereinbarungen

Nicht Scheidung zum Nulltarif, sondern klare Verhältnisse und ein sicheres Auskommen für beide sind die Ziele einer maßvollen

Beispiel für Unterhaltszahlungen

Ein angestellter Zahnarzt hat an Gehalt 8 000 Euro netto im Monat. Die Ehefrau verdient 2 500 Euro netto. Das Paar hat keine Kinder und lässt sich nach zehn Jahren Ehe scheiden. Der Richter berechnet den Unterhalt dann wie folgt:

Einkommen des Ehemannes:

Nettoeinkommen pro Monat: 8 000 Euro
Berufliche Aufwandspauschale (5 Prozent): 400 Euro
Bereinigtes Nettoeinkommen: 7 600 Euro

Einkommen der Ehefrau:

Nettogehalt pro Monat: 2 500 Euro
Berufliche Aufwandspauschale (5 Prozent): 125 Euro
Bereinigtes Nettoeinkommen: 2 375 Euro

Und so wird geteilt:

Nettoeinkommen Ehemann: 7 600 Euro
Nettoeinkommen Ehefrau: 2 375 Euro
Einkommensdifferenz: 5 225 Euro

Die übliche Quote (3/7 der Differenz) ergibt einen monatlichen Anspruch der Ehefrau von $(5\,225 \text{ Euro} \times 3/7) = 2\,239 \text{ Euro}$.

Unterhaltsvereinbarung. Nachfolgend die typischen Klauseln für eine ausgewogene Vertragsgestaltung:

■ Die Verzichts-Klausel

Die Eheleute heiraten spät und verdienen beide überdurchschnittlich. Gemeinsame Kinder sind nicht geplant. Trotzdem läuft der Besserverdienende Gefahr, dem anderen Partner im Fall einer Scheidung einen Teil der Einkommensdifferenz als Unterhalt zahlen zu müssen. Wer dies ausschließen möchte, sollte deshalb vereinbaren: „Für den Fall der Scheidung verzichten die Eheleute wechselseitig auf Unterhalt.“

Kinder bekommen. Dann sollten sie die Verzichtsklausel im Ehevertrag wie folgt ergänzen: „Der Unterhaltsverzicht ist auflösend bedingt. Mit der Geburt eines gemeinsamen Kindes steht im Scheidungsfall beiden Eheleuten Unterhalt nach den gesetzlichen Regelungen zu.“

■ Die Abfindungs-Klausel:

Obwohl keiner der beiden wegen der Ehe auf die Karriere verzichtet hat, verdient der eine Ehegatte deutlich mehr als der andere. Nach wenigen Ehejahren schon könnte der einkommensschwächere Ehepartner bei Scheidung einen saftigen Aufstockungsunterhalt verlangen. Wenn er darauf nicht völlig verzichten will, schafft folgende Vereinbarung klare Verhältnisse: „Die Eheleute verzichten wechselseitig auf nachehelichen Unterhalt. Zum Ausgleich hierfür zahlt der Ehemann der Ehefrau einen einmaligen Betrag in Höhe von ... Euro.“

■ Die Begrenzungs-Klausel

Ein Ehegatte ist Spitzenverdiener. In diesem Falle berechnet der Richter den Unterhalt des anderen nicht nach der 3/7-Formel (siehe auch Infokasten), sondern addiert, was der Ehegatte braucht, um seinen bisherigen Lebensstandard zu halten – kleinliches Gezänke um einzelne Bedarfspositionen ist hier vorprogrammiert. Diese Regelung löst das Problem vorab: „Der Ehemann zahlt der Ehefrau im Falle einer Scheidung Unterhalt in Höhe von ... Euro im Monat. Auf diesen Anspruch wird eigenes Einkommen der Ehefrau zur Hälfte angerechnet.“



Foto: Foodcollection/F1 online

Aus dem Staub machen ist nicht mehr.

■ Die Kinder-Klausel

Die Eheleute heiraten jung und arbeiten beide. Wer später einmal mehr Geld verdienen wird, steht noch in den Sternen. Die Eheleute möchten Scheidungsunterhalt nur für den Fall ausschließen, dass sie keine

■ Die Befristungs-Klausel

Der Altersunterschied zwischen Braut und Bräutigam ist beträchtlich. Der ältere Partner verspürt wenig Neigung, dem anderen nach nur wenigen Jahren Ehe bis ans Ende seiner Tage ein sorgenfreies Dasein zu finanzieren. Der Richter kann den Unterhalt zwar auch von sich aus zeitlich begrenzen, bei Scheidung nach weniger als drei Jahren sogar ganz streichen. Wer sich darauf aber nicht verlassen möchte, beugt so vor: „Im Falle der Scheidung schulden die Eheleute einander nur so lange nahehelichen Unterhalt, wie auch die Ehe gedauert hat.“

■ Die Verschuldungs-Klausel

Die Ehegatten wollen die gegenseitigen Unterhaltsansprüche nach dem Verschuldungsprinzip des alten Scheidungsrechts regeln. Kein Geld soll bekommen, wer früher allein oder überwiegend schuldig geschieden worden wäre. Dazu müssen die Partner aus dem Ehegesetz längst gestrichene Paragraphen per Vertrag wieder in Kraft setzen: „Im Fall der Scheidung bemessen sich die gegenseitigen Unterhaltsansprüche der Eheleute nach den §§ 58 bis 60 des Ehegesetzes in der bis zum 30.06.1977 gültigen Fassung.“

■ Die Ehevereinbarung

Die Ehegatten regeln den Rentenausgleich beizeiten. Diese Verträge sind zwar unwirksam, wenn ein Partner innerhalb des Folgejahres die Scheidung einreicht. Ansonsten aber haben die Partner weitgehend freie Hand. Der Scheidungsrichter hebt den Vertrag nur dann auf, wenn der ohnehin wirtschaftlich schwächere Partner über Gebühr benachteiligt wird – etwa durch einen Verzicht auf alle gesetzlichen Ansprüche ohne jeden Ausgleich. Zudem kann in Ausnahmefällen einer von beiden bei Scheidung Nachbesserung verlangen – wenn die Eheleute diese Möglichkeit nicht von vornherein ausschließen. Generell gilt außerdem: Der vertragliche Ausschluss des gesetzlichen Versorgungsausgleichs bedeutet automatisch Gütertrennung, wenn die Partner nicht ausdrücklich bei Gütergemeinschaft bleiben.



Foto: Onyx/Fotoline

Schön, wenn man sich auch nach einer Trennung noch gut versteht.

Scheidungsvereinbarungen

Auch, wenn das Scheidungsverfahren schon läuft, können die Ehegatten den Versorgungsausgleich per Gesetz noch stoppen und ihre eigene Regelung schaffen. Zu diesem Zeitpunkt aber geht nichts mehr ohne Genehmigung des Richters. An der Rentenaufteilung nach dem geltenden Scheidungsrecht könnte die Rentenversicherung kräftig mitverdienen. Es sei denn, die Ehegatten einigen sich rechtzeitig auf eine der folgenden Lösungen:

■ Die Ausgleichs-Klausel

Ein Ehegatte ist selbstständig, für die Altersversorgung spielt die gesetzliche Rentenversicherung allenfalls eine Nebenrolle. Diese Eheleute sollten den Versorgungsausgleich ausschließen, den wirtschaftlich schwächeren Partner aber absichern – zum Beispiel mit Immobilien, einer Betriebsrente oder einer Lebensversicherung. In den Vertrag gehört dann eine Verzichtsklausel mit dieser Ergänzung: „Zum Ausgleich des Verzichts auf den Versorgungsausgleich überträgt der Ehemann der Ehefrau zur Sicherung ihrer Einkünfte im Alter ... [Aufzählung].“

■ Die Verzichts-Klausel

Beide Partner haben fürs hohe Alter ausreichend vorgesorgt und heiraten spät. Die

Ehe beeinflusst die Altersversorgung des einen wie des anderen kaum. Dies ist der klassische Fall für einen gegenseitigen Verzicht ohne Wenn und Aber. Die Vereinbarung: „Die Eheleute schließen den Versorgungsausgleich gegenseitig und vollständig aus.“

■ Die Begrenzungs-Klausel

Die Partner heiraten jung, beide verdienen gut. Solange dies so bleibt, wollen sie keine Aufteilung der Renten im Scheidungsfall. Dann können die Partner folgendes vereinbaren: „Die Eheleute schließen den Versorgungsausgleich aus nur für diejenigen Zeiträume, in denen keiner der beiden aus familiären Gründen seine Erwerbstätigkeit einschränkt.“

■ Der Quoten-Ausgleich

Schon vor der Hochzeit ist klar, dass ein Partner wegen seines deutlich höheren Einkommens auch im Alter besser dastehen wird. Wer den Versorgungsausgleich nicht vollständig ausschließen will, kann die gesetzliche Ausgleichsquote (die Hälfte des Wertunterschieds) senken: Die Vertragsformulierung lautet: „Abweichend von § 1587 a Absatz 1 BGB soll bei der Durchführung des Versorgungsausgleichs dem Berechtigten nur 1/4 des Wertunterschieds übertragen werden.“

■ Die Verfahrens-Klausel

Bei der Aufteilung gesetzlicher Rentenansprüche überträgt der Richter Rentenanwartschaften des einen auf das Rentenkonto des anderen. Wenn der davon profitierende Partner als erster verstirbt, verfällt oft der auf ihn übertragene Teil der Rente. Dies können die Ehegatten verhindern, wenn sie so vorgehen: Der zum Rentenausgleich verpflichtete Partner behält seine Anwartschaften, er tritt dem anderen aber einen Teil seiner späteren Auszahlungsansprüche gegen den Rentenversicherer ab. Nach dem Tod des Ex-Gatten bekommt er dann wieder die volle Rente. Die Klausel lautet kurz und bündig: „Die Parteien vereinbaren den schuldrechtlichen Versorgungsausgleich.“

*Dietmar Kern
Wirtschaftsjournalist
Gebhard-Müller-Allee 5
71638 Ludwigsburg*

Microsoft-Projekt Streetside

Streit um virtuelle Straßen

„Erleben Sie die Welt, als wären Sie vor Ort!“ Mit diesem Slogan wirbt Microsoft für seinen Geodatendienst Bing Maps Streetside. Wie zuvor Konkurrent Google hat nun auch Microsoft damit begonnen, deutsche Städte für sein 3-D-Bilderbuch im Internet zu fotografieren – und stößt damit auf ebenso großen Widerstand.

Seit Anfang Mai fahren Microsoft-Kameraautos durch Deutschland, um Straßenzüge und Plätze zu fotografieren. Die Bilder werden mit einem 360-Grad-Geodatendienst-Spezialobjektiv aufgenommen und später zu einem Panorama verschmolzen. User können sich die Aufnahmen aus der Ich-Perspektive anschauen – ganz so, als gingen sie die Straße entlang.

Mit Streetside will Microsoft die Möglichkeit geben, eine Gegend der Wahl via Computer zu erkunden. Zum Beispiel den angepeilten Urlaubsort oder die Parkmöglichkeiten für den Geschäftstermin in einer fremden Stadt. „Schauen Sie sich vorab online an, wo Sie hingehen möchten – so werden Sie sich nie wieder verirren“, verspricht der IT-Konzern auf der Streetside-Website.

In Deutschland will Microsoft die virtuellen Spaziergänge zunächst für 50 Städte und Regionen anbieten.

Geplanter Starttermin für den Panoramadienst: noch dieses Jahr. Als erstes Ziel standen die süddeutschen Städte Nürnberg, Fürth, Erlangen und Augsburg auf der Reiseroute der Streetside-Fotografen.

Diskussion um Datenschutz

Schon bei Beginn der Fotoaktion räumte Microsoft ein, vor einer Veröffentlichung der Bilder Gesichter von Passanten sowie KFZ-Kennzeichen unkenntlich zu machen. Außerdem nehme das Unternehmen nach Veröffentlichung Widersprüche von Hausbesitzern entgegen. „Explizit von der Erfassung ausgeschlossen“ seien auch andere Daten, die Rückschlüsse auf private Informationen ermöglichen könnten – beispielsweise solche, die von WLAN-Netzen übertragen

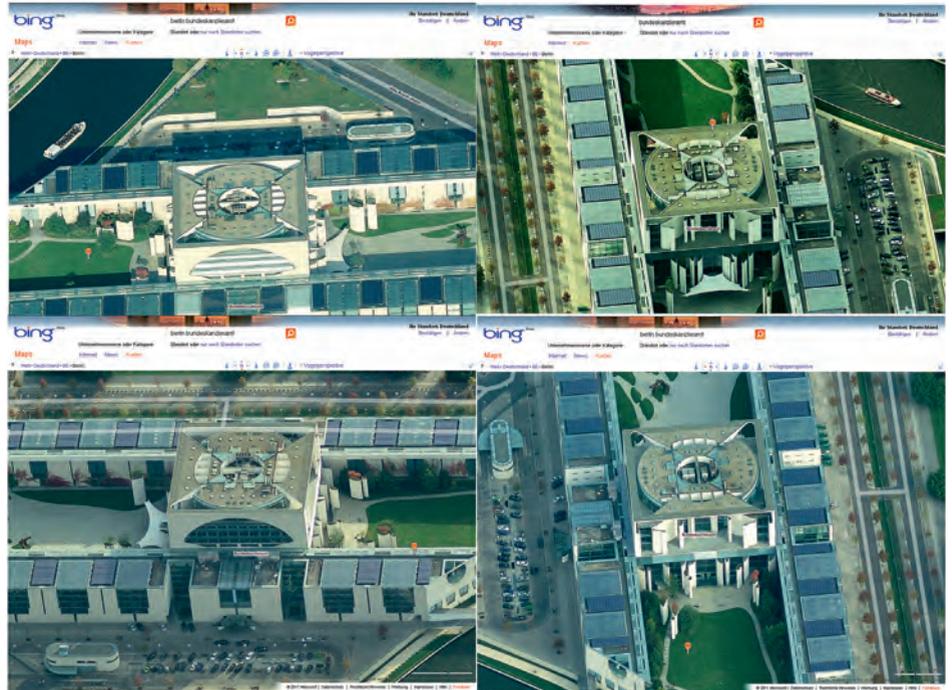


Foto: [M] bing-zm

Ansichten des Kanzleramtes in Berlin aus der Vogelperspektive auf der Microsoft-Seite Bing. Ähnlich wie bei Googles Street View gibt es nun auch bei Streetside Diskussionen über den Datenschutz.

werden. Hintergrund für dieses Versprechen war ein Datenschutzverstoß von Google während der Street-View-Aufnahmen im vergangenen Jahr. Der Suchmaschinenbetreiber hatte mit seinen Kamerawagen unbefugt persönliche Daten aus drahtlosen Netzwerken aufgezeichnet und dies erst im Nachhinein eingestanden. Microsoft wollte diesen Befürchtungen vorbeugen – doch die bereits gemachten Zugeständnisse genügen vielen Kritikern nicht.

An Geodatendiensten entzündeten sich in Deutschland immer wieder heftige Kontroversen. Siehe Google Street View 2010: Die Bildergalerie sei ein willkommenes Hilfsmittel für Einbrecher, kritisierten Gegner, als die Kameraautos des Konzerns hierzulande unterwegs waren. Befürworter hielten dagegen, dass die Fassadenfotos keine Infor-

mationen lieferten, die man sich nicht auch als Passant verschaffen könne. Das Private werde lückenlos öffentlich gemacht, lautete eine weitere Befürchtung. Online ließe sich beispielsweise genau beobachten, wer wen um welche Uhrzeit besuche. Unsinn, so das Kontra der anderen Seite, bei den Fotos handele es sich um einmalige Momentaufnahmen und nicht um andauernde Livestreams.

Vorabwiderspruch möglich

Gegen Streetside bringen Kritiker dieselben Einwände vor. Microsofts Geodatendienst rief – als Betroffener des Präzedenzfalls in Deutschland – vor allem das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA) auf den Plan. Das Amt begrüßte zwar, dass



INFO

Bilderstreit

Über Streetside diskutierte Microsoft vor allen Dingen mit bayerischen Datenschützern. Hier die Links zu den Internetpräsenzen der Kontrahenten:

■ Bing Maps Streetside:

www.microsoft.com/maps/de-DE/streetside.aspx

■ Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht:

www.regierung.mittelfranken.bayern.de

(dort auf den Reiter „Landesamt für Datenschutzaufsicht“ klicken)

Gesichter und Nummernschilder auf den Bildern unkenntlich gemacht würden, wies aber ausdrücklich darauf hin, dass es „die Veröffentlichung der Aufnahmen ohne Einräumung eines Vorabwiderspruchs für die Betroffenen als rechtswidrig“ erachtet.

Microsoft sperrte sich gegen die Forderung, schon vor der Veröffentlichung der Bilder das Nein von Hausbesitzern zu akzeptieren und deren Immobilien zu verpixeln, aber: Die bayerischen Datenschützer setzten sich durch. Anfang Juni lenkte der IT-Konzern ein und räumte einen begrenzten Zeitraum für Vorabwidersprüche ein. Vom 1. August bis zum 30. September 2011 können User die Verpixelung ihrer Fassade auf der Streetside-Seite beantragen.

Diese sollten allerdings eins bedenken: Wer sich in das Einspruchsregister einträgt, muss aller Voraussicht nach seinen Namen, seine Adresse und seine E-Mail-Adresse nennen, gibt also auf jeden Fall viele Informationen über sich preis. Wie genau Microsoft den Einspruch gestaltet, gibt das Unternehmen noch im Juli bekannt.

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

Aral AG
Seite 67

Bai Edelmetalle AG
Seite 95

Brasseler GmbH & Co.KG
2. Umschlagseite

Busch & Co KG
Zahnbohrerfabrik
Seite 13

Coltène/Whaledent
GmbH & Co.KG
Seite 5 und 59

Cumdente
Ges. für Dentalprodukte mbH
Seite 23

Dental Magazin
Seite 81

Dental Online College GmbH
Seite 75

dentaltrade GmbH & Co. KG
Seite 7

Doctorseyes GmbH
Seite 63

Dr. Hahne, Fritz,
Bechtler und Partner
Seite 57

Dr. Kurt Wolff
GmbH & Co. KG
Seite 21

Dreve Dentamid GmbH
Seite 31

enretec GmbH
Seite 11

F1 Dentalsysteme
Deutschland GmbH
Seite 83

ic med EDV-Systemlösungen
für die Medizin GmbH
Seite 43

IMEX Dental + Technik GmbH
Seite 17

Ivoclar Vivadent GmbH
Seite 53

KaVo Dental GmbH
Seite 15

Kuraray Europe GmbH
4. Umschlagseite

Medentis Medical GmbH
Seite 33

Nobel Biocare
Management AG
Seite 45

R-dental Dentalerzeugnisse
GmbH
Seite 61

SciCan GmbH
Seite 35

SDI Germany GmbH
Seite 71

Semperdent Dentalhandel
GmbH
Seite 51

Steinbeis-Transfer-Institut
Management of Dental and
Oral Medicine
Seite 93

teamwork media
Verlags GmbH
Seite 69

Trinon Titanium GmbH
Seite 85

Ultradent Dental-medizinische
Geräte GmbH & Co. KG
Seite 73

Ultradent Products USA
Seite 47

Vita Zahnfabrik H.Rauter
GmbH & Co.KG
Seite 19

W & H Deutschland GmbH
3. Umschlagseite

youvivo GmbH
Seite 9

ZM-Jahresband
Seite 79

Einhefter 2-stg.
GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG
zwischen S. 48/49

Vollbeilagen
RSD Reise Service
Deutschland GmbH

Teilbeilage
Acteon Germany GmbH

ERO-Vollversammlung in Sofia

Grenzenlos vernetzt

Die diesjährige Frühjahrs-ERO-Vollversammlung fand in Bulgariens Hauptstadt Sofia statt. Delegationen aus 26 Ländern waren vertreten, um europäübergreifende Themen des Berufsstandes zu koordinieren. Im Zentrum standen Belange des zahnärztlichen Hilfspersonals, Qualitätsdiskussionen und die Debatte um die Freiberuflichkeit des Zahnarztes.



Foto: RHPL-vario images

ERO ist die europäische Regionalorganisation des Weltzahnärztesverbands FDI. Die hohe Bedeutung, die die Durchführung einer ERO-Vollversammlung für Bulgarien hatte, zeigte sich darin, dass der Premierminister und der stellvertretende Gesundheitsminister zur Eröffnung der Versammlung und zur Begrüßung der ausländischen Gäste erschienen waren. Die Bulgarian Dental Association (BgDA), die die Generalversammlung am 14./15.04.2011 hervorragend organisierte, feierte in diesem Jahr ihr 105-jähriges Bestehen.

Hohe Zahnarztdichte

Dr. Nikolai Sharkov, Präsident der BgDA, informierte über die Situation der zahnärztlichen Berufsausübung in Bulgarien. 1947 seien alle Berufsorganisationen im kommunistischen Bulgarien verboten und durch Gewerkschaften für Gesundheitsarbeiter ersetzt worden. Bereits 1990 seien die Aktivitäten als Berufsverband dann wieder aufgenommen und 2007 sei auch der ehemalige Verbandsname wieder eingeführt worden.

Aufgaben des Verbands sind unter anderem: das Register für alle niedergelassenen Zahnärzte zu führen, Verträge mit den Krankenkassen abzuschließen, Fortbildungen zu organisieren und ethische Grundsätze durchzusetzen. So ist der von der BgDA verabschiedete ethische Berufskodex ein rechtlich verbindliches Dokument. Es sind 8 000 Zahnärzte in Bulgarien tätig, auf einen

Zahnarzt kommen 900 Einwohner, es besteht also eine recht hohe Zahnarztdichte. Von den jährlich 150 Studienabgängern von drei staatlichen Universitäten sind 60 Prozent weiblich. Die Ausbildung mit einem Masterabschluss dauert fünfeneinhalb Jahre. Danach kann sich der junge Zahnarzt sofort registrieren lassen und zahnärztlich tätig werden. Es gibt zehn anerkannte Spezial-



Die deutsche Delegation in der ERO-Vollversammlung (v.l.n.r.): Dr. Jürgen Fedderwitz, ZA Ralf Wagner, Dr. Peter Engel, Dr. Hans-Jürgen Otterbach, dahinter Barbara Bergmann-Krauss und Prof. Dr. Wolfgang Sprekels.

Foto: Wagner

kationsrahmen, der 2012 eingeführt werden soll, anzupassen. In dem Papier werden daher eine Grundausbildung auf einem gemeinsam vereinbarten Niveau, eine Mindestausbildungszeit, ein Ausbildungsort und zu vermittelnde Kompetenzen beschrieben. (Das Ausbildungsprofil ist unter www.ero.dental.org/public/reports/Dental%20ChairsideAssistantPr%C3%A4ambel%5B1%5D.22032011.pdf zugänglich) Das Papier wurde nach heftiger und intensiver Diskussion im Plenum mit großer Mehrheit verabschiedet, nachdem der Satz „Die DCA darf nicht im Mund des Patienten arbeiten“, der von italienischer Seite in das Papier eingebracht worden war, wieder gestrichen worden war. Dies erfolgte mit großer und engagierter Unterstützung der deutschen Delegation, insbesondere von ZA Ralf Wagner, dem offi-

derungen an die Durchführung der Ausbildung, was Dauer, Ausbildungsstellen, Qualifikation der Ausbilder und Prüfungen betrifft, ist ein großer Schritt hin zu einer ordentlichen Qualifizierung der zahnärztlichen Mitarbeiterinnen, da dieses Ausbildungsprofil jetzt auch in europäischen Ländern, die diese Anforderungen bei Weitem noch nicht erfüllen, umgesetzt werden soll; dafür werden sich jedenfalls die Zahnärzterverbände in den jeweiligen Ländern einsetzen.

Thema Qualität

Eine AG zu Qualität, die bislang eher passiv war, wurde unter Leitung des französischen Präsidenten der Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD), Dr. Roland L'Herron, aktiviert. Das Thema Qualität

Freiberuflichkeit stärken“ erarbeitet und einstimmig von der ERO-Vollversammlung verabschiedet. In der Resolution heißt es: „Die Europäische Regionale Organisation der FDI bekräftigt ihr seit vielen Jahren bestehendes Ziel, die freie zahnärztliche Berufsausübung – auch im Interesse der Patienten – zu erhalten und auszubauen. Dies steht im Zentrum unserer Arbeit der ERO und seiner Mitgliedstaaten. Von den politischen Entscheidungsträgern ihrer Mitgliedstaaten fordert die Europäische Regionale Organisation der FDI, die Rolle der Freien Berufe zu stärken; überdies ist von wesentlicher Bedeutung, die Rahmenbedingungen der freien Gesundheitsberufe entscheidend zu verbessern.“

Weitere ERO-Arbeitsgruppen befassen sich mit den Themen „Beziehungen zwischen Universitäten und dem Berufsstand“, „Integration der osteuropäischen Länder in Europa“, „Prävention“, „Aus- und Fortbildung“ und „Frauen in der Zahnmedizin“.

Überschneidung vermeiden

Einige dieser Themen werden gleichzeitig auch durch den Council of European Dentists bearbeitet. Dazu, so forderte Peter Engel, sind klare Aufgabenbeschreibungen erforderlich. Themen sollen nicht doppelt behandelt werden und es dürfe schon gar nicht zu unterschiedlichen Aussagen kommen. Michael Frank plädierte dafür, bei Themen, bei denen es Überschneidungen zwischen beiden Organisationen geben könnte, zu koordinieren. Dr. Wolfgang Doneus, der Präsident des CED, verwies auf die mehrfachen Versuche, eine Kooperation zwischen ERO und CED zu leben und hält eine Zusammenarbeit dort für sinnvoll, wo beide Organisationen sich ergänzen. Es sollen auf jeden Fall gemeinsame Aussagen zu wichtigen berufs- und gesundheitspolitischen Themen in Europa getroffen werden.

*Barbara Bergmann-Krauss
Universitätsstr. 73
50931 Köln*

■ Die nächste Frühjahrs-ERO-Vollversammlung findet 2012 in Prag statt. Die BZÄK hat für Frühjahr 2013 die ERO-Vollversammlung nach Berlin und Potsdam eingeladen.



*Boyko Borissov,
Premierminister der
Republik Bulgarien,
Dr. Nikolas Sharkov,
Präsident der Bulgarian
Dental Association,
Mihail Zortev,
Stellvertreternder
Gesundheitsminister,
Dr. Michael Frank,
Schatzmeister der
ERO, Dr. Bedros
Yavru-Sakuk (v.l.n.r.)*

ziellen Arbeitsgruppenmitglied. Eine solche Aussage würde dem tatsächlichen Einsatz von DCA in vielen Ländern Europas widersprechen, wenn sie auch in anderen Ländern Europas noch der Realität entspricht.

In der Präambel wird jedoch deutlich betont, dass die selbstständige Tätigkeit von Mitgliedern des Dental Teams nicht möglich ist. Die Mitarbeiterinnen im Dental Team „dürfen ausschließlich die delegierten Aufgaben, für die er/sie eine ordnungsgemäße und legale Qualifikation oder Ausbildung gemäß den Bestimmungen des jeweiligen Landes nachweisen können, ausführen“. Sie dürfen „diese Aufgaben ausschließlich unter der Aufsicht eines in der zahnärztlichen Praxis anwesenden Zahnarztes ausführen“. Die Einigung auf ein gemeinsames Ausbildungsprofil für DCA mit entsprechenden Anfor-

und Patientensicherheit soll in der ERO-AG intensiver bearbeitet werden. Es sollen Qualitätskriterien, die zum Beispiel an die Aus- und Fortbildung sowie an die zahnmedizinische Versorgung und an die Praxisorganisation zu stellen sind, durch einen Fragebogen in den europäischen Ländern erhoben und dann in einem Katalog von Mindestanforderungen beschrieben werden. Dr. Michael Frank ist Koordinator zwischen AG und ERO-Vorstand, der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz und Barbara Bergmann-Krauss sind Mitglieder der AG.

Freiberuflichkeit

In der AG Freie zahnärztliche Berufsausübung, die Dr. Jürgen Otterbach, FVDZ, leitet, wurde eine Resolution „Zahnärztliche

Musiker und Krankheit

Die Kraft des Leidens

Schaffensdrang und Werk eines jeden Künstlers sind nicht nur von seiner Fantasie bestimmt, sie werden auch von seinen ganz persönlichen Erfahrungen geprägt. Körperliche oder seelische Leiden, Behinderungen oder schwere Krankheit und Gebrechen im Alter hinterlassen oft ihre Spuren im Werk. Das gilt vor allem auch bei Musikern, wie prominente Beispiele aus der Musikgeschichte von Mozart, Bach, Schumann, Tschaikowsky oder Mahler eindrucksvoll belegen.



Fotos: picture alliance

Der Nachweis der Beeinflussung durch körperliche oder seelische Leiden ist bei der gegenständlichen Kunst einfacher als bei Musikern. Bei diesen muss die Kraft des Leidens auf das musikalische Werk oft Spekulation bleiben. Im Werk von Frida Kahlo ist die körperliche Pein unübersehbar, der Schmerz in der Musik von Robert Schumann oder von Gustav Mahler ist dagegen nur subjektiv zu erhören. Krankheit kann einem künstlerischen



Erstes Blatt eines Faksimiles der „Zauberflöte“, gezeigt 2006 in Berlin

Die „Zauberflöte“ (hier eine Inszenierung bei den Salzburger Festspielen 2008) gilt als eines der Meisterwerke Mozarts. Bei der Uraufführung war der Komponist schon von Krankheit gezeichnet.

Werk eine besondere Qualität geben, sie kann aber auch das Ende der Schaffenskraft bedeuten. So formuliert der Mediziner und Kunstliebhaber Philip Sandblom: „Die Musik ist inniger mit dem Seelenleben verbunden und hat einen lockereren Kontakt zu den äußeren Verhältnissen als die übrigen Kunstarten. Obendrein verfügt sie über die ungewöhnliche Eigenschaft, innere Spannungen lösen und dadurch ein Sauls-Gemüt zerstreuen zu können. Mehr als jede andere Kunst findet sie ihren Weg in die Tiefen unserer Gefühle, in die Höhen unserer Verzückung.“ [zitiert nach: Sandblom, Philip, Kreativität und Krankheit, Vom Einfluß körperlicher und seelischer Leiden auf Literatur, Kunst und Musik, Berlin u. a. 1990, S. 9].

Popstar der Klassik

Bei dem Vergnügen, eine „Zauberflöte“ in der Deutschen Staatsoper Berlin oder einen „Don Giovanni“ an der Scala in Mailand zu genießen, fragen sich die Besucher sicher nicht, ob die grandiose Musik von Wolfgang Amadeus Mozart (1756–1791) von seinen möglichen physischen oder psychischen Erkrankungen beeinflusst wurde. Aber gerade beim „Popstar“ der klassischen Musik ist dieser Zusammenhang immer wieder diskutiert worden.

Besonders bei einem seiner letzten Kunstwerke, dem „Requiem“, wurde eine hörbare Todesnähe konstatiert. Kein halbes Jahr vor seinem frühen Tod wurde die „Zauberflöte“ im Freihaustheater in Wien uraufgeführt. Schon bei der Fertigstellung ist Mozart von kränklicher Blässe gezeichnet. Zuvor hatte er für Kaiser Leopold II. die Oper „La Clemenza di Tito“ geschrieben. Das Stück hatte bei der Krönung des Monarchen zum König von Böhmen



Foto: Otto Erich Deutsch

Wolfgang Amadeus Mozart, Gemälde von Barbara Kraft, 1819

am 6. September 1790 Premiere. Als Mozart bereits erkrankt ist, lässt ihn eine kurze Besserung sein letztes Werk, die „Kleine Freimaurerkantate“ komponieren und noch selbst am 18. November 1790 in der Loge dirigieren. Mozart hat also bis zuletzt geschaffen. Bei Mozart scheinen die Krankheit und der nahe Tod noch einmal die große musikalische Meisterschaft hervorzuholen. An welcher Krankheit Mozart nun tatsächlich in der Nacht vom 4. auf den 5. Dezember 1791 gestorben ist, bleibt bis heute offen. Der Arzt Dr. Sallaba diagnostizierte bei Mozart im November 1790 ein „hitziges Frieselfieber“. Unter Zeitgenossen wurde auch die Vermutung angestellt, Mozart sei vergiftet worden. Der Biograf Georg Nikolaus von Nissen (1761–1826) beschrieb

Mozarts letzte Krankheitsphase so: „Seine Todeskrankheit, wo er bettlägerig wurde, währte 15 Tage. Sie begann mit Geschwulsten an Händen und Füßen und einer bey nahe gänzlichen Unbeweglichkeit: derselben, der später plötzliches Erbrechen folgte, welche man hitziges Frieselfieber nannte. Bis zwey Stunden vor seinem Verscheiden blieb er bey vollkommenem Verstande.“ [zitiert nach: Kerner, Dieter, Große Musiker, Leben und Leiden, 5. Auflage, Stuttgart 1998, S. 66].

Eine neuere Theorie niederländischer Wissenschaftler besagt, dass der Künstler möglicherweise an den Folgen einer Streptokokkeninfektion verstorben ist. Diese Annahme formulierten die Forscher in den „Annals of Internal Medicine“ [August 18, 2009, vol. 151, no. 4, S. 274-278]. „Our analysis is consistent with Mozart’s last illness and death being due to a streptococcal infection leading to an acute nephritic syndrome caused by poststreptococcal glomerulonephritis.“ Die Wissenschaftler stützen sich bei ihrer Annahme auf den Krankenbericht, der von der Schwägerin Mozarts, Sophie Haibel, stammt. Woran Mozart auch immer gestorben ist; vielleicht hat der großartige Schöpfungsakt seiner Musik den Körper so viel Kraft gekostet, dass ihn schließlich Krankheiten umso leichter erfassen konnten?

In der Verfilmung von Mozarts Leben, „Amadeus“ von Miloš Forman aus dem Jahr 1984, wird auf ein anderes mögliches Leiden hingewiesen. Mozarts Unruhe und



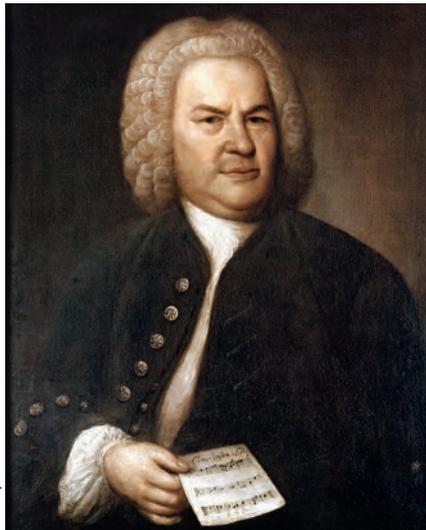
Tom Hulce als Mozart in dem Film „Amadeus“, 1984

Foto: picture alliance

„Herumkasperei“ werden von dem Schauspieler Tom Hulce gekonnt in Szene gesetzt. Dahinter steht die Hypothese, dass Wolfgang Amadeus Mozart an dem sogenannten „Tourette-Syndrom“ gelitten haben könnte. Allerdings lässt sich diese Hypothese Jahrhunderte später nicht mehr verifizieren.

Meister des Barock

Johann Sebastian Bach (1685–1750) hat wahrscheinlich eine leichte Kurzsichtigkeit gehabt, die ihn aber nicht weiter beeinträchtigte. Seine Noten konnte er bis 1747 gut zu Papier bringen. In diesem Jahr zeig-



Johann Sebastian Bach, Portrait von Elias Gottlob Haussmann, 1746, Museum für Geschichte der Stadt Leipzig

ten sich bei Deutschlands größtem Barockmusiker erste Anzeichen eines Altersstares. Nun war Bach das Schreiben von Noten und erst recht das Stechen von Noten in Kupferplatten kaum noch möglich. Das Sehvermögen des Komponisten verschlechterte sich sehr rasch.

1750 weilte der englische Augenarzt John Taylor (1708–1772) in Leipzig. Anders als der Preußenkönig Friedrich II. (1712–1786), der nichts von der Kunst Taylors hielt, vertraute sich Bach dem Arzt an. Taylor hatte zwar Chirurgie mit Spezialisierung auf Augenheilkunde in London studiert, schien aber keine besonders große Erfolgsquote



Ausschnitt aus einer Sonate von Bach, 1720

beim Starstich gehabt zu haben. Im 18. Jahrhundert kam es mangels keimfreier Starnadeln oft zu Augenentzündungen mit nachfolgender Erblindung oder schlimmeren Folgen, selbst wenn der Starstich fachgerecht durchgeführt worden war. Traten Komplikationen ein, dann waren



Bach-Archiv in Leipzig mit der Bibliotheksleiterin Kristina Funk-Kunath bei der Eröffnung 2007

die umherziehenden Okulisten meist schon abgereist.

Der Starstich bei Johann Sebastian Bach führte nicht zu dem gewünschten Ergebnis. In einem Nekrolog über den Barockkomponisten heißt es: „Er konnte nicht nur sein Gesicht nicht wieder brauchen, sondern sein im übrigen überaus gesunder Körper wurde auch zugleich dadurch und durch hinzugefügte Medikamente und Nebendinge gänzlich über den Haufen geworfen, so daß er darauf ein völlig halbes Jahr lang fast immer kränklich war. Zehn Tage vor seinem Tode schien es sich gählings zu



Bach musiziert mit seiner Familie, Abbildung aus „Harper's Weekly“, undatiert.

bessern, so daß er einstmals des Morgens ganz gut wieder sehen und auch das Licht vertragen konnte. Allein wenige Stunden darauf wurde er von einem Schlagflusse überfallen; auf diesen folgte ein hitziges Fieber, an welchem er, ungeachtet aller möglichen Sorgfalt zweyer der geschicktesten Leipziger Ärzte, am 28. Julius 1750 des Abends nach einem Viertel auf 9 Uhr, im 66. Jahre seines Alters, auf das Verdienst seines Erlösers sanft und seelig verschied.“

[zitiert nach: Kerner, S. 9-10]. Die Schaffenskraft Bachs als Musiker war durch die Sehbehinderung nicht beein-



Quelle: Joseph Kriehuber/Wikipedia

Portrait von Robert Schumann, Lithografie von Joseph Kriehuber, 1839

trächtig. In seinen letzten Jahren arbeitete er am „Musikalischen Opfer“, einer Komposition nach einem Thema von Friedrich dem Großen. Sein letztes und unvollendetes Werk „Die Kunst der Fuge“ zeigt noch einmal die Meisterschaft des großen Künstlers. Ein ähnliches Schicksal wie Bach hatte auch Georg Friedrich Händel. Nach einem ersten misslungenen Starstück 1752, folgte 1758 ein zweiter durch Taylor ohne Erfolg.

Depressiver Pianist

Der Komponist der Romantik, Robert Schumann (1810–1856), litt an der sogenannten fokalen Dystonie. Diese Krankheit tritt bei Musikern relativ häufig auf. Die Ursachen der Erkrankung liegen nicht in einer fehlerhaften Steuerung der Muskulatur der Hand, sondern in der Großhirnrinde, wodurch der

Pianist sein Instrument nicht mehr spielen kann. Robert Schumann war gezwungen, seine Karriere als Konzertpianist aufzugeben.

Zeugnis davon, wie schmerzlich dieser Einschnitt für den Künstler war, geben Zeilen, die er seiner späteren Frau Clara geschrieben hat: „Unglücklich fühle ich mich manchmal und hier gerade, daß ich eine leidende Hand habe. Und Dir will ich’s sagen: es wird immer schlimmer. Oft hab´ ich’s dem Himmel geklagt und gefragt: ‘Gott warum hast Du mir gerade dieses gethan?’ Es wäre mir hier gerade von so großem Nutzen; es steht alle Musik so fertig und lebendig in mir, daß ich es hinhauchen müßte; und nun kann ich es nur zur Noth herausbringen, stolpere mit einem Finger über den Andern. Das ist gar erschrecklich und hat mir schon viele Schmerzen gemacht.“ [zitiert nach: Sandblom, S. 21].

Schumann verzagte trotz der Beeinträchtigung nicht und hat weiter Kompositionen geschrieben. Im Laufe seines Lebens wurde er immer wieder von Depressionen heimgesucht. Bereits als Jugendlicher schrieb er in sein Tagebuch: „Die Lebensgeister sind oft wie verschwunden, und war schon oft dem Wahnsinn nahe.“ Als Erwachsener machte er seinen psychischen Problemen Luft: „Ich kann kaum meiner Krankheit Herr werden, die eine recht niederdrückende Melancholie ist.“ Und: „Der Untergang ist nahe oder der Anfang eines neuen Lebens [...] mir ist genauso, als würde ich Armer von Sinnen kommen.“ [zitiert nach: Kerner, S. 344].

Im Jahre 1853 diagnostizierte ein Arzt bei Schumann ein „unheilbares Gehirnleiden“.



Robert-Schumann-Haus in Endenich/Bonn, Aufnahme um 1945



Foto: picture alliance-akg images

Robert und Clara Schumann, Lithografie von Eduard Kaiser, 1847

An welcher Krankheit Robert Schumann nun tatsächlich litt, darüber gingen die Urteile auseinander. Die Diagnosen reichten von „Progressiver Paralyse“ – als Spätfolge einer Syphilis-Infektion [siehe Skubella, Ulrich, Die Krankheit Robert Schumanns: Eine anrühige Diagnose?, in: Deutsches Ärzteblatt 1999] – bis zu „Schizophrenie“. Am 27. Februar 1854 versuchte Schumann, sich das Leben zu nehmen. In der Folge wurde er in die Irrenanstalt von Eendenich bei Bonn eingeliefert, wo er zwei Jahre später starb. Eine genaue Diagnose von Schumanns Leiden ist rückblickend schwer



Foto: Nikolai Kusnezow-Wikipedia

Pjotr Iljitsch Tschaikowsky, Gemälde von Nikolai Kusnezow, 1893, Tretjakow-Galerie, Moskau

Szene aus „Der Nussknacker“, Berliner Staatsoper Unter den Linden, 1999

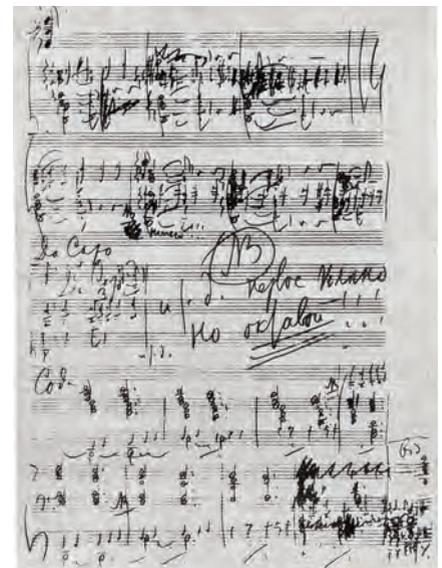


Foto: picture alliance-ZB

zu stellen. Sicher scheint, dass die Erkrankung die kompositorische Kunst des Musikers gemindert hat. „Gerade die Werke aus Schumanns letzten Lebensjahren machen die peinliche Kluft zwischen Wollen und Nichtmehr-Können deutlich.“ [Kerner, S. 361]

Zerrissenheit im Zarenreich

Beim Hören der Musik des Russen Pjotr Iljitsch Tschaikowsky (1840–1893) glauben wir, der Glanz und die Seele des alten zaristischen Russland seien „auferstanden“. Die Musik des Künstlers hat eine Leichtigkeit und Fröhlichkeit, die dem Menschen Pjotr Tschaikowsky leider fehlte. In einer Welt voller gesellschaftlicher Zwänge konnte er im Zarenreich des 19. Jahrhunderts sein wirkliches Naturell nicht zeigen.



Eigenhändige Notenhandschrift von Tschaikowsky, aus der Symphonie Nr. 6 h-moll op. 74 („Pathétique“)

Foto: picture alliance-akg images

Todesnähe und Musik

Aus dem Werk Gustav Mahlers (1860–1911) sind einige Partituren mit „klagenden“ Passagen überliefert. So aus dem ersten Satz seiner Symphonie Nr. 5. Besonders deutlich sollen sich Mahlers gesundheitliche Probleme und seine Todesnähe in der musikalischen Vertonung chinesischer Dichtung widerspiegeln. „Das Lied von der Erde“ komponierte Mahler 1908. Das Werk besteht aus sechs Solo-Gesängen mit Orchester für Tenor und Alt oder Bariton. „Die edle, wenn auch zerrissene Menschlichkeit Mahlers und seine leidenschaftliche Naturliebe äußern sich in der Vertonung der zarten chinesischen Stimmungssyrik schöner und ansprechender als in allen anderen Werken.“ [Konzertführer, Wilhelmshaven 1986, S. 421].

Die unbekümmerte Art, in Spaziergängen die Natur zu erleben, wurde durch das Ergebnis einer ärztlichen Untersuchung zerstört. Bei Mahler wurde ein Herzleiden festgestellt. Die Ärzte empfahlen dem Komponisten, körperliche Anstrengungen zu vermeiden. Seit dieser Zeit fühlte sich Mahler in seinem Leben bedroht. Als nach einer Tonsillitis auch noch eine Streptokokkensepsis diagnostiziert wurde, glaubte sich der Musiker endgültig dem Tode nah. Tatsächlich verstarb Mahler im Mai 1911 an den Folgen einer tonsillo-genen Sepsis.

Die veränderten Lebensumstände haben die Musik Mahlers in seinen letzten Jahren stark beeinflusst. Mahler war in seiner Persönlichkeit kein einfacher Mensch, durchaus mit melancholischen Wesenszügen aus-

Der Komponist mit seiner Frau Alma bei einem Spaziergang, nahe ihrem Sommerdomizil in Toblach, 1909



Foto: picture alliance



Foto: A. Dupont, N.Y.

Gustav Mahler, 1909



Foto: picture alliance-akg images

„Das Lied von der Erde“, 1907/08, Notenhandschrift Mahlers aus der Partitur

gestattet. 1907 musste er nach zehnjähriger Amtszeit als Hofoperndirektor in Wien zurücktreten. In diesem Jahr starb auch seine

Tochter Maria. In einem Brief an den Dirigenten und Komponisten Bruno Walter (1876–1962) äußerte sich Mahler über seinen seelischen Zustand so: „[...] was in mir vorging und vorgeht, wissen Sie nicht; keinesfalls aber ist es jene hypochondrische Furcht vor dem Tode, wie Sie vermuten. [...] ich will Ihnen nur sagen, dass ich einfach mit einem Schlage alles an Klarheit und Beruhigung verloren habe, was ich mir je errungen“ [zitiert nach: Sandblom, S. 168].

Wie außerordentlich sich die gesundheitlichen Schwierigkeiten auf Mahlers musikalisches Schaffen ausgewirkt haben, beschreibt der Psychoanalytiker und Psychologe Theodor Reik (1888–1969) in sehr anschaulicher

Weise: „In seinen Briefen [Mahlers, Anmerkung des Autors] und manchen seiner Äußerungen, am deutlichsten aber in seiner Musik können wir verfolgen, wie sich Mahlers Einstellung zu seinem nahen Ende gewandelt hat – wie er selbst sich auch verändert und von allem gelöst hat, was ihm im Grunde fremd war. [...] Wir erleben hier, wie ein Mensch in der Zerstörung wächst [...] Wo andere untergehen, erhebt er sich zu ungeahnten Höhen.“ [zitiert nach: Sandblom, S. 168].

Kay Lutz
Lievenstr. 13
40724 Hilden
kaylutze@ish.de

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
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 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

Industrie und Handel

BEYCODENT

Praxisshirt-Collection 2011

Frische Farben und moderne Schnitte sind auffallend in der Praxisshirt-Collection 2011 von BEYCODENT.

Unter dem Motto „Man kennt Sie mit Namen“ können die Shirts mit dem Praxislogo und dem Namen des Mitarbeiter ausgestattet werden.

Der Druck erfolgt individuell nach den Ideen der Praxis. Wünscht die Praxis ein neues Logo, steht das BEYCODENT-Gratik-Team zur Verfügung.

Neu ist zusätzlich zum Druck das Besticken mit dem Praxislogo, beispielsweise für das komplette



Praxisteam. Der Service:

Die Polos können immer wieder auch einzeln in Wunschfarbe und -größe nachbestellt werden.

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

International Team for Implantology

Study Clubs zur Vernetzung vor Ort

Das International Team for Implantology (ITI) fördert aktiv die Vernetzung und Fortbildung von Experten weltweit. Um das Networking auch auf nationaler Ebene voranzutreiben, setzt es auf die Etablierung regionaler ITI-Study Clubs. Die ITI Sektion Deutschland plant für 2011 zahlreiche Neugründungen im gesamten Bundesgebiet.

Study Clubs ermöglichen ITI-Mitgliedern aus einer Region, sich in regelmäßigen Abständen 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.

Für die Teilnahme an einem Study Club Meeting werden zwei Fortbildungspunkte anerkannt. Termine sind im Internet unter www.iti.org/germany abrufbar.

ITI International
Team for Implantology
Peter-Merian-Weg 10
CH-4052 Basel
Tel.: +41 (0) 61 2708383
Fax: +41 (0) 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.

Servicekupon
auf Seite 94

VOCO

Sicherer Halt für Prothesen

Heute werden vielfach Implantate für die Fixierung von Totalprothesen verwendet, denn geringe Implantatdurchmesser und ein reduzierter chirurgischer Aufwand machen diese Option sehr interessant. Meistens lässt sich die vorhandene Prothese weiterverwenden und braucht lediglich mit den entsprechenden Attachments/Sekundärteilen für die lösbare Verbindung mit den Implantaten/Primärteilen ausgestattet zu werden. Hierfür bietet VOCO jetzt mit Quick Up ein selbsthärtendes, gingivafarbenes Komposit für das Einkleben von Attachments/Sekundärteilen und deren Wiederbefestigung in Prothesen mit Kunststoffbasis an. Das Material erlaubt die ebenso



einfache wie zügige Chairside-Anwendung, so dass Ungenauigkeiten, die durch den Transfer auf ein Modell im Labor entstehen können, ausgeschlossen sind.

VOCO GmbH
Anton-Flettner-Straße 1-3
27472 Cuxhaven
Tel.: 04721 719-0
Fax: 04721 719-169
www.voco.de
E-Mail: info@voco.de

Dentaurum

Jubiläumskongress auf Malta

125 Jahre Familienunternehmen Dentaurum, 15 Jahre Dentaurum Implants – dies feiert das Unternehmen mit seinen Kunden auf einem Internationalen

gramm zusammengestellt. Neben Themen wie der dreidimensionalen Implantatplanung und der ästhetisch perfekten Implantatprothetik sind unter anderem



Internationaler Jubiläumskongress



Jubiläumskongresses auf Malta. Unter dem Motto „Partnerschaftliche Innovationen – mit Dentaurum Implants zum Erfolg“ wurde ein hochwertiges wissenschaftliches Kongresspro-

Erfahrungsberichte anhand chirurgischer und prothetischer Fallpräsentationen aus 20 Jahren Implantologie, Langzeiterfolge bei der Sofortimplantation, die Implantation bei reduzierten Knochenverhältnissen und die biomechanische Analyse von Minis und Shorties Gegenstand des Programms.

Dentaurum Implants GmbH
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 07231 803-560
Fax: 07231 803-295
www.dentaurum-implants.de
E-Mail: info@dentaurum-implants.de

Coltène/Whaledent

Kabelloses Endodontiehandstück



Mit CanalPro CL präsentiert Coltène/Whaledent eine Neuheit der Produktlinie COLTENE ENDO. Das neue kabellose Endodontiehandstück CanalPro CL wurde nach ergonomischen Aspekten entwickelt, um in allen Behandlungssituationen

eine optimale Sicht und bestmöglichen Zugang zu bieten. Die übersichtliche LCD-Anzeige und das benutzerfreundliche Tastenfeld erleichtern das tägliche Arbeiten.

Je nach Bedarf können Geschwindigkeit, Drehmoment, Übersetzungsverhältnis und die Auto-Reverse-Funktion individuell eingestellt und gespeichert werden. Durch die Auto-Reverse-Funktion wird ein Festfressen der Feile verhindert und somit die Sicherheit erhöht. Im Dauerbetrieb hält eine Aufladung 80 Minuten lang. Das CanalPro CL Complete Set enthält ein Motorhandstück, einen Winkelstückkopf 16:1 sowie ein Ladegerät.

Coltène/Whaledent
GmbH + Co. KG
Raiffeisenstraße 30
89129 Langenau/Germany
Tel.: 07345 805-0
Fax: 07345 805-201
www.coltenewhaledent.de
E-Mail: info@coltenewhaledent.de

BUSCH & CO.

Punktgenaues Kontakt-Einschleifen

Nach dem Einsetzen laborgefertigter Zahnersätze oder nach direkten Füllungen ist es oft notwendig, Früh- oder Fehlkontakte zu beseitigen. Hier sind zylindrische oder konische Instrumente zum Bearbeiten punktförmiger Kontakte wenig geeignet.



Die besondere Kontur des Arbeitsteils der Fig. 390 von BUSCH mit runder Spitze ermöglicht präzises Arbeiten bei vollem Erhalt der natürlichen Konvexität der Höckerabgänge.

Die zwei Diamantschleifer mit mittlerer (ohne Ring) und feiner Körnung (roter Ring) kommen beim Einschleifen neuer und be-

reits bestehender Zahnrestaurationen zum Einsatz. Das Instrument mit extra-feiner Körnung (gelber Ring) ist für letzte Feinstarbeiten geeignet.

BUSCH & CO.
Unterkaltenbach 17-27
51766 Engelskirchen
Tel.: 02263 860
Fax: 02263 20741
www.busch.eu
E-Mail: mail@busch.eu

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

Dentalnetzwerk Praxisleben

Praxisnahes Wissen für den Zahnarzt



Praxisnahes Wissen für Zahnarzt und Team aktiv erlebbar machen – das ist das Ziel der Initiative „Dentalnetzwerk Praxisleben“. Möglich gemacht werden soll dies durch praxisorientierte Workshops, Live-Demonstrationen und Hands-on-Kurse mit angesehenen Experten verschiedener Bereiche. Am zweiten Oktoberwochenende eröffnet hierzu im Hamburger Hotel Atlantic zum ersten Mal „die größte Praxis Deutschlands“.

Unterstützt wird die Veranstaltung durch ein Netzwerk renommierter Dental-Unternehmen. Zu den Referenten der Work-

shops gehören unter anderem Prof. Dr. Roland Frankenberger, Dr. Fred Bergmann oder Dr. Christine Berthold. Das Kursangebot reicht von Themen der praktischen zahnmedizinischen Arbeit wie „Das ABC der Adhäsivtechnik“ oder „Innovative 3D Diagnostik“ bis zu Aspekten wie „Patientenkommunikation“ oder „Abrechnung“.

Dentalnetzwerk Praxisleben
Tel.: 0800 3763333
(kostenfrei aus dem dt. Festnetz)
www.dentalnetzwerk-praxisleben.de
E-Mail:
info@dentalnetzwerk-praxisleben.de

curasan

Synthetisches Hydroxylapatit gefragt

Das synthetische Hydroxylapatit als Alternative zu Produkten xenogenen oder allopathen Ursprungs war bei der diesjährigen IDS beim Publikum gefragt. Osborne ist aufgrund seiner hohen Porosität und moderner Herstellungsverfahren äußerst biokompatibel und ermöglicht eine schnelle Osseointegration. Durch seine Festigkeit behält das Knochenersatzmaterial sein Volumen und seine Porosität und bildet so ein stabiles Lager für die Implantation. Als synthetisches Material kann Osborne immer in der gleichen Qualität und mit den gleichen Materialeigenschaften produziert werden. Dies



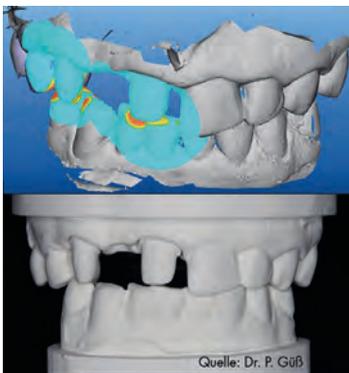
entspricht den Anforderungen an moderne Medizinprodukte und bietet dem Nutzer eine Alternative zu Produkten xenogenen oder allopathen Ursprungs.

curasan AG
Lindigstraße 4
63801 Kleinostheim
Tel.: 06027 40900-0
Fax: 06027 40900-29
www.curasan.de
E-Mail: info@curasan.de

Straumann

Tageskurs zur digitalen Abformung

Straumann veranstaltet in Kooperation mit seinem wissenschaftlichen Partner ITI (International Team for Implantology) ein Tagesseminar über die digitale Abformung und Fertigung am 5. November 2011 in Berlin. Es referieren die Privatdozentinnen Dr. Petra C. Güß, Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Freiburg und Dr. Irina Sailer, Zentrum für Zahnmedizin, Universität Zürich. In diesem Kurs wird das Indikationsspektrum der digitalen Behandlungsform vorgestellt. Dabei erhalten die Teilnehmer eine Einführung in die digitalen Technologien der Zahnmedizin. Ferner wird ihnen Basiswissen für die Integration des digitalen Workflows in den Praxisalltag vermittelt. Außerdem wird eine Einteilung der heute verfügbaren



baren Intraoralscanner sowie der Einsatzbereiche, Vorteile und Limitationen der digitalen Abformung vermittelt. Das Seminar ist mit acht Fortbildungspunkten der BZÄK bewertet.

*Straumann GmbH
Jechtinger Straße 9
79111 Freiburg
Tel.: 0761 45010
Fax: 0761 4501149
www.straumann.de
E-Mail: info.de@straumann.com*

Dreve

Charity Golf-Turnier auf Sylt



Anlässlich der 53. Sylter Woche ließ es sich Torsten Schulte-Tiggens, Vertriebsleiter Dreve Dentamid GmbH nicht nehmen, 21 Flights mit über 60 teilnehmenden Zahnärzten ein schönes Spiel zu wünschen und hochwertige Golfbälle zu überreichen. Bei bestem Wetter wurde dann im Marine-Golf-Club Sylt ein Charity-Turnier zugunsten „Fa-

milien in Not“ gespielt. Abends folgten die Teilnehmer der Einladung zum Bankett ins Clubhaus. Dort hatte Dreve-Gebietsleiterin Svenja Bremer das neue Schienen-Reinigungsset MaxiFresh zur Mitnahme bereitgestellt. Ein Zahnarzt aus Hamburg freute sich: „Jetzt habe ich endlich eine einfache Antwort auf die Frage nach der Pflege von Schienen und Mundschutz.“

*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*

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

J. Morita

Hochleistungs-LED-Instrumente

Licht und Wärme sind in der Natur untrennbar miteinander verbunden. In einer Arbeitsumgebung kann diese Kombination mitunter störend sein. Für eine ideale Sicht und einen kühlen Kopf präsentiert Morita daher eine neue Generation Licht-emittierender Dioden (LED): Turbinen, Handstücke und Behandlungsleuchten wurden so entwickelt und angepasst, dass die Hochleistungsdioden in den Instrumenten für eine optimale Helligkeit sorgen, ohne dass die Lichtquelle zu viel Wärme entwickelt.

So ist der Mikromotor Torx SS mit integrierten Dioden verfügbar. Auch die Ultramini TwinPower Turbinen sind für einen besseren



Überblick bei der Präparation mit den neuen Leuchtdioden versehen. Ferner wurde die bewährte Multifunktionsspritze WS-10-O so angepasst, dass sie nun in einer LED-Variante (WS-10-O-LD) erhältlich ist.

*J. Morita Europe GmbH
Justus-von-Liebig-Str. 27a
63128 Dietzenbach
Tel.: 06074 836-0, Fax: -299
www.morita.com/europe
E-Mail: pkunkel@morita.de*

GC

Glasionomer-System neu bewertet



Glasionomere stellen heute einen festen Bestandteil der Füllungstherapie dar, doch welcher Glasionomer ist der richtige? Das System EQUIA (GC Germany, Bad Homburg) unterscheidet sich von den auf dem Markt verfügbaren Glasionomer-basierten Technologien. Bei dem System handelt es sich um ein Kombinationsprodukt aus Glasionomer und Komposit. Der Unterschied liegt in der erweiterten Indikationsstellung, die nun auch die Freigabe für bestimmte kaudruckbelastete Regionen im Seitenzahnbereich umfasst. GC übernimmt dabei als

Medizinproduktehersteller die Verantwortung für die Bewährung und Erprobung innerhalb der freigegebenen Indikationsstellung. Die Daten einer retrospektiven Studie über zwei Jahre sprechen dafür, dass EQUIA sogar als permanentes Füllungsmaterial für sämtliche Klasse-I- und für kleinere Kavitäten der Klasse II verwendet werden kann.

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

Hager & Werken

Miratray Implant Löffel getestet

Zahnärzte aus ganz Deutschland testeten jeweils sechs Wochen den individualisierbaren, sofort einsatzbereiten Abformlöffel des Spezialitätenanbieters Hager & Werken.

Der Löffelboden dieses patentierten Abformlöffels besteht aus einer speziellen transparenten Folie. Während der Abformung durchstoßen die Implantatpfosten

diese Folie, so dass eine hochpräzise Abformung der gesamten Kiefersituation bereits in einer Sitzung gefertigt werden kann. Die Herstellung eines individuellen Löffels im Labor ist somit nicht



mehr notwendig. Neben der Einsparung der Laborkosten erübrigt sich der sonst nötige zweite Termin für den Behandler und seinen Patienten. Zudem ist der Einmallöffel immer sofort verfügbar und griffbereit. 95 Prozent der Anwender empfanden die Anwendung der Löffel als leicht verständlich und in der Umsetzung einfach.

*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*

Ultradent Products

Bleaching-Schienen einfach befüllen



Das Aufhellen mit individuellen Schienen ist seit Jahren der „Goldstandard“ für das Aufhellen von Zahnbögen.

Opalescence Oh! bietet dafür nun die neue Leichtigkeit der Zahnaufhellung. Einfach und exakt wird Gel aus Caps (kleine Einzelportionen) in die Schiene

dosiert – ein Cap für eine Schiene. Opalescence Oh! gibt es in vier verschiedenen Konzentrationen (mit 10, 15, 20, 35 Prozent Carbamid-Peroxid) und in drei verschiedenen Aromen (Neutral, Mint und Melone). In Opalescence Oh! ist selbstverständlich die patentierte PF-Formel enthalten – für minimierte Sensibilitäten und erhöhten Kariesschutz.

*Ultradent Products, USA
UP Dental GmbH
Am Westhoyer Berg 30
51149 Köln
Tel.: 02203 3592-15
Fax: 02203 3592-22
www.updental.de
E-Mail: info@updental.de*

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

ic med

Fortbildungsreihe „Digitale Praxis“



Die im Mai von der ic med GmbH initiierte Fortbildungsreihe „IDS-Nachlese“ in Kooperation mit der CompuGroup Medical Dentalsysteme und Carestream Dental (Kodak Dental Systems) zeigte bemerkenswerte Innovationen rund um das Digitale Röntgen und die Praxis-EDV. Vorträge, Workshops und eine Medizintechnik-Ausstellung gaben niedergelassenen Zahnärzten rund

um Berlin, Halle/Saale, Dresden und Dortmund einen Überblick über die aktuellsten Entwicklungen auf diesen Gebieten.

Von besonderem Interesse waren die Themen „Mobile-Praxis“ und „Online-Terminvergabe“. Mit der Lösung „Mobile Praxis“ haben Praxisinhaber oder autorisiertes Personal ortsunabhängig – von jedem internetfähigen PC aus – einen schnellen und sicheren Zugriff auf die eigene Praxissoftware Z1 und ChreMaSoft via USB-Stick.

ic med
Walther-Rathenau-Str. 4
06116 Halle/Saale
Tel.: 0345 2984190
Fax: 0345 29841960
www.ic-med.de
E-Mail: info@ic-med.de

Mectron

Piezosurgery im Praxisalltag

„Zukunftstrends der Piezosurgery“ lautete das Thema einer Fortbildungsveranstaltung der Firma Mectron. Kooperationspartner waren die Firmen Geistlich Biomaterials und Wegmann. Der Intensivkurs (inkl. Hands-on, Foto) zum Management von Hart- und Weichgewebe sowie von Komplikationen fand im italienischen Sestri Levante bei Genua statt. Der Begründer der Piezosurgery, Prof. Dr. Tomaso Vercellotti (Ge-

nua), vertrat die Ansicht, dass die intelligenten Knochenskappele neue Behandlungsmöglichkeiten eröffnen, etwa in der der Neuro- und Tumorchirurgie. Vercellotti: „Absoluter Vorteil der Methode ist, dass der Heilungsprozess extrem beschleunigt wird.“ Piezosurgery kommt unter anderem bei Knochenaufbaumethoden zur Vorbereitung von Implantaten zum Einsatz.

Das im März vorgestellte Piezosurgery touch wird ab September ausgeliefert.



mectron Deutschland
Vertriebs GmbH
Walterstr. 80/2001
51069 Köln
Tel.: 0221 492015-0
Fax: 0221 492015-29
www.mectron.de
E-Mail: info@mectron.de



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 08. 08. 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.

- BEYCODENT** – Praxishirt-Collection 2011 (S. 90)
- Busch & Co.** – Punktgenaues Kontakt-Einschleifen (S. 91)
- Coltène/Whaledent** – Kabelloses Endodontie-Handstück (S. 91)
- curasan** – Synthetisches Hydroxylapatit gefragt (S. 91)
- Dentalnetzwerk Praxisleben** – Praxisnahe Wissen (S. 91)
- Dentaurum** – Jubiläumskongress auf Malta (S. 90)
- Dreve** – Charity Golf-Turnier auf Sylt (S. 92)
- GC** – Neubewertung von Glasionomer-Systemen (S. 92)
- Hager & Werken** – Miratray Implant Löffel getestet (S. 93)
- Hu-Friedy** – Barcode-Label für Sterilisationsinventar (S. 95)
- ic-med** – Fortbildungsreihe „Digitale Praxis“ (S. 94)
- IMI** – Study Clubs zur Vernetzung vor Ort (S. 90)
- J. Morita** – Hochleistungs-LED-Instrumente (S. 92)
- mectron** – Piezosurgery im Praxisalltag (S. 94)
- Straumann** – Tageskurs zur digitalen Abformung (S. 92)
- Ultradent Products** – Bleaching-Schienen einfach befüllen (S. 93)
- VITA** – Sommeraktion für Pop-Art-Kunstdrucke (S. 95)
- VOCO** – Sicherer Halt für Prothesen (S. 90)

Hu-Friedy

Barcode-Label für Sterilisationsinventar



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 Barcode-scanner erfasst werden. Das Barcode-Label ermöglicht den Nachweis einer lückenlosen und sicheren Prozesskette und stei-

gert so die Betriebs- und Rechtssicherheit in Praxen und Krankenhäusern.

Anwender scannen den Barcode einmal mit einem Barcodeleser ein und hinterlegen dann in ihrem System den Inhalt der betreffenden Kassette beziehungsweise des Containers. Danach kann jeder Prozessschritt einfach und zügig per Scan festgehalten werden. Die Daten dienen der nachvollziehbaren und lückenlosen Dokumentation.

*Hu-Friedy Mfg. BV
Customer Care Department
Tel.: 0800 483743-39
Fax: 0800 483743-40
www.hufriedy.eu
E-Mail: info@hu-friedy.eu*

VITA Zahnfabrik

Sommeraktion für Pop-Art-Kunstdrucke

Eine ansprechende Wanddekoration hebt die Laune der Patienten und bringt Farbe in den zahnärztlichen und zahntechnischen Arbeitsalltag. Deshalb setzt die VITA Zahnfabrik auf Pop-Art für die Praxis und Labor.

Kreative Grafiker griffen dentale Themen im Auftrag von VITA auf und variierten sie künstlerisch. Das Ergebnis: hochwertige Drucke im Comic-Stil oder in Siebdruck-Optik.

Freunde der Pop-Art-Kunst können bis zum 31. August ihre Lieblingsstücke im Format 70 cm x 100 cm auf Leinwand bestellen – und das zu einem reduzierten Preis von 175 statt 195 Euro.

Die Edition wird nur einmal aufgelegt und ist damit limitiert. Erste Eindrücke bietet eine Klickstre-



cke unter www.vita-zahnfabrik.com/pop-art

*VITA Zahnfabrik
H. Rauter GmbH & Co. KG
Spitalgasse 3
79713 Bad Säckingen
Tel.: 07761 5620
Fax: 07761 562299
www.vita-zahnfabrik.com
E-Mail: info@vita-zahnfabrik.com*

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

Deutsches Gesundheitssystem

Versicherte haben kaum Vertrauen

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben kaum Vertrauen in das Gesundheitssystem in Deutschland. Zu diesem Ergebnis kommt der aktuelle Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK.

Knapp 89 Prozent der befragten GKV-Mitglieder haben nur ein geringes Vertrauen in das Gesundheitssystem. Zudem beklagen neun von zehn Befragten einen Gerechtigkeitsdefizit.

„Von einem bürger- und patientenorientierten Gesundheitssystem kann derzeit nicht die Rede sein“, erklärte der Präsident der Bürgerinitiative Gesundheit GDVP e.V., Wolfram-Arnim Can-

didus, dazu. Von den befragten Bürgern mit nur geringem Systemvertrauen fühlt sich jeder zweite unzureichend über die Auswirkungen von Reformen auf ihre eigene Gesundheitsversorgung informiert.

„Die Konsequenz kann nur lauten, dass wir eine breit angelegte Kampagne brauchen: Wir müssen die Bevölkerung motivieren, sich einerseits nachhaltig für die eigene Gesundheit und die Grundstrukturen des Versorgungssystems zu interessieren und sich andererseits persönlich in die Weiterentwicklung der Versorgung einzubringen“, sagte Candidus.

eb/pm



Foto: Franz Pfluegg

Ausschüttung

Vier Krankenkassen zahlen Prämie

In diesem Jahr schütten vier gesetzliche Krankenversicherungen – BKK A.T.U, HKK, BKK Wirtschaft & Finanzen sowie G&V BKK – ihren Mitgliedern eine Prämie aus. Wie „Focus Money“ berichtet, versprechen 15 Kassen bereits jetzt, auch 2012 auf Zusatzbei-

träge zu verzichten, darunter als bundesweite Versicherungen die BIG und die BKK vor Ort, aber auch regional vertretene Kassen wie die AOK Bremen und Bremerhaven, die AOK Niedersachsen und die Bergische Krankenkasse.

ck

Bundesversicherungsamt

Kein Spielraum für Beitragssenkungen

Trotz der momentan guten Finanzlage der gesetzlichen Krankenkassen sieht das Bundesversicherungsamt (BVA) keinen Spielraum für Beitragssenkungen. „Es gibt nichts zu verteilen“, sagte der Präsident der Aufsichtsbehörde, Maximilian Gaßner (Foto), der „Berliner Zeitung“. Zu den Prognosen, dass der Gesundheitsfonds in diesem Jahr über eine Reserve von 6,9 Milliarden Euro verfügen wird, meinte er: „Fünf Milliarden Euro sind bereits verplant. Davon werden zwei Milliarden für die Härtefallregelung bei Zusatzbeiträgen benötigt. Die anderen drei Milliarden sind die Rücklage, die wir per Gesetz vorhalten müssen.“ Das BVA führt die Rechtsaufsicht über die bundesunmittelbaren Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Es verwaltet auch den Anfang 2009 eingeführten Gesundheitsfonds. Gaßner verwies zudem darauf, dass es aus dem



Foto: BVMed-Bilderpool

Finanzkrisenjahr 2009 noch ein Defizit im System des Gesundheitsfonds von knapp 2,5 Milliarden Euro gebe. „Auch das muss bereinigt werden.“ eb/dpa

Mit unserem Newsletter sind Sie immer auf dem neuesten Stand! Einfach anmelden unter www.zm-online.de/m3.htm und Sie erhalten die Nachrichten ganz aktuell per E-Mail.

KOMMENTAR
Das bisschen

Alles prima? Vier gesetzliche Krankenkassen zahlen in diesem Jahr Prämien an ihre Mitglieder. Andere wiederum reklamieren für 2012 ihren Verzicht auf Zusatzbeiträge. Weitere lavieren daher, der Rest steckt tief in den Miesen, getoppt von der bisher einmaligen Pleite der City-BKK, deren Versicherte am liebsten keiner haben will.

Und das alles passiert zu Zeiten einer konjunkturell eingefahrenen zusätzlichen Ernte von rund sechs Milliarden Euro, von denen laut Bundesversiche-

rungsamt nichts zurückgezahlt werden kann. So so! Und da wundert sich noch jemand, dass die Versicherten kein Vertrauen mehr in dieses System haben? Vielleicht muss man sich eines Tages doch mal entscheiden, wo es echten, unechten oder besser keinen Wettbewerb im GKV-System geben kann. Das bisschen Wettbewerb, das dann durch staatliche Ausgleich wieder zurückgenommen wird, hilft nicht, unser Mißtrauen abzubauen.

Egbert Maibach-Nagel

Quartalszahlen**GKV steht besser da als 2010**

Die gesetzliche Krankenversicherung steht derzeit laut Bundesgesundheitsministerium (BMG) deutlich besser da als im vergangenen Jahr. Nach einem Plus von 235 Millionen Euro im 1. Quartal 2010 erzielten die Krankenkassen im 1. Quartal 2011 einen Überschuss von 1,468 Milliarden Euro. In den Monaten Januar bis März 2011 standen bei den Krankenkassen Einnahmen in Höhe von rund 45,85 Milliarden Euro Ausgaben in Höhe von 44,38 Milliarden Euro gegenüber. Im weiteren Jahresverlauf 2011 könne man laut BMG allerdings nicht damit rechnen, dass sich diese Überschüsse weiter fortschreiben. Der Gesundheitsfonds zahlte für das 1. Quartal Zuweisungen von insgesamt gut 44,74 Milliarden Euro an die Kassen. Die Einnahmen des Fonds aus Beiträgen und Bundeszuschüssen lagen bei



Foto: imagesource

44,22 Milliarden Euro. Damit weist der Fonds laut BMG ein rechnerisches Defizit von 0,52 Milliarden Euro aus. In der Summe der Überschüsse der gesetzlichen Krankenkassen und des Defizits des Gesundheitsfonds ergebe sich somit für die GKV insgesamt im 1. Quartal ein Plus von rund 0,95 Milliarden Euro. Nach den Annahmen des GKV-Schätzerkreises verfügt der Gesundheitsfonds Ende 2011 über eine Liquiditätsreserve von etwa 6,9 Milliarden Euro. Davon seien jedoch wesentliche Teile bereits gebunden. ck/pm

Borreliose**Meldepflicht auch in Westdeutschland**

Als erstes westdeutsches Bundesland führt Rheinland-Pfalz eine Meldepflicht für die von Zecken übertragene Borreliose ein. Das Land wolle so die „bislang unzureichende Datenlage zur Borreliose verbessern“, teilte Gesundheitsministerin Malu Dreyer (SPD) in Mainz mit.

Dann könne man gezielt Schutz- und Präventionsmaßnahmen für die Bevölkerung ergreifen. Borreliose ist die am häufigsten von Zecken übertragene Infektionskrankheit in Deutschland.

Gegen die Krankheit gibt es keine Impfung. Aufklärung und etwa der Schutz durch entsprechende Kleidung seien die wichtigsten



Foto: www.zecken.de

Schutzmaßnahmen. Ärzte in Rheinland-Pfalz müssen künftigen Gesundheitsämtern mitteilen, wenn sie einen Patienten wegen dieser Erkrankung behandeln. Die Daten gehen dann ans Landesuntersuchungsamt und von dort weiter ans Robert Koch-Institut (RKI).

Eine Meldepflicht gab es nach RKI-Angaben bislang nur in Ostdeutschland. Dort gibt es jährlich mehrere Tausend Fälle. eb/dpa

Versorgungsstrukturgesetz**KBV fordert Nachbesserungen**

Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) kritisiert die geplante spezialärztliche Versorgung, wie sie im Referentenentwurf zum Versorgungsstrukturgesetz vorgesehen ist: Gleiche Wettbewerbschancen zwischen Vertragsärzten und Kliniken gäbe es dadurch nicht. Der Gesetzgeber will damit unter anderem die Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten sowie ambulante Operationen und andere fachärztliche Leistungen als eigenen Versorgungsbereich definieren. Der Gesetzentwurf sieht zudem vor, dass die Abrechnung für spezialärztliche Leistungen direkt mit den Kassen erfolgt und die ambulante Vergütung bereinigt

wird. „Die Politik hatte ein einfaches, transparentes und unbürokratisches Verfahren jenseits des Kollektivvertrags gewollt.

Ziel war ursprünglich, gleiche Wettbewerbschancen für Vertragsärzte und Krankenhäuser herzustellen“, sagte KBV Chef Andreas Köhler. „Dies ist jedoch im jetzigen Stand des Entwurfs nicht der Fall. Wir lehnen den derzeitigen Entwurfsstand deshalb ab.“ Die KBV fordert, dass die KVen nicht von der Abrechnung ausgeschlossen werden. Außerdem müsse man die einseitige Bereinigung korrigieren, weil der Entwurf ansonsten zu Lasten der ambulanten Grundversorgung gehe.

ck/pm

Forderung der SPD**Sockelrente statt Grundsicherung**

Zur Verhinderung von Altersarmut fordert die SPD eine sogenannte Sockelrente. Nach 35 oder 40 Jahren an Vollzeitarbeit solle ein Rentner mehr erhalten als die heutige Grundsicherung, forderte Parteichef Sigmar Gabriel. „Die ist ja nichts anderes als Hartz IV im Alter“, sagte Gabriel der „WAZ“-Mediengruppe.

„Deswegen braucht Deutschland im Kampf gegen Altersarmut in Zukunft eine Sockelrente.“ Diese müsse „deutlich oberhalb“ der heutigen Grundsicherung liegen. Die Sockelrente würde laut Gabriel anfangs wenig kosten, „weil wir erst langsam in das Problem der Altersarmut hineinwachsen.“

Sein Vorschlag sei Teil eines Konzepts für eine Steuer- und Abgabepolitik, an dem auch

der frühere Finanzminister Peer Steinbrück gearbeitet habe. Scharfe Kritik erntete Gabriel aus der FDP-Bundestagsfraktion. Ihr sozialpolitischer Sprecher Heinrich Kolb sagte: „Wenn der Vorschlag von Gabriel so zu verstehen ist, dass die Sockelrente aus der Rentenkasse gezahlt werden soll, so widerspricht er eklatant dem Grundprinzip der deutschen Rentenversicherung, wonach sich die Höhe der Rente nach den zuvor gezahlten Beiträgen richtet.“

Wenn die Sockelrente auch noch über der steuerfinanzierten Grundsicherung liegen sollte, seien grobe Ungerechtigkeiten unvermeidbar, da dann unterschiedliche Beiträge zu gleichen Renten führen würden, so Kolb.

eb/dpa

Ausgezeichnet

Ramsauer ehrt Zahnärztin

Auf dem Ideenforum für ländliche Infrastruktur wurden in Berlin die Preisträger des Wettbewerbs „Menschen und Erfolge“ ausgezeichnet. Dabei erhielt die Zahnärztin Dr. Kerstin Finger aus Templin eine Anerkennung für ihre mobile Zahnarztpraxis. Von insgesamt 585 eingesandten Beiträgen aus dem ganzen Bundesge-

„Mit dem Wettbewerb haben wir eine außerordentliche Sammlung guter Beispiele angelegt, was engagierte Menschen für ihre Region auf die Beine stellen können.“ Finger sorgt mit einer mobilen Behandlungseinheit für eine zahnärztliche Versorgung vor Ort, konkret bei Patienten, die zu Hause oder in einer Einrichtung



Foto: BMVBS

biet wurden fünfzehn Projekte durch die Jury ausgewählt und sechs mit Anerkennungen gewürdigt, darunter auch Finger. Peter Ramsauer, Bundesminister für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung sagte in einer Erklärung:

gepflegt werden. Die Jury würdigte das Beispiel für mobile medizinische Konzepte, die neben Vorsorge und Heilbehandlung auch soziale Integration leisten. sf

■ www.menschenunderfolge.de

Kammersystem Z-QMS

Update erschienen

Die Zahnärztekammern Hessen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz haben bei ihrer Klausurtagung vom 7. - 8. Juni in Marburg das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem (Z-QMS) aktualisiert und weiterentwickelt. Von vielen Anwendern werde das inzwischen online zur Verfügung stehende System wegen seiner leichten Bedienbarkeit geschätzt, so die Kammern in einer Pressemitteilung. Besonderes Augenmerk lag auf der Optimierung der Anwenderfreundlichkeit. Dazu wurde das Ergebnis einer Studie zur Benutzerfreundlichkeit auf dem Treffen in Marburg vorgestellt. Die Zahnärztekammern hatten einem Spezialanbieter ei-

ne Überprüfung in Auftrag gegeben, um die Bedienung des Systems weiter zu verbessern und um den sich stetig wandelnden Anforderungen durch neue Endgeräte wie Tablett-Computern gerecht zu werden. Einen weiteren Schwerpunkt bei der Weiterentwicklung stellt die Herausgabe eines Newsletters dar, der die Anwender ab sofort regelmäßig über die Neuerungen und Anpassungen informiert. Die von den Vertretern der beteiligten Kammern erarbeiteten Veränderungen und Anpassungen fließen in das System ein, das bereits in über 15 000 Zahnarztpraxen mehrerer Bundesländer zum Einsatz kommt. pr/pm

Entscheidung im Deutschen Bundestag

PID ist künftig begrenzt zugelassen

Der Bundestag hat am 8. Juni die begrenzte Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID) beschlossen. Der entsprechende Gesetzentwurf erhielt in der Schlussabstimmung 326 von 594 abgegebenen Stimmen, wie ard-online berichtet. Nach dieser Regelung dürfen Paare die Methode künftig nutzen, wenn auf Grund ihrer genetischen Veranlagung eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine schwerwiegende Erbkrankheit beim Kind oder für eine Tot- oder Fehlgeburt besteht. Ein Gesetzentwurf für ein

striktes Verbot von Gentests an künstlich erzeugten Embryonen fand keine Mehrheit. Die PID bleibt somit in Deutschland zugelassen, denn bereits jetzt dürfen Ärzte die Methode nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs durchführen. Die Anwendung war allerdings bislang nicht geregelt. Zuvor gab es im Bundestag eine heftige Debatte über die vorgelegten drei Gesetzentwürfe, die eine begrenzte Zulassung, ein Verbot mit Ausnahmen und ein komplettes Verbot vorschlugen. pr/pm

EU-Parlament

Lebensmittelkennzeichnung beschlossen

Künftig wird es in der EU verbindliche Vorgaben für die Lebensmittelkennzeichnung geben. Das EU-Parlament (EP) hat Anfang Juli eine entsprechende EU-Verordnung beschlossen, über die zuvor mit den Mitgliedstaaten eine Einigung erzielt worden war. „Nach drei langen Verhandlungsjahren haben wir eine ausgewogene Regelung beschlossen, von der alle profitieren. Verbraucher erhalten in Zukunft wesentlich mehr und bessere Informationen als bisher“, sagte die Berichterstatterin des EP, Renate Sommer (CDU). Nach den neuen Vorschriften ist die Angabe der Nährwerte in Form des Nährwertkästchens erstmals verpflichtend. Die Hersteller müssen demzufolge den Energiewert, den Gehalt an Fett, gesättigten Fettsäuren und Kohlenhydraten mit besonderen Hinweisen auf den Zucker-, Salz sowie Eiweißgehalt des jeweiligen Nahrungsmittels

bezogen auf 100 Gramm oder 100 Milliliter auf der Packungs-



Foto: CC

rückseite angeben. Allergene und Imitate sind gesondert hervorzuheben. Außerdem ist die Herkunftskennzeichnung für frisches Fleisch und Geflügel sowie frisches Obst und Gemüse Pflicht. Nicht verpackte Frischprodukte müssen allerdings keine Informationen über die enthaltenen Nährwerte liefern. Alkoholische Getränke bleiben vom Geltungsbereich vorerst ausgenommen. pr/ps



"Mir gäbbet nix!"

Kolumne

Nachgefragt

„Wer viel fragt, kriegt viele Antworten.“ Das hat meine Mutter oft gesagt. Ich hab mir das gemerkt. War ja auch nicht so schwer. Dass, wer richtig fragt, die Antworten bekommt, die er haben will, haben die meisten von uns dann später im ungeschützten Alltagsleben gelernt.

Wem das als eigene Erkenntnis verschlossen blieb, dem können im Zweifel Demoskopien auf die richtige Spur verhelfen. Man muss nur deren Umfrageergebnisse bei klarem Verstand lesen. Vieles, was Deutschlands Meinungsforscher – methodisch durchaus korrekt – veröffentlichen, kann auf Churchills Hinweis „Traue nur der Statistik, die Du selbst gefälscht hast!“ getrost verzichten. Denn man muss ja nur die richtigen Fragen stellen, um die gewünschten Antworten zu bekommen. Dass die Mehrheit der Deutschen eine verpflichten-

■ **Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de**

de private Pflege-Zusatzversicherung ablehnt, hätte man – Hand auf's Herz! – auch ohne Demoskopie vermutet. Wer kann so etwas schon aus freien Stücken wollen! Und dass man dafür selbst, nicht andere, beispielsweise der Arbeitgeber, aufkommen soll, haut einen auch nicht gerade vom Hocker, liebe AOK.

Genau so gut können wir doch nachfragen, wer denn gerne Zahnschmerzen hätte. Die Mehrheit wohl nicht, würde ich mal vermuten! Und ich weiß, wovon ich rede. Dafür bedarf es keiner Stochastik oder Heuristik. Mutter hätte das so gewusst, vermute ich, den gesunden Menschenverstand zu Rate ziehend, einfach mal so! Spannender hätte auch sie die Frage gefunden, wer warum den Auftrag für die Demoskopien erteilt, denkt

Ihr vollkommener Ernst