

Ästhetik

Schöner Schein

Neue GOZ
verabschiedet

Diabetes und
Parodontitis



Foto: okapia

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

wer kritisch verfolgt, wie unsere Gesellschaft mit ihren Schönheitsidealen umgeht, wird eine erstaunliche, in der Geschichte der Menschheit bisher einmalige Veränderung feststellen. „Wahre Schönheit“, früher oft ein Begriff romantisch verklärter Sehnsüchte, läuft Gefahr, zur „Ware Schönheit“ zu verkommen. Ästhetisches Aussehen ist längst nicht mehr die Laune der Natur. Mit Hilfe moderner Medizin scheint Schönheit massenweise „reproduzierbar“. Die Chirurgie hat inzwischen eine Klasse erreicht, die dem Arzt einen breiten Handlungskorridor zwischen schlichtem Verkauf stereotyper Schönheit und medizinisch-ethischem Denken und daraus resultierendem Handeln geschaffen hat.

Doch während der Berufsstand nach wie vor diskutiert, wo und inwieweit das ärztliche Gespräch individuell die komplexe Sachlage zwischen medizinischer und psychischer Indikation zu berücksichtigen hat, lässt sich der junge Mensch von heute die gewünschten Proportionen von Mund, Nase, Ohren, Brust und Bauch inzwischen von bereitwilligen Eltern zum Geburtstag schenken.

Um es klarzustellen: Es geht hier nicht um

■ *Schönheit ist machbar. Doch wie weit darf ärztliches Handeln gehen? Wo liegt für den Arzt die Grenze zwischen Können und Ethos, zwischen Heilen und Verkaufen?*

volkstümlichen Dilletantismus. Das dem ärztlichen Handeln zugrunde liegende Wissen der Schönheitsärzte fußt in der Regel auf profunder Kenntnis von Ästhetik, Psychologie, Biologie und nicht zuletzt Medizin.

Aber der Beweggrund für chirurgische Kosmetik „pur“ hat nun einmal andere Gründe als die des Heilens im ursprünglichen Sinne des „nihil nocere“. Hier wird eifrig an argumentativer Rechtfertigung gearbeitet, mit fließenden Kompromisslinien hinsichtlich Methodik und Zeitgeist. Es ist letztlich eine Frage der ärztlichen Diskussion und Argumentation, wie weit Medizin gehen kann, um Schönheit als Massenware zugänglich zu machen.

Spannend dürfte sein, wann das Interesse an dem, was jeder Mensch haben kann, erlahmt. Werden sich unsere Ideale ändern? Wird das bisschen „anders sein als andere“ zum Reiz einer Gesellschaft werden, die eines Tages die jetzt gängigen Schönheitsideale satt hat? Anzeichen dafür gibt es schon heute viele.

Für den Mediziner ist ein gradueller Wandel dann aber allenfalls eine Herausforderung anderen Zuschnitts, könnte der Kosmetiker unter den Medizinern behaupten. Zu provokant? Vielleicht nur dann, wenn man sich

der jahrtausendealten Ideale des ärztlichen Heilens nicht mehr sicher ist.

Bis dahin bleibt es hoffentlich bei den bisherigen Grundsätzen. Möglich, dass schon in wenigen Jahren kein Hahn mehr nach stromlinienförmigen Nasen, aufgespritzten Lippen und unterlegten Brüsten oder Oberarmmuskeln kräht. Vielleicht ist dann erst mal Schlussverkauf mit der Ware Schönheit. Egal wie, erste Aufgabe von Ärzten und Zahnärzten ist es ohnehin nicht, für Schönheit zu sorgen, sondern für Heilung und Gesundheit.

Schöne Lektüre wünscht
Ihr



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Titelillustration/Illustration: Die Illustratoren - W&A

zm

In diesem Heft

Zum Titel

Eine zierliche Nase verkörperte schon im Mittelalter das Ideal. Mussten sich die Menschen damals allerdings mit ihrem Körper arrangieren, modelliert man ihn heute zusehends mittels Fitness und Chirurgie. Aber wo ist die Grenze? Ist die „Mang“-Nase ethisch noch korrekt? Schönheit damals und heute.

Seite 40



Foto: MEV

Ein Vasokonstringens ist sinnvoll in der Lokalanästhesie. Nur sollte nicht jeder Patient dieselbe Menge erhalten, wie eine Studie mit reduziertem Adrenalin-zusatz zeigt.

Seite 64

Editorial 1

Leitartikel

BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel zu Wunsch und Wirklichkeit bei der GOZ-Novelle 4

Nachrichten 6

Gastkommentar

Neue Versorgungsmodelle für eine überalterte Gesellschaft sind überfällig, meint Thomas Grünert, Vincentz Network 12

Das aktuelle Thema

Alters- und Behindertenzahnheilkunde: Auf der Agenda 16

Hubert Hüppe: Jetzt müssen weitere Schritte folgen 18

Politik und Beruf

Zehn Jahre DMP: Ohne Evaluierung 20

Kabinettsbeschluss zur GOZ: Die Kritik bleibt 22

Zahnärztliche Patientenberatung: Tue Gutes und rede darüber 26

Aus den Ländern

Apollonia-Preis-Verleihung: Eine Handvoll Herzenswünsche 30

Bodenseetagung in Lindau: Der Zahnarzt als Mediziner 32

Gesundheit und Soziales

Baustelle Transplantationsgesetz: Politik ringt um Organspende 34

Titelstory

Schöner Schein 36

Stoppt den Schönheitswahn 40

Zwischen Ethik und Monetik 42

Vorsicht bei Patientenwünschen 46

Zahnmedizin

Paro und Diabetes: Wechselbeziehung und klinische Implikationen 50



Der aktuelle klinische Fall: Primäres orales malignes Schleimhautmelanom 60

Articain-Lösung mit reduziertem Adrenalin-zusatz: Differenzierte Lokalanästhesie 64

Foto: picture alliance-akg images



Ob Kaiser und Könige von damals (hier Heinrich VIII.) oder Politiker heute: Krankheit ist bei Machthabern ein Makel, und Gebrechen der Staatsspitzen haben oft die Geschichte eines Landes beeinflusst.

Seite 114

Foto: BilderBox.com



Schon lange setzen sich BZÄK und KZBV dafür ein, die zahnärztliche Versorgung von Senioren und Menschen mit Behinderung zu verbessern.

Seite 16

Foto: TK-Pressfoto



Jeder Deutsche soll sich einmal im Leben zur Organspende äußern. Dieser Wunsch der Politik sorgte jüngst für Aufsehen. Unbemerkt blieb hingegen, dass mit der geplanten Änderung des Transplantationsgesetzes auch ein jahrzehntelang existierender Missstand behoben wird.

Seite 34

Ethischer Fall: Überhöhte ästhetische Erwartungen **70**

Medizin

Primär progressive Aphasie: Wenn das Sprachvermögen langsam schwindet **76**

Langzeitverhütung: Hormonspirale wird bislang wenig genutzt **78**

Fachforum **80**

Veranstaltungen **84**

Finanzen

Heizkostenabrechnung: Die Tücken der Details **104**

Praxismanagement

Personalmanagement: Führen, fordern, fördern **106**

EDV und Technik

Mobilfunknetze im Test: Zuverlässig bis schwächelnd **110**

Internationales

Medizintourismus in deutschen Kliniken: Patienten lassen auf sich warten **112**

Historisches

Politik und Krankheit: Der Makel der Mächtigen **114**

Industrie und Handel

Firmenporträt – 70 Jahre Dürr Dental: Mit guten Ideen an die Spitze **122**

Neuheiten **126**

Impressum **134**

Letzte Nachrichten **157**

Zu guter Letzt **160**





Foto: bzaek-pietschmann

Wunsch oder Wirklichkeit

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

was uns die Politik nach weit über zwei Jahrzehnten Wartens, Hoffens und Kämpfens jetzt als GOZ-Novelle vorgesetzt hat, entspricht weder unseren Vorstellungen von einer nachhaltigen zahnmedizinischen Versorgung, noch berücksichtigt es nach Jahren des Stillstands auch nur in Ansätzen unsere zahnärztlichen Interessen.

Mit den Wünschen unseres Berufsstandes, der seine Eingaben auf Basis der wissenschaftlich erarbeiteten, geprüften und anerkannten Honorarordnung für Zahnärzte gemacht hatte, hat diese Form politischer Wirklichkeit nichts zu tun. Kompromisse, soweit sie von uns im Rahmen der beratenden Gespräche überhaupt abgefragt wurden, konnten in den vergangenen Jahren immer nur rein systemisch-wissenschaftlicher Art sein. Mehr war nicht drin.

Dass eine reelle Anpassung an die Preis- und Kostenentwicklung in dieser Reform fehlt, haben wir – egal gegenüber wem – immer wieder deutlich gemacht. Natürlich werden wir in den nächsten Wochen, in denen dieser Verordnungsentwurf in den Ländern und

im Bundesrat beraten wird, diese Argumentation keinesfalls aufgeben.

Das muss und wird dem Bundesgesundheitsministerium nicht gefallen. Es kommt aber für die Politik nicht überraschend. Und wird von uns auch nicht anders erwartet. Auch für die Zahnärzteschaft kam dieser Entwurf nicht überraschend. Denn leider wurden die in den vergangenen Monaten immer wieder betonten Argumente

fiskalischen Drucks und mangelnder politischer Machbarkeit durch die allgemeinwirtschaftliche Entwicklung zusätzlich gestützt.

So bitter kann Realpolitik sein. Wissen muss man –

und gerade in den zurückliegenden Tagen haben sowohl SPD wie auch Grüne deutliche Hinweise dafür gegeben –, dass diese Minimalreform wohl die letztmögliche vor einer politisch zugespitzten Situation ist, die den Absturz in eine radikale Angleichung der privaten und gesetzlichen Versicherungssysteme schaffen wird. Dass wir Zahnärzte den Tabubruch „Öffnungsklausel“ verhindert haben, ist etwas, wofür uns Deutschlands Ärzteschaft – so sie nicht davon profitiert – vielleicht noch beneiden wird. Mit einer GOÄ unter rot-grünen Vorzeichen drohen ganz andere Gefahren. Sol-

che Erdbeben-Katastrophen haben wir vorerst abgewehrt.

Um so absurder ist es, dass Teile der Zahnärzteschaft mit einer bewusst zur Schau getragenen Radikalablehnung gerade diesen Ausweg aus der Misere noch gefährden. Halten wir es uns doch real vor Augen: Wer heute die Möglichkeit dieser Minimalreform zerstört, ebnet damit keinen Weg zurück, der aus einer Warteschleife der Ahnungslosigkeit zu neuen, besseren Kompromissen führt. Ganz anders: Wer heute totalverweigert, findet nicht einmal mehr dem Weg zurück zum von uns allen mit Recht kritisierten rot-schwarzem Vorschlag aus der Ära Ulla Schmidt. Vielmehr wird man in Kauf nehmen müssen, dass vom Gedanken der Bürgerversicherung geprägte Prämissen ein Mischsystem aus PKV und GKV bewirken. Private Gebührenordnungen heutigen Verständnisses wären dann Schnee von Gestern.

Dass ein Teil der deutschen Zahnärzteschaft – kurz vor den anstehenden Wahlen des FVDZ-Bundesvorstandes in der Hauptversammlung in Karlsruhe – diese unter uns Zahnärzten abgesprochene gemeinsame Grundhaltung verlässt, irritiert die politischen Kreise, die sich auf argumentativ gut gestützte Verbesserungsvorschläge von unserer Seite eingestellt hatten. Dass das nicht nur nennenswerte Verbesserungen gefährdet, die auf dieser Ebene durch gute fachliche Argumentation noch mit ins Portfolio genommen worden wären, ist dabei noch das geringere Übel.

Die kommenden Wochen werden in der Rückschau sicherlich keine Sternstunden für Deutschlands Zahnärzteschaft darstellen. Aber politischer Verstand ist gefordert, damit wir uns durch inneren Zerfall nicht den Weg in eine von uns noch gestaltbare Zukunft verbauen. Das ist mein Wunsch für die künftige Wirklichkeit des Berufsstandes.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Peter Engel

Präsident der Bundeszahnärztekammer

Studie**Jeder zweiten Kasse droht Insolvenz**

Fast die Hälfte aller Krankenkassen befinden sich in konkreter Insolvenzgefahr. Das schlussfolgert Thomas Dabrinski, Leiter des Kieker Instituts für Mikrodatenanalyse, aus dem Bericht des wissenschaftlichen Beirates des Bundesversicherungsamtes (BVA). Dieser wurde jetzt vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) mit drei Monaten Verspätung veröffent-

verspäteten Bericht. „Der BVA-Bericht sollte natürlich so lange wie möglich unter Verschluss gehalten werden“, sagt er. Das sei angesichts seiner Ergebnisse „nicht verwunderlich“. Denn nach Dabrinskis Einschätzung zeigt der Bericht, dass der Gesundheitsfonds zur Einheitskasse führen wird. Der Grund: Mit den bereits zwangsfusionierten und insolventen Krankenkassen befänden sich „etwas weniger als die Hälfte aller Krankenkassen in Insolvenzgefahr.“ Der Beirat hatte ermittelt, dass „wachsende Krankenkassen tendenziell Überdeckungen aufweisen, während schrumpfende Kassen eher unterdeckt sind“, berichtet Dabrinski. Der Diplom-Volkswirt folgert: „Mit der notwendigen Erhebung eines Zusatzbeitrages erhöht sich die Insolvenzgefahr für finanziell straukelnde Krankenkassen noch.“ Laut BVA-Bericht reicht die Spanne der Deckungsquoten auf Einzelkassenebene von 90,6 Prozent bis 124,8 Prozent. mg



Foto: Cultura Images F1 online

licht. Die Endfassung des 393 Seiten langen Berichts ist auf Ende Juni datiert und war von der Fachpresse lange als unter Verschluss gehalten angemahnt worden. Jetzt steht das Werk mit dem Titel „Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich“ auf der Internetseite des BMG bereit. Bereits einen Tag früher veröffentlichte Dabrinski sein Initiativ-Gutachten zu dem

Ausgabe der eGK**KBV warnt vor Eklat**

Die KBV hat die Krankenkassen in deren Vorgehensweise bei der weiteren Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der Telematik-Infrastruktur kritisiert. Unter dem Motto „Alternative 2012“ wollen die Kassen das Management von Versichertenstammdaten entgegen früherer Vereinbarungen vorziehen. Das Verfahren dient den Kassen dazu, administrative Daten auf der eGK über eine Online-Anbindung zu aktualisieren. Andere

Anwendungen, wie der elektronische Austausch medizinischer Patientendaten, würden mit der Beschleunigung des Stammdatenmanagements ins Hintertreffen geraten. „Das ist nicht im Sinn der Versicherten und der Ärzte, die eine medizinisch nützliche Kommunikation benötigen“, sagte der KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller bei einer gematik-Veranstaltung zur Einführung der eGK in Berlin. Müller: „Das wäre ein Eklat.“ ck

Montgomery**Versorgungsgesetz ist unzureichend**

Die Bundesregierung will Ärzte künftig mit gezielten Anreizen in dünn besiedelte Landstriche locken. Das allein werde als Maßnahme nicht ausreichen, meint Ärztepräsident Dr. Frank Ulrich Montgomery. Er hält eine Strukturreform für nötig.

Das Versorgungsgesetz werde nur eine Hilfe sein, um den Ärztemangel zu bekämpfen, sagte Montgomery der „Passauer Neuen Presse“ (PNP).

„Das Problem der Versorgung auf dem Land kann man nicht allein mit der Gesundheitspolitik lösen, mit Honoraranreizen und effektiverer Versorgung. Es geht insgesamt um eine Verbesserung der Strukturen“, erläuterte er im Interview.

Das Leben auf dem Land müsse attraktiver gestaltet, Arbeitsplätze für den Partner und gute Bildungsstrukturen für die Kinder geschaffen werden. ck

Gegensatz zu Hartz-IV-Honoraren**Privatpatienten zahlen weniger**

Der Beschluss des Bundeskabinetts zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) führt laut Privat-zahnärztlicher Vereinigung (PZV) dazu, dass Privatpatienten für viele Leistungen als sogenannte Besserverdiener weniger bezahlen als die Krankenkassen oder der Staat für die Behandlung von Hartz-IV-Empfängern. Als Beispiele nennt Dr. Wilfried Beckmann, Präsident der Privat-zahnärztlichen Vereinigung, die Spritze im Unterkiefer (privater GOZ-Mittelsatz 9,06 Euro, Hartz IV-Honorar in nach Bema 11,19 Euro), Zahn-Röntgenaufnahme (4,02/ 11,21 Euro), Zahnextraktion einwurzelig (9,06/ 9,32 Euro), einflächige Füllung (19,41/ 22,47 Euro), Zahnbettbefund (20,70/ 33,48 Euro). Diese Liste ließe sich laut Beckmann „umfangreich fortführen. Sie führt realistisch nur die Mittelsätze der Gebührenspanne auf. Das Ministerium erwartet, dass die gesamte Spanne der Gebührenordnung genutzt wird. Zum Einzelsatz kostet die



Foto: F1online

Zahntfernung als Privatbehandlung 3,94 Euro, die Füllung 8,44 Euro“. Die PZV trete dagegen „für faire Honorare ein: gleiche Leistung – gleiches Honorar. Wer im Rahmen einer Privatbehandlung aufwändigere Behandlungen und höhere Servicestandards wünscht, soll diesen Mehrwert auch berechnet erhalten.“ Während die Honorare für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jährlich angepasst würden, verweigere das Ministerium den Teuerungsausgleich der privaten Gebührenordnung. Diese Verweigerungsführung führe zu einem „absurden Theater: Besserverdiener zahlen weniger als Hartz IV-Empfänger!“ ck/pm

Änderung der EU-Kosmetikrichtlinie

Bleaching ist Sache des Zahnarztes

Der Agrar- und Fischereiminister hat am 20. September den Vorschlag der EU-Kommission für eine Änderung der Kosmetikrichtlinie angenommen. Demnach ist aus Gründen des Patientenschutzes künftig die erste Anwendung von Zahnbleichmitteln beziehungsweise Zahnaufhellern auf der Basis von Wasserstoffperoxid und von Wasserstoffperoxid freisetzenden Verbindungen oder Gemischen wie Carbamid-Peroxid und Zinkperoxid in einer Konzentration von 0,1 Prozent bis sechs Prozent stets einem Zahnarzt im Sinne der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie vorbehalten oder muss unter dessen direk-

ter Aufsicht erfolgen, falls ein gleichwertiges Sicherheitsniveau gewährleistet ist. Danach muss das Mittel dem Verbraucher überlassen werden. Eine Abgabe an Minderjährige ist gänzlich verboten. Diese Anordnung gilt erneut für jeden einzelnen Anwendungszyklus. Produkte mit einer Konzentration von Wasserstoffperoxid unter 0,1 Prozent sind freiverkäuflich. Produkte mit einer Konzentration über sechs Prozent sind verboten. Bislang war die zulässige Konzentration von Wasserstoffperoxid in Mundhygiene-Produkten, einschließlich Zahnaufhellung oder Bleaching-Produkten, auf 0,1



Foto: proDente e.V.

Prozent beschränkt. Dennoch wurden in vielen EU-Mitgliedstaaten Produkte mit einem höheren Gehalt angeboten. Die Verabschiedung beendet ein längeres Gesetzgebungsverfahren. Noch 2010 war ein erster Anlauf im Rat gescheitert. Der CED mit seiner Arbeitsgruppe Zahnbleiche hatte sich in den vergangenen Monaten für die Änderungen ausgesprochen und dafür nachdrücklich bei der Europäischen Kommission und den EU-

Mitgliedstaaten geworben. Der CED begrüßte die Änderung der Kosmetikrichtlinie einhellig. Das zuständige deutsche Bundesministerium für Gesundheit hatte aus systematischen Gründen Zweifel geäußert, ob die Verwendung von Zahnbleichmitteln im Rahmen der Kosmetikrichtlinie erfolgen sollte und plädierte alternativ für eine Aufnahme dieser Mittel unter die Medizinprodukte-richtlinie. Diese Position war jedoch im Rat und in der Europäischen Kommission nicht mehrheitsfähig. Die Änderung der Kosmetikrichtlinie muss in den kommenden zwölf Monaten nach Veröffentlichung im EU-Amtsblatt in nationales Recht umgesetzt werden. pr/BZÄK

Betriebskrankenkassen**BKK-Rettung teurer als geplant**

Die Betriebskrankenkassen müssen 53 Millionen Euro aufbringen, um die angeschlagene BKK für Heilberufe unter die Haube zu bringen. Dies bestätigte der BKK Bundesverband. Bislang liegt aber nur eine Empfehlung des GKV-Spitzenverbands und des Bundesversicherungsamts vor. Wie die „Ärzte-Zeitung“ berichtet, müssen im Oktober noch die BKK-Spitzenverbände den Vorschlag absegnen.

Das wird Zähneknirschen bei vielen BKK-Vorständen auslösen – bislang war die Fusionsbeihilfe

auf rund 30 Millionen Euro taxiert worden. Befürchtet wird, dass die Kostenfolgen andere BKKen in einen Zusatzbeitrag treiben könnten. 95 der rund 200 Mitarbeiter der BKK für Heilberufe ist bereits gekündigt worden. Sie müssen nun zum 31. März 2012 die in Düsseldorf sitzende Kasse verlassen. Das Versicherungsamt drängt auf eine Fusion. Jüngst hat sich die Gemeinschaft der Betriebskrankenkassen darauf verständigt, eine Fusion mit der „BKK vor Ort“ voranzutreiben. mg

Transparency International**Kritik an Regierung**

Die Organisation Transparency International kritisiert den jüngsten Bericht des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Der Vorwurf: „unsystematisch und völlig unzureichend“. Den Grund liefert Transparency gleich mit. Die Regierung habe – wie schon seit Jahren – kein Konzept zur Bekämpfung von Korruption. Darum fordert die Organisation jetzt „endlich systematisch“ über Schadensfälle, Ermittlungen und die Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen zu berichten. Nach wie vor wisse niemand, welcher Gesamtschaden den Krankenkassen und Beitragszahlern auf diese Weise entstehe, sagte Transparency-Vorstandsmitglied Anke Martiny. Der dritte Bericht über „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ für die Jahre 2008/2009 sei im Ge-



Die Koalition gegen Korruption.

sundheitsausschuss „ohne Debatte abgenickt“ worden, kritisieren die Korruptionswächter. Und das, obwohl dieser Bericht sehr lückenhaft sei. Die Regierung Sorge nicht dafür, dass „mühevoll ausgehandelte Gesetze“ erfüllt und kontrolliert würden, sagte Martiny. Bereits seit 2004 sei gesetzlich vorgeschrieben, dass die gesetzlichen Krankenkassen, die Pflegekassen sowie die kassenärztlichen/kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Zweijahresrhythmus über die Wirkung dieser „Stellen“ an ihre Aufsichtsgremien berichten müssen, die diese Berichte dann ihrer Aufsichtsbehörde zuleiten. Das BMG stellt hieraus wiederum eine Zusammenfassung her, die dem Gesundheitsausschuss zugeleitet wird. mg

Existenzgründungsanalyse 2010**Berufsstarter bevorzugen Einzelpraxis**

Zahnärzte präferieren bei der Existenzgründung die Übernahme einer Einzelpraxis. Das belegt die von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) und dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) durchgeführte Existenzgründungsanalyse 2010. Insgesamt 48 Prozent der Existenzgründer in den alten und 68 Prozent in den neuen Bundesländern entschieden sich für diese Praxisform, teilt die apoBank mit.

Übernahme den höchsten Betrag. Wer 41 Jahre und älter ist, war dagegen deutlich zurückhaltender und zahlte für die Übernahme einer Einzelpraxis 260 000 Euro. Männer zahlten für die Neugründung einer Einzelpraxis 444 000 Euro und für die Übernahme 353 000 Euro. Frauen zahlten für eine neue Praxis 390 000 Euro und für eine Übernahme 272 000 Euro. Die Neugründung einer Einzelpraxis



Foto: picture alliance-Arco Images GmbH

Eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) wählten im Westen 33 Prozent, im Osten 22 Prozent der Zahnärzte. Insgesamt 19 Prozent aller Berufseinsteiger gründeten eine neue Praxis. In den alten Bundesländern kostete die Neugründung einer Einzelpraxis etwa 400 000 Euro. Die Finanzierungskosten für die Übernahme einer Einzelpraxis stiegen auf 307 000 Euro, was einen Höchstwert seit Beginn der Analyse im Jahr 1984 bedeutet. Das Finanzierungsverhalten war zudem klar altersabhängig. So zahlte die Altersgruppe „31 bis 40 Jahre“ mit 414 000 Euro für die Einzelpraxisneugründung beziehungsweise mit 316 000 Euro für die

in einer Kleinstadt war mit 412 000 Euro deutlich teurer als in anderen Lagen. Bei der Einzelpraxisübernahme musste das höchste Finanzierungsvolumen für eine Praxis in Großstädten aufgebracht werden (314 000 Euro). zm/pm

**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

Bewertung von Mensch-Tier-Mischwesen

Ethikrat legt Stellungnahme vor

Der Deutsche Ethikrat hat seine Stellungnahme zur Bewertung der Herstellung von Mischwesen zwischen Mensch und Tier in der biomedizinischen Forschung veröffentlicht. Er legt damit Empfehlungen zum Umgang mit Zybriden, Hirnchimären und transgenen Tieren vor. Der Ethikrat bekräftigt die im Embryonenschutzgesetz (§ 7 ESchG) festgelegten Verbote, menschliche Embryonen auf ein Tier zu übertragen oder Interspezies-Chimären und -Hybride unter Verwendung menschlicher Embryonen oder menschlicher und tierischer Gameten zu erzeugen. Diese Grenzbeziehungen sollten erweitert wer-

den um das Verbot der Übertragung tierischer Embryonen auf den Menschen, das Verbot der Einbringung tierischen Materials in den Erbgang des Menschen und das Verbot von Verfahren, die zur Bildung menschlicher Ei- oder Samenzellen im Tier führen können.

Einmütig vertritt das Gremium die Auffassung, dass keine Einpflanzung von Mensch-Tier-Zybriden in eine menschliche oder tierische Gebärmutter vorgenommen werden darf. Das Embryonenschutzgesetz sollte hier durch ein entsprechendes explizites Verbot ergänzt werden, fordern die Ratsmitglieder.



Foto: picture alliance-dieKLEINERT.de-Peter Maltz

Ein geteiltes Votum geben sie jedoch zur Frage der Herstellung von Zybriden ab.

Ein Teil vertritt die Auffassung, dass die Herstellung und Nutzung von Zybriden ethisch zulässig ist. Sie verweisen einerseits darauf, dass das Ergebnis ein Artefakt darstellt, das weder als Mensch noch als Tier einzuordnen, keinesfalls aber als menschli-

cher Embryo zu betrachten sei. Andererseits wird darauf verwiesen, dass auch menschliche Embryonen unter bestimmten Voraussetzungen zu Forschungszwecken verwendet, ja nach der Auffassung mancher sogar dafür hergestellt werden dürfen.

pr/pm

■ Die Stellungnahme ist unter www.ethikrat.org abrufbar

Benefiz Golfturnier der BLZK

Golfen für den guten Zweck

Die Bayerische Landes Zahnärztekammer (BLZK) hat ihr traditionelles Benefiz-Golfturnier 2011 erstmals auf dem Meisterschaftsgolfplatz des Golfclubs Olching ausgetragen. Dank des Einsatzes der Teilnehmer, Sponsoren und Einnahmen aus Tombola, Versteigerung und Fotoverkauf konnte Kammerpräsident Prof. Dr. Christoph Benz einen Scheck über eine beachtliche Reinerlössumme von 4865 Euro an Prof. Dr. Otto Mehls, pädiatrischer Nephrologe aus Heidelberg und stellvertretender Ärztlicher Leiter des Ederhof-Rehazentrums der Rudolf Pichlmayr-Stiftung, überreichen. Mit dem Benefiz-Golfturnier setzt die BLZK seit 1993 ein Zeichen für soziale Verantwortung. Der



Foto: BLZK

Erlös kommt Kindern und Jugendlichen vor und nach Organtransplantation zu Gute beziehungsweise fließt in spendenfinanzierte Rehabilitationsprojekte des Ederhofs. sf/pm

■ www.blzk.de/golf

IGES-Studie zur Versorgung

Enorme regionale Unterschiede

In Bremerhaven werden Kindern sechsmal häufiger die Gaumenmandeln entnommen als in Rosenheim. So lautet ein Ergebnis des „Faktenchecks Gesundheit“. Unter diesem Titel hat die Bertelsmann-Stiftung eine Studie des Berliner IGES-Instituts (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung) vorgestellt. Die Ergebnisse zeigen, wie groß die regionalen Unterschiede der medizinischen Versorgung in Deutschland sind. Die Auswertung der Abrechnungsdaten von deutschen Krankenhäusern liefert für 16 ausgewählte Indikatoren regionale Häufigkeiten, jedoch ohne auf deren Ursache einzugehen. Diese seien jedoch nicht durch regional unterschiedliche Alters- oder Geschlechtsstrukturen erklärbar, sagte Hans-Dieter

Nolting vom IGES-Institut bei der Vorstellung des Portals auf einer Fachtagung in Berlin. „Um genau zu sagen, wie es dazu kommt, sind noch vertiefende Untersuchungen erforderlich.“ Diese sollten folgen, wünscht sich auch Dr. Brigitte Mohn aus dem Stiftungsvorstand. Vorerst solle man die Plattform und ihre Ergebnisse als Anregung zu einer notwendigen Diskussion in Deutschland verstehen, die langfristig sowohl die Versorgungssituation als auch die Informationslage der Bürger verbessere. Denn um Veränderungen im System zu bewirken, sei es notwendig, dass der Patient gut informiert sei. Dazu wolle die Stiftung mit dem Internetportal beitragen, Orientierungshilfen geben und die Transparenz erhöhen. Welche Einrichtungen künf-

Nährwertangaben bei Lebensmitteln

Neue Kennzeichnung beschlossen

Der EU-Verbraucherschutzminister haben den Weg für bessere und lesbarere Information der Verbraucher über Nährwerte von Nahrungsmitteln frei gemacht. Die neuen Regeln zur Kennzeichnung von Lebensmitteln sollen ab 2014 in allen EU-Mitgliedstaaten greifen. Nach den Vorschlägen werden die Angaben zum Gehalt von Fett, Zucker, Salz, Kohlenhydraten und Kalorien erstmals verpflichtend. Das neue EU-Gesetz schreibt ferner eine Mindestschriftgröße vor, um die Nährwertinformationen besser lesbar zu machen. Mögliche Allergene sollen durch Hervorhebung im Zutatenverzeichnis auf den ersten Blick erkennbar sein. Alkoholische Getränke sind von der Verordnung vorerst ausgenommen. Die zuständige Parlamentsberichterstatterin, Dr. Renate Sommer (CDU) begrüßt die Annahme durch den Ministerrat: „Auch vor einer irreführenden Aufmachung von Lebensmittelverpa-



Foto: MEV

ckungen werden die Bürgerinnen und Bürger künftig besser geschützt. Bei Imitaten muss auf der Vorderseite und in großer Schrift die ersatzweise verwendete Zutat angegeben werden. Sogar bildliche Darstellungen dürfen nur dann auf der Verpackung abgebildet werden, wenn diese Zutaten auch tatsächlich im Produkt enthalten sind.“ Bundesverbraucherschutzministerin Ilse Aigner (CSU) bezeichnete die Regeln als „wichtigen Beitrag zum Schutz der Verbraucher vor Täuschung“. Verbraucherschützern geht die Verordnung indes nicht weit genug. Sie hatten unter anderem die europaweite Einführung einer Lebensmittel-Ampel gefordert. pr/ps



Foto: Relaximages RR-1 online

tig verantwortlich für eine konkrete Auswertung der Daten sowie Erforschung der Ursachen der regional unterschiedlicher Behandlungshäufigkeiten seien, darüber waren sich die Referenten und Diskutanten uneinig. Einigkeit herrschte darüber, dass

die Studie, ihr Atlas und die neue Internetplattform eine Bereicherung für den öffentlichen und politischen Diskurs darstellen. mg

■ Mehr Informationen zur Studie sowie interaktive Darstellungen der Versorgungssituation gibt es unter www.faktencheck-gesundheit.de

BZÄK zum Tag der Zahngesundheit

Audio- und Videobeiträge produziert

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit zum Tag der Zahngesundheit Audio- und Videobeiträge bereitgestellt, die auch über diese Veranstaltungen hinaus von Interesse sind. Das Material ist unter folgenden Links abrufbar:

■ **Audiobeitrag** (mp3 – 2,5MB)
http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/tdz11/tdz11_audiobeitrag.mp3,

■ **Videobeitrag** (mp4 – 10MB)
http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/tdz11/tdz11_videobeitrag.mp4

BZÄK

Universitäts-Abschlüsse

Bachelor immer beliebter

Im Prüfungsjahr 2010 erwarben 31 Prozent der insgesamt 361 700 Hochschulabsolventen in Deutschland einen Bachelorabschluss. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, lag der Anteil der Bachelorabschlüsse damit erstmals über dem der traditionellen universitären Abschlüsse. Letztere erreichten im Prüfungsjahr 2010 (Wintersemester 2009/2010 und Sommersemes-



Foto: Unipoint

ter 2010) lediglich noch einen Anteil von 29 Prozent. Außerdem erwarben 16 Prozent der Absolventen einen herkömmlichen Fachhochschulabschluss, die Lehramtsprüfungen erreichten einen Anteil von zehn Prozent (hier sind die Lehramt-Bachelor- und Lehramt-Masterabschlüsse eingerechnet), gefolgt von Masterabschlüssen und Promotionen mit jeweils sieben Prozent. mg

Approbationsordnung

Studierende begrüßen Änderungspläne

Die Bundesvertretung der Medizinstudenten in Deutschland (bvmd) hat einem Bericht des Deutschen Ärzteblatts zufolge die geplante Änderung der Approbationsordnung begrüßt. „Viele konstruktive Gespräche und die Forderungen unserer Positionspapiere sind im aktuellen Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums berücksichtigt“, zitiert das Blatt Carolin Fleischmann, die Präsidentin der bvmd. Die Änderung schaffe das 2003 eingeführte und 2006 erstmals durchgeführte sogenannte Ham-

merexamen wieder ab. Die schriftliche Abschlussprüfung solle künftig wieder vor dem praktischen Jahr (PJ) erfolgen. Das solle sicherstellen, dass sich die Studierenden im PJ ganz auf die praktische Arbeit konzentrieren könnten und nicht durch die Vorbereitung auf das schriftliche Examen abgelenkt würden. Außerdem solle die Qualität der Ausbildung im PJ steigen. Die Änderung der Approbationsordnung soll parallel zum Versorgungsgesetz erfolgen. Der Bundesrat muss der Änderung zustimmen. pr

Gesundheitsministerium veranlasst Studie

Halbe Million Menschen internetsüchtig

Einer Studie zufolge müssen in Deutschland rund 560 000 Menschen als internetsüchtig eingestuft werden. Das entspricht etwa einem Prozent der 14- bis 64-Jährigen, berichtet die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Mechthild Dyckmans. In der Altersgruppe der 14- bis 24-Jährigen ist der Anteil deutlich höher. Für diese Bevölkerungsschicht berichtet die Studie davon, dass 2,4 Prozent als „abhän-

gige“ und 13,6 Prozent als „problematische Internetnutzer“ eingestuft werden müssten.

Die Zahlen gehen auf eine vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Studie der Universitäten Lübeck und Greifswald zurück. Internetabhängigkeit wurde darin durch eine Reihe von Merkmalen definiert. Es gehe um Menschen, die „fast nur noch in der virtuellen Welt des Internets“ leben, heißt es. Zudem verlören die Betroffenen die Kontrolle darüber, wie viel Zeit sie im Internet verbringen und sie litten unter Entzugerscheinungen wie Missstimmung, Angst, Reizbarkeit oder Langeweile, wenn sie nicht online sind. mg/dpa



Foto: ddpimages

Assistenzsysteme übernehmen Pumpfunktion

Technik ermöglicht Leben ohne Herz

Der plötzliche Herztod ist die Todesursache Nummer eins, und vielen Patienten könnte rechtzeitig geholfen werden, wenn ein passendes Spenderherz zur Verfügung stünde – aber nur etwa 30 Prozent der potenziellen Empfänger hätten Glück und bekämen ein passendes Organ, mit dem sie noch viele Jahre leben könnten, wenn ihr Körper es verträgt. So beschrieb Prof. Dr. Thomas Krabatsch auf der Tagung „Zukunftsforum langes Leben“ die Situation. Anschließend stellte der Herzchirurg aus Berlin sogenannte Assistenzsysteme vor, die anstelle eines Herzens die Pumpfunktion des Blutes im Organismus übernehmen.

Während noch vor rund 30 Jahren die wenigen Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz, die

solch ein Gerät erhielten, fest mit einem großen Gerätekasten verkabelt und damit an die Klinik gefesselt waren, gebe es heute sogenannte „Pumpen“. Diese würden in den Brustkorb implantiert und seien völlig unauffällig. Lediglich ein kleines Verbindungskabel laufe zu dem Strom liefernden Akku außerhalb des Körpers, den die Patienten in einer Art Handtasche bei sich tragen können. In Berlin wurden mit dieser Methode – die Operation dauert nur 2,5 Stunden – bereits 1700 Menschen erfolgreich operiert. Allein im Jahr 2010 waren es 190 Patienten in den Altersgruppen vom Säugling bis zum betagten Senior. Indikationen für eine solche lebenserhaltende Maßnahme sind zum Beispiel die Überbrückung der Wartezeit auf ein

EU warnt

Isotopen-Mangel in der Nuklearmedizin

Den Nuklearmedizinern droht der Stoff für ihre oft lebensrettenden Untersuchungen auszugehen. Die EU-Kommission forderte nun in Brüssel ein rasches Handeln

der EU-Regierungen, um einen drohenden Mangel an Radioisotopen abzuwenden. Diese sind unter anderem von entscheidender Bedeutung für die Krebsdiagnostik. Das „dringliche Problem der Versorgungsknappheit“ bei Radioisotopen müsse vor allem durch den Bau neuer Reaktoren gelöst werden, die diese Stoffe



Foto: picture alliance-Presse Bild Post

herstellen können. Alleine in Europa werden der Kommission zufolge jährlich rund neun Millionen Menschen mit diesen Radioisotopen behandelt. In den vergangenen drei Jahren sei die Versorgung mit den weltweit immer stärker gefragten Radioisotopen bereits fünf Mal unterbrochen worden. sp/dpa

Krebs-OP im MKG-Bereich

Methode der Wahl

Spenderherz, die vorübergehende Herzerholung nach einer schweren Erkrankung mit linksventrikulärer Schwäche oder die Hilfe für sehr betagte Patienten, denen eine Transplantation nicht empfohlen wird, die aber sonst organisch gesund sind.

Krabatsch sieht in der Austrittsstelle des Versorgungskabels eine große Infektionsgefahr, berichtet aber von einer Methode aus den USA, wo dieses subkutan bis zur Kopfhaut hochgeführt wird und erst hinter dem Ohr austritt. Dort sei die Haut besonders gut durchblutet und das ermögliche einen sehr hohen Infektionsschutz. Ein sehr engmaschiges Recall sowie eine gute Compliance seien Voraussetzungen für einen solchen Eingriff, erklärte der Berliner Herzchirurg. sp

Zehn bis 40 Prozent aller Patienten, die an einem Karzinom im Mund-Kiefer- und Gesichtsbereich (MKG) erkrankt sind, haben einen zweiten Tumor im oralen Raum. Das sagte Professor Dr. Thomas Kreuzsch, Hamburg, anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie in Baden-Baden. Die Mortalität läge bei etwa 50 Prozent in den ersten Jahren. Aufgrund dieser Brisanz sei eine Frühdiagnose besonders wichtig, so der Kieferchirurg. Die operative Entfernung mit einem entsprechenden Sicherheitsabstand sei hier die Methode der Wahl, wozu auch die Ausräumung der benachbarten Lymphknoten zähle. Die Radio- sowie die Chemotherapie seien nur adjuvante Methoden. sp

Kariesschutz für Bracketträger

Das richtige Adhäsiv kann vorbeugen

Whitespots sind besonders häufig nach vorhergehender fester Gebänderung anzutreffen. Das sollte unbedingt verhindert werden, sagte Professor Dr. Paul-G. Jost-Brinkmann, Berlin, kürzlich anlässlich der Jahrestagung für Kieferorthopädie in Dresden. Allerdings gäbe es bis dato noch kein „Zaubermittel“ dafür, drückte sich der Wissenschaftler in seinem Vortrag aus.

„Entscheidend ist immer die Wahl des Bracket-Adhäsivs“, sagte er und empfahl, auf mit Kunststoff angereicherte Glasionomere zement zurückzugreifen oder als Alternative mit Fluoriden angereicherte Kunststoffadhäsive zu verwenden. Sein Fazit für den Praktiker: „Entscheidend ist nicht nur die Frage, wie fest ein Bracket hält, sondern auch, wie viel Karies es erzeugt!“ sp



Foto: ddpimages

Nikotinkonsum behindert Früherkennung

Rauchen verschleiert Parodontitis

Patienten, die regelmäßig zur Zigarette greifen, sind bekanntlich besonders gefährdet, an einer Parodontitis zu erkranken. Diese gelte es frühzeitig zu diagnostizieren, forderte die Freiburger Professorin Dr. Petra Ratka-Krüger bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie. „Aufgrund der veränderten vaskulären Verhält-

nisse auch in der Mundschleimhaut werden die sonst üblichen Erkennungszeichen wie Bluten ausgeschaltet“, erklärte sie. Eine bestehende Entzündung werde somit maskiert und daher sehr häufig übersehen. „Machen Sie bei Rauchern immer eine Tiefenmessung der Taschen und bestellen Sie sie in engmaschigem Recall ein“, so Ratka-Krüger weiter.

Dann gab die Freiburger Professorin noch einen abschließenden Tipp: „Starke Raucher sind neben dem Geruch auch an Verfärbungen ihrer Finger sowie der Fingernägel zu erkennen!“ sp



Foto: vario images

Werde zeitig zum Greis ...

„Vor nichts muss man sich im Alter mehr hüten, als sich der Lässigkeit und Untätigkeit hinzugeben“, wusste schon Cicero. Nur: Im alten Rom kamen anders als heute (Dank sei dem medizinisch-technischen Fortschritt) nicht viele in die Versuchung. Hoch wird in heutigen gesundheits- und gesellschaftspolitischen Diskussionen das so genannte „Konditional-Gut Gesundheit“ gehalten. Ohne geht nichts – solange der Mensch im Arbeitsprozess steht. Doch wo finden sich ernst zu nehmende gesundheitspolitische Konzepte für den dritten Lebensabschnitt? Fehlanzeige? Nicht ganz.

Es gibt da etwas, das wie ein zart keimendes Pflänzchen Perspektiven für neue Chancen im Alter auf tun könnte. Unter den „Zauberwörtern“ Nachhaltigkeit, Kapitaldeckung und individueller Leistungsanspruch sprossen unter dem Dach einer Reform zur Pflegeversicherung Ideen, die Mut machen. Freilich wäre es viel zu kurz gedacht, nur an eine Verbesserung und Absiche-

rung der curativen Pflege zu denken, die derzeit noch als Teilkasko-Lösung im Rahmen der solidarischen Absicherung dahin dümpelt. Nachdem die liberale Spitze des Gesundheitsministeriums viele Ansätze und Versprechungen einer liberal-weitsichtigen Gesundheitspolitik buchstäblich zu Gunsten zentralistisch-planwirtschaftlicher Tendenzen versammelt hat, könnte man hier wenigstens Boden gut machen: Mehr noch – man könnte bleibende Akzente setzen. Auch potentiell folgende Bürgerversicherungs-Protagonisten könnten das Rad nicht wieder



Foto: CC

zurückdrehen. Denn eines muss allen klar sein: Eine weitere Versorgungsebene, die speziell die Besonderheiten des Alters abfängt, ließe sich nicht mehr nur allein aus dem Solidartopf finanzieren, also nicht als Teil einer Bürgerversicherung.

Wohlgemerkt: Es soll und wird auch im Alter keiner durch das soziale Netz fallen. Aber

Teilkasko-Pflege, die über politische und finanzielle Hürden zu bringen ist. Vielleicht läge eine Lösung auch in einer radikalen Neuordnung des Leistungskatalogs. Solidargelder müssen da ankommen, wo Hilfe gefragt ist. Andere Leistungen müssen dem mündigen Bürger zugemutet werden. Alle Umfragen deuten darauf hin, dass dieser das auch akzeptiert, sofern er individuell entscheiden darf. Im Übrigen: gemessen am BIP steigen die Gesundheitsausgaben in Deutschland nicht, sondern sinken – von 10,6 auf 10,4 Prozent. Zum Vergleich: In der Schweiz liegen sie fast zwei Prozentpunkte höher.

Versorgungsforschung ist das große aktuelle Thema – und das ist gut so. Aber es ist auch nicht so, dass es nicht schon vielversprechende Konzepte gibt, die schnell umgesetzt werden sollten. Dazu zählt zweifellos auch die von BZÄK und KZBV dringend empfohlene Einführung einer umfassenden Alters- und Behindertenzahnheilkunde. Wenn schon nicht im Versorgungsstrukturgesetz, so böte sich doch in einer weiter verstandenen Pflegeversicherung der gesetzliche Rahmen dazu. Aber hier reicht es nicht, dass Politiker den Mund spitzen, sie müssen auch pfeifen.

In Prävention waren die Zahnmediziner immer Spitze. Sie wären es auch in der Vorsorge für hohe Lebensqualität im Alter. Passen würde dazu noch ein Rat von Cicero: „Werde zeitig (gedanklich) zum Greis, wenn Du lange Greis sein willst...“.



Foto: privat

Neue Modelle zur Gesundheitsversorgung in unserer überalternden Gesellschaft sind überfällig, meint Thomas Grüner, Chefredakteur von Vincentz Network, Berlin.

höhere Lebensqualität und Leistungsfähigkeit im Alter bedingen vielfach ein Engagement über die bisherigen Absicherungssysteme hinaus. Die gesellschaftliche Einbindung der Menschen jenseits der derzeitigen Erwerbsgrenzen ist eine der bedeutendsten Herausforderungen unserer Gesellschaft. Und dazu gehören auch gesundheitspolitische Antworten. Populistische Vorstöße wie der des CDU-Politikers Jens Spahn, pauschal monatlich fünf Euro mehr in die Pflegekasse zu zahlen, sind allerdings keine ernst zu nehmende Idee. Es geht eben nicht nur um die

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

Alters- und Behindertenzahnheilkunde

Auf der Agenda

Seit Langem setzen sich BZÄK und KZBV dafür ein, Verbesserungen der zahnärztlichen Versorgung von Senioren und Menschen mit Behinderungen zu erreichen. Dass die Bemühungen, dies im Versorgungsstrukturgesetz festzulegen, Früchte tragen könnten, darauf machte der Staatssekretär im Gesundheitsministerium, Thomas Ilka, Hoffnung. „Das Thema wird diskutiert“, so Ilka bei einem Termin am 21.09.2010 in Berlin.

Ilka war Gastredner auf einer Anhörung des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Hubert Hüppe. Hüppe initiierte von November 2010 an eine Tagungsreihe von verschiedenen thematischen Einzelschwerpunkten, die den die Veranstaltungen überspannenden Gesamttitel „Gesundheit für Menschen mit Behinderung – zwischen Anspruch der UN-Konvention, Kostendämpfung und Wirklichkeit“ trug (siehe Kasten). Hintergrund der Reihe war die Umsetzung der UN-Konvention, die die Rechte von Menschen mit Behinderungen neu aufstellte und die seit 2009 auch hierzulande umgesetzt werden muss. (siehe Kasten).

Auf der Abschlussagung am 21.09.2011 in Berlin wurden die Ergebnisse

der Einzelveranstaltungen zusammengetragen und mit Partei-Vertretern aus dem Gesundheitsbereich erörtert. Für die Zahnärzteschaft war und ist vor allem relevant, inwieweit das von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) erarbeitete und von verschiedenen Verbänden aus dem Behindertenbereich mitgetragene Konzept der zahnmedizinischen Behandlung von Senioren



Die zahnärztliche Behandlung von Menschen mit Behinderungen ist sowohl für den Patienten als auch für den Zahnarzt eine besondere Herausforderung.

und Menschen mit Behinderungen bei den politisch Verantwortlichen Anklang gefunden hat.

Viel Beachtung

Nachdem die Ausarbeitung im Februar 2011 bei einer Tagung vom stellvertretenden Vorstandsvorsitzendem der KZBV, Dr. Wolfgang Eßer, und dem Vize-Präsidenten

der BZÄK, Prof. Dietmar Oesterreich, ausführlich vorgestellt und diskutiert wurde, es auf der Veranstaltung auch viel Beachtung und Lob von verschiedenen Stellen ob der Professionalität der Ausarbeitung gab und sie auch Eingang in die Tagungsdokumentation gefunden hat, kam der Abschlussanhörung von Hüppe am 21.09.2010 die Frage zu, welchen Stellenwert ihm innerhalb einer Fülle von Problemen, die in der Tagungsreihe angesprochen wurden, beigemessen wird. Damit verbunden ist natürlich, ob die Politik bereit ist, die sehr konkreten Verbesserungsvorschläge der Zahnärzteschaft und der zahnmedizinischen Wissenschaft als Bestandteil in das geplante Versorgungsstrukturgesetz mit aufzunehmen.

Um dem Ansinnen von BZÄK und KZBV zusätzlichen Nachdruck zu verleihen, hatten beide Körperschaften in Verbindung mit wichtigen Verbänden aus dem Behindertenbereich Mitte September noch eine gemeinsame Mailing-Aktion an verschiedene Adressaten aus der Gesundheitspolitik gestartet, verbunden mit dem Appell, das Konzept möge doch im Gesetz Berücksichtigung finden.

Zahnärztliche Versorgung

Diesbezüglich bestätigte Ilka am 21.09.2011 auf Nachfrage, dass das Thema sehr wohl auf der Tagesordnung stehe. Inwieweit dies bedeuten kann, dass die Vorschläge von BZÄK und KZBV in das Gesetz genommen werden, lies Ilka offen. Gleichwohl dämpfte er allzu große Erwartungen, das Gesetz würde alle Probleme des Gesundheits-

Foto: your photo today

INFO

Tagungsreihe

Die zahnärztliche Versorgung von älteren Patienten und Menschen mit Behinderungen war lediglich ein einzelner Aspekt innerhalb der Tagungsreihe von Hubert Hüppe. Von November 2010 bis Juni 2011 hatte der Behindertenbeauftragte der Bundesregierung in vier jeweils zweitägigen Veranstaltungen folgende Themen behandelt, die zuvor als dringliche Problemfelder festgelegt wurden:

- Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Patientenversorgung (hier wurde auch die zahnärztliche Versorgung angesprochen)
- Hilfsmittelversorgung
- Problematik zwischen Arznei- und Heilmittelversorgung und ärztlichen Verordnungen

systems schlagartig lösen. „Der große Knall wird ausbleiben“, so der Staatssekretär.

Derweil erhielt die Zahnärzteschaft auf der Abschlussveranstaltung Zustimmung aus verschiedenen politischen Richtungen. So betonte etwa Dr. Martina Bunge, gesundheitspolitische Sprecherin der Linksfraktion im Deutschen Bundestag, dass der Vorschlag der Zahnärzteschaft, den § 22 im SGB V zu erweitern, um die zahnärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen zu verbessern und die entsprechende Honorierung für den Mehraufwand der Zahnärzte zu regeln, die Unterstützung ihrer Partei finde.

Änderungsbedarf erkannt

Auch die behindertenpolitische Sprecherin von CDU/CSU, Maria Michalik, stimmte zu, dass das Thema virulent sei, und die Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung bei den angesprochenen Personenbereichen in Angriff genommen werden müsse. Zu-

dem sei der erhebliche Mehraufwand für die Zahnmediziner ebenfalls zu regeln.

Als der Behindertenbeauftragte Bilanz zog über seine Tagungsreihe, kam auch er nicht umhin, zu konstatieren, es sei deutlich geworden, dass der behinderungsbedingte Mehrbedarf im Gesundheitswesen nicht ausreichend berücksichtigt wird. „Es kann beispielsweise nicht einfach hingenommen werden, dass Menschen mit sogenannter ‚geistiger Behinderung‘ oder bestimmten körperlichen Behinderungen, insbesondere in Heimen, eine deutlich schlechtere zahnmedizinische Versorgung erhalten. Hier muss gegengesteuert werden“, betonte Hüppe. sg

INFO

Die UN-Konvention

Das 2006 bei der UNO-Generalversammlung in New York verabschiedete und 2008 in Kraft getretene Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (auch: Behindertenrechtskonvention, BRK) ist seit 2009 auch hierzulande in Kraft.

Formal ist es ein völkerrechtlicher Vertrag, der die Menschenrechte für die Lebenssituation behinderter Menschen konkretisiert, um ihnen die gleichberechtigte Teilhabe und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Im Übereinkommen finden sich neben grundlegenden Teilen der allgemeinen Menschenrechte, wie etwa dem Recht auf Leben oder dem

Recht auf Freizügigkeit, viele spezielle Bestimmungen, die auf die Lebenssituation behinderter Menschen eingehen.

Die BRK stellt heraus, dass selbstbestimmte Teilhabe ein Menschenrecht ist und kein Gnaden- oder Fürsorgeakt. So wird etwa nicht nur von Integration gesprochen, sondern von Inklusion: Es geht nicht mehr nur darum, Ausgesonderte zu integrieren, sondern allen Menschen von vornherein die Teilnahme an allen gesellschaftlichen Aktivitäten auf allen Ebenen und in vollem Umfang zu ermöglichen.

Internet-Quellen:
Wikipedia
Behindertenbeauftragter

Tagungsreihe des Behindertenbeauftragten

Jetzt müssen weitere Schritte folgen

Zum Abschluss seiner Veranstaltungsreihe zu Problemfeldern und Fragen bezüglich der besseren medizinischen Behandlung von älteren Patienten und Menschen mit Behinderungen bat die zsm den Behindertenbeauftragten der Bundesregierung, Hubert Hüppe, eine kurze Bilanz zu ziehen.

Wie beurteilen Sie die Ergebnisse der Tagung hinsichtlich der Umsetzung der UN-Konvention?

Die Abschlussveranstaltung sollte die Möglichkeit geben, sich mit Gesundheitspolitikerinnen und -politikern der Bundestagsfraktionen auszutauschen. Das ist nach meinem Eindruck gut gelungen. Es waren alle Fraktionen und Staatssekretär Thomas Ilka vertreten, bei denen angekommen ist, welchen Umsetzungsbedarf es hinsichtlich der UN-Behindertenrechtskonvention im Gesundheitswesen gibt. Jetzt müssen weitere Schritte gemeinsam erarbeitet werden.

Welche Problemfelder sind im Hinblick auf eine Inklusion von Menschen mit Behinderungen am dringendsten?



„Werde auf Verbesserungen drängen.“ Hubert Hüppe ist sich seiner Mission bewusst.

Es gibt zwei Hauptprobleme: die mangelnde Barrierefreiheit vieler Arztpraxen und die fehlende Qualifikation und Sensibilität des medizinischen Personals. Es sind auch Versorgungslücken deutlich geworden, von

der Hörgeräte- und Inkontinenzversorgung bis zur zahnmedizinischen Versorgung und der ambulanten Versorgung von Menschen in psychischen Krisen.

Welche Chancen sehen Sie, die zahnärztliche Behandlung von Menschen mit Behinderungen zu optimieren?

Die teils erschreckend schlechte zahnärztliche Versorgung, insbesondere von Menschen mit sogenannter „geistiger Behinderung“ in Heimen, aber auch von Menschen mit bestimmten körperlichen Behinderungen, kann nicht einfach hingenommen werden. Der Handlungsbedarf in diesem Bereich ist auch auf der Abschlussveranstaltung noch einmal deutlich geworden, auch gegenüber den anwesenden Politikern. Das hat sicherlich die Chance erhöht, hier zu Verbesserungen zu kommen, auf die ich weiter drängen werde. ■

Foto: Aventis.de

Zehn Jahre DMP

Ohne Evaluierung

Ursprünglich kommt das Konzept der Disease-Management-Programme (DMP) aus den USA. In Deutschland wurde der gesetzliche Rahmen für die Einführung der systematischen Behandlungsprogramme für chronisch Kranke der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2001 geschaffen. Nach zehn Jahren war es für die beteiligten Akteure Zeit, in Form einer Tagung in Berlin Bilanz zu ziehen. Fazit: Für eine Bewertung der Qualität fehlt es derzeit vor allem an validen Daten.

„Die DMP haben sich bewährt“, lautete das zu erwartende Fazit von Dr. Josephine Tautz (Foto oben), zuständige Referatsleiterin im Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Insgesamt nehmen laut Tautz mittlerweile 5,8 Millionen Versicherte freiwillig an den Programmen teil, die für sechs Krankheiten entwickelt worden sind: Diabetis mellitus Typ 2 und Typ 1, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung und Brustkrebs.

Nach dem seit 2009 vorgenommenen Abbau der finanziellen Anreizwirkung über den Risikostrukturausgleich (RSA) soll durch das Versorgungsstrukturgesetz zukünftig der administrative Regelungsaufwand weiter zurückgeführt werden, so Tautz. Konkret sollen Inhalte und Ausgestaltung der DMP (einschließlich einer Evaluierung) dann nicht mehr über BMG-Rechtsverordnungen, sondern über die G-BA Richtlinien erfolgen.

Dass es bei den DMP rückblickend Grenzen in der Datenerhebung gab und immer noch gibt, räumte Dr. Maximilian Gaßner, Präsident des Bundesversicherungsamtes (BVA) ein. „Die Möglichkeit zur Durchführung klinischer Studien ist nicht gegeben“, konstatierte er. Es würde aber ein Benchmark-Ansatz (vergleichende Evaluation) verfolgt, um Entwicklungen weiter anzutreiben. Hier gebe es eine stetige Zusammenarbeit mit Kassenvertretern.

Zum Thema Brustkrebs erklärte er: „Experten stellen in Frage, ob Brustkrebs überhaupt die DMP-Kriterien erfüllt.“ Schließlich zähle dieser nur bedingt zu den chronischen Krankheiten. Vielmehr sei es politisch gewünscht gewesen, ihn in die Programme



Bilanz nach zehn Jahren DMP: Die teilnehmenden Ärzte haben sich unter anderem zur Anwendung von evidenzbasierten Behandlungsempfehlungen verpflichtet. Die Kassen haben Erfahrungen im Versorgungsmanagement gesammelt. Die Wissenschaft ging dagegen leer aus.

aufzunehmen, so Gaßner. Andererseits würde diese Entscheidung neue Impulse für eine ganzheitliche Behandlung schaffen. So erhalte psychische und psychosoziale Betreuung einen höheren Stellenwert. Mit Blick auf das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) sagte der BVA-Chef: „Die Verbesserungsmöglichkeiten in der Ausgestaltung und Durchführung von DMP müssen umgesetzt werden.“

Prof. Gerd Glaeske (Foto oben), Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung an der Uni Bremen zeigte große Skepsis hinsichtlich der wissenschaftlichen Auswertung: „Es gibt einen deutlichen Kontrast zwischen der Quantität der Durchführung und der Qualität der Evaluierung.“ Hier sei man auf der Suche nach einer Evaluationskultur. Glaeske warb dafür, sich von Ärzte-Zentralität zu entfernen. Vielmehr

müßten „andere Gesundheitsberufe ins Boot geholt werden.“

„Die Frage nach Effizienz und Patientennutzen kann ich derzeit noch nicht beantworten.“

Prof. Gerd Glaeske, Gesundheitsweiser

Das Phänomen der „Insulinisierung“ beschrieb Prof. Bertram Häussler, Geschäftsführer des Berliner IGES-Instituts. Von 1997 bis 2009 sei die Zahl der Diabetiker in der GKV um 33 Prozent gestiegen, der Insulinverbrauch aber um 130 Prozent. „Es drängt sich der Eindruck auf, dass der Anstieg mit der DMP-Einführung zusammenhängt“, vermutete Häussler. Eine Diabetesbehandlung führe umso häufiger zu Todesfällen, je straffer die Blutzuckersenkung durchgeführt werde. Zukünftig sollten bei so großen Patientengruppen die Anreizwirkungen von solchen Programmen bedacht werden. sf



Foto: zm/sf

Foto: B.Herfurth, Monitor Versorgungsforschung

Kabinettsbeschluss zur GOZ

Die Kritik bleibt

Das Bundeskabinett hat am 21. September den Entwurf zur Novellierung der GOZ verabschiedet. Zwar gibt es noch marginale Änderungen. Trotzdem bleibt der Beschluss aus Sicht der Zahnärzteschaft unbefriedigend. Dies bekräftigten auch die GOZ-Referenten der Länderkammern auf der BZÄK-Koordinierungskonferenz am 30. September in Berlin. Einigkeit bestand darin, dass eine Totalablehnung der Novelle nicht in Frage kommt, man aber weiter auf Nachbesserungen drängen werde.



Dr. K. Ulrich Rubehn, Dr. Peter Engel, Dr. Horst Stiehl und Prof. Dr. Dietmar Oesterreich (v.l.n.r.) standen den GOZ-Referenten Rede und Antwort.

Für die BZÄK ist und bleibt die GOZ-Novelle insgesamt nicht zufriedenstellend, so der Haupttenor auf der Koordinierungskonferenz. Dennoch wolle man den Entwurf nicht in Toto ablehnen. Zwar begrüße man, dass die von der PKV geforderte Öffnungsklausel erfolgreich verhindert werden konnte. Die jetzige Version stelle aber allenfalls eine Ausweitung der GOZ-alt um einige neue Positionen dar. Wichtige Forderungen seien nicht erfüllt worden, vor allem die seit 23 Jahren Stillstand dringend notwendige Anpassung des Punktwerts. Mit Nachdruck hatte die BZÄK ihre Positionen in Anhörungen, Stellungnahmen und Gesprächen vertreten, jedoch hatte sie in dem Verordnungsverfahren nur ein Anhörungs-, aber kein Mitgestaltungsrecht.

Intensiver Austausch

Die Koordinierungskonferenz bot eine Plattform für intensiven Meinungsaustausch, kritische Stimmen kamen ausgiebig

zu Wort. BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel (siehe auch Leitartikel, Seite 4) verwies erneut auf die Beschlusslage sämtlicher maßgeblicher BZÄK-Gremien, dort habe man festgelegt, die GOZ-Novelle trotz massiver Kritik (denn: Was wären die Alternativen?) mitzutragen. „Wenn wir diesen Entwurf ablehnen, so gibt das für den Berufsstand eine Katastrophe“, prognostizierte Engel. „Ich

gebe Ihnen Brief und Siegel, unter den gegebenen Umständen ist diese Novelle das kleinere Übel für die Zahnärzteschaft.“ Engel erklärte, dass er Kritik und Wut der Kollegenschaft nachvollziehen könne. Es sei aber wichtig, abzuwägen, welche Konsequenzen eine Ablehnung der Novelle mit sich zöge.

Auch aus Sicht von Dr. K. Ulrich Rubehn, Vorsitzender des BZÄK-Senats für privates Leistungs- und Gebührenrecht, enttäuscht der Entwurf „maßlos“, alle Kritik sei berechtigt. Es gelte aber nun, nach vorne zu schauen und die Kollegenschaft dabei zu unterstützen, mit der neuen GOZ für den Berufsstand effektiv umzugehen und entsprechende Informationen nach außen zu tragen.

Diese Sicht unterstützte Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der BZÄK. Er riet dazu, die Umfeldbedingungen der Politik im Auge zu behalten, bei einer neuen Regierung könne man nicht davon ausgehen, dass die GOZ noch einmal verhandelt würde, und wenn doch, dann sicher nicht im Sinne der Zahnärzte: „Es reicht nicht, zu sagen, das Ding muss vom Tisch, wir müssen auch Alternativen aufzeigen!“

Gesamtkompromiss

Aufschlussreich für die Konferenzteilnehmer waren die Positionierungen von Regierungsdirektor Dr. Horst Stiehl, Referatsleiter für



Intensiver Meinungsaustausch: Alle Argumente kamen auf den Tisch.

Fotos: BZÄK-Aventis.de

INFO

Erste Analysen

Im Vergleich zum Referentenentwurf ergeben sich nach ersten Analysen der BZÄK folgende wesentliche Änderungen:

■ **Zielleistungsprinzip (§ 4 Absatz 2):**

Eine Leistung ist methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst wird und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist. Der Referentenentwurf hatte noch unpräzise darauf abgestellt, ob eine Leistung erbracht wird, um eine andere Leistung, nämlich die Zielleistung erbringen zu können.

■ **Besondere Berücksichtigung des Zeitaufwands (§ 5 Absatz 2):**

Der im Referentenentwurf vorgesehene Passus, der dem Zeitaufwand bei der Gebührenbemessung ein besonderes Gewicht zuspricht, wurde gestrichen. Damit wurde ein erhebliches Missbrauchspotenzial beseitigt.

■ **Kostenvorschläge für zahntechnische Leistungen (§ 9 Absatz 2):**

Während der Referentenentwurf noch einen Kostenvorschlag bei 500 Euro vorsah, ist dies nun erst ab einer Höhe von 1000 Euro vorgesehen. Die Norm wurde außerdem um eine Regelung für längere Behandlungszeiträume ergänzt. Außerdem wurde der Umfang des Kostenvorschlags reduziert.

■ **Auslagen (§ 10 Absatz 2 Nummer 6):**

Der Referentenentwurf sah vor, bei Auslagen von über 25 Euro einen Beleg oder sonstigen Nachweis beizufügen. Nun sind Auslagen nur noch auf Verlangen näher zu erläutern, die als bürokratisch kritisierte Regelung ist entschärft worden.

■ **Vereinbarung von Vorauszahlungen (§ 10 Absatz 7):**

Die ursprünglich geplante Regelung, Vereinbarungen über Vorauszahlungen ab 2500 Euro zu ermöglichen, wurde fallen gelassen. Da damit die GOZ hinter der geltenden Rechtslage zurückgeblieben wäre,



Foto: Flonline

ist diese Änderung aus Sicht der BZÄK zu begrüßen.

Das neue Leistungsverzeichnis wird die BZÄK noch genauer analysieren.

Die BZÄK fordert, bis zur Abstimmung im Bundesrat noch dringende Anpassungen vorzunehmen, um eine moderne und hochwertige Zahnheilkunde dauerhaft für die Patienten zu sichern. Dazu hat sie vier Kernforderungen aufgestellt:

■ **1. Koalitionsvertrag und Zahnheilkundengesetz einhalten:**

„Die GOZ (ist) an den aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen und dabei Kostenentwicklungen zu berücksichtigen“ – so hat es der Koalitionsvertrag 2009 klar und deutlich formuliert. Ebenso gibt § 15 des

Zahnheilkundengesetzes (ZHG) vor: „In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die zahnärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.“

■ **2. Anpassung der Punktwerte vornehmen:**

Der GOZ-Punktwert betrug im Jahr 1988 11 Deutsche Pfennige. Heute beträgt er 5,62421 Cent. Das Einzige, was sich somit für den Berufsstand geändert hat, ist die Währung. Gleichzeitig sind in der Zeit von 1988 bis 2007 die Preise zum Beispiel für Dienstleistungen um rund 65 Prozent und die Hygienekosten in den Praxen zwischen 1996 und 2006 um rund 84 Prozent gestiegen. Die BZÄK fordert, nach über zwei Jahrzehnten Nullrunde endlich den Punktwert an die allgemeine Preisentwicklung anzupassen.

■ **3. Anpassungsklausel aufnehmen:**

Um einen erneuten Stillstand der Punktwertanpassung zu verhindern, ist die Aufnahme einer verbindlichen Verpflichtung zur jährlichen Überprüfung und Anpassung der zahnärztlichen Vergütung an die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung im Sinne einer Dynamisierung beziehungsweise Wertsicherung notwendig.

■ **4. Bürokratiekosten vermeiden und Vertrauensverhältnis stärken:**

Ziel der neuen Gebührenordnung für Zahnärzte sollte es sein, weiteren bürokratischen Aufwand zu vermeiden und gleichzeitig für mehr Transparenz und eine Stärkung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Zahnarzt zu sorgen. Die BZÄK fordert, praxisfremde Regelungen aufzuheben und unnötige Bürokratiekosten zu vermeiden.

Gebührenordnungen im Bundesgesundheitsministerium. Er trug seine Argumente aus fachlicher, nicht aus politischer Sicht vor. Stiehl machte deutlich, dass es sich bei dem GOZ-Entwurf um einen „Gesamtkompromiss mit allen Vor- und Nachteilen“ aus verschiedenen Vorschlägen handele. Ziel war, eine Novelle zu schaffen, die das Notwendigste an Überarbeitung bot, nicht etwa ein großer Wurf, der wesentlich länger gedauert hätte.

Dabei waren die Verhandlungsspielräume eng gesetzt und es galt, erhebliche Interessengegensätze auszutarieren.

Die Gebührenanpassung und die Öffnungsklausel seien, so Stiehl, politisch zu entscheiden gewesen, die Zustimmungen aus dem Finanz- und Innenministerium sowie die Interessen von PKV und Beihilfe mussten berücksichtigt werden. Stiehl lobte die Vertreter der BZÄK, die in dieser schwierigen Situation die Interessen ihrer Kollegenschaft

im Auge gehabt und mit Nachdruck für diese gekämpft hätten.

Jetzt liegt die Entscheidung über die GOZ-Novelle beim Bundesrat, mit der Abstimmung wird am 4. November gerechnet, sodass die neue GOZ voraussichtlich ab 1. Januar 2012 in Kraft tritt. pr

■ Die BZÄK hat ausführlich zur GOZ Stellung bezogen, alle Positionen und Statements finden sich auf der Website unter www.bzaek.de

Zahnärztliche Patientenberatung

Tue Gutes und rede darüber

Unter Federführung von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung haben sich Verantwortliche aus Kammern und KZVen am 23./24.09.2011 in Leipzig getroffen. Tagungsschwerpunkt waren die zahnärztlichen Beratungsstellen und die Frage, wie man deren öffentlichkeitswirksame Außendarstellung weiter optimieren kann.



Das Podium (v.l.n.r.): Wolfgang Zöller, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, KZBV-Vize Dr. Wolfgang Eßer, BZÄK-Vize Prof. Dr. Dietmar Oesterreich und Sven Tschöppe (BZÄK)

Bei der Veranstaltung, zu der der Vize-Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Prof. Dietmar Oesterreich, und der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Wolfgang Eßer, gemeinsam geladen hatten, war auch der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller, zugegen. Neben einer Erläuterung über die inhaltliche Ausgestaltung des geplanten Patientenrechtegesetzes (siehe Kasten), zollte Zöller den Zahnärzten großen Respekt für das Angebot des Berufsstands, Patienten eine kostenfreie und fundierte Beratung in zahnmedizinischen Behandlungsangelegenheiten zukommen zu lassen.

Angesichts einer breiten Palette von Anlaufstellen für Patientenbelange befänden sich die zahnärztlichen Beratungsstellen mittlerweile im Wettbewerb zu anderen Angeboten. Dadurch, dass in den vergangenen Jahren ein regelrechter „Beratungsmarkt“ entstanden sei, teilweise auch kommerziell genutzt, seien die Zahnärzte ein Player unter vielen. So ist etwa die Beratung bei der im Jahr 2000 ins Leben gerufenen und derzeit noch von den gesetzlichen wie den privaten Krankenkassen finanzierten Unabhängigen Patientenberatung (UPD) als Regelleistung in den Leistungskatalog der gesetzlichen

Krankenversicherung aufgenommen, was bedeutet, dass jeder GKV-Versicherte sie kostenfrei in Anspruch nehmen kann.

Unabhängigkeit betonen

Gerade in der öffentlichen Wahrnehmung der hochwertigen Beratung, die der Berufsstand anbietet, sieht Zöller aber „noch Luft nach oben“. Während die Unabhängigkeit bei der UPD selten angezweifelt werde, sei genau dies die Achillesverse der zahnärztlichen Beratung. Zöller: „Es ist noch nicht überall deutlich geworden, dass die Beratung durch die Zahnärzte wirklich unabhängig ist.“ Damit sprach Zöller ganz in der Intention von Prof. Oesterreich und Dr. Eßer, die die Tagung initiierten, um das Thema stärker in den Fokus des Berufsstands einerseits und der allgemeinen Öffentlichkeit andererseits zu stellen.

Oesterreich wies in seinem Vortrag auf die lange Tradition hin, die die Beratung schon besitze. Seit mittlerweile 16 Jahren engagierten sich die Zahnärzte auf diesem Feld und bewiesen auch hierbei ihr gesellschaftliches Engagement sowie ihre Verantwortung für die Gesundheit der Patienten. „Freiberuflichkeit, Patientenorientierung und Gemeinwohlverpflichtung sind elementar

miteinander verbunden“, so Oesterreich. Untersuchungen des Instituts der Deutschen Zahnärzte würden zudem bestätigen, dass die Zahnärzte hierzulande in ihrem Berufsethos den Patienten als Partner begreifen, der in die Entscheidungsfindung für den Therapieplan einzubinden ist. Trotz der eindeutig vorhandenen Wissensasymmetrie könnten die Zahnmediziner Prävention besser mit informierten Patienten umsetzen, die die Behandlungstherapie verstehen und dadurch auch eine Verantwortung für die eigene Mitwirkung übernehmen würden.

Den Patienten einbinden

Doch angesichts der zugenommenen Anzahl von Anbietern auf dem Beratungsmarkt sei es geboten, die zahnärztliche Patientenaufklärung öffentlich stärker hervorstustellen und die Konzentration hierbei auf ein Alleinstellungsmerkmal zu richten.

Auch Eßer betonte in seinem Beitrag, dass die Zahnärzte schon immer Wert darauf gelegt hätten, den Patienten in die Therapie mit einzubinden. Eßer: „Ohne die Einbindung des Patienten, therapieren wir an ihm vorbei.“ Die neutrale Beratung des Patienten bezeichnete Eßer dabei als originäre Aufgabe des Berufsstands. Wer, wenn nicht

INFO

Patientenrechtegesetz

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Informationsmöglichkeiten und der Einbeziehungswünsche von Patienten in medizinische Behandlungen sollte das Gesetz, so der Patientenbeauftragte Wolfgang Zöller (CSU) auf der Tagung, die Rolle des Patienten stärken. Doch es werde keine generelle Beweislastumkehr geben. Es sei nicht geboten, in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient störend einzugreifen. Von diversen Patientenvertretern, Beratungsinstitutionen und Selbsthilfeorganisationen sei zwar immer wieder gefordert worden, bei (zahn-)medizinischen Behandlungskomplikationen die generelle Beweislastumkehr im Gesetz zu verankern, bei der grundsätzlich der Arzt die Schadenslosigkeit seines verantwortlichen Tuns nachweisen muss.

Durch zahlreiche Gespräche hätten die Vertreter einer solchen Linie aber überzeugt werden können, dass dies nicht notwendig ist. Zöller: „Der Konsens war noch nie so groß.“ Die jetzige Lösung, dass nur bei groben medizinischen Fehlern und wenn

dem Patienten die Herausgabe seiner Unterlagen verweigert wird, die Beweislastumkehr greift, sei mit den beteiligten Gruppen konsentiert. Zöller, der das Gesetz für diese Legislatur ankündigte, betonte, es solle kein Gesetz gegen jemanden sein. Vielmehr gehe es darum, einen Rahmen zu schaffen, eine Art Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient, in dem alles zusammengefasst werde, was in vielen anderen Gesetzesbereichen zum Thema medizinische Behandlung, Arzthaftung und Patientenrecht steht. Um juristische Auseinandersetzungen, die aufgrund medizinischer Behandlungsfehler geführt werden, sollten sich – analog der Arbeitsgerichte – Spezialkammern kümmern, wie es sie bereits in einigen Bundesländern gibt. Das Gesetz kümmere sich auch um das Thema 'Fehlermanagement in der Medizin' und fördere die Schaffung sogenannter Fehlervermeidungssysteme, bei denen es nicht um Schuldfragen, sondern vorwiegend um die Errichtung einer Fehlerkultur gehe. ■

verstärkt klar zu machen, wie unabhängig die Patientenberatung der Zahnärzteschaft arbeitet. Im zahnärztlichen Bereich seien bei der UPD zwei Zahnärzte angestellt, die die Patienten beraten.

Qualität herausstellen

In Leipzig stellten Dr. Konrad Bühler von der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg und Rüdiger Winkelmann von der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe ihre Initiative für eine Informationsbroschüre vor, die unter Einbezug weiterer Mitstreiter aus anderen Kammern und KZVen als Basis für eine gemeinsame Publikation über das Beratungsangebot der deutschen Zahnärzte dienen könnte. In einem weiteren Vortrag machte Dr. Stefan Böhm, stellvertretender Vorsitzender der KZV Bayern, die imposante Leistung der zahnärztlichen Beratung in Kammern und KZVen hierzulande deutlich. So haben allein im Jahr 2010 über 205 000 Beratungen stattgefunden.

Im Hinblick auf eine verbesserte Außerdarstellung der Patientenberatung wurden dem Plenum von BZÄK und KZBV erarbeitete Thesen unterbreitet, die ausgiebig diskutiert wurden. Dabei wurden explizit die Qualitätsindikatoren der Beratung hervorgehoben. So heißt es etwa in einer These: „Es besteht ein gut ausgebautes Netzwerk von Patienteninformation, Patientenberatung, zahnärztlicher Zweitmeinung, Gutachterwesen und Schlichtungsstellen.“

Angebot verbessern

Die Verantwortlichen der Patientenberatungsstellen auf Länderebene unterstützten auf der Tagung in Leipzig das von BZÄK und KZBV gemeinsam eingebrachte Engagement hinsichtlich der Verbesserung der Beratungsangebote. Als zielführend wurde betrachtet, zunächst eine Publikation zu erstellen, in der das Leistungsspektrum und die Arbeitsweise der Beratungsstellen dargestellt werden. Daneben sollen einheitliche Kriterien und Standards der unterschiedlich agierenden Einrichtungen geschaffen werden, um die Geschlossenheit der Angebote dokumentieren zu können. sg

die Zahnärzte selbst, könnte für die Patientenberatung die dazu notwendige Fachkompetenz aufweisen, fragte der KZBV-Vize. „Das, was wir seit Jahrzehnten mit großem Einsatz tun, kommt in der Öffentlichkeit aber noch zu wenig an.“ Noch viel zu oft schwingt in der öffentlichen Diskussion der Tenor des Sprichworts „Eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus“ mit. Motto könne daher nur sein: Tue Gutes und rede darüber. Nach Eßer geht es darum, die Patientenberatung des Berufsstands nun als eigenständige Marke zu etablieren, um sich im Hinblick auf Qualität und Kompetenz von anderen Angeboten abzusetzen.

UPD als Marke etablieren

Um die Arbeitsweise der UPD näher kennenzulernen, war zur Tagung auch Rainer Sbrzesny aus der Bundesgeschäftsstelle der 'Unabhängigen' geladen. Sbrzesny machte deutlich, dass sich die UPD vor allem als Wegweiser und Lotse durch das Gesundheitswesen versteht. Sie wird partnerschaftlich getragen von drei großen Organisationen: dem Sozialverband VdK Deutschland e.V., der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. und dem Verbund unabhängige Patientenberatung e.V. Auch Sbrzesny empfahl dem Auditorium, der Öffentlichkeit



Fotos: LZK Sachsen-Durda

Die Länder-Verantwortlichen der Patientenberatungsstellen unterstützten das Ansinnen von BZÄK und KZBV, das Angebot des Berufsstands stärker ins öffentliche Bewusstsein zu bringen.

Apollonia-Stiftung ehrt Wera Röttgering

Eine Handvoll Herzenswünsche

Einmal Hubschrauber fliegen, einen Tag den Lieblings-Fußballklub begleiten oder Polizist spielen dürfen: Das sind Träume, wie sie Wera Röttgering schon tausendfach erfüllt hat, um schwerstkranken Kindern und Jugendlichen wieder Mut und Lebensfreude zu geben. Darum zeichnete die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe die 67-jährige Münsteranerin jetzt in ihrer Heimatstadt mit dem Apollonia-Preis aus. Laudator Götz Alsmann lobte ihre Nervenstärke, ihren Esprit und „ihre an Sturheit grenzende Beharrlichkeit“. Mit dieser mache Röttgering regelmäßig das Unmögliche möglich – selbst wenn ein Kinderwunsch lautet: „Ich möchte zum Mond fliegen.“



Foto: mg

Soziales Engagement verbindet Prof. Dr. Götz Alsmann und Wera Röttgering – darum wählte Dr. Klaus Bartling (v.l.) den Musiker und Entertainer als Laudator für die Preisträgerin.

Vor mehr als 20 Jahren entwickelte Röttgering gemeinsam mit einer schwer erkrankten, guten Freundin die Idee einer Institution, die „Herzenswünsche“ erfüllt. 1992 entstand unter diesem Namen ein Verein. Der hat heute drei hauptamtliche und mehr als 70 ehrenamtliche Mitarbeiter, die jährlich etwa 600 Herzenswünsche erfüllen und an Mukoviszidose erkrankten Kindern und Jugendlichen Klimakuren auf Gran Canaria ermöglichen.

Dr. Klaus Bartling, Präsident der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe betonte, dass Röttgering damit mustergültig die Werte Selbstverantwortung und Eigeninitiative verkörpere – Ideale, die maßgeblich mit den Zielen der Zahnärzteschaft und dem Grundgedanken der Prävention übereinstimmen, deren Förderung sich die Apollonia-Stiftung

zur Aufgabe gemacht habe. „Wir sind froh, mit Frau Röttgering im zehnten Jahr unserer Vergabe wie in den Jahren zuvor wieder eine sehr verdiente Preisträgerin zu haben“, sagte Bartling. „Das passt zu unserem kleinen Jubiläum.“ Geradezu erleichtert sei man obendrein gewesen, mit dem Fernseh-

moderator, Musiker und Lehrbeauftragten Prof. Dr. Götz Alsmann einen Laudator gewonnen zu haben, der die Preisträgerin persönlich gut kenne. Sie sei längst eine Bundesfigur geworden, lobte der Entertainer, „auf die der dumme Begriff der Charity-Lady“ einfach nicht passen wolle. „Es geht ihr nicht um Aufmerksamkeit, nicht um ein Feigenblatt-Benefiz, sondern schlicht um die Sache“, sagte er. Darum habe sie nach dem Vorbild US-amerikanischer Organisationen von Beginn an Ärzte, Kinderpsychologen und Therapeuten mit ins Boot geholt, um mit ihrem Verein sinnvoll, nachhaltig und so professionell wie möglich Wünsche zu erfüllen. Besonders in den ersten, finanziell überschaubarer ausgestatteten Jahren habe sie „dabei konkrete Hilfe vor der Haustür geleistet“, so Alsmann, „und Überschaubarkeit zum Prinzip erhoben“.

Ein Prinzip, das auch Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), würdigte. „Dafür, dass Sie das alles in Gang gesetzt haben, möchte ich Ihnen ganz persönlich danken“, sagte Engel, „auch, wenn ihr leuchtender Einsatz einen Schatten darauf wirft, wie unsere Gesellschaft mit Kindern umgeht.“ Es sei erschreckend, dass vielerorts Kindertagesstätten und Schulen versäumte Erziehungsleistungen ausgleichen und Vernachlässigungen von unaufmerksamen Eltern auffangen müssten. Während die Gesellschaft derartigen Missständen im Kollektiv begegnen könne, seien für die Hilfe in Extremsituationen engagierte Einzelpersonen von Nöten, die nicht den Glauben

INFO

Helferin aus Leidenschaft

Wera Röttgering wurde 1944 in Chemnitz geboren. Sie absolvierte eine Ausbildung an einer Sprachenschule und arbeitete dann im elterlichen Betrieb, den Hengst-Filterwerken Münster. 1977 übernahm ihr Mann Günter die Firma, die heute von den beiden Söhnen Jens und Uwe geleitet wird und als Automobil-Zulieferer an acht

Standorten weltweit rund 2 700 Mitarbeiter beschäftigt. 1992 gründete Röttgering den Verein „Herzenswünsche“. Darüber hinaus ist die 67-jährige Großmutter von zwei Enkelkindern. „Demnächst wird das dritte geboren“, sagt sie und verrät ihren einzigen Herzenswunsch: „Dass es gesund ist.“ ■

INFO

Im Dienst der Prävention

Die „Apollonia zu Münster – Stiftung der Zahnärzte in Westfalen-Lippe“ wurde 2000 von der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe gegründet. Benannt nach der Schutzheiligen der Zahnleidenden setzt sie sich für „die Förderung der Wissenschaft und Forschung sowie des öffentlichen Gesundheitswesens“ ein, indem sie präventionsorientierte Zahnheilkunde durch Öffentlichkeitsarbeit und die Vergabe von Journalisten- und Wissenschaftspreisen unterstützt. Der Apollonia-

Preis wurde zum zehnten Mal verliehen. Unter den Preisträgern sind unter anderem Präventions-Pionier Dr. Heinz H. Renggli, Journalist Ranga Yogeshwar, der frühere Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz, Prof. Karl Kardinal Lehmann, sowie Bundespräsident a. D. Prof. Roman Herzog. Der Preis ist mit 15 000 Euro dotiert – die Röttgering an die Berliner Elisabethstift-Schule spenden will, in der schwer traumatisierte Kinder unterrichtet werden. ■

an das Gute verlieren. „Da hat der Apollonia-Preis eine direkte Verbindung zu Ihnen“, sagte er. „Die heilige Apollonia hat ihren Glauben nicht verloren – und genau das wünsche ich Ihnen auch.“ Sichtlich gerührt nahm Röttgering den Preis von Bartling ent-

gegen, nicht ohne auf ihre vielen Unterstützer und „Helfer im Verborgenen“ hinzuweisen. „Ohne die geht es nicht“, betonte sie. In all den Jahren sei ein Netzwerk von Spendern und Helfern entstanden, mit dessen Hilfe der Verein in Ausnahmefällen auch Be-

dürftigen hilft, die sich ans Berliner Bundespräsidialamt wenden. „Das leitet solche Anfragen schon automatisch an uns weiter“, erklärt Röttgering.

Ihr Credo: Eine Vision entwickeln und mit Disziplin und Beharrlichkeit durchsetzen. Keine hohle Phrase, wie der Fall eines schwer kranken Jungen zeigt, der dem Verein von seinem Wunsch schrieb, zum Mond fliegen zu wollen. „Obwohl das zunächst unmöglich klang, haben wir im Team nach einer Lösung gesucht“, erinnert sich die 67-Jährige. „Schließlich konnten wir über den Onkel einer Mitarbeiterin eine Florida-reise zum Weltraumflughafen Cape Canaveral organisieren.“ Mit leuchtenden Augen und wortreich habe der Junge später den dort beobachteten Raketenstart beschrieben. „Es hat wahnsinnig gequalmt und gedonnert, bis die Rakete endlich abhob“, habe er gesagt, „und, dass er richtig froh gewesen sei, nicht hätte drinsitzen zu müssen.“ mg

46. Bodenseetagung in Lindau

Der Zahnarzt als Mediziner

Mit 1 100 Teilnehmern und viel spätsommerlichem Flair war die diesjährige Bodenseetagung wieder einmal das alljährliche Highlight der Bezirkszahnärztekammer Tübingen. In einer Reihe von Fachvorträgen und Seminaren wurde Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie ihren Teams „der Blick fürs Ganze“ vermittelt, wie sich der Tagungsleiter Professor Dr. Bernd Haller anlässlich einer Vorpressekonzferenz ausdrückte, denn „der Zahnmediziner ist auch ein Arzt“.

Gründe gab es viele für diese Themenwahl: „Gerade das Wissen um die Wechselwirkungen zwischen allgemeinen und oralen Erkrankungen, zum Beispiel den schweren Parodontitisformen, nimmt ständig zu“, betonte Dr. Wilfried Forschner, Vorsitzender der Bezirkszahnärztekammer Tübingen, in seinen einleitenden Worten. So wurde in einem Potpourri aus verschiedenen Beiträgen die Oralmedizin aus diversen Blickwinkeln beleuchtet.

Zu den Schwerpunkten des wissenschaftlichen Kongresses gehörten die Früherkennung von Tumoren in der Mundhöhle und anderen systemischen Erkrankungen. Aber auch der Patient, der mit einer für sein Alter „normalen“

Foto:vario images



Allgemeinerkrankung in die Praxis kommt, bedarf des besonderen Augenmerks des behandelnden Zahnarztes. Denn aufgrund seiner Medikation, eines eventuell veränderten Blutgerinnungswertes, einer etwaigen Nierendurchflussstörung oder dem bei fast jedem vierten älteren Patienten diagnostizierten Diabetes mellitus sind ganz andere Behandlungsparameter vonnöten als beim kerngesunden Patienten. So empfahl Haller für den Senior auf eine Lokalanästhesie mit reduzierter Adrenalinmenge zurück zu greifen und im Zweifelsfall immer mit dem behandelnden Internisten Rücksprache zu halten: „Aber pro Kalenderjahr sollten Sie eine Anamnese machen!“ Er sensibilisierte auch für das Patientengespräch: „Fragen Sie, wenn jemand über eine Osteoporose klagt,

welches Medikament genau eingenommen wird oder lassen Sie sich gleich die Schachtel bringen!“

„Denken Sie dabei ebenso wie bei der Brustkrebspatientin immer an eine Bisphosphonat-induzierte Kiefernekrose. Ebenso kann ein sehr starker Foetor ex ore auch von einer solchen Nekrose herrühren“, gab Haller den

Tipp. Aber auch die Gabe von Antibiotika war Thema in Lindau. So hat zwar die American Heart Association die Empfehlungen für die Antibiose-Abschirmung für Herz-Risiko-Patienten erheblich vereinfacht, trotzdem sollten die Vorgaben strikt eingehalten und im Zweifelsfall immer der Kardiologe zu Rate gezogen werden. Patienten mit starken Müdigkeitserscheinungen am Tag trotz ausreichendem Nachtschlaf leiden vermutlich an einer Schlafapnoe infolge von Schnarchen. Auch hier ist der Zahnarzt gefragt. Er soll diesen Patienten zu einem Pneumologen überweisen, der dann im Schlaflabor die Diagnose Schlafapnoe-Syndrom stellen wird. Ist diese Störung noch leicht, so kann ein Zahnarzt, nach qualifizierter Ausbildung zum Schlafmediziner, mittels einer individuellen „Schnarchschiene“ therapeutisch tätig werden. „Leider gibt es hier sehr viel Wildwuchs, eine zertifizierte Ausbildung ist hier dringend ratsam“, sagte Prof. Dr. Edmund Clemens Rose in Lindau. Mit viel Beifall und Zustimmung wurde der besondere Festvortrag „Deutschland – ein Standort mit Zukunft!“ des Textilindustriellen Wolfgang Grupp aufgenommen, der seit 42 Jahren auf der Schwäbischen Alb produziert. Er beendete seinen humorvollen Vortrag mit den Worten von Theodor Heuß: „Qualität ist das Anständige“. sp



Gruppenbild mit Dame: Dieses Referententeam brachte Zahnärzten und ihren Mitarbeiterinnen Wissenswertes zum Thema Schnittstelle Zahn- und Allgemeinmedizin für den Praxisalltag bei.

Foto: IZZ

Baustelle Transplantationsgesetz

Politik ringt um Organspende

Seit 1997 regelt das Transplantationsgesetz (TPG), unter welchen Umständen in Deutschland ein Organ entnommen und verpflanzt werden darf. Nachdem die Bundesregierung im Sommer einen ersten Entwurf zur Anpassung der nationalen Regelung an eine EU-Richtlinie beschlossen hat, ist ein politischer Diskurs darum entbrannt, wie künftig mehr Spender gewonnen werden können. Derweil gewinnt die Lebendorganspende kontinuierlich an Bedeutung – ein Verfahren, dessen Finanzierung bisher nicht einheitlich geregelt oder gesetzlich fixiert ist, sondern nur auf einem Gerichtsurteil aus dem Jahr 1972 beruht.



Foto: Techniker Krankenkasse

Zwischen der Entnahme und der Operation des Empfängers kommt es auf jede Stunde an. Damit die Verpflanzung des Organs reibungslos läuft, muss darum der gesetzliche Rahmen feststehen.

Das Missverhältnis zwischen Organspendern und Bedürftigen in Deutschland ist mittlerweile zum Politikum geworden. Bundesweit warteten 2010 laut Jahresbericht der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) etwa 12 000 schwerkranke Patienten auf ein Spenderorgan – und das im Schnitt fünf bis sechs Jahre lang. Der Grund ist die im europäischen Vergleich geringe Zahl erfasster Organspender, die nach deutschem Recht aktiv ihre Bereitschaft erklären müssen, indem sie einen Spenderausweis ausfüllen.

Bürger sollen sich erklären

An diesem Punkt setzen die politischen Vorstöße von Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) sowie der Fraktionschefs von Union und SPD im Bundestag, Volker Kauder (CDU) und Frank-Walter Steinmeier, an, die

auch der Bundesrat bestätigte. Sie wollen die bisherige „erweiterte Zustimmungslösung“ in eine „Erklärungslösung“ ändern, die sicherstellt, dass jeder Bundesbürger in seinem Leben mindestens einmal mit dem Thema konfrontiert wird – um dann die Entscheidung für oder gegen die Organspende abzugeben (siehe Kasten). Diese Information könnte anschließend an zentraler Stelle – gegebenenfalls sogar auf der elektronischen Gesundheitskarte – festgehalten werden.

Die Notwendigkeit dieser Änderung zeigen Zahlen des DSO: Kamen hierzulande 2009 auf 1 Million Einwohner nur 14,9 (2010: 15,9) Spender, waren es in Spanien 34,4, in Italien 21,3, in Norwegen 21,1 und auf Malta immerhin noch 20. Aber auch in Tschechien, Finnland, Kroatien, Irland oder Großbritannien sind mehr Menschen als in Deutschland bereit, nach ihrem Tod Organe zu spenden – und so bis zu sieben Schwer-

kranken gleichzeitig zu helfen. Denn zurzeit können Herz, Lunge, Bauchspeicheldrüse, Dünndarm sowie Niere und Leber nach dem Tod gespendet werden – bei der Leber genügt schon ein Teil des Organs. So wurden im vergangenen Jahr dank 1 296 Spendern insgesamt 5 083 Transplantationen durchgeführt. Die größten Fallzahlen entfallen auf Nieren- (2 937) und Lebertransplantationen (1 282), beides Organe, die auch mittels sogenannter Lebendorganspende verpflanzt werden können.

Kassen in der Pflicht

Aufgrund der anhaltend geringen Zahl von gemeldeten Organspendern gewinnt diese Praxis nach Angaben der DSO seit 2006 kontinuierlich an Bedeutung: 2010 waren bereits 7,5 Prozent der transplantierten Lebern Teillebertransplantationen aus Lebendspenden, bei den verpflanzten Nieren stammten sogar 22,6 Prozent von Lebendspendern. „Das ist leider ein Trend“, sagt Prof. Dr. Uwe Heemann von der Stiftung Lebendspende, der in der Nephrologie des Klinikums rechts der Isar in München praktiziert. „Den gibt es aber nur, weil das Angebot an postmortalen Organspenden den Bedarf nicht abdeckt.“ Dabei sind es fast ausschließlich Verwandte ersten Grades, die sich entscheiden, einem schwer erkrankten Angehörigen ein (Teil-)Organ zu spenden.

INFO

Umfrage: 71 Prozent sind zur Spende bereit

Fast drei Viertel der Deutschen sind dafür, die Bereitschaft zur Organspende von den Krankenkassen abfragen zu lassen. 72 Prozent finden diesen Vorschlag von Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) gut – 71 Prozent gaben zudem an, generell zur Organspende bereit zu sein. Das sind die Ergebnisse einer repräsentativen Forsa-Umfrage, bei der 1 000 Deutsche befragt wurden. ■

INFO

Der lange Weg zu mehr Spendern

Die Bundesregierung plant aktuell, die Umsetzung der EU-Richtlinie 2010/53 in deutsches Recht. Nach Angabe des Gesundheitsministeriums ändert dies nichts an den grundlegenden Strukturen des Transplantationsgesetzes, sondern konkretisiert die Pflichten der am Organspendeprozess Beteiligten. Die Rolle der Deutschen Stiftung Organspende (DSO) als Koordinierungsstelle sowie der Stiftung Euro-

transplant als Vermittlungsstelle sollen dazu gestärkt werden, heißt es. Neu ist, dass die Aufgaben der Entnahmekrankenhäuser durch eine eigene Vorschrift gesetzlich verankert werden und diese künftig jeweils einen Transplantationsbeauftragten bestellen müssen. Dessen Aufgabe: potenzielle Organspender zu identifizieren, zu melden und die Aufklärung und Betreuung der Angehörigen zu übernehmen ■

Diese gehen nach dem Stand der aktuellen Rechtslage ein finanzielles Risiko ein. Denn bisher regelt lediglich ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG), dass die Krankenkasse des Organ-Empfängers die Kosten für die Entnahme-Operation und medizinische Nachsorge des Spenders bezahlt, gesetzlich fixiert ist diese Regelung bis jetzt aber noch nicht. Das soll sich im Zuge der Modifizierung des TPG nun ändern, verspricht man seitens des Bundesgesundheitsministeriums. Wie das Problem allerdings konkret gelöst werden soll, wisse man noch nicht, heißt es. Eine Sprecherin erklärte: „Es gibt aktuell Gespräche, diese Aspekte mithilfe eines Änderungsantrages einzubinden.“

An diesen Gesprächen ist auch der GKV-Spitzenverband beteiligt, der auf Anfrage außerdem mitteilt, die Absicherung von Spendern bei einer Lebendspende sei „wichtig und seit langem Diskussionsthe-

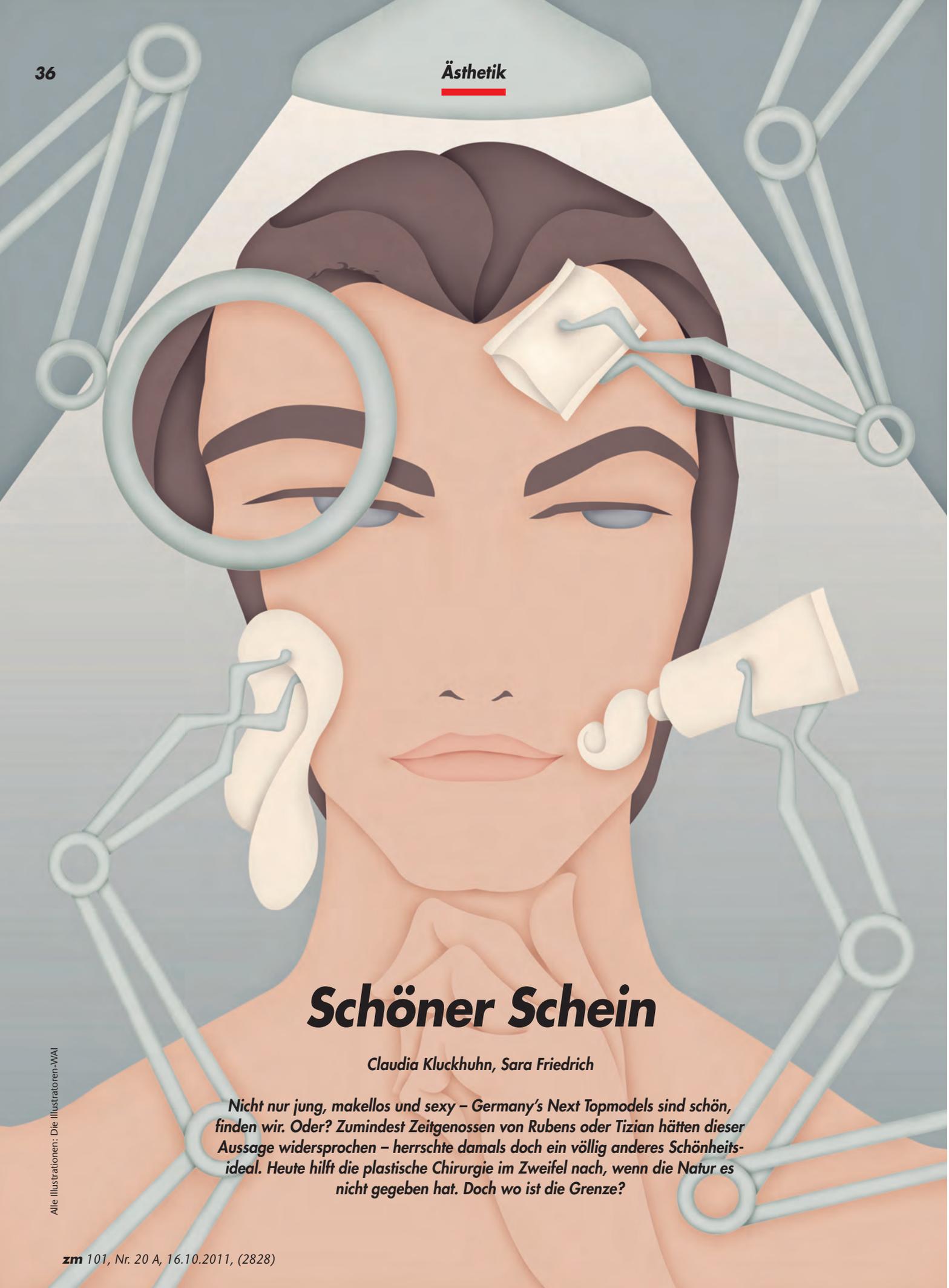
ma“. Die Krankenkassen hätten bereits 2006/2007 sowie 2009 gefordert, „die Versorgung des Spenders finanziell und leistungsrechtlich nachzubessern“, heißt es.

2009 hatten auch zentrale Akteure der Transplantationsmedizin in einer von der Bundesregierung veröffentlichten Befragung des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES) die „mangelnde finanzielle Absicherung der Spender in der Praxis“ kritisiert.

Zuletzt forderte der Bundesrat im September diesen Jahres in seiner Stellungnahme zum Gesetzesvorhaben die Bundesregierung auf, „die versicherungsrechtliche Absicherung des im Höchstmaße altruistisch handelnden Organlebendspenders zu verbessern“. Konkret wünscht man sich eine Änderung des Krankenversicherungsrechts (SGB V), die einen eigenen Behandlungsanspruch des Spenders gegen die Kasse des

Empfängers sichert. Dazu soll auch insbesondere die „Erstattung der Nettoverdienstausfallkosten in tatsächlicher Höhe“ sowie aller Sozialversicherungsbeiträge gehören. Eine entsprechende einheitliche Praxis gebe es zur Zeit nicht, urteilt der Bundesrat. Zusätzlich wünsche man, dass im Unfallversicherungsrecht (SGB VII) festgeschrieben werde, das grundsätzlich alle Kosten von in Folge der Organspende auftretenden Komplikationen durch die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) gedeckt werden.

Diese sträubt sich jedoch und verweist darauf, dass die Organentnahme als solche „ein geplanter und gewollter Eingriff“ sei, deren mögliche ungünstige gesundheitliche Folgen dem Organspender bekannt seien. „Er nimmt sie nach sorgfältiger Abwägung der Risiken in Kauf“, heißt es in einer Stellungnahme. Und: „Die Übernahme eines solchen Risikos in den Schutzbereich der GUV wäre systemfremd.“ Falls der Gesetzgeber die soziale Absicherung von Organspendern verbessern wolle, sollten „systemgerechte Lösungswege“ geprüft werden. Wie die aussehen könnten, sagt man nicht. Wohl aber, dass eine Absicherung über die Krankenhäuser, in denen die Organentnahme stattfindet, unpassend sei. „Es handelt sich nicht um ein Risiko, für das diese Krankenhäuser einzustehen haben.“ mg

A stylized illustration of a woman's face, rendered in a flat, graphic style. She has dark hair, closed eyes, and a neutral expression. Her hands are clasped in front of her chin. Surrounding her face are several light blue, mechanical robotic arms with circular joints. One arm holds a magnifying glass over her left eye. Another arm holds a white bandage over her forehead. A third arm holds a white tube of cream, with a dollop of cream being applied to her cheek. A fourth arm is near her ear. The background is a light blue gradient with faint geometric patterns.

Schöner Schein

Claudia Kluckhuhn, Sara Friedrich

Nicht nur jung, makellos und sexy – Germany's Next Topmodels sind schön, finden wir. Oder? Zumindest Zeitgenossen von Rubens oder Tizian hätten dieser Aussage widersprochen – herrschte damals doch ein völlig anderes Schönheitsideal. Heute hilft die plastische Chirurgie im Zweifel nach, wenn die Natur es nicht gegeben hat. Doch wo ist die Grenze?

Sogar Heidi Klum zitiert in ihrer Casting-Show indirekt die alten Römer: Nur wer am Schluss ein Foto seiner selbst von ihr erhält, kommt nämlich in die nächste Runde – ähnlich wie Narcissus, Archetypus der Selbstliebe, in Ovids Metamorphosen seinem Spiegelbild im Wasser verfällt und „von den eigenen Augen verzehrt“ wird. Selbst in den Tiefen des Reality-TV gilt die Antike also noch als wegweisend für die Definition von Schönheit. Wird in unserer Gesellschaft der perfekte Körper öffentlich zur Schau gestellt, bezog sich der Begriff der Schönheit zu jener Zeit allerdings maßgeblich auch auf die inneren Werte. Schön sein, das hieß gütig sein, wahrhaftig sein. Denn anhand dieser drei fundamentalen Werte könne jedes Ding bestimmt werden, glaubte man. Schönheit beinhaltete die Harmonie von Seele und Körper. „Wer schön ist, ist lieb, wer nicht schön ist, ist nicht lieb“, schrieb etwa der griechische Dichter Hesiod. 300 Jahre später, also 450 vor Christus, wurde Sokrates, berühmt für seine Hässlichkeit, dafür indes nicht mehr verunglimpft: Er strahlte, so sagte man, von innen. Noch heute bezeichnen wir etwas als schön, wenn es uns gefällt oder gut erscheint. Dennoch ist das, was als schön empfunden wird, stark abhängig von der Epoche und der jeweiligen Kultur.

Dass Schönheit in erster Linie eine Frage der Proportion ist, geht auf Platon zurück. Die bis vor einigen Jahren gültigen Traumaße 90-60-90 beschrieben damals freilich noch nicht das Ideal – wengleich schon Pythagoras exakte mathematische Regeln vorgab, um die perfekte Relation zu ermitteln. Darauf aufbauend prägte auch Vitruv im 1. Jahrhundert vor Christus das Schönheitsbild, indem er die richtigen Proportionen des Körpers als Teile des Ganzen verstand. Das Gesicht sollte beispielsweise ein Zehntel des Gesamtkörpers ausmachen, der Kopf ein Achtel. Eine Definition, die für Kunst und Mensch gleichermaßen zutrifft: „Kein Tempel kann ohne Symmetrie und Proportion eine vernünftige Formgebung haben, wenn seine Glieder nicht in einem bestimmten Verhältnis zueinander stehen, wie die Glieder eines wohlgeformten Menschen.“ Auch der griechische Bildhauer Polyklet, geboren

um 480 vor Christus, setzte sich mit den idealen Maßverhältnissen des menschlichen Körpers auseinander. In seinem „Kanon“ definierte er, dass sich der Kopf zum Körper verhalten muss, wie der Körper zu den Beinen. Er verzichtet auf feste Einheiten, es gibt nur organische Unterscheidungsmerkmale: Die Beziehungen zwischen den Körperteilen werden je nach Körperbewegung, Perspektive und Stellung zum Betrachter bestimmt. Nicht nur antike Künstler bezogen sich auf seine Theorien, auch Philosophen und Ärzte beriefen sich auf ihn, um auf die allgemeine Gültigkeit ihrer Lehren zu verweisen. Nicht zu groß, nicht zu klein, nicht zu dick, nicht zu dünn – das war das rechte Maß. Zu gewinnen nicht nur anhand von Zahlen und Formen, auch die Haltung eines Menschen und seine Gefühlslage konnten die richtige Norm zum Ausdruck bringen. Seine bekannteste Statue, der Doryphoros, galt als steinernde Manifestation der absoluten Schönheit. Tatsächlich verkörpert dieser Speerträger das rechte Maß in jedem Sinn, wiewohl in den Körperformen als auch in Haltung und geistigen Ausdruck. In ihm sind die Gegensätze festgehalten, die sich im Ganzen ausgleichen: Ruhe und Bewegung, Spannung und Entspannung, Hebung und Senkung.

Göttliche Proportionen

Proportion und Harmonie, die man als Gleichgewicht der Gegensätze deutete, plus Symmetrie avancieren ab der griechischen Klassik zu wichtigen Kriterien der Schönheit. Piero della Francesca, Leonardo da Vinci und Albrecht Dürer studieren Jahrhunderte später Platons regelmäßige Körper und preisen sie als ideale Modelle: Der Goldene Schnitt, er gilt ab hier als göttliche Proportion. Alles in allem sprach man offenbar in allen Zeiten von Proportion – wengleich sich ihre Bedeutung trotz der geometrischen und arithmetischen Prinzipien, derer man sich bediente, ständig änderte. Natürlich hatte auch das Hässliche in diesem Kosmos seinen Platz. So stellte man sich im Mittelalter vor, dass auch die Monster als Verkörperung des Hässlichen – und sei es

” Die Fähigkeit zur Wahrnehmung des Schönen ist mit einem verfeinerten Geschmack verbunden, der durch die Kultur erworben wurde und von komplexen Assoziationen abhängt.
Charles Darwin

” Schönheit ist Maß, Symmetrie und Tugend auf der ganzen Welt.
Plato

” Die Schönheit hängt von unendlich vielen Unterschieden und den Ergebnissen der Harmonisierung einer Vielzahl von Zahlen ab.
Polyklet

Der Goldene Schnitt ist das Verhältnis, das sich ergibt, wenn man eine Linie AB durch einen Punkt C so teilt, dass AB sich zu AC verhält wie AC zu CB.

nur als Kontrast – zur Schönheit des Ganzen beitragen. Erst an der Schwelle zur Neuzeit wandelt sich das Denken. Ärzte und Forscher sind zwar immer noch fasziniert vom Bestiarium und führen in ihren Werken neben der Beschreibung physiologischer Deformationen weiterhin auch fabelhafte Ungeheuer wie Sirenen und Drachen auf. Dennoch verliert das Monstrum nach und nach seinen Symbolgehalt und wird zunehmend zum Kuriosum der Natur. Es geht nicht mehr um schön oder hässlich, es geht darum, die Abweichung zu studieren. Man folgt wissenschaftlichen Kriterien – wenn auch noch in fantastischer Form – und lässt sich nicht mehr vom mystischen, sondern naturkundlichen Interesse leiten.

Survival of the Prettiest

Erst in der Moderne macht die ästhetische einer funktionalen Schönheit Platz – die direkte Folge von Massenproduktion, Technisierung und Kommerzialisierung. Die neue Schönheit ist Objekt und hat ihre Einzigartigkeit weitestgehend eingebüßt: Sie ist reproduzierbar geworden. Obwohl die Massenmedien kein einheitliches Vorbild liefern – im Gegenteil, teilweise entdecken sie die Formen des 19. und 20. Jahrhunderts neu – muss der Körper in erster Linie ein sein: makellos. Wenn die Figur nicht stimmt, wird nachgeholfen: Body-Shaping und -Styling sind mittlerweile akzeptierte Renovierungstechniken, der Gang ins Fitnessstudio Pflicht. Wer diesem Ideal nicht nahekommt, ist nicht nur dick, nein, auch faul und hässlich. Attraktivität ist das entscheidende Kriterium – nicht nur bei der Wahl des Partners, sondern auch im Hinblick auf Karrierechancen und Beliebtheit im Freundeskreis. Im Klartext: Schön sein, heißt erfolgreich sein. Und Schönheit ist Macht. Niedliche Babys erhalten mehr Aufmerksamkeit, hübsche Kinder bessere Noten, attraktive Frauen und Männer lukrativere Jobs, gut aussehende Kriminelle werden seltener angeklagt und milder bestraft. Ja, schöne Menschen gelten nicht nur als sympathischer, zufriedener, geselliger und siegreicher, sondern auch als smarter, vertrauenswürdiger, fleißiger und kreativer.

Auch an der Medizin und Zahnmedizin geht diese Entwicklung nicht spurlos vorüber. Bereits 2004 konstatierte die Bundesärztekammer eine Vermarktung schönheitschirurgischer Leistungen in den Medien. Dort werde „eine Scheinrealität konstruiert, die Schönheitsoperationen zu einem erstrebenswerten Konsumgut werden lassen. Dem Zuschauer wird suggeriert, jeder könne durch einen chirurgischen Eingriff an Nase, Kinn, Brust oder Beinen besser ausse-

„**Der Mensch ist der empfindsame Mittler, der der Schönheit an sich zum Leben verhilft.**

Leonardo da Vinci



hen“. Schönheits-OPs seien aber keine harmlosen Eingriffe. Häufig rede man die Risiken solcher Operationen klein und verstärke dadurch den Eindruck, dass eine Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes weitgehend komplikationsfrei sei. „Wir müssen verhindern, dass unsere Kinder sich in ihrem Selbstwertgefühl vor allem durch suggerierte Defizite gegenüber Stars und Sternchen definieren – Persönlichkeit ist keine Frage der Chirurgie“, betonte der ehemalige Ärztepräsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe in dem Kontext. 2011 wurde mit Änderung der Musterberufsordnung auch die Regelung zur ärztlichen Aufklärung modifiziert: Indem Ärzte ihren Patienten ausreichend Bedenkzeit einräumen müssen, will die Kammer sicherstellen, dass Patienten vor allem bei medizinisch nicht notwendigen Schönheitsoperationen einen geplanten Eingriff noch einmal abwägen können.

Kosmetik versus Ethik

Dass die Orientierung der zahnmedizinischen Berufsausübung an kosmetischen Aspekten die Gefahr der Vergewerblichung des Berufsstandes birgt, verdeutlicht auch Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer: „Folgen sind Vertrauensverlust auf Seiten der Patienten und der Verlust der besonderen Stellung des Zahnarztes als freier Beruf in der gesellschaftlichen Werteorientierung.“ Keinesfalls dürfe ökonomische Gewinnorientierung das freiberufliche Leistungsethos überlagern. Eine klare Werteorientierung sei für die Zahnärzteschaft von zentraler Bedeutung und verlange eine intensive Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Trends. Oesterreich: „Auch Wünsche der Patienten im Hinblick auf kosmetische Eingriffe bedürfen einerseits der Abklärung psychosomatischer Krankheitsbilder wie der körperdysmorphen Störung und andererseits eines besonderen Aufklärungs- und Abwägungsprozesses hinsichtlich möglicher schädigender Folgewirkungen auf die Gesundheit des Patienten.“ Ob Heidis Mädchen diese Kassandrarufer hören? Vielleicht tickt das 21. Jahrhundert anders – die Trojaner schenken der Prophetin jedenfalls kein Gehör. ■

Stoppt den Schönheitswahn

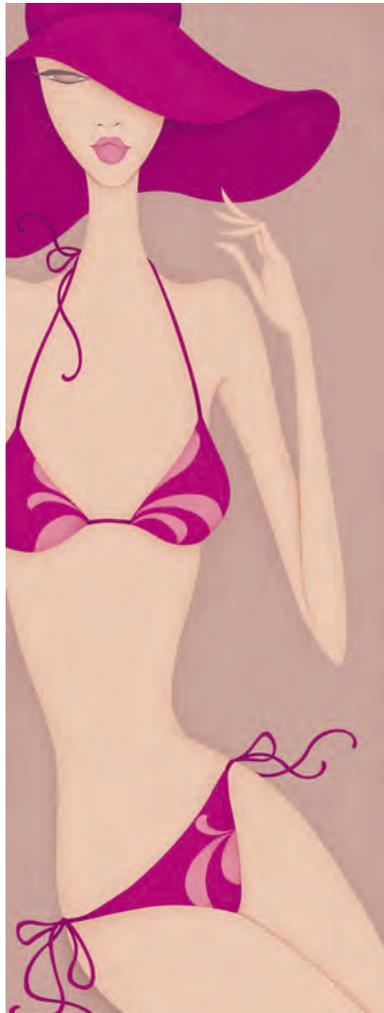
Die Schönheitschirurgie boomt. Prof. Dr. Werner L. Mang, Vorstandsvorsitzender der Mang Medical One Klinikgruppe, der größten Klinikgruppe für Ästhetische Chirurgie Deutschlands, beschreibt den Status Quo der ästhetischen Chirurgie und verweist zugleich auf ihre Grenzen.

Deutschland ist Marktführer in Europa mit über eine Million ästhetisch-plastischer Operation im Jahr 2010. Auch der Anteil an Männern nimmt zu. Während sie 1990 nur fünf Prozent ausmachten, waren es 2000 bereits zehn Prozent und 2010 schon 20 Prozent.

Am häufigsten durchgeführt werden: Fettabsaugungen an Bauch und Hüfte, Schlupflid- und Tränensackoperationen, Haartransplantationen, Nasenkorrekturen und Faceliftings. Bei den Frauen sind Brustimplantate mit Abstand die häufigsten Operationen, gefolgt von Fettabsaugungen im Bereich der Oberschenkel und Bodykonturing, Lidkorrekturen, Faceliftings, Bauchstraffungen. Dazu kommen hunderttausende Behandlungen mit Hyaluronsäure und Botox-Unterspritzungen.

Megabrüste mit Implantaten über 500 Gramm pro Seite, Barbiepuppen-Nasen, mit Silikon aufgespritzte Lippen, Fettabsaugungen bei Magermodels, Horroroperationen wie herausgeschnittene Rippen, um eine engere Taille zu haben, oder Entfernung des Mittelfußknochens, um höhere Highheels tragen zu können, lehne ich ab. Genau so die Operationen, mit denen eine starke Veränderung des Aussehens erreicht werden soll. Das ist nicht möglich, hier muss der gute ästhetische Chirurg Nein sagen. Ich schicke zehn Prozent meiner Patienten weg oder arbeite bei solchen Wünschen mit einem Psychologen zusammen.

Medien haben einen großen Einfluss auf die Schönheitschirurgie. Aber ein guter Schönheitschirurg darf sich ihnen und dem Zeitgeist nicht unterwerfen. Im Gegenteil: Er schafft Natürlichkeit und Harmonie und Umstände, damit sich der Patient in seiner Haut wohl fühlt.



Das ist die Mang'sche Philosophie, mit der ich so erfolgreich geworden bin.

Das Altersspektrum reicht heute von 14 bis über 80 Jahre. Vor zehn Jahren lag es noch zwischen 18 und 60 Jahren. Ich vergleiche die Schönheitschirurgie auch oft mit dem Internet – es gibt gute und schlechte Seiten – wichtig ist die Kontrolle und diese müsste sowohl in der Schönheitschirurgie als auch im Internet viel strenger sein. So würde viel weniger passieren, und es würde keine unglückliche Menschheit initiiert. Der Schönheit-

schirurg hat eine große Verantwortung, er muss gut ausgebildet, Künstler und vor allem Psychologe sein. Mit Blick auf das Altersspektrum gibt es zwei Verteilungsgipfel: Zwischen 20 und 30 sowie zwischen 50 und 60. Die häufigsten Operationen bei Jugendlichen ab 18 sind Nasenkorrekturen, Ohranlegungen und Brustimplantate. Die meisten Anti-Aging-Operationen werden bei der Generation 50 plus durchgeführt. Die Zukunft wird schonendere Operationsmethoden bringen, wie das Mini-Lift, Laserbehandlungen, bessere Materialien und bessere Implantate, so dass die Schwellungen rascher abklingen und die Heilung schneller vorangeht. Weiterhin werden in den nächsten Jahren in der Stammzellen-, Alters- und DNA-Forschung meiner Ansicht nach revolutionäre Ergebnisse erreicht werden. Dies bringt für Ärzte und Politik große Chancen, birgt aber auch große Gefahren. Was aber nützt eine schöne Nase oder ein faltenfreies Gesicht, wenn die Zähne nicht saniert sind? Als Pionier der Schönheitschirurgie habe ich in meinen Büchern und Vorträgen Zahnärzte mit eingebunden. Deshalb habe ich vor vielen Jahren die Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin und Kosmetische Zahnmedizin gegründet, in der wir jedes Jahr auf mehreren Kongressen auf das elementare Thema Ästhetik in der Zahnmedizin hinweisen. Es gibt heute in der Zahnmedizin wunderbare Verfahren die Ästhetik betreffend, und es kann heute jeder ein strahlendes Lächeln haben.

*Prof. Dr. med. Werner Mang
Bodenseeklinik Mang
Medical One GmbH
Graf-Lennart-Bernadotte-Str. 1
88131 Lindau am Bodensee
www.bodenseeklinik.de*

Zwischen Ethik und Monetik

Die Schönheitschirurgie steht trotz starker Nachfrage unter einem fortgesetzten Rechtfertigungsdruck. Zum ersten sieht sich die Disziplin mit einer Reihe von ethisch relevanten Problemen und Fragen mit Klärungsbedarf konfrontiert. Zum zweiten sind Auftreten und Kommunikationsstil mancher Vertreter der ästhetischen Chirurgie der Ausprägung eines positiven Berufsbildes abträglich, meint der Medizinethiker Prof. Dr. Dr. Dr. Dominik Groß.

Die Aussagen von Prof. Mang liefern ein bezeichnendes Beispiel für einen problematischen Kommunikationsstil: Sachliche Nachfragen werden mit der proaktiven Werbung für die eigene Person verbunden: So folgt etwa der Frage „Was sollten Zahnärzte aus Ihrer Sicht in puncto Ästhetik beachten?“ eine Selbstbeschreibung als „Pionier der Schönheitschirurgie“ und die Empfehlung von Veranstaltungen einer Gesellschaft, der man selbst vorsteht.

Ebenso überraschend ist es, wenn der Fachvertreter bei der konkreten Frage nach dem Einfluss der Medien auf die Entwicklung der Ästhetischen Chirurgie auf die „Mang'sche Philosophie“ zu sprechen kommt, „mit der ich so erfolgreich geworden bin“. Unterstützt wird der skizzierte Eindruck durch die Holzschnittartigkeit der Argumentationen: Dass es nicht das eine „Altersgen“ geben kann, an das sich der Traum der ewigen Jugend knüpft, dürfte für Mediziner wie Nichtmediziner gleichermaßen offensichtlich sein.

Ähnlich unglücklich ist der Vergleich von Internet und „Schönheitschirurgie“ („So würde viel weniger passieren, und es würde keine unglücklichen Menschheit iniiert“).

Was bewirkt ein solcher Kommunikationsstil? Er lässt den Leser fragend zurück. Dieser hat ein spezifisches Arztbild vor Augen: das Bild eines Mediziners, der in seiner Betrachtung vom Patienten ausgeht und patientenbezogen argumentiert. Im Interview gewinnt man demgegenüber den Eindruck, der ei-

gentliche Gegenstand des Gespräches sei der Interviewte selbst, und die Fragen seien im Wesentlichen Vorlagen für die Beschreibung seines Ich-Erlebens.

Mit anderen Worten: Dass die Schönheitschirurgie als Disziplin in der gesellschaftlichen Kritik steht, hat auch damit zu tun, wie sie in der Öffentlichkeit in Erscheinung tritt. Dass das Fach über hervorragende Vertreter verfügt, ist weithin unbestritten. Es fehlt jedoch manchen Fachvertretern an beruflicher Etikette und berufsethischer Rückbindung. Sobald ein Arzt die eigene Person und offensichtlich merkantile Aspekte des eigenen Tuns in den Vordergrund rückt, droht die Verantwortung gegenüber dem Patienten in den Hintergrund zu treten und der Unterschied zwischen dem Arzt- und dem Gewerbeberuf – und damit der Vertrauensvorsprung, den der Arzt gegenüber dem Gewerbetreibenden traditionell genießt – verloren zu gehen. Dass dies in der Summe der öffentlichen Wahrnehmung des Fachs „Ästhetische Chirurgie“ abträglich ist, liegt auf der Hand. Darüber hinaus sieht sich die „Schönheitschirurgie“ als Disziplin mit ethisch relevanten Problemen konfrontiert, die hier lediglich umrissen werden können:

■ Berufsethos und Informed Consent

Zunächst ist zu fragen, ob es berufsethisch vertretbar ist, dass Ärzte ihre Kernhandlungen auf Bereiche erweitern, bei denen kein Krankheitsbezug mehr gegeben ist. Bei näherer Betrachtung wird man allerdings schnell fest-



stellen, dass Ärzte auch jenseits der „Schönheitschirurgie“ Dienste anbieten, die nicht konstitutiv für das Arztsein sind – man denke an die Kinderwunschbehandlung, IGeL-Angebote oder die kosmetische Zahnheilkunde. Umso höher sind aber hier die Anforderungen an die ärztliche Aufklärung und den Informed consent zu stellen: Dies bedeutet zum ersten, dass der Patient beziehungsweise Kunde entscheidungs- und einwilligungsfähig sein muss, eine vollständige und adäquate Aufklärung über Nutzen und Risiken der Maßnahme erfolgt ist, und die Zustimmung frei und ohne äußeren Druck gegeben wird. Zum zweiten sollten Ärzte derartige Eingriffe nur dann vornehmen, wenn die Risiken minimiert werden und sie von ei-

nem tatsächlichen Nutzen für den Patienten ausgehen können. Wenn der Arzt einen begründeten Anhalt dafür hat, dass dem Patienten andere Behandlungsoptionen (zum Beispiel eine Psycho- oder Soziotherapie, etwa bei einer „verzerrten“ Wahrnehmung des eigenen Körperbildes) eher helfen als eine Operation, sollte er auf den Eingriff verzichten

■ Minderjährigkeit

Grundsätzlich sind bei Eingriffen an Minderjährigen besondere Sorgfaltspflichten zu erfüllen. Dies gilt insbesondere bei Operationen mit dem ausschließlichen Ziel der Erhöhung der positiven Aufmerksamkeit, das heißt bei Eingriffen, die – ausgehend von einem unauffälligen Äußeren – allein der Steigerung der Attraktivität dienen. Sie sollten bei Minderjährigen unterbleiben. Davon abzugrenzen sind Operationen zur Verhinderung ausgrenzender Aufmerksamkeit – etwa bei Kindern mit stark abstehenden Ohren. Hier ist das Ziel neben der Korrektur gegebenenfalls auch die Sicherstellung einer normalen psychischen Entwicklung.

■ Soziale Implikationen

Von Kritikern „schönheitschirurgischer“ Eingriffe werden häufig negative soziale Folgen geltend gemacht, so zum Beispiel:

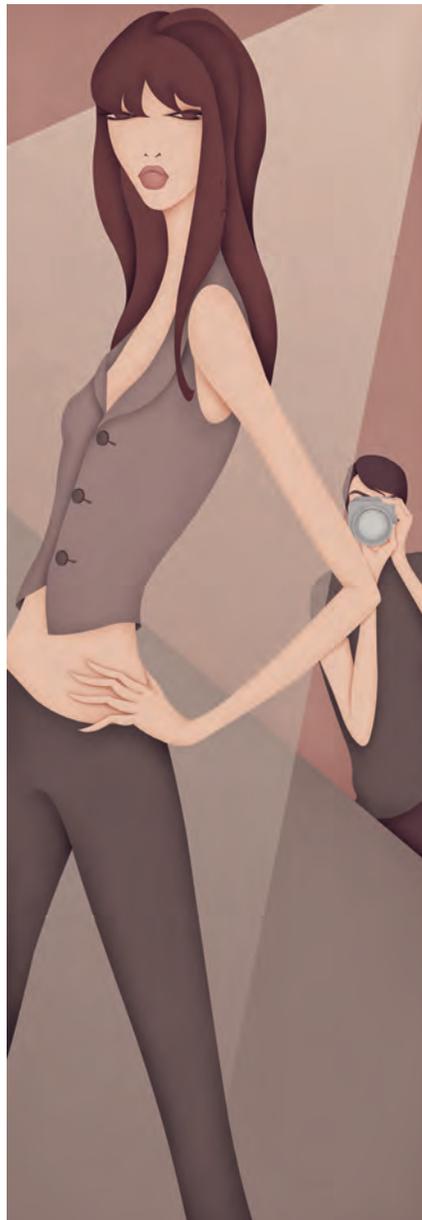
- die Sorge, dass jene den sozialen Druck verstärken: Demnach gehören derartige Eingriffe in bestimmten beruflichen Kontexten (etwa Model- und Filmbranche) mehr und mehr zu den (unausgesprochenen) Erwartungen, denen man sich kaum entziehen kann, wenn man erfolgreich werden und bleiben möchte.
- die Furcht vor einer sukzessiven Einengung auf ein bestimmtes (an Jugendlichkeit ausgerichtetes) Schönheitsideal, das die Akzeptanz für Menschen, die dieses Ideal „verfehlen“, à la longue reduziert (Konformitätsdruck).
- die Angst, dass Menschen in zunehmendem Maße auf ihr Äußeres beziehungsweise auf ästhetische Eigenschaften reduziert werden (Reduktionismus).

So notwendig es ist, diese Gefahren vorurteilsfrei und gesellschaftlich breit zu diskutieren, so wenig können die beschriebenen

Bedenken allerdings in einer wertepuralen und liberalen Gesellschaft ein kategorisches Verbot von Schönheitsoperationen begründen.

■ Qualitätsaspekte

Bisher fehlen Studien, die therapeutische Maßnahmen in der „Schönheitschirurgie“ nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin bewerten. Hier besteht ein eindeutiges Desiderat. Ein weiterer Beitrag zur Qualitätssicherung wären explizierte Ausbildungsstandards von Anbietern ästhetisch-chirurgischer Leistungen. Letztlich müssen klare Zulassungs- und Weiterbildungsbestimmungen die Gewähr dafür bieten, dass nur kompetente und erfahrene Operateure als Anbieter fungieren, die sich den Regeln der



INFO

Weitere Beiträge

Mit dem Thema Ästhetik beschäftigt sich auch der aktuelle ethische Fall auf Seite 70. Außerdem wird auf den folgenden Seiten das Thema „Wunschbehandlung“ erörtert.

Kunst verpflichtet fühlen. Auch der Ausbau fachspezifischer Leitlinien stellt eine qualitätssichernde Maßnahme dar.

■ Finanzielle Aspekte

Reine schönheitschirurgische Eingriffe (und etwaige Folgeeingriffe) sollten nicht solidarisch finanziert werden. Entscheidungsgrundlage für die Finanzierung von Leistungen durch die GKV ist die Frage, ob eine „Krankheit im rechtlichen Sinne vorliegt“ oder nicht. Allerdings gibt es Ungereimtheiten in der Praxis der Kostenerstattung: Ein viel zitiertes Beispiel ist die Korrektur bei abstehenden Ohren, die, etwa bei einem Ohrmuschel-Schädel-Winkel über 45 Grad bis zur Pubertät von den gesetzlichen Kassen finanziert wird, während sie im Erwachsenenalter selbst bezahlt werden muss. Hier ist unter anderen nicht nachzuvollziehen, warum sich der (unterstellte) Krankheitswert zwischen dem 15. und 18. Lebensjahr ändern sollte. An dieser Stelle wäre eine Schärfung der Kriterien von Nöten.

Keines der diskutierten Problemfelder rechtfertigt aus meiner Sicht in einer wertepuralen Gesellschaft den Ruf nach einer weitreichenden Beschränkung ästhetischer Eingriffe oder eine pauschale Kritik an der „Schönheitschirurgie“. Umso wichtiger ist es, die Vorbedingungen zu derartigen Eingriffen sorgfältig zu prüfen und auf der Seite der Anbieter für klare Qualitätsstandards zu sorgen. Bei Kindern und Jugendlichen sind dagegen bezüglich ästhetischer Eingriffe deutliche Einschränkungen zu machen.

Prof. Dr. Dr. Dr.
Dominik Groß
Wendingweg 2
52074 Aachen
Dominik.Gross@rwth-aachen.de

Vorsicht bei Patientenwünschen

Im Praxisalltag taucht bisweilen das Problem auf, dass Patienten sich bereits vor dem Praxisbesuch auf eine bestimmte Behandlungsweise oder die Verwendung eines bestimmten Materials festgelegt haben und wider besseres Wissen des Zahnarztes darauf beharren. Doch eine Behandlung entgegen der medizinischen Indikation ist unvertretbar – und gefährlich, denn sie führt zu unangenehmen Streitigkeiten und macht angreifbar für Schadensersatzforderungen.



Die fachliche Aufklärung über eine geplante Behandlung ist im Praxisalltag selbstverständlich. Dabei muss man freundlich deutliche Worte finden.

Fotos: proDente e.V.

Auf den ersten Blick scheint es ein Dilemma: Weicht der Zahnarzt vom medizinisch indizierten Behandlungskonzept ab, setzt er sich möglichen Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüchen aus; weigert er sich, eine gewünschte Behandlung durchzuführen, droht der Verlust des Patienten. Einzig umfassende Aufklärung über das medizinisch Sinnvolle und damit Vertretbare löst diesen Widerspruch auf.

Prüfung der Einwilligungsfähigkeit

Zunächst ist klarzustellen, dass eine aus medizinischer oder ästhetischer Sicht unsinnige Behandlung nicht einwilligungsfähig ist. So wie ein zahnärztlicher Eingriff ohne Einwilligung des Patienten nach höchstrichterlicher Rechtsprechung den Tatbestand der Körperverletzung erfüllt, macht sich andersherum

der Zahnarzt (trotz intensiver und eindringlicher Aufklärung) schadensersatzpflichtig, wenn er einer unsinnigen Behandlung zustimmt. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass der Patient über die mangelnde Indikation aufgeklärt wurde. In diesem Fall zielt der Vorwurf gegenüber dem behandelnden Zahnarzt darauf ab, dass es ihm nicht gelungen ist, die Vorstellungen des Patienten – auf welche Weise auch immer – mit seiner realistischen medizinischen Beurteilung zu verbinden. Ist die vom Patienten gewünschte Behandlung medizinisch unvertretbar, muss sie zwingend abgelehnt werden. Existieren beispielsweise weder klinische noch röntgenologische Anhaltspunkte, dass ein Zahn entfernt werden sollte, darf er auch dann nicht extrahiert werden, wenn der Patient dies nachdrücklich verlangt. Eine unsinnige Behandlung kann auch nicht Gegenstand des Leistungsanspruchs eines

Patienten gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse sein. Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots hat regelmäßig eine zweckmäßige, ausreichende und notwendige Behandlung des Patienten zu erfolgen. Neben der Gefahr, mit Ansprüchen des Patienten konfrontiert zu werden, besteht mithin zusätzlich die Gefahr, den eigenen Honoraranspruch zu verlieren. Überdies wird mit der schriftlichen Aufklärung ein Beweis dafür geschaffen, dass die Behandlung kontraindiziert und dieser Umstand dem Zahnarzt auch bekannt war.

Hinreichende Aufklärung notwendig

Entspricht die gewünschte Behandlungsform zwar nicht dem gewohnten Behandlungskonzept, ist aber dennoch vertretbar, dann ist eine ausführliche und hinreichend dokumentierte Aufklärung unverzichtbar. Unmissverständlich und ungeschönt ist dem Patienten zu verdeutlichen, welche negativen Folgen die gewünschte Behandlungsform haben kann und welche Behandlungsalternativen bestehen. Die wesentlichen Punkte des Aufklärungsgesprächs sollten zur Beweissicherung zumindest stichpunktartig in die Behandlungsunterlagen eingetragen werden. Die Verwendung von Formularen und Merkblätter kann Wesen und Sinn der Aufklärung geradezu entgegenstehen. So genügen vorformulierte Aufklärungsbögen als Nachweis für eine ordnungsgemäße Dokumentation allein in der Regel nicht, es empfiehlt sich ihre Individualisierung durch spezifische Skizzen und handschriftliche Eintragungen. Daher wird auf die Darstellung entsprechender Musterformulierungen verzichtet.

Zu beachten ist indes, dass aus der Dokumentation deutlich hervorgehen muss, dass die vom Patienten gewünschte Behandlung entgegen des zahnärztlichen Rates erfolgte und dass der Patient eindringlich und absolut schonungslos auf alle Konsequenzen der gewünschten Behandlung hingewiesen wurde. Die Hinweise auf die drohenden Konsequenzen sind hierbei möglichst detailliert zu dokumentieren. Die Aufklärung sollte in Anwesenheit eines Mitarbeiters erfolgen, der das Gespräch gegebenenfalls bezeugen kann.

Ist eine umfassende Dokumentation der Aufklärung unterblieben, kann der Zahnarzt im Einzelfall anhand einer Einverständniserklärung und der Darstellung des von ihm regelhaft durchgeführten ordnungsgemäßen Aufklärungsprogramms seiner Beweislast in einem Prozess nachkommen.

Schadensersatz- und Schmerzensgeld

Den erhöhten Anforderungen, die an ein Aufklärungsgespräch gestellt werden, wenn vom gewohnten Behandlungskonzept abgewichen wird, kann hierbei zusätzlich durch eine Anhörung des Zahnarztes sowie anhand von Zeugenaussagen der Mitarbeiter Genüge getan werden, indem die Besonderheiten des Einzelfalls und die schonungslose Aufklärung detailliert geschildert werden.

Die unsinnige Wunschbehandlung stellt einen Behandlungsfehler dar, bei dem der Patient so zu stellen ist, wie er ohne das



Ob so oder so oder so – Patientenwünsche sind medizinischen Indikationen stets nachgeordnet.

INFO

Beispiele aus der Rechtsprechung

■ Der Bundesgerichtshof erklärte bereits im Jahr 1977 (2 StR 372/77) die Einwilligung eines Patienten, der unsinnigerweise die Extraktion sämtlicher Zähne wünschte, für unwirksam und verurteilte den behandelnden Zahnarzt wegen vorsätzlicher Körperverletzung. Diskutiert – letztlich jedoch verneint – wurde in diesem Zusammenhang, ob die zahnärztliche Zange ein gefährliches Werkzeug darstellt und ob die bewirkte Entstellung den Tatbestand der schweren Körperverletzung erfüllt.

■ Einer Entscheidung des Oberlandesgerichts München aus dem Jahr 2002 (1 U 5906/01) lag der Sachverhalt zugrunde, dass ein Patient wegen seiner Allergie auf der Fertigung einer Metallkeramikbrücke bestanden hatte. Das Gericht verneinte aufgrund der Angabe des Patienten, das Material Herador GG sei die einzig von ihm vertragene Legierung, ausnahmsweise die Verantwortung des Zahnarztes für die Auswahl eines nach zahntechnischen Grundsätzen objektiv geeigneten Legierungsmaterials. Zur ordnungsgemäßen Aufklärung des Zahnarztes über die Ungeeignetheit des Materials wurden zwei Zeugen und die Parteien selbst gehört, was letztlich zur Überzeugung des Gerichts führte.

■ Das Oberlandesgericht Karlsruhe führte in einer Entscheidung aus dem Jahr 2002 (7 U 102/01) aus, dass es dem Arzt bei nachdrücklich verlangter, kontraindizierter Behandlung aufgrund seines Wissensvorsprungs obliege, dem Patienten nachhaltig von der Behandlung abzuraten und diese zusätzlich zu verweigern.

■ Eine Patientenaufklärung durch eine Arzthelferin in Anwesenheit des Arztes im selben Raum hat das Brandenburgische Oberlandesgericht (12 U 239/06) im Jahr 2008 für eine ordnungsgemäße Aufklärung als unzureichend bewertet. Die ärztliche Aufklärung darf als ärztliche Aufgabe nicht an hilfsärztliches Personal delegiert werden. Auch kann einem Patienten bei Eintritt eines Gesundheitsschadens im Rahmen einer kontraindizierten Wunschbehandlung nach Entscheidung des Oberlandesgerichts Düsseldorf (8 U 101/99) ein Mitverschulden nicht angelastet werden.

■ Das Oberlandesgericht Hamm (3 U 107/00) hat einem 16-jährigen Patienten, dem ohne Indikation acht Zähne extrahiert wurden, im Jahr 2001 einen Schmerzensgeldanspruch in Höhe von 15 000 Euro zugesprochen.

schädigende Ereignis stehen würde. Der Zahnarzt hat im Zuge dessen zunächst die unfreiwilligen Vermögenseinbußen im Zusammenhang mit der Behandlung zu ersetzen. Hierzu zählen insbesondere die Nachbehandlungskosten. Veranschlagt werden aber allgemein auch die Fahrtkosten, der Verdienstausschlag und die Gutachterkosten.

Die Nachbehandlungskosten werden meist anhand von Rechnungen neuer Behandler geltend gemacht. Es empfiehlt sich, die Abrechnungen einer genauen Prüfung zu unterziehen. Besonderes Augenmerk ist darauf zu richten, ob es sich tatsächlich um Nachbehandlungskosten handelt und ob im Rahmen einer privat liquidierten Zahnbehandlung die Steigerungssätze korrekt angesetzt wurden. Zu beachten ist

zudem auch, dass in der Regel lediglich bereits real angefallene Nachbehandlungskosten für erstattungsfähig erklärt werden. Eine Erstattung der Kosten auf der Grundlage eines bloßen Kostenvoranschlags können daher gegebenenfalls zurückgewiesen werden.

Neben dem Anspruch auf einen materiellen Schadensersatz hat hinzukommend der Patient einen möglichen Anspruch auf Schmerzensgeld wegen seelischer Leiden, körperlicher Schmerzen sowie Beeinträchtigungen der Lebensfreude.

*RA Sarah Gersch
Im Mediapark 6a
50670 Köln
dr.halbe@medizin-recht.com*

Heben Sie diese Seite für einen Fall aus Ihrer Praxis auf

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

An die Arzneimittelkommission der Deutschen Zahnärzte BZÄK/KZBV
Chausseestraße 13, 10115 Berlin

◀ Graue Felder nicht ausfüllen!
▼

	Pat. Init. 	Geburtsdatum 	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Schwangerschaftsmonat:
--	----------------	------------------	---------------------------------------------------------------------	------------------------

Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation):

lebensbedrohlich: ja nein

aufgetreten am: _____ Dauer: _____

Arzneimittel/Werkstoff:	Dosis, Menge	Applikation	wegen	BfArM-Nr.
1. _____				
2. _____				
3. _____				
4. _____				

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel ① ② ③ ④ dieses früher gegeben ja nein vertragen ja nein ggf. Reexposition neg. pos. | | | |

Allgemeinerkrankung:

behandelt mit:

Anamnestische Besonderheiten: Nikotin Alkohol Schwangerschaft Kontrazeptiva Arzneim. Abusus

Sonstiges:

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten
nein ja gegen:

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:
wiederhergestellt wiederhergestellt mit Defekt noch nicht wiederhergestellt unbekannt Exitus
(ggf. Befund beifügen) Todesursache:

Weitere Bemerkungen (z. B. Klinikeinweisung, Behandlung durch Hausarzt/Facharzt, Befundbericht, Allergietestung etc.):

Bericht erfolgte zusätzlich an: BfArM , Hersteller , Arzneim.-Komm. Ärzte sonstige Beratungsbrief erbeten

Name des Zahnarztes (evtl. Stempel) Klinisch tätig? ja nein Datum: _____

Unterschrift

Diabetes mellitus und Parodontitis

Konsensuspapier: Wechselbeziehung und klinische Implikationen

Diabetes und Parodontitis sind weit verbreitete chronische Erkrankungen mit zunehmender Prävalenz in der deutschen Bevölkerung. Zwischen beiden Erkrankungen besteht eine bidirektionale Beziehung. Angesichts der vorliegenden Evidenz, die in der Ärzteschaft noch nicht hinreichend kommuniziert worden ist, hat ein Expertengremium aus vier Diabetologen sowie vier Parodontologen dieses Konsensusdokument erstellt. Die Erstveröffentlichung erfolgte in „Der Internist“, 2011, Band 52, Nr. 4, Seite 466 bis 477.

Jede Behandlung eines Diabetes hat zum Ziel, langfristig eine optimale glykämische Einstellung zu erreichen und somit den gefürchteten Langzeitfolgen der Hyperglykämie vorzubeugen. Zu den schon lange bekannten Spätschäden des Diabetes gehören vor allem Makroangiopathien, Neuro-, Nephro- und Retinopathien und deren Folgen (Tabelle). In dieser Tabelle sind auch orale Manifestationen des Diabetes aufgeführt, von denen Parodontal-Erkrankungen (Gingivitis und Parodontitis) die häufigsten sind.

Deshalb wird heute auch von der Parodontitis als einer weiteren wichtigen Diabetesfolgekrankheit gesprochen [Löe, 1993] und zahlreiche Studien widmen sich dem wechselseitigen Verhältnis zwischen Diabetes und Parodontitis [Hampton, 2008; Perrino, 2007; Nagasawa et al., 2010]. Der Zusammenhang zwischen Parodontitis und Diabetes mellitus ist bidirektional, das heißt, die Parodontitis nimmt auch Einfluss auf die glykämische Einstellung. Parodontitis ist eine entzündliche Krankheit des Parodonts, das heißt der zahnhaltenden Gewebe, die durch Plaquebakterien ausgelöst wird [Pihlström et al., 2005]. Die einsetzende Entzündungsreaktion (Gingivitis) führt zu Taschenbildung und im weiteren Verlauf zu Gewebsabbau einschließlich des Verlusts von Alveolarknochen, was schließlich zum Verlust der Zähne führen kann (Abbildung 1). Man rechnet in industrialisierten Ländern mit einer Prävalenz von mindestens 30 Prozent der Erwachsenen (davon fünf bis 15 Prozent mit schweren Formen) [Holtfreter et al., 2010]. Nun ist aber die Infektion mit den

parodontopathogenen Mikroorganismen eine notwendige, aber keineswegs ausreichende Bedingung für das Entstehen einer Parodontitis beziehungsweise ihrer Schwere oder ihres Ausmaßes. Zahlreiche Risikofaktoren und auch die Prädisposition des betroffenen Individuums tragen zur Manifestation der Krankheit bei. Dies sind vor allem Alter und Geschlecht, Rauchen, sozioökonomische Faktoren, genetische Faktoren, aber eben auch Diabetes. Sowohl Parodontitis als auch Typ-2-Diabetes sind mit Übergewicht beziehungsweise Adipositas assoziiert, was auf gemeinsame Pathomechanismen hinweisen könnte [Pischon et al., 2007].

Einfluss des Diabetes auf Parodontitis

Assoziations- und Follow-up-Studien

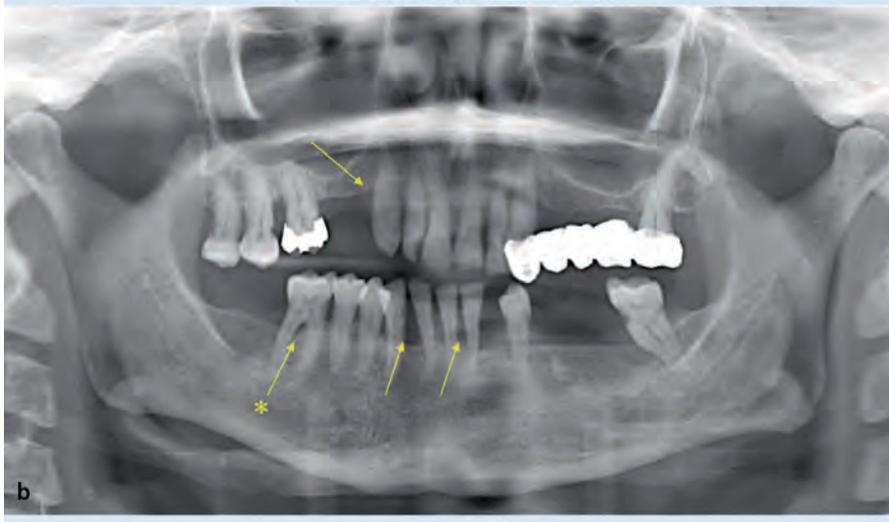
Prävalenz, Schweregrad und Progression der Parodontitis sind mit Diabetes mellitus assoziiert, wie Studien an Pima-Indianern, bei denen Typ-2-Diabetes besonders häufig vorkommt, aber auch Studien in anderen Bevölkerungsgruppen gezeigt haben [Salvi et al., 2008; Mealey & Ocampo, 2007]. So

war zum Beispiel in einer Studie, an der 325 Typ-1-Diabetiker, 25 Typ-2-Diabetiker und 350 Nichtdiabetiker im Alter zwischen sechs und 18 Jahren teilnahmen, Diabetes mellitus mit gingivaler Entzündung und parodontalem Attachmentverlust assoziiert [Lalla et al., 2007]. In einer Meta-Analyse, die 23 Studien aus den Jahren 1972 bis 2001 und insgesamt 19 245 Personen einschloss, wurden unter anderem der Gingiva-Index sowie der Schweregrad und das Ausmaß der parodontalen Erkrankungen von Diabetikern und Nichtdiabetikern verglichen [Khader et al., 2006].

Die Meta-Analyse offenbarte, dass die durchschnittliche Sondierungstiefe und der durchschnittliche klinische Attachmentverlust bei Diabetes mellitus, unabhängig vom Diabetes-Typ, signifikant erhöht waren. Eine weitere Meta-Analyse der Jahre 1980 bis 2007 bestätigte, dass Typ-2-Diabetes ein Risikofaktor für Parodontitis ist [Chavarry et al., 2009] (Abbildung 2). Parodontitis ist nicht nur mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes, sondern wohl auch mit weiteren Diabetesformen (wie Gestationsdiabetes [Xiong et al., 2009]) assoziiert.

Mikrovaskulär	Makrovaskulär	Oral
Retinopathie	Myokardinfarkt	Gingivitis
Nephropathie	Periphere arterielle Verschlusskrankheit	Parodontitis
Neuropathie	Apoplexie	Candidiasis
	Neuroischämisches diabetisches Fußsyndrom	Leukoplakie Lichen planus

*Bedeutende Komplikationen und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus
[nach: Skamagas et al., 2008]*



		OK								UK							
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
V	ST	4 5 2	2 3 3	5 2 3						2 6 7	9 6 6	4 2 6					
P	ST	2 2 4	3 4 4	3 3 3						2 3 6	3 3 4	4 3 3					
V	SB	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
P	SB	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
V	GR	-2	-2	-1	-2	-2	-2	-1		-5	-4	-1	-1	-1			
P	GR	-2	-2	-2						-2							
V	AL	6	7	4	3	5	5	5	4	4	4						
P	AL	4	4	4	5	4	4	3	3	3							
V	FK																
P	FK																
V	ST	5	4	4	3	1	3	3	4	3	2	2	4				
P	ST	4	2	6	5	2	4	4	3	4	4	4	4				
V	SB	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
P	SB	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
V	GR																
P	GR																
V	AL	3	6	4													
P	AL	4	4	9	9	6	7	6	4	4	4	5					
V	FK																
P	FK																

Das erhöhte Risiko für Parodontitis bei Vorliegen eines Diabetes mellitus hängt von der glykämischen Einstellung ab. Die Beobachtung, dass der Parodontalzustand von Diabetikern mit besserer glykämischer Einstellung dem von Nichtdiabetikern ähnelt, wohingegen mit schwindender glykämischer Kontrolle das Risiko für eine parodontale Destruktion erhöht ist, wird durch zahlreiche weitere Studien gestützt [Tsai et al., 2002; Lim et al., 2007; Taylor et al., 1998]. Longitudinale Studien haben offenbart, dass die Progression von Parodontiden bei Diabetes mellitus beschleunigt ist. Demnach haben Diabetiker ein höheres Risiko für das Fortschreiten des Alveolarknochenabbaus im Vergleich zu Nichtdiabetikern [Taylor et al., 1998]. Das manifestiert sich auch in höherem Zahnverlust, wie in einer großen populationsbasierten Studie gezeigt wurde [Kaur et al., 2009]. Weiterhin belegen zahlreiche Querschnittsstudien, dass Parodontitis nicht nur mit Diabetes, sondern auch mit dessen Komplikationen assoziiert ist [Karjalainen et al., 1994].

Abbildung 1:
 a) Generalisierte fortgeschrittene Parodontitis bei einem Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2: Intraorale klinische Situation bei der Erstuntersuchung: Rötungen und Schwellungen der Gingiva im Ober- und Unterkiefer hervorgerufen durch massive Belagbildung auf den Zähnen und Zahnwurzeln am Gingivalrand
 b) Röntgenbefund (Panorama-Schichtaufnahme): Die Pfeile markieren den weit fortgeschrittenen Knochenabbau und Attachmentverlust der Zähne. Auf den Wurzeloberflächen sind teilweise verkalkte Auflagerungen (subgingivaler Zahnstein) sichtbar. Der Pfeil mit Sternmarkierung kennzeichnet den Furkationsbefall des Zahnes im rechten Unterkiefer (das heißt, die Entzündung ist in den Wurzelverzweigungsbereich vorangeschritten).
 c) Parodontalstatus des Patienten: 1 bis 8 Zahnort, OK = Oberkiefer, UK = Unterkiefer, v = vestibulär, p = palatinal, l = lingual FK= Furkationsbeteiligung der mehrwurzeligen Zähne im OK und UK
 ST = Sondierungstiefe in mm (beim Gesunden < 3 mm)
 SB = Sondierungsblutung (+ = Zeichen aktiver Entzündung an der entsprechenden Stelle)
 GR = Position des Gingivalrandes in Bezug zum Zahnhals
 AL = Attachmentlevel als Maß für den Abbau des Zahnhalteapparats

Aus zahlreichen Kurz- und Langzeituntersuchungen kann ferner gefolgert werden, dass metabolisch gut eingestellte Diabetiker ähnlich gut auf eine Parodontistherapie ansprechen wie Nichtdiabetiker und dass die Ergebnisse nach einer parodontalen Behandlung gleichermaßen erfolgreich aufrechterhalten werden können [Christgau et al., 1998; Westfelt et al., 1996; LLambes et al., 2005]. Diabetiker mit schlechter glykämischer Einstellung und/oder vielen Diabetes-assoziierten Komplikationen weisen dagegen im Vergleich mit gut eingestellten Diabetikern und Nichtdiabetikern schlechtere Ergebnisse nach parodontaler Therapie auf.

Einfluss von Diabetes mellitus auf die Implantattherapie

Enossale Implantate haben sich in den vergangenen Jahren zu einem integralen Bestandteil der modernen zahnärztlichen Behandlung entwickelt. Systembedingte technische Komplikationen durch Material- oder Fertigungsfehler konnten durch kontinuierliche Verbesserungen weitgehend eliminiert werden, dagegen sind periimplantäre Entzündungen ein bedeutender Risikofaktor für einen späteren Implantatverlust und werden bei über 50 Prozent der Patienten beobachtet [Lindhe & Meyle, 2008]. Ähnlich wie beim natürlichen Zahn bildet sich auf dem Implantatmaterial ein bakterieller Biofilm, der zunächst im umgebenden Weichgewebe eine Entzündungsreaktion auslöst. Diese „periimplantäre Mukositis“ kann bei bis zu 80 Prozent der Implantat-träger beobachtet werden. Daraus entwickelt sich bei längerer Präsenz individuell verschieden schnell eine Periimplantitis, die zum Abbau des knöchernen Implantatlagers führt und durch die der Biofilm Abschnitte der Implantatoberfläche bedecken kann, die unterhalb der Schleimhautoberfläche liegen und daher der individuellen Mundhygiene nicht beziehungsweise nicht mehr zugänglich sind. Unbehandelt schreitet dieser Prozess weiter voran und führt letztendlich zum Implantatverlust.

Bis heute wird Diabetes mellitus, in Abhängigkeit von seiner glykämischen Kontrolle, als eine relative Kontraindikation für die Versorgung mit enossalen Dentalimplantaten

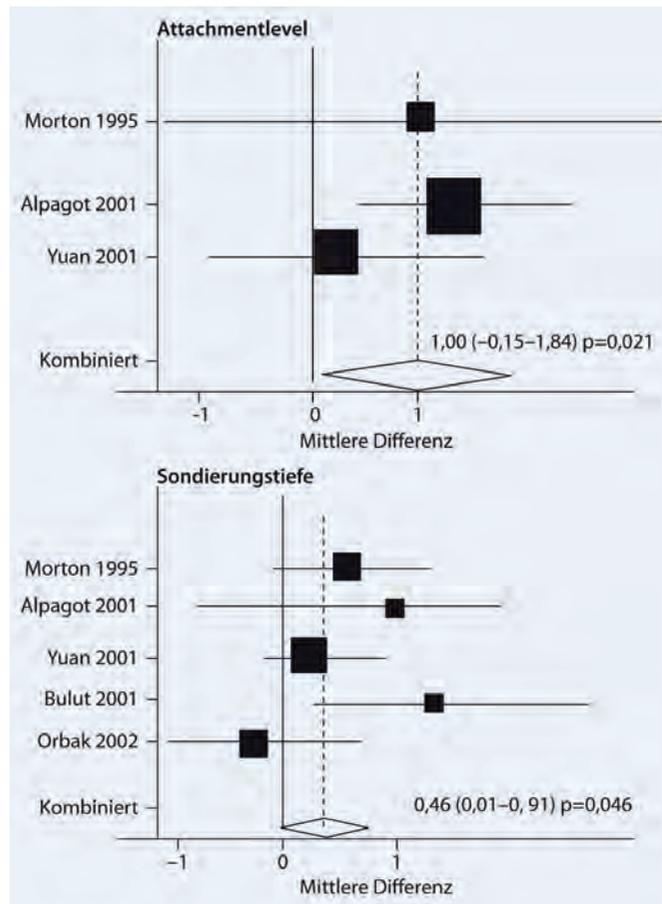


Abbildung 2: Signifikante Unterschiede im Attachmentlevel und in der Sondierungstiefe zwischen Typ-2-Diabetikern und Nichtdiabetikern. (Ergebnisse einer Meta-Analyse adaptiert nach Chavarry et al., 2009)

betrachtet [Beikler & Flemmig, 2003]. Eine insuffiziente glykämische Kontrolle und Hyperglykämie stehen in direktem Zusammenhang mit einer schlechten/verzögerten Wundheilung und einer eingeschränkten Immunabwehr. In Übereinstimmung damit wurde in Tierexperimenten nachgewiesen, dass eine Hyperglykämie negative Auswirkungen auf die Knochenneubildung und die Implantateinheilung hat.

Es gibt nur eine begrenzte Anzahl von Studien über die Auswirkungen von Diabetes auf die Ergebnisse einer Implantatbehandlung. Über Implantatüberlebensraten bei Patienten mit Diabetes (1 140 Studienteilnehmer) wurde in einer retrospektiven Kohortenstudie berichtet. Die Patienten wurden über einen Zeitraum von 21 Jahren von demselben Chirurgen behandelt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Implantate der meisten in die Studie eingeschlossenen 48 diabetischen Probanden trotz mittelmäßiger bis guter Blutzuckereinstellung statistisch eindeutig geringere Überlebensraten aufwiesen als die

der nicht diabetischen Probanden.

Es wurde berichtet, dass es bei diabetischen Probanden einige Monate nach Einsetzen des Implantats zum Implantatverlust kam und dass sich Verluste über zehn Jahre fortsetzten, so dass sich eine Implantatüberlebensrate von 68,75 Prozent mit einem relativen Risiko von 2,75 im Vergleich zu gesunden Probanden ergab [Moy et al., 2005]. In einer weiteren Studie wurde nachgewiesen, dass bei Patienten mit einem HbA1c > 8 Prozent die Implantateinheilung in den ersten zwei bis sechs Wochen eindeutig verzögert war. Je höher der HbA1c, desto länger dauerte diese Phase [Oates et al., 2009]. Dies erklärt zumindest teilweise, weshalb bei Diabetespatienten Implantatfrühverluste beobachtet werden. Unter der Voraussetzung einer guten Blutzuckereinstellung stellt der Diabetes mellitus keine absolute Kontraindikation für eine Implantatversorgung dar [Kotsovilis et al., 2006]. Auch erbrachte der Vergleich von Patienten mit kontrolliertem Typ-2-Diabetes und nicht

diabetischen Probanden im Hinblick auf einen vorzeitigen Implantatverlust keine Unterschiede [Alsaadi et al., 2007]. Allerdings war das Risiko für Periimplantitis bei Patienten mit Diabetes eindeutig erhöht [Ferreira et al., 2006].

Pathomechanismen

Eine Vielzahl von Pathomechanismen, über die Diabetes mellitus zum erhöhten Risiko für Parodontitis beitragen könnte, sind beschrieben worden [Graves et al., 2007; Mealey & Ocampo, 2007; Nishimura et al., 2007; Preshaw et al., 2007]. Da die Unterschiede bezüglich der mikrobiellen Zusammensetzung des subgingivalen Biofilms zwischen Diabetikern und Nichtdiabetikern eher gering sind, werden vor allem Besonderheiten in der Wirtsabwehr oder im Metabolismus der parodontalen Gewebe für die verstärkte parodontale Destruktion bei Diabetes mellitus angenommen. Die wesentlichen Mechanismen, die heute unter dem Aspekt der schädlichen Hyperglykämie diskutiert werden, sind im Folgenden dargestellt. Bei Diabetes mellitus werden vermehrt Endprodukte der fortgeschrittenen Glykierung (Advanced Glycation End Products, AGE)

gebildet. AGE entstehen durch nicht-enzymatische Bindung von Glukose an freie Amino-Gruppen von Proteinen (Abbildung 3, a). Binden AGE an ihren Rezeptor auf Entzündungszellen, wird die Freisetzung von reaktiven Sauerstoffspezies, Zytokinen und anderen Entzündungsmediatoren aus diesen Zellen verstärkt (Abbildung 3, b). Weiterhin können AGE die Chemotaxis und die Adhäsion von Entzündungszellen und somit die Rekrutierung dieser Zellen ins parodontale Gewebe fördern. AGE begünstigen auch die Apoptose, das heißt den programmierten Zelltod, von Fibroblasten und Osteoblasten, woraus eine verringerte Kollagen- und Knochenneubildung resultiert [Graves et al., 2007]. Außerdem wird Kollagen über AGE zusätzlich vernetzt, so dass der Ab- und Umbau sowie die Erneuerung des parodontalen Bindegewebes erschwert sind (Abbildung 3, c). Die pathogenetische Bedeutung der AGE besteht also zum Teil darin, dass sie Entzündungsprozesse im Parodont fördern und die Homöostase der parodontalen Gewebe hemmen können.

Eine Hyperglykämie kann auch direkt zur Freisetzung von schädigenden Entzündungsmediatoren führen. So steigt zum Beispiel

die Produktion von Entzündungsmolekülen in Monozyten nach Stimulation mit Glukose an. Erhöhte Konzentrationen von Entzündungsmarkern im systemischen Kreislauf findet man sowohl bei Diabetes als auch bei Parodontitis [Pickup, 2004]. Ein weiterer Pathomechanismus für die Assoziation zwischen Parodontitis und Diabetes mellitus könnte in der vermehrten Freisetzung von Adipokinen bei Diabetes mellitus bestehen. Adipokine sind Moleküle, die im Fettgewebe produziert werden, wie zum Beispiel Leptin, Visfatin, Resistin und Adiponektin. Adipokine regulieren nicht nur die Insulinresistenz und den Energieumsatz, sondern auch Entzündungs- und Wundheilungsprozesse. Veränderte Adipokinspiegel, insbesondere bei adipösen Diabetikern, könnten daher die parodontalen Entzündungsprozesse verstärken [Kardesler et al., 2010].

Einfluss von Parodontitis auf Diabetes mellitus

Assoziations- und Follow-up-Studien

Wie auch bei anderen chronischen Entzündungen weisen Diabetiker mit einer Parodontitis im Durchschnitt eine schlechtere glykämische Einstellung als parodontal gesunde Diabetiker auf [Jansson et al., 2006]. Mit Zunahme der Sondierungstiefe oder des entzündeten parodontalen Gewebes [PISA] steigt auch der HbA1c-Wert bei Diabetikern an [Chen et al., 2010; Nesse et al., 2009]. Aber auch bei Individuen, die nicht an einem Diabetes mellitus erkrankt sind, ist der Blutglukosespiegel mit Parodontitis beziehungsweise deren Schweregrad assoziiert [Hayashida et al., 2009; Wolff et al., 2009; Nibali et al., 2007; Saito et al., 2006]. Die Annahme, dass Parodontitis zu einer Erhöhung des Blutglukosespiegels führt, wird insbesondere durch longitudinale Untersuchungen gestützt [Demmer et al., 2008, 2010; Saito et al., 2004; Taylor et al., 1996]. So war das Ausmaß der parodontalen Erkrankungen in einer bevölkerungsbasierten Studie in Vorpommern (SHIP) an 2793 Individuen ohne Diabetes mellitus zu Studienbeginn mit der Ver-

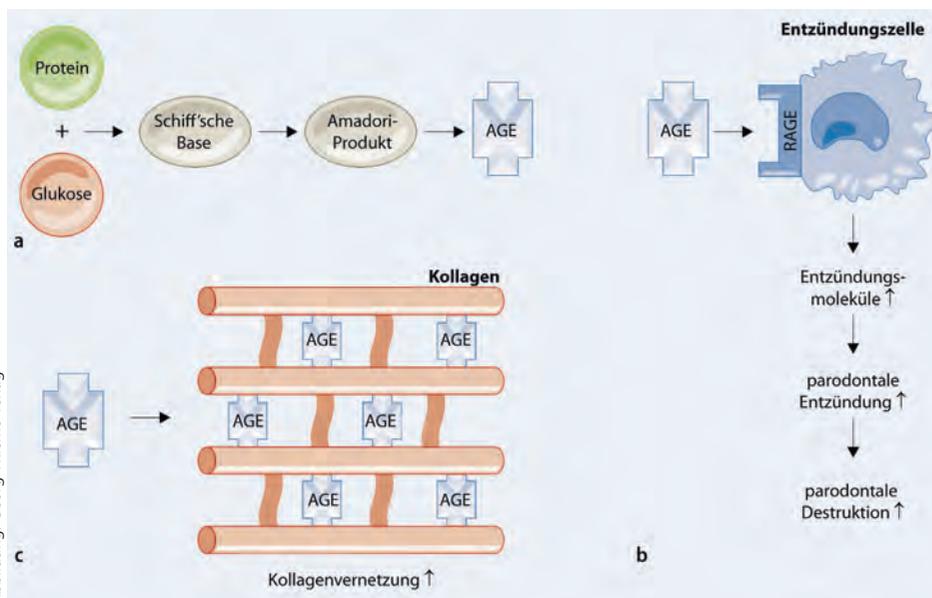


Abbildung 3:

(a) Reaktionen zur Bildung von Endprodukten der fortgeschrittenen Glykierung (AGE)
 (b) AGE binden an ihren Rezeptor (RAGE) auf Entzündungszellen. Es werden vermehrt Entzündungsmoleküle freigesetzt. Die bakteriell induzierte Entzündung des Parodonts wird verstärkt.
 (c) Kollagenvernetzung über AGE führt zu erschwertem Turn-over des parodontalen Bindegewebes [mit freundlicher Genehmigung des Georg Thieme Verlags]

schlechterung des HbA1c-Werts, beurteilt nach fünf Jahren, positiv assoziiert [Demmer et al., 2010].

In einer japanischen Studie wurden die Daten einer Subgruppe, die zu Beginn der Untersuchung eine normale Glukosetoleranz aufwies, ausgewertet. Nach zehn Jahren hatten 81 von den 415 Japanern entweder eine gestörte Glukosetoleranz oder einen Diabetes mellitus. Das Risiko für die gestörte Glukosetoleranz beziehungsweise den Diabetes mellitus erhöhte sich mit Zunahme der bei Studienbeginn gemessenen mittleren Sondierungstiefe [Saito et al., 2004].

Weiterhin ergab eine große amerikanische Studie, dass parodontal-erkrankte Patienten im Vergleich mit parodontal-gesunden Individuen häufiger in den nachfolgenden Jahren einen Diabetes mellitus entwickelten [Demmer et al., 2008].

Insgesamt legen diese Untersuchungen nahe, dass Parodontitis bei Diabetikern die Stoffwechselkontrolle verschlechtert. Darüber hinaus wird durch Parodontitis bei Individuen ohne Diabetes mellitus das Risiko für die Entstehung einer gestörten Glukosetoleranz beziehungsweise eines Diabetes mellitus erhöht. Weitere Longitudinalstudien zeigen außerdem, dass parodontale Erkrankungen auch das Risiko für Diabetes-assoziierte Komplikationen steigern [Shultis et al., 2007; Saremi et al., 2005; Taylor et al., 1996; Thorstensson et al., 1996]: So wurde beispielsweise in einer prospektiven Studie an 628 Pima-Indianern (Alter > 35) mit Typ-2-Diabetes der Einfluss von Parodontitis auf die Sterberate untersucht.

Während der durchschnittlichen Laufzeit von elf Jahren verstarben 204 Personen. Bei Diabetikern mit schwerer Parodontitis war die Sterblichkeit aufgrund einer ischämischen Herzkrankheit 2,3-fach (Abbildung 4, a) und einer diabetischen Nephropathie 8,5-fach (Abbildung 4, b) gegenüber parodontal-gesunden oder weniger schwer erkrankten Diabetikern erhöht [Saremi et al., 2005].

In einer weiteren longitudinalen Studie an 529 Pima-Indianern (Alter > 25) war die Inzidenz von Makroalbuminurie 2,1-fach und die Inzidenz von terminaler Nieren-

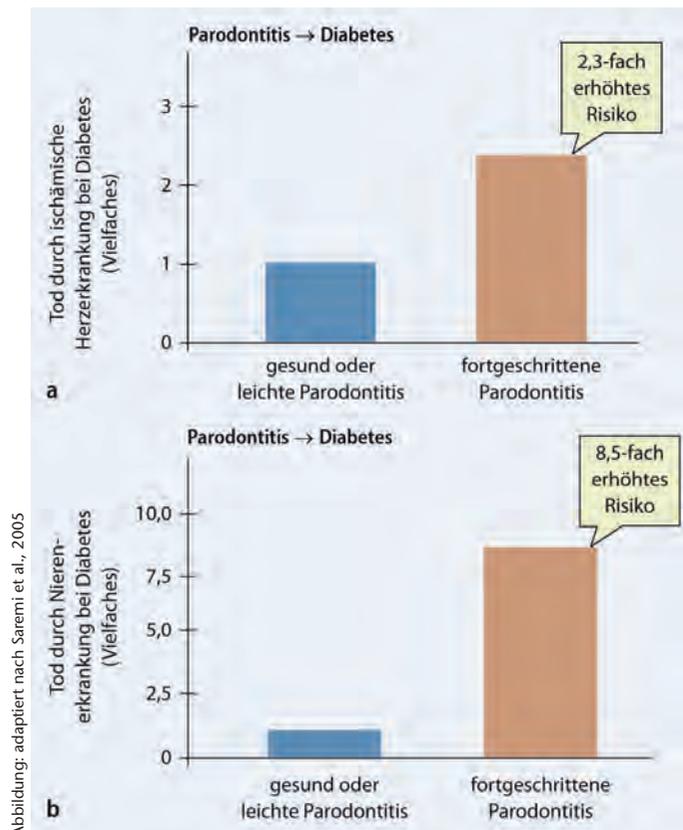


Abbildung 4: Bei Diabetikern mit schwerer Parodontitis war die Sterblichkeit aufgrund einer ischämischen Herzkrankheit 2,3-fach (Abbildung 4, a) und einer diabetischen Nephropathie 8,5-fach (Abbildung 4, b) gegenüber parodontal-gesunden oder weniger schwer erkrankten Diabetikern erhöht.

insuffizienz 3,5-fach bei parodontal schwer erkrankten Typ-2-Diabetikern im Vergleich mit parodontal-gesunden oder nur leicht erkrankten Diabetikern erhöht [Shultis et al., 2007]. Dass bei Diabetikern mit schwerer Parodontitis Diabetes-assoziierte Komplikationen häufiger auftreten, wurde in einer

schwedischen Verlaufsstudie ebenfalls festgestellt [Thorstensson et al., 1996]. Wenn eine Parodontitis die glykämische Einstellung negativ beeinflusst, dann sollte durch eine effektive Parodontistherapie die glykämische Einstellung verbessert werden können. Obwohl dieser Nachweis in einigen

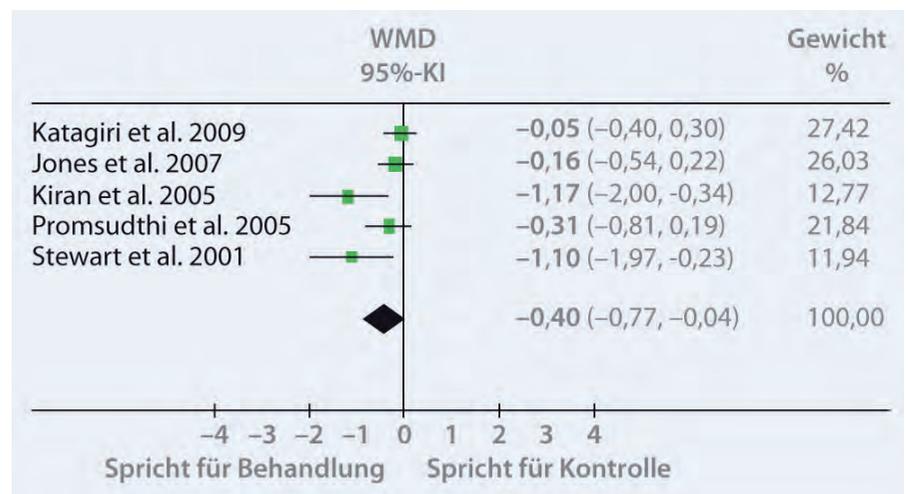


Abbildung 5: Der positive Effekt einer nicht-chirurgischen Parodontistherapie auf die metabolische Einstellung bei Typ-2-Diabetikern wurde in Meta-Analysen nachgewiesen. Die signifikante HbA1c-Senkung lag bei 0,4 Prozent (WMD: gewichtete mittlere Differenz).

Studien aus unterschiedlichen Gründen nicht gelungen ist, so deuten doch zahlreiche Untersuchungen daraufhin, dass durch eine effektive parodontale Behandlung der HbA1c-Wert, insbesondere bei Typ-2-Diabetes, reduziert werden kann [Navarro-Sanchez et al., 2007; Singh et al., 2008; O'Connell et al., 2008; Correa et al., 2010; Koromantzios et al., 2011].

In einer Reihe von Meta-Analysen wurde der positive Effekt einer nicht-chirurgischen Parodontitistherapie auf die metabolische Einstellung bei Typ-2-Diabetikern nachgewiesen [Janket et al., 2005; Darré et al., 2008; Teeuw et al., 2010; Simpson et al. 2010] (Abbildung 5). Die HbA1c-Senkung lag je nach Meta-Analyse zwischen 0,4 und 0,8 Prozent (bei HbA1c-Ausgangswerten von sieben bis zehn Prozent). Obwohl weitere multizentrische, randomisierte, kontrollierte Interventionsstudien mit hohen Patientenzahlen und längerem Verlauf notwendig sind, legen die bisherigen Untersuchungen dennoch nahe, dass durch eine effektive Parodontitistherapie die glykämische Einstellung bei parodontal-erkrankten Diabetikern verbessert werden kann. Vergleichbare Daten liegen für Typ-1-Diabetes bisher nicht vor.

Untersuchungen über den Einfluss häuslicher Mundhygienemaßnahmen auf Diabetes mellitus liegen bis dato nicht vor. Der oben angesprochene Effekt einer mechanischen Parodontaltherapie auf die glykämische Einstellung, wie auch klinische Erfahrungen über Auswirkungen häuslicher Mundhygiene auf gingivale und parodontale Entzündungen bei Nichtdiabetikern, lassen jedoch den Schluss zu, dass für die

Prävention parodontaler Erkrankungen und den Erhalt parodontaler Gesundheit nach erfolgter zahnärztlicher Intervention auch bei Diabetikern eine gute Compliance der Patienten in Form einer regelmäßigen und sehr guten häuslichen Mundhygiene erforderlich ist.

Pathomechanismen

Die Pathomechanismen, über die parodontale Erkrankungen die glykämische Einstellung und damit auch Diabetes-assoziierte Komplikationen beeinflussen können, sind erst teilweise erforscht. So wird angenommen, dass Parodontitis durch die Erhöhung der systemischen Entzündungsbelastung eines Individuums zur Verschlechterung der glykämischen Einstellung beiträgt: Parodontalpathogene Mikroorganismen, ihre Bestandteile und Produkte können über das ulzerierte Taschenepithel in die systemische Zirkulation gelangen, wo sie die Synthese von Entzündungsmolekülen induzieren. Dabei ist die Bakteriämie umso stärker, desto schwerer die Parodontitis ausgeprägt ist [Geerts et al., 2002].

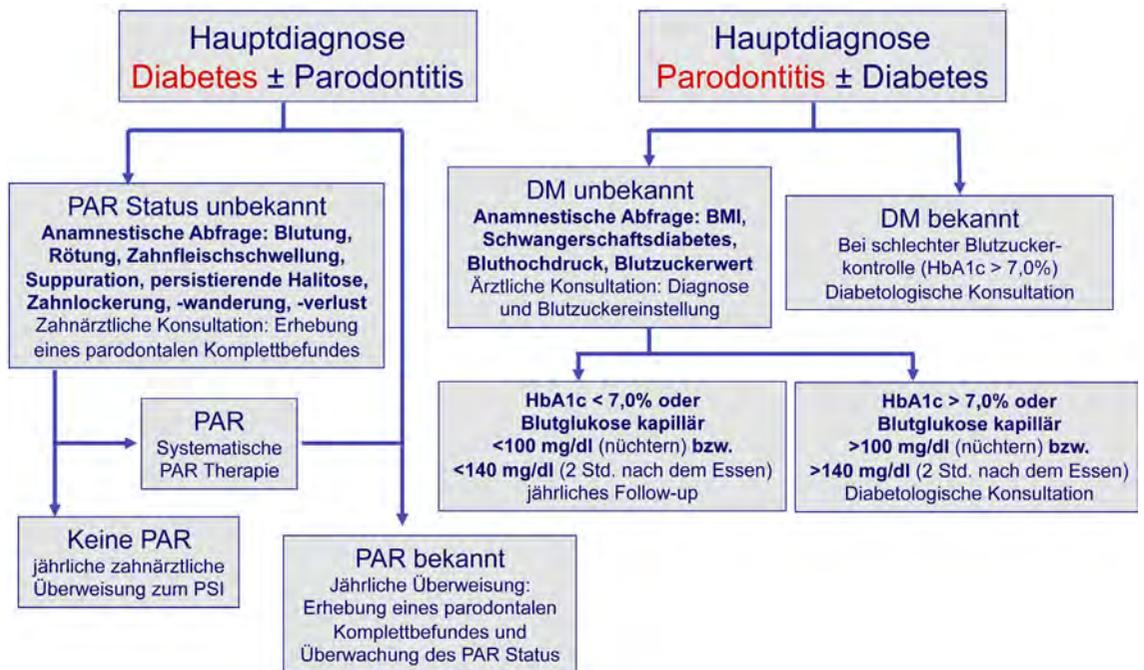
Ebenso wie Bakterien können auch Entzündungsmoleküle aus dem entzündeten Parodont in die systemische Zirkulation gelangen. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass die Spiegel verschiedener Entzündungsmediatoren in der Sulkusflüssigkeit, in der Gingiva und in der systemischen Zirkulation bei einer Parodontitis erhöht sind [Paraskevas et al., 2008; Loos et al., 2000; Bretz et al., 2005; Preiss und Meyle, 1994]. Nach einer erfolgreichen Parodontitistherapie fallen diese Serumspiegel wieder ab [Paraskevas et al., 2008; D'Aiuto et al., 2004; Iwamoto et al., 2001].

Entzündungsmoleküle können die Wirkung des Insulins verringern, das heißt die Insulinresistenz erhöhen, indem sie unter anderem die Aktivierung/Phosphorylierung des Insulinrezeptors und weiterer Moleküle der intrazellulären Insulin-Signalkaskade hemmen [Youngren, 2007; Gual et al., 2005]. Die Parodontitis-bedingte Erhöhung der Serumspiegel von Entzündungsmediatoren könnte zumindest teilweise den negativen Effekt der Parodontitis auf den Blutglukosespiegel erklären.

*Bei diesem Beitrag handelt es sich um einen leicht modifizierten Nachdruck, der mit freundlicher Genehmigung des Springer-Verlags erscheint.
Originaltitel: Diabetes mellitus und Parodontitis. Wechselbeziehung und klinische Implikationen. Ein Konsensuspapier
J. Deschner, T. Haak, S. Jepsen, T. Kocher, H. Mehnert et al. Der Internist, 2011, Volume 52, Number 4, Pages 466-477.*

Die dieser Publikation zugrunde liegende Konsensuskonferenz wurde durch ein Educational Grant der Firma Colgate-Palmolive, Hamburg, und durch die Bundeszahnärztekammer ermöglicht.

Abbildung 6:
Untersuchungsalgorithmus zur interdisziplinären Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus (DM) und/oder Parodontitis (PAR)
(BMI: Body Mass Index, PSI: Parodontal Screening Index)



Präventions- und Therapieempfehlungen

Für das ärztliche Team

Diabetes mellitus ist eine Systemerkrankung, die über Organ-, Sektor- und Fachgrenzen hinausgeht. Die optimale Behandlung der Patienten erfordert einen ganzheitlichen Ansatz, der auch die Mundgesundheit mit einbezieht. Die Kontrolle des Zahnstatus sollte daher grundsätzlich in die Anamnese bei der routinemäßigen Untersuchung von Patienten mit Diabetes mellitus aufgenommen werden. Sofern der Patient einen schlechten Mundgesundheitszustand in Form von Zahnfleischbluten, Zahnlockerung und gegebenenfalls eine CRP-Erhöhung aufweist, ist eine zeitnahe Überweisung zum Zahnmediziner indiziert.

Die Abfrage des Zahnstatus sollte mithilfe eines standardisierten Fragebogens durchgeführt werden, der an den behandelnden Zahnarzt übermittelt und von ihm vervollständigt wird (Anhang). In diesem Zusammenhang sollte außerdem eine Aufklärung des Patienten im Hinblick auf sein erhöhtes Parodontitis-Risiko und die Bedeutung der Mundpflege stattfinden.

Der zeitliche Abstand für die zahnmedizinische Untersuchung von Diabetes-mellitus-

Patienten sollte ein Jahr betragen. Wichtig ist, dass hierbei eine Messung der Taschentieften durchgeführt wird, bei der der Parodontal Screening Index (PSI) erste Informationen über den Schweregrad der Erkrankung und den Behandlungsbedarf liefert.

Für das zahnärztliche Team

Für die parodontale Behandlung und Nachbetreuung von Diabetikern müssen einige Besonderheiten Beachtung finden [Kidambi et al., 2008; Rees et al., 2000]. Regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen, professionelle Zahnreinigungen und ein effektives subgingivales Debridement sind für parodontal-erkrankte Diabetiker besonders wichtig. Zusätzlich muss von Patienten mit einem erhöhten parodontalen Risiko eine sehr gute häusliche Mundhygiene erwartet werden. Neben der regelmäßigen täglichen Entfernung des Plaquebiofilms mithilfe einer Zahnbürste gehören hierzu auch die regelmäßige eingeübte Verwendung von Zahnseide und Zahnzwischenraumbürsten. [Staehele et al., 2007; Kressin et al., 2006]. Die mechanische Plaquekontrolle kann bei chronischen parodontalen Entzündungen durch die Verwendung von Mundhygieneprodukten (Zahnpasten und Mundspülungen) unterstützt werden, die eine klinisch

relevante Antiplaque-Wirkung sowie sinnvollerweise auch einen entzündungshemmenden Effekt aufweisen [Gaffar et al., 1995; Rosling et al., 1997; Ellwood et al., 1998; Cullinan et al., 2003].

Im Rahmen der Anamneseerhebung (Anhang) sollte erfragt werden, an welchem Diabetesstyp der Patient leidet, seit wann der Diabetes mellitus besteht, ob und welche Diabetes-assoziierten Komplikationen vorliegen, wie der Diabetes augenblicklich therapiert wird und wie der Diabetes eingestellt ist (HbA1c-Wert).

Interdisziplinäre Therapie

Für die interdisziplinäre Behandlung ist der Kontakt zwischen behandelndem Hausarzt beziehungsweise Diabetologen und dem Parodontologen erforderlich (Abbildung 6). Der Patient sollte über den bidirektionalen Zusammenhang zwischen Diabetes mellitus und Parodontitis aufgeklärt werden [Santacroce et al., 2010; Preshaw et al., 2007].

Die erfolgreiche Therapie sowohl der Parodontitis als auch des Diabetes mellitus setzt eine sehr gute Patientencompliance voraus. Für den Langzeiterfolg der parodontalen Therapie sind die Sicherstellung einer adäquaten glykämischen Einstellung und die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen

Patient, Zahnarzt und Arzt entscheidend. Auf der anderen Seite ist bekannt, dass sich eine optimale parodontologische und dentalhygienische Behandlung günstig auf die Blutzuckerkontrolle von Diabetikern auswirkt, ja sogar langfristig zur Senkung des HbA1c-Werts beitragen kann.

Die Behandlung einer Parodontitis muss daher integraler Bestandteil des Diabetesmanagements sein. Daher ist die Frage wichtig, welche zeitliche Abfolge es zwischen dem Beginn oder der Exazerbation einer Parodontal-Erkrankung und dem Beginn extra-oraler Diabetes-bedingter Komplikationen gibt.

Eine praktische Empfehlung kann heute nur lauten: Jeder Diabetiker sollte zum Zahnarzt (besser Parodontologen) überwiesen werden, wie auch umgekehrt. Damit könnte die Zahnarztpraxis ein Screening-Ort für Diabetes mellitus sein [Strauss et al., 2010].

Zusammenfassung

Diabetes und Parodontitis sind weit verbreitete chronische Erkrankungen mit einer zunehmenden Prävalenz in der deutschen Bevölkerung. Zwischen beiden Erkrankungen besteht eine bidirektionale Beziehung. Der Diabetes begünstigt die Entstehung, die Progression und den Schweregrad einer Parodontitis. Die Parodontitis erschwert die glykämische Kontrolle des Diabetes, erhöht das Risiko Diabetes-assoziiierter Komplikationen und möglicherweise sogar für dessen

Entstehung. Angesichts der vorliegenden Evidenz, die gerade in der Ärzteschaft noch nicht hinreichend kommuniziert worden ist, hat ein Expertengremium, bestehend aus vier Diabetologen und vier Parodontologen im vorliegenden Konsensdokument die folgenden Fragen adressiert:

1. Welchen Einfluss hat Diabetes mellitus auf Parodontitis und die parodontale Therapie?
2. Welchen Einfluss hat Parodontitis auf Diabetes mellitus?
3. Was sind die praktischen Konsequenzen, die sich daraus für interdisziplinäre Behandlungsstrategien ableiten?

Fazit: Die Behandlung parodontaler Infektionen sollte integraler Bestandteil des Diabetesmanagements werden, wohingegen die Sicherstellung einer adäquaten glykämischen Einstellung wesentlicher Bestandteil einer erfolgreichen Parodontaltherapie ist.

*Prof. Dr. James Deschner
Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung
und Präventive Zahnheilkunde
Universitätsklinikum Bonn
Welschnonnenstr. 17
53111 Bonn*

*Prof. Dr. Thomas Haak
Diabeteszentrum Mergentheim
Theodor-Klotzbücher-Str. 12
97980 Bad Mergentheim*

*Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen
Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung
und Präventive Zahnheilkunde
Universitätsklinikum Bonn
Welschnonnenstr. 17
53111 Bonn*

*Prof. Dr. Thomas Kocher
Abteilung für Parodontologie, Zentrum für
ZMK-Heilkunde, Universität Greifswald
Rotgerberstr. 8
17475 Greifswald*

*Prof. Dr. Hellmut Mehnert
Institut für Diabetesforschung
Krankenhaus München-Schwabing
Kölner Platz 1
80804 München*

*Prof. Dr. Jörg Meyle
Poliklinik für Parodontologie
Universitätsklinikum Gießen
Schlangenzahl 14
35392 Gießen*

*Prof. Dr. Petra-Maria Schumm-Draeger
Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und
Angiologie
Städtisches Klinikum GmbH München
Klinikum Bogenhausen
81925 München*

*Prof. Dr. Diethelm Tschöpe
Herz- und Diabeteszentrum NRW
Universitätsklinik der Ruhr-Universität
Georgstr. 11
32545 Bad Oeynhausen*

*Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen, M.S.
Poliklinik für Parodontologie,
Zahnerhaltung und Präventive ZHK
Universitätsklinikum Bonn
Welschnonnenstr. 17
53111 Bonn
jepsen@uni-bonn.de*



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

Anamnestischer Fragebogen zur Beurteilung des Diabetesrisikos bei parodontal Erkrankten

1. Wie lange haben Sie schon eine Parodontitis?

weniger als 5 Jahre	1 Punkt
5 bis 10 Jahre	3 Punkte
länger als 10 Jahre	5 Punkte

2. Wie alt sind Sie?

unter 35 Jahre	1 Punkt
35 bis 44 Jahre	2 Punkte
45 bis 54 Jahre	3 Punkte
55 bis 64 Jahre	4 Punkte
älter als 64 Jahre	5 Punkte

3. Wurde bei mindestens einem Mitglied Ihrer Verwandtschaft Diabetes diagnostiziert?

Nein	0 Punkte
Ja, bei entfernten Verwandten, leiblichen Großeltern, Onkeln, Tanten, Cousins oder Cousinen	3 Punkte
Ja, in der nahen Verwandtschaft, bei leiblichen Eltern, Kindern oder Geschwistern	5 Punkte

4. Welchen Taillenumfang haben Sie auf der Höhe des Bauchnabels?

Frauen	Männer	
unter 80 cm	unter 94 cm	0 Punkte
80 bis 88 cm	95 bis 102 cm	3 Punkte
über 88 cm	über 102 cm	4 Punkte

5. Wurden Ihnen schon einmal Medikamente für erhöhten Blutdruck verordnet?

nein	0 Punkte
ja	2 Punkte

6. Ist bei Ihnen eine Krankhafte Veränderung der Blutfette bekannt oder werden Sie diesbezüglich behandelt?

nein	0 Punkte
ja	3 Punkte

7. Fragen zum Körpergewicht und zur Körpergröße / BMI

Körpergröße in cm _____ Körpergewicht in kg _____

Berechnung des BMI: $\text{Gewicht in kg} / (\text{Größe in m})^2$

BMI < 25	0 Punkte
BMI 25 – 30	1 Punkt
BMI > 30	3 Punkte

8. Wurden bei ärztlichen Untersuchungen schon einmal zu hohe Blutzuckerwerte festgestellt?

nein	0 Punkte
ja	5 Punkte

Alternativ:

9. Blutzuckermessung

Kapillär	HbA1c	
<100 mg/dl (nüchtern) bzw. <140 mg/dl (2 Std. nach dem Essen)	HbA1c <7,0%	0 Punkte
>100 mg/dl (nüchtern) bzw. >140 mg/dl (2 Std. nach dem Essen)	HbA1c > 7,0	10 Punkte

Auswertung:

2 bis 9 Punkte oder HbA1c < 7,0:
leicht erhöhtes Risiko

Aufgrund der vorliegenden Parodontalerkrankung ist ein wenig Vorsicht durchaus angebracht, auch wenn das Risiko für eine Diabetes-Erkrankung nur leicht erhöht ist. Folgende Punkte sollten beachtet werden, damit sich das Risiko nicht wesentlich erhöht:

- Der Parodontalstatus sollte jedes Jahr überprüft werden (PSI). Das Recall-Intervall muss auf das individuelle Risiko abgestimmt werden.
- Gründliche tägliche Mundhygiene, einschließlich der Reinigung der Zahnzwischenräume mit entsprechenden Hilfsmitteln (Zahnseide und/oder Zahnzwischenraumbürsten) ist unverzichtbar. Es sollten solche Mundhygieneprodukte (Zahnpaste/Mundspülung) empfohlen werden, die eine klinisch relevante Anti-plaque-Wirkung und sinnvoller Weise auch einen entzündungshemmenden Effekt besitzen.
- Bei Übergewicht sollte der Patient sieben Prozent des Körpergewichts abbauen und sich entsprechend der Empfehlungen zur Diabetesvorbeugung eher fettarm ernähren.
- Dem Patienten sollte geraten werden sich an mindestens fünf Tagen der Woche jeweils 30 Minuten so zu bewegen, dass er leicht ins Schwitzen gerät.
- Ein Blutzuckertest sollte einmal jährlich erfolgen, solange keine Störung des Zuckerstoffwechsels diagnostiziert ist

10 bis 20 Punkte oder HbA1c > 7,0:
erhöhtes Risiko

Auf Basis der bestehenden Parodontalerkrankung liegt ein erhöhtes Risiko für eine Störung des Zuckerstoffwechsels vor. Der Blutzucker sollte bestimmt werden (vorzugsweise HbA1c) und eine Überweisung an den Hausarzt zum Ausschluss eines Diabetes sollte erfolgen.

Da die parodontale Grunderkrankung ein Risikofaktor für eine Störung des Zuckerstoffwechsels darstellt, sollte besonders auf Entzündungsfreiheit geachtet werden. Die Erhebung eines parodontalen Komplettbefunds wird einmal jährlich empfohlen. Bei der häuslichen Mundhygiene wie auch den Empfehlungen zur Ernährung und körperlichen Bewegung gelten die obigen Empfehlungen.

Mehr als 20 Punkte: hohes Risiko

Es besteht akuter Handlungsbedarf. Auf Basis der parodontalen Erkrankung in Verbindung mit den anderen Faktoren ist das Risiko, dass ein Diabetes vorliegt, sehr groß. In Ihrem Fall ist eine Überweisung an den Hausarzt zwecks ausführlicher Labordiagnostik unbedingt empfehlenswert.

Sollte sich der Verdacht einer bereits bestehenden Zuckerkrankheit bestätigen, ist ein interdisziplinärer Austausch zwischen Allgemeinarzt und Zahnarzt sinnvoll.

* Quelle: modifiziert Deutsche Diabetes-Stiftung – FINDRISK-Evaluation 2007
<http://diabetes-risiko.de/diabetes-risikotest.html>

Anamnestischer Fragebogen zur Beurteilung des parodontalen Erkrankungsrisikos bei Diabetikern

1. Wann wurde Ihr Diabetes diagnostiziert?

vor weniger als 1 Jahr	normales Risiko
vor 1 bis 10 Jahren	erhöhtes Risiko
vor mehr als 10 Jahren	hohes Risiko

2. Wie ist Ihr HbA1C-Wert?

< 7,0	normales Risiko
> 7,0 und < 9	erhöhtes Risiko
> 9	hohes Risiko

3. Rauchen Sie?

nein	normales Risiko
ja, weniger als 10 Zigaretten pro Tag	erhöhtes Risiko
ja, mehr als 10 Zigaretten pro Tag	hohes Risiko

4. Wie alt sind Sie?

unter 40 Jahre	normales Risiko
40-65 Jahre	erhöhtes Risiko
65 Jahre und älter	hohes Risiko

5. Wurde in den letzten zwei Jahren bei einem Zahnarztbesuch ein Parodontaler Screening Index (PSI) erhoben?

nein	erhöhtes Risiko
ja	Ergebnis?

6. Ist Ihr Zahnfleisch gerötet, sieht es geschwollen aus oder blutet es gelegentlich?

nein	normales Risiko
ja	erhöhtes Risiko

7. Tritt an Ihrem Zahnfleisch gelegentlich Eiter aus oder haben Sie lang anhaltend schlechten Atem trotz Zähneputzen?

nein	normales Risiko
ja	hohes Risiko

8. Haben Sie bei sich Zahnlockerungen festgestellt oder haben Sie das Gefühl, dass sich Ihre Zahnstellung verändert hat?

nein	normales Risiko
ja	hohes Risiko

9. Wurde bei Ihnen jemals ein bleibender Zahn aufgrund von Zahnfleischerkrankungen oder einer Vereiterung an der Zahnwurzel gezogen?

nein	normales Risiko
ja	hohes Risiko

* Quelle: The American Academy of Periodontology. Assess Your Risk for Periodontal Disease, page last modified: Nov., 14, 2006, <http://www.perio.org/consumer/4a.html>

Auswertung:

Normales Risiko: Patient sollte einmal jährlich zum Zahnarzt überwiesen werden zur Erhebung des Parodontalen Screening Index (PSI)
Erhöhtes Risiko: Patient sollte zum Zahnarzt überwiesen werden zur Erhebung eines parodontalen Komplettbefunds. Bei negativem Parodontalbefund ist eine jährliche Überwei-

sung zum PSI zur Überwachung des Parodontalstatus angezeigt.

Hohes Risiko: Patient sollte zum Parodontologen überwiesen werden zur Erhebung eines parodontalen Komplettbefunds und gegebenenfalls zur systematischen Parodontalbehandlung. Jährliche Überweisung zur Abklärung des Parodontalstatus

Differenzialdiagnose der pigmentierten Mundschleimhautveränderung

Primäres orales malignes Schleimhautmelanom

Johannes Meier, Sabine Glöckner, Antonios Moralis, Torsten E. Reichert



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



Fotos: Meier et al.

Abbildung 1: Intraorale Aufnahmen: schwärzliche Verfärbungen des Gingivasaumes in der Oberkieferfront vestibulär und palatinal der Oberkieferfrontzähne aus den Jahren 2007 (oben) und 2008 (unten)

Eine 53-jährige Patientin wurde aufgrund einer seit mehreren Jahren bestehenden oralen Melanose in regelmäßigen Abständen zu ambulanten Recall-Terminen in unsere Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie einbestellt. 2004 stellte sich die Patientin erstmals mit einer dunklen Verfärbung palatinal des Zahnes 15 vor. Anamnestisch bestanden weder ein Nikotin- noch ein Alkoholabusus. Auch litt die Patientin an keinerlei Stoffwechselerkrankungen und verneinte die Einnahme von Medikamenten. Die klinische Untersuchung des Integuments blieb ohne weitere Pathologien. Eine Exzisionsbiopsie regio 15 palatinal ergab eine einfache Melanose der Mundschleimhaut. Die folgenden, halbjährlichen ambulanten Recall-Untersuchungen waren unauffällig. 2007 imponierte erneut eine schwärzliche Verfärbung des gingivalen Zahnsaumes

regio 11 bis 22 vestibulär und palatinal. Die durchgeführte Inzisionsbiopsie zeigte wiederum eine einfache Melanose der Mundschleimhaut ohne therapeutischen Handlungsbedarf. Im Folgejahr nahm dieser Befund an Größe zu, so dass die Indikation zur erneuten Probebiopsie gegeben war. Diesmal ergab die histopathologische Untersuchung eine zum Teil proliferative Melanose der Gingiva (Abbildung 1). Als sich im Folgejahr wieder eine Größenprogredienz des Befunds in der Oberkieferfront zeigte, fiel der Entschluss zur Exzisionsbiopsie (Abbildung 2). Die Defektdeckung vestibulär erfolgte mit einem freien palatinalen Schleimhauttransplantat (Abbildung 3). Anfang 2011 kam es erneut zu dunklen Veränderungen der Mundschleimhaut regio 11 bis 16 palatinal, die bioptisch abgeklärt wurden (Abbildung 4).

Histologisch ergab die Inzisionsbiopsie in regio 12 palatinal ein Melanoma in situ. Nach Aufklärung der Patientin erfolgte in Intubationsnarkose die komplette Entfernung der Gingiva fixa im Oberkiefer mit angrenzendem Alveolarknochen regio 12 palatinal sowie der Oberkieferrestbeziehung (Abbildung 5). In der gleichen Sitzung konnten durch eine Panendoskopie weitere maligne Veränderungen im oberen Aerodigestivtrakt ausgeschlossen werden.

Die endgültige histopathologische Begutachtung ergab – gestützt durch immunhistochemische Zusatzuntersuchungen (Positivität für Melan-A und S100) – ein flächenhaftes Melanoma in situ mit zwei Zentimetern Durchmesser (pT3, G2, L0, V0, R0). Der mitresezierte Zahnfachanteil palatinal 12 war tumorfrei (Abbildung 6).

Die sekundäre Wundheilung gestaltete sich in der Folge problemlos. Nach knapp vier Monaten war der Gaumen komplett abgeheilt und die Patientin beschwerdefrei. Der Zahnersatz erfolgte mit einer Totalprothese im Bereich des Oberkiefers (Abbildung 7).

Diskussion

Schwärzliche Veränderungen der Mundschleimhaut sind relativ häufig und deren Ethologie vielfältig [Müller S, 2010]: So zeigen exogen in die Mundschleimhaut eingebrachte Fremdkörper (wie Amalgam) ein ähnliches klinisches Bild wie endogene Ursachen wie der Morbus Addison (primäre Nebennierenrindeninsuffizienz), das Peutz-Jeghers-Syndrom (eine Lentigopolyposis mit progredienten Pigmentierungsstörungen des Integuments und der Mucosa sowie neuromuskulären Darmpolyphen), das



Abbildung 2: intraoraler klinischer Befund präoperativ (oben) sowie intraoperativ (unten) mit resezierter Gingiva fixa regio 12 bis 22 vestibulär aus dem Jahr 2009

McCune-Albright-Syndrom (Fibroplasie mit Pigmentstörungen und Pubertas praecox). Aber auch die Neurofibromatose von Recklinghausen, Neurofibrome, Café-au-lait-Flecken, knötchenförmige Läsionen der Iris, Osteodysplasien, Phakomatosen und andere kommen als Ursache infrage.

Die genannten Syndrome erfordern gerade bei jungen Patienten mit Pigmentstörungen eine interdisziplinäre Abklärung. Weitere mögliche Ursachen für pigmentierte Veränderungen der Mundschleimhaut sind die Rauchermelanose mit Prädilektion der labialen Gingiva [Hedin CA, 1991], die

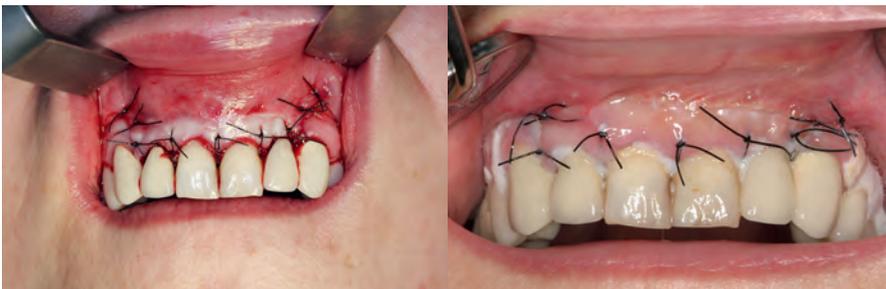


Abbildung 3: Defektdeckung mit einem freien Schleimhauttransplantat von palatinal



Abbildung 4: intraoraler klinischer Befund präoperativ mit schwärzlichen Verfärbungen regio 11 bis 16 palatinal aus dem Jahr 2011

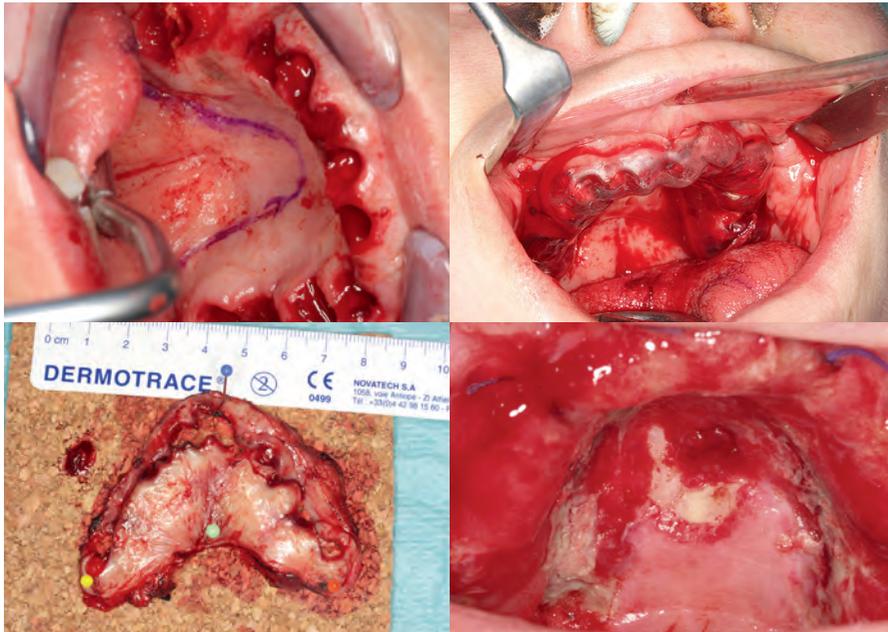


Abbildung 5: oben: intraoperativer Befund nach Entfernung der Oberkieferrestbezahnung sowie eingezeichnete Schnittführung vor Resektion; unten: En-bloc-Resektat der Gingiva fixa im Oberkiefer mit Gaumenschleimhaut und Situation drei Wochen post-OP mit bereits eingesetzter Granulation

Hämosiderinablagerung bei Petechien und bei der Hämochromatose sowie eine Reihe von Medikamenten wie zum Beispiel Chloroquin, Zidovudin [Meleti M, 2008] oder Tetracycline, Ketoconazol, Amiodaron, Tacrolimus, Cyclophosphamid und andere [Müller S, 2010].

Gerade bei dunkelhäutigen Patienten kommt es durch eine erhöhte Aktivität der Melanozyten zu einer physiologischen Pigmentierung der Mundschleimhaut (vor allem der befestigten Gingiva), die mit zunehmendem Alter an Intensität zunehmen kann [Eisen D, 2000]. Die fokale Melanose oder auch die orale melanotische Makula ist ebenfalls eine

Pigmentveränderung, die nach bioptischer Diagnosesicherung keiner weiteren Therapie bedarf [Kaugars GE, 1993]. Ein weiterer benigner Tumor mit Pigmentveränderungen ist das orale Melanoakanthom, das einen Durchmesser von mehreren Zentimetern erreichen kann und genauso wie die melanozytären Naevi immer bioptisch von einem Melanom differenziert werden sollte [Meleti M, 2007; Chandler K, 1997].

Das primäre maligne Melanom der Mundschleimhaut ist sehr selten und macht weniger als ein Prozent aller Melanome aus [McLaughlin CC, 2005]. Prädisloktionsstellen sind der harte Gaumen, der Oberkiefer-

alveolarkamm sowie der sinuassale Komplex [Hicks MJ, 2000], weswegen im präsentierten Fall zusätzlich eine Panendoskopie erfolgte. Typische Precursor-Läsionen existieren nicht [Speight, 2005], wobei – wie in dieser Kasuistik – bei einem Drittel aller Patienten mit einem oralen Melanom anamnestisch eine pigmentierte Veränderung der Mundschleimhaut bestand [Meleti M, 2007]. Häufig fehlen Frühsymptome wie eine brennende oder schmerzende Mundschleimhaut. Zum Zeitpunkt der Erstdiagnose eines oralen malignen Melanoms liegt zumeist ein fortgeschrittenes Tumorstadium mit Zahnlockerungen, einer Tumorblutung und Lymphknotenmetastasen vor [Mendenhall WM, 2005]. Die Rate der lymphogenen Metastasierung liegt je nach Autor und Stadium des Primarius zwischen 27 Prozent und 75 Prozent [Speight PM, 2005]. Die WHO-Klassifikation des oralen Melanoms unterscheidet ein In-situ-Melanom (15 Pro-



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

zent aller oralen Melanome), ein invasives Melanom (30 Prozent) sowie ein gemischtes in-situ-invasives Melanom (55 Prozent) von einer atypischen oralen melanozytären Proliferation [Speight PM, 2005]. Histologisch zeigt das orale Melanom ähnliche Strukturen wie das akro-lentiginöse und das mukosa-lentiginöse Melanom der Haut. Die übliche Einteilung der kutanen Melanome nach Clark und Breslow ist bei der oralen Form aufgrund der histologischen Besonderheiten nicht sinnvoll. Vielmehr unterscheidet man ein radikales (atypische Melanozyten im Papillarkörper der Lamina propria) von einem vertikalen Wachstumsmuster (atypische Melanozyten im submucösen Bindegewebe). Die durchschnittliche Überlebensrate liegt beim radikalen Typ bei 24 Monaten und beim vertikalen Typ bei lediglich 7,5 Monaten.

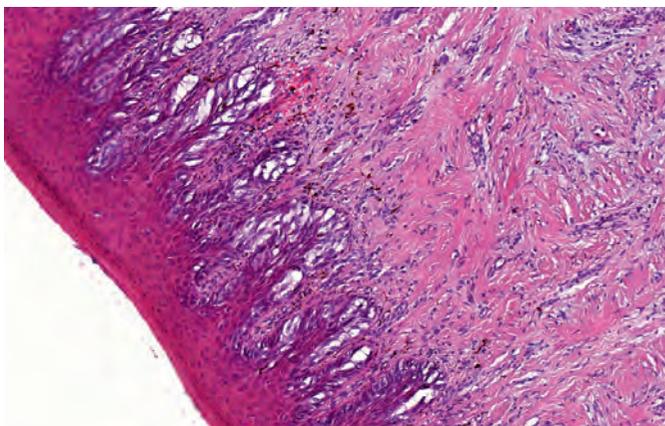


Abbildung 6: histopathologischer Befund: Detailaufnahme (HE x 10): diskontinuierliche, flächenhafte Vermehrung atypischer Melanozyten in den basalen Lagen des Plattenepithels ohne Invasion des subepithelialen Gewebes



Abbildung 7: zeitlicher Verlauf der Wundheilung per secundam

Die Therapie der Wahl besteht bei einem oralen Schleimhautmelanom in der lokalen Resektion mit einem Sicherheitsabstand von

Fazit für die Praxis

- Da die klinische Einschätzung von pigmentierten Mundschleimhautläsionen oft nur schwer gelingt, ist eine biopsische Absicherung erforderlich.
- Einige systemische Erkrankungen und Syndrome können sich in Pigmentierungsstörungen der Mundschleimhaut manifestieren, weswegen eine zusätzliche interdisziplinäre Abklärung anzuraten ist.
- In seltenen Fällen kann das maligne Melanom auch an der Mundschleimhaut auftreten, wobei sich circa ein Drittel der Fälle aus lange bestehenden Vorläufer-Läsionen entwickelt.
- Das maligne Melanom der Mundschleimhaut gilt als Sonderform und sollte nicht den typischen Unterteilungen der kutanen malignen Melanome zugeführt werden.
- Das orale maligne Melanom wird multimodal mit vollständiger chirurgischer Entfernung und nachfolgender Chemotherapie (Interferon-alpha) behandelt.

1,5 cm sowie in der chirurgischen Halslymphknotentherapie bei der invasiven Form. Die Prognose eines oralen malignen Melanoms ist mit einer durchschnittlichen Überlebensrate von etwa zwei Jahren und einer Fünf-Jahres-Überlebensrate von weniger als 20 Prozent sehr schlecht [Hicks, 2000]. Positiv auf die Überlebensrate wirkt sich die Gabe von Interferon-alpha aus [Garbe C, 1993]. Aufgrund der relativ geringen Strahlensensibilität des malignen Melanoms kann eine generelle Empfehlung zu einer primären Radiatio nicht gegeben werden [Meleti M, 2007].

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

*Dr. Sabine Glöckner
Institut für Pathologie
Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg*

zm Leser service

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

Articain-Lösung mit reduziertem Adrenalinzusatz

Ein weiterer Schritt zur differenzierten Lokalanästhesie



Foto: proDente

Monika Daubländer, Peer W. Kämmerer

Eine suffiziente Schmerzkontrolle ist ein essenzieller Faktor für ein gutes und patientenfreundliches Vorgehen bei vielen zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen [Meechan, 2009; Stabholz and Peretz, 1999]. Dabei werden die Minimierung von möglichen Nebenwirkungen sowie eine selektive Anpassung von Tiefe und Qualität der Lokalanästhesie auf die jeweilige Behandlung und den jeweiligen Patienten als wünschenswert angesehen. Erstmals wird hier eine umfangreiche Studie zur Evaluation der Wirksamkeit und der Sicherheit einer vier-prozentigen Articain-Lösung mit einem Zusatz von Adrenalin (1:400 000) bei zahnärztlichen Behandlungen vorgestellt.

Articain ist ein Lokalanästhetikum, das neben einer kurzen Halbwertszeit und einer geringen Toxizität über gute Diffusionseigenschaften in Weichgewebe und Knochen verfügt [Dudkiewicz et al., 1987; Vree and Gielen, 2005; Lima-Junior et al., 2009]. Durch die Zugabe eines Vasokonstriktors werden eine lokale Ischämie, eine Verstärkung und Verlängerung der anästhetischen Wirkung und eine Reduktion der systemischen Toxizität des Lokalanästhetikums erzielt [Winther and Nathalang, 1972; Davenport et al., 1990]. Adrenalin ist dabei das Medikament der ersten Wahl. Besonders bei kurzzeitigen Routinebehandlungen

ergibt sich jedoch die Frage nach einer zeitlich reduzierten Weich- und Hartgewebsanästhesie. Gleichzeitig können durch eine Reduktion der Adrenalinkonzentration potentielle Adrenalin-induzierte Nebenwirkungen minimiert werden [Davenport et al., 1990; Dunlevy et al., 1996; Laragnoit et al., 2009; O'Malley et al., 1995; Hansen et al., 2001; Lipp et al., 1993; Meechan et al., 1994; Yagiela, 1995; Tofoli et al., 2003; Kämmerer et al., 2011].

Ubistesin™ 1:400 000 (3M ESPE) enthält Articain in der Konzentration von vier Prozent sowie einen Adrenalinzusatz von 1:400 000. Zurzeit ist dies die einzige

kommerziell verfügbare Zubereitung. Nach Angaben des Herstellers ist es für die Infiltrations- und Leitungsanästhesie bei kurzen (unter 30 min) zahnärztlichen Eingriffen geeignet. Bei der geringen Adrenalinkonzentration ist von einer marginalen Beeinträchtigung des kardiovaskulären Systems sowie von einer im Vergleich zu anderen Anästhetika reduzierten Intensität und Dauer der Weichgewebsanästhesie auszugehen.

Materialien und Methoden

Im Rahmen einer nicht-interventionellen Multicenterstudie (nach positivem Votum durch die Ethikkommission Rheinland-Pfalz) wurden Patienten größer gleich 18 Jahre mit klinischer Indikation für eine zahnärztliche Lokalanästhesie (Kavitätenpräparation, Kürettage, endodontische Behandlung, Kronenpräparation, Zahnextraktion) behandelt. Ausgeschlossen wurden Patienten, bei denen Kontraindikationen für Inhaltsstoffe des Lokalanästhetikums

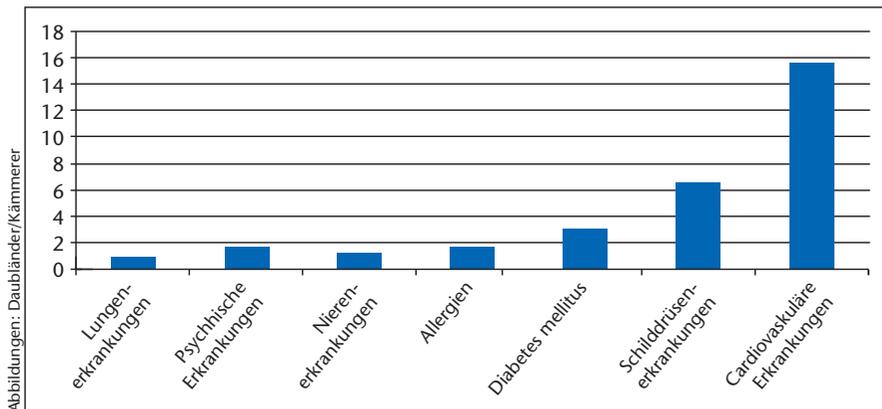
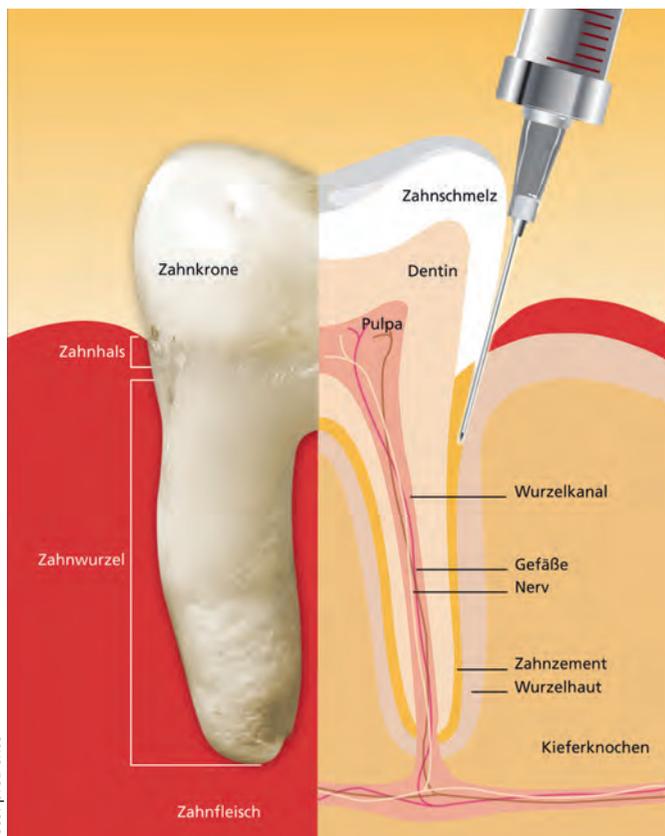


Abbildung 1: Nebenerkrankungen der Patienten (in Prozent; n=265), gemessen am Gesamtkollektiv (n=908)

bestanden. Weitere Ausschlusskriterien waren: eine eingeschränkte Aktivität der Plasmacholinesterasen, Patienten mit einer American Society of Anaesthesiologists (ASA)-Klassifikation > 2, die anamnestische Einnahme psychotroper Drogen, eine eingeschränkte Compliance sowie eine Infektion im Injektionsbereich. Das Lokalanästhetikum wurde in Karpulen von 3M ESPE (Seefeld, Deutschland) zur Verfügung gestellt.

Behandlungsprotokoll

Die Lokalanästhesie wurde zur Behandlung von maximal drei sensiblen Zähnen nach Aspiration langsam durchgeführt. Nach Eintreten der erwünschten Taubheit wurde die Anästhesietiefe gemessen. Bei unzureichender Wirkung wurde eine zweite Injektion appliziert. Die Anästhesieeffizienz wurde von Patient und Behandler mit „vollständig“, „ausreichend“, „insuffizient“ und



Bei der intraligamentären Anästhesie wird das Lokalanästhetikum in den Parodontalspalt appliziert. Es diffundiert von dort in den umliegenden Knochen und zur Wurzelspitze und betäubt dort die den Zahn innervierenden Nervenfasern. In der Regel werden hierzu spezielle Applikationssysteme verwendet, um keine druckinduzierten Schleimhautnekrosen oder Parodontalschäden zu verursachen.

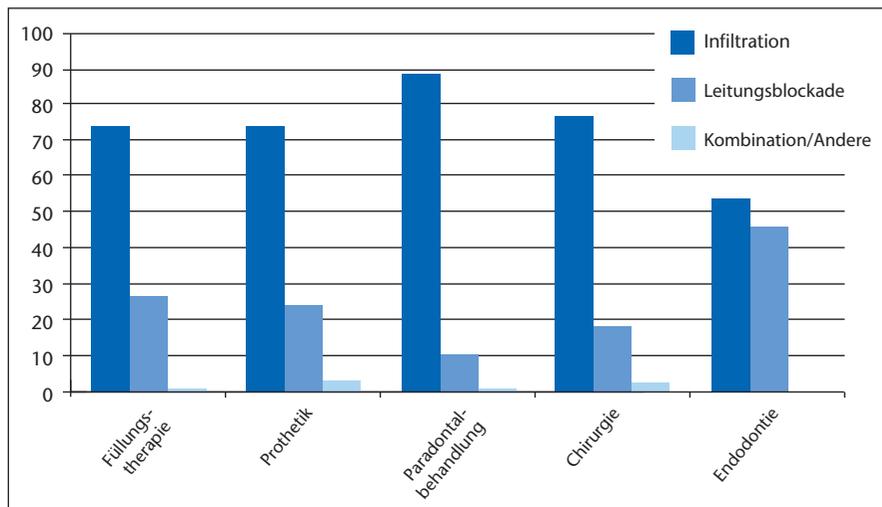


Abbildung 2: Zuordnung der Anästhesietechniken zu den Behandlungsindikationen, Werte in Prozent

„ohne Effekt“ bewertet. Am Folgetag wurden die Patienten telefonisch kontaktiert und bezüglich der Dauer der Weichgewebsanästhesie und eventueller Nebenwirkungen befragt.

Statistik: Die statistische Berechnung erfolgte explorativ; die Daten wurden rein deskriptiv berechnet.

Ergebnisse

908 Patienten mit einem mittleren Alter von 42,6 Jahren (18 bis 88; Standardabweichung (SD): 16,6), einer mittleren Körpergröße von 171,9 cm (147 bis 206; SD: 9,8) und einem mittleren Gewicht von 74,15 kg (42 bis 160; SD: 15,7) wurden eingeschlossen. 44 Prozent (n=400) der Patienten waren männlich, 56 Prozent (n=508) weiblich. 16 Prozent der Patienten (n=154) beklagten Schmerzen vor der Behandlung, 29,2 Prozent (n=265) der Patienten berichteten von Allgemeinerkrankungen (Abbildung 1). Unter diesen waren kardiovaskuläre Erkrankungen mit 15,6 Prozent am häufigsten, gefolgt von Schilddrüsenerkrankungen (6,8 Prozent). 28 Prozent (n=254) der Patienten nahmen regelmäßig Medikamente ein.

Die Indikationen für die zahnärztliche Behandlung waren: Füllungstherapien (42,7 Prozent, n=388) sowie endodontische (8,6 Prozent, n=78), prothetische (19,2 Prozent, n=174) und parodontale Maßnahmen. In

12,3 Prozent (n=112) der Fälle wurden kleinere zahnärztlich-chirurgische Eingriffe durchgeführt; in 2,6 Prozent (n=24) andere (Abbildung 2).

Behandlung

Die angewendeten Anästhesietechniken waren überwiegend alleinige Infiltration oder Leitungsanästhesie, dazu Kombinati-

onen mit anderen Techniken. Bei der Infiltrationsanästhesie wurde eine mittlere Menge von 1,2 ml Ubistesin™ (SD: 0,5), bei der Leitung von 1,5 ml (SD: 0,3) appliziert. Die subjektive Bewertung der anästhetischen Effizienz durch Patienten und Behandler ist in Abbildung 3 dargestellt.

Bei 96,3 Prozent (n=874) der Fälle war die erste Injektion ausreichend, um die Behandlung beginnen zu können. Mit einer einzigen Injektion konnten 84,5 Prozent (n=767) der Behandlungen erfolgreich beendet werden. In 3,7 Prozent (n=34) der Fälle war eine zweite Injektion vor Beginn der Behandlung notwendig. 11,9 Prozent (n=108) der Patienten benötigten eine zweite Injektion während der Behandlung. Diese zweite Injektion war nach einer durchschnittlichen Zeit von 48,6 min (5 bis 165 min) notwendig. Im Mittel wurde nach 7,3 min (0 bis 40; SD: 4,9) mit der Behandlung begonnen. Nach Infiltration betrug die Weichgewebsanästhesie im Mittel 146,6 min (17 bis 685 min; SD: 70,14).

Nach Leitungsanästhesie war eine mittlere Weichgewebsanästhesie von 187,7 min (55 bis 440 min; SD: 65,31) zu evaluieren. Die mittlere Dauer der schmerzhaften Be-



Foto: proDente

Für die Verwendung von Einmalmaterialien für die Injektion sprechen hygienische Aspekte. Die Spritzengröße sollte jeweils dem benötigten Volumen angemessen sein.

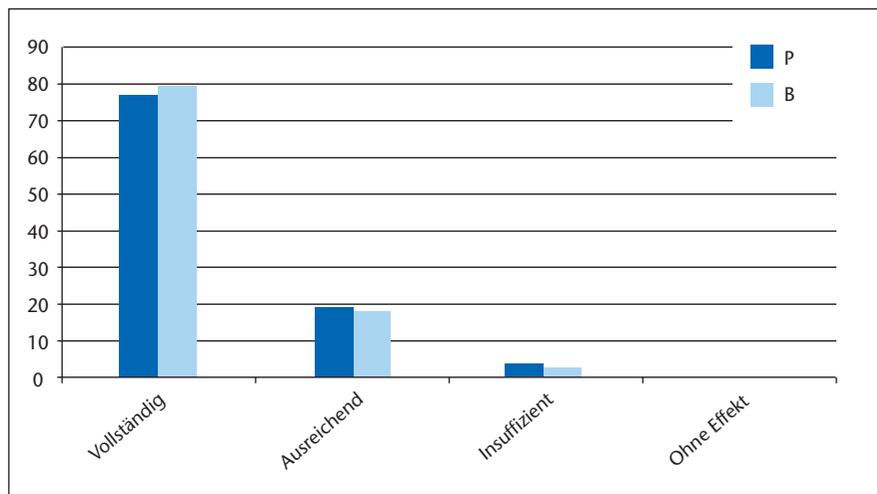


Abbildung 3: Subjektive Evaluation der anästhetischen Wirksamkeit durch Patienten (P) und Behandler (B), Werte in Prozent

handlung bei den Patienten mit nur einer Injektion betrug 50,2 min (5 bis 253 min; SD: 44,3).

Unerwünschte Nebenwirkungen

In 1,7 Prozent der Fälle (n=15) wurden unerwünschte Nebenwirkungen beobachtet. Diese konnten in systemische, nicht-spezifische Syndrome (Kopfschmerzen, Schwindel, Tremor, Hauteffloreszenzen, vasovagale

Synkopen), in systemische, spezifische Symptome (Gefühl von Summen im Hinterkopfbereich) und in lokale Beschwerden (Zahnschmerzen, Schmerz im Unterkiefer, Schmerz bei Mundöffnung, Blutungsereignisse) unterteilt werden. Allerdings konnte nur in neun Fällen ein kausaler Zusammenhang mit der Gabe des Lokalanästhetikums hergestellt werden. Somit wurde eine Inzidenzrate unerwünschter Nebenwirkungen von ein Prozent evaluiert. Interventionen waren in fünf Fällen notwendig.

Diskussion

In Deutschland ist Articain das am häufigsten benutzte zahnärztliche Lokalanästhetikum. Die Dauer der Betäubung ist abhängig von der Konzentration, der Injektionsstelle und -technik sowie der Konzentration des Vasokonstriktors [Yagiela, 1995]. Der Vasokonstriktor beeinflusst Dauer und Intensität der sensorischen Blockade, indem er eine vorzeitige Resorption des Lokalanästhetikums vom Wirkort verzögert. Adrenalin führt zu einer Vasokonstriktion, indem es vaskuläre alpha-1- und alpha-2-Rezeptoren stimuliert [Ruffolo et al., 1991]. Eine Reduktion der Adrenalinkonzentration kann zur Verminderung potenzieller Nebenwirkungen führen. Die Anästhesiedauer wird verkürzt und eine Angleichung der Anästhesiedauer an Bedürfnisse von Patient und Behandler ermöglicht. Articain weist im Vergleich zu Lidocain, das vor allem mit Adrenalin 1:100 000, aber auch höher (1:50 000) eingesetzt wird, eine schwächere vasodilatatorische und eine geringere kardiodepressive Wirkung auf. Somit erscheint die Reduktion des Vasokonstriktors bei diesem Lokalanästhetikum sinnvoll. Routinemäßig eingesetzt werden derzeit allerdings in erster Linie vier-prozentige Articain-Lösungen mit einem Adrenalinzusatz von 1:200 000 beziehungs-

weise 1:100 000. Die Vasokonstriktor-freie Lösung wird vergleichsweise selten injiziert. Umfangreiche klinische Studien zur Evaluation der Wirksamkeit und der Sicherheit der vier-prozentigen Articain-Lösung mit einem Zusatz von Adrenalin in der Konzentration 1:400 000 bei zahnärztlichen Behandlungen wurden bislang nicht publiziert.

Petrikas et al. führten eine Studie an gesunden Probanden ohne zahnärztliche Behandlung zur Messung der pulpalen Anästhesie nach Gabe von vier Prozent Articain mit Adrenalin 1:400 000 durch. Sie kamen zu dem Schluss, dass die Reduktion des Vasokonstriktors zu einer leichten Senkung des anästhetischen Effekts führte, dieser jedoch immer noch ausreichend vorhanden war, im Gegensatz zur Adrenalin-freien Articain-Lösung [Petrikas et al., 2009]. Lokalanästhesielösungen mit den Adrenalinkonzentrationen 1:100 000 und 1:200 000 wurden in der Vergangenheit miteinander verglichen. Dabei konnte gezeigt werden, dass die anästhetische Wirkung [Tofoli et al., 2003] und die mittlere Wirkdauer der beiden Substanzen ähnlich waren [Moore et al., 2006]. Abdulwahab und Mitarbeiter konnten keine signifikanten Unterschiede in der pulpalen Anästhesie zwischen vier Prozent Articain-Lösungen mit diesen beiden Adrenalin-konzentrationen evaluieren [Abdulwahab et al., 2009]. Allerdings wurde eine bessere Sicht auf das zu behandelnde Areal mit weniger Blutungen bei vier Prozent Articain mit Adrenalin 1:100 000 beschrieben [Moore et al., 2007].

In der vorliegenden Studie konnte die Wirkung der Adrenalin-reduzierten Articain-Lösung bei kurzen zahnärztlichen Routineeingriffen in einer homogenen Population unter praxisnahen Bedingungen erarbeitet werden. Die häufigsten Injektionstechniken waren Infiltration und Leitungsblockade, das entspricht den Daten aus der zahnärztlichen Praxis. Auch die Menge des benutzten Lokalanästhetikums ist so in der Literatur beschrieben [Tofoli et al., 2003; Maniglia-Ferreira et al., 2009; Costa et al., 2005]. In der Mehrzahl der Fälle konnte eine vollständige oder zumindest ausreichende Anästhesie erreicht werden. Die Infiltration

zeigte eine höhere Rate vollständiger Anästhesien als die Leitungsanästhesie. Dies kann mit der erhöhten Fehlerrate der Leitungsblockade des N. alveolaris inferior – zumeist durch zusätzliche Innervation und anatomische Variabilität [Potocnik and Bajrovic, 1999; Meyer, 1999] erklärt werden.

Verglichen mit anderen Studien, die sich mit der Erfolgsrate der zahnärztlichen Lokalanästhesie beschäftigten [Fan et al., 2009; Tortamano et al., 2009; Srinivasan et al., 2009; Corbett et al., 2008; Evans et al., 2008], ist die von uns beobachtete erfolgreiche Wirkung mit 96,3 Prozent der Fälle hoch.

Die Dauer der Weichgewebsanästhesie war kürzer als in anderen Studien mit höheren Adrenalinkonzentrationen [Tofoli et al., 2003; Santos et al., 2007; Sierra Rebolledo et al., 2007].



Foto: proDente

Die Angst vor der Injektion kann Komplikationen auslösen. Die endogen ausgeschüttete und die injizierte Adrenalinmenge addieren sich und können kardiovaskuläre Nebenwirkungen hervorrufen. Die Reduktion beider Anteile ist daher sinnvoll und anzustreben.

Nebenwirkungen wurden in 1,7 Prozent (n=15) der Fälle beobachtet. Für Articain mit höheren Adrenalinkonzentrationen wird von häufigeren unerwünschten Reaktionen berichtet [Daubländer et al., 1997; Hersh et al., 2006]. Die häufigsten Komplikationen

waren nur vorübergehend und benötigten keine weitere Behandlung. Da in nur neun Fällen eine Kausalität zwischen der Gabe des Lokalanästhetikums und dem Auftreten einer Nebenwirkung zu vermuten war, liegt deren Inzidenzrate bei Ubistesin™ 1:400 000 bei ein Prozent. Daher kann von einer guten Tolerabilität des Lokalanästhetikums auch bei Patienten mit Vorerkrankungen und Begleitmedikationen (29,2 Prozent der eingeschlossenen Patienten) ausgegangen werden.

Schlussfolgerung

In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass Ubistesin™ 1:400 000 ein gut wirksames und sicheres Lokalanästhetikum für kurze zahnärztliche Routinebehandlungen darstellt. Besonders bei der sehr häufig eingesetzten Infiltrationsanästhesie ist durch die Reduktion der Adrenalinkonzentration mit einer kürzeren Weichgewebsanästhesie bei sicherer Schmerzausschaltung zu rechnen. Dem Anwender der dentalen (vier-prozentigen) Articain-Lösung stehen somit insgesamt vier Lösungen zur Verfügung, um eine differenzierte zahnärztliche Lokalanästhesie umzusetzen. Selbstverständlich kann das persönliche Portfolio des Zahnarztes durch andere Lokalanästhetika wie Lidocain, Mepivacain oder Bupivacain beziehungsweise die zwei-prozentige Articain-Lösung modifiziert werden.

Univ.-Prof. Dr. Dr. Monika Daubländer
Leitende Oberärztin der Poliklinik für Zahn-
ärztliche Chirurgie
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie
Augustusplatz 2
55131 Mainz

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



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

Die klinisch-ethische Falldiskussion

Patientin mit überhöhten ästhetischen Erwartungen

Dirk Leisenberg, Dominik Groß, Ralf Vollmuth, Hans-Otto Bermann und Gereon Schäfer

Dieser Fallbericht beschäftigt sich mit der Frage nach der adäquaten Versorgung einer psychisch belasteten Patientin, die ein ausgeprägtes Abrasionsgebiss aufweist und unrealistische ästhetische Erwartungen an eine prothetische Behandlung knüpft. Die Kasuistik wird von drei Zahnärzten, die untereinander nicht in Kontakt standen, kommentiert.



Zum Fall: SF, eine Patientin in mittleren Jahren mit einem sehr stark ausgeprägten Abrasionsgebiss, stellt sich bei Dr. DB mit dem Wunsch einer Bisshebung und einer prothetischen Neuversorgung vor. Letztere soll ihr wieder zu „schönen hellen Zahnkronen“ und zu ihren „alten Gesichtsproportionen“ verhelfen. Die Patientin gibt einen erheblichen Leidensdruck an: Durch die Zahnabrasionen sei ihr unteres Gesichtsdrittel zunehmend „kürzer“, ihre Nase dagegen „immer riesiger“ geworden; ihr äußeres Erscheinungsbild gleiche mittlerweile „dem einer Hexe“ und sie traue sich kaum noch unter die Leute. Verstärkt wird der Eindruck der Patientin durch eine angeborene linksseitige Parese der Gesichtsmuskulatur, welche insbesondere beim Lächeln zu einem asymmetrischen Verlauf der Lippe führt.

SF war bereits drei Jahre zuvor mit demselben Anliegen bei Dr. DB vorstellig geworden: Damals hatte sie eine starke Überempfindlichkeit der Zähne gegenüber thermischen und chemischen Reizen gezeigt sowie



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

Der letzte Fall in dieser Reihe ("Drogenabhängige Patientin im Bereitschaftsdienst") erschien in den zm 18/2011.

starkes nächtliches Knirschen und ein „ausgeprägtes Kiefergelenksknacken“ beklagt. Der klinische Befund hatte intraoral eine Karies an Zahn 16, einzelne Füllungen sowie insuffiziente metallkeramische Brückenversorgungen im linken und rechten Unterkiefer erbracht. Der parodontale Ausgangszustand war ohne pathologischen Befund, und die Röntgenuntersuchung hatte eine Insuffizienz der Brücken im linken und rechten Unterkiefer ergeben. Im nachfolgenden Beratungsgespräch hatte die Patientin überdies eine erhebliche Stressbelastung eingeräumt: SF hatte ihren Alltag als Mutter dreier Kinder als „sehr anstrengend“ beschrieben; zudem sei ihre Ehe in die Brüche gegangen, was ihr psychisch sehr zu schaffen mache. Dr. DB versorgte zum damaligen Zeitpunkt lediglich die Molarenkaries und nahm zunächst von einer prothetischen Neuversorgung Abstand. In einem offenen und vertrauensvollen Gespräch wies er die Patientin vielmehr auf den möglichen Zusammenhang zwischen den ausgeprägten Gelenksbeschwerden und den bestehenden priva-

ten Belastungen hin und riet zu einer psychotherapeutischen Beratung beziehungsweise Behandlung. Wegen der ausgeprägten Bissenkung und der Gelenkprobleme empfahl er außerdem eine Funktionsanalyse. Sie wurde nachfolgend durch einen spezialisierten Kieferorthopäden durchgeführt. Aufgrund der festgestellten totalen anterioren Diskusverlagerung schloss sich über einen Zeitraum von etwa zwei Jahren eine relaxierende und stabilisierende Schienentherapie an. Aus ästhetischen Gründen wurden diese Schienen im Ober- und Unterkiefer in zahnähnlicher Form hergestellt.

Als sich SF nun erneut mit der Frage einer prothetischen Neuversorgung bei Dr. DB vorstellt, verweist sie auf den Erfolg ebendieser Funktionstherapie: Knirschen und Kiefergelenksknacken seien verschwunden, und an die eingestellte Bisshöhe habe sie sich gewöhnt. Nach der zweieinhalbjährigen „Schienentherapie“ habe sie nun aber sowohl von der Behandlung durch den Kieferorthopäden als auch von herausnehmbaren „Schienen-Lösungen“ genug und wolle „endlich eine definitive Lösung“. Auf Nachfrage des Zahnarztes räumt sie ein, in der Zwischenzeit keine psychotherapeutische Betreuung in Anspruch genommen zu haben. Sie lebe nunmehr in Scheidung. Für eine Psychotherapie sehe sie eigentlich keinen Bedarf. Ihr fehlten lediglich schöne neue Zähne.

Dr. DB ist unsicher: Einerseits verspürt er einen gewissen Handlungsdruck, andererseits fragt er sich, ob die Patientin tatsächlich an psychischer Stabilität gewonnen hat, denn sie reagiert in einigen Gesprächssituationen sehr emotional und scheint zudem überzo-

gene Erwartungen zu haben. So betont sie mehrfach, sich auf „ihr altes Gesicht“ zu freuen. Auch irritiert ihn, dass SF für die in Frage stehende prothetische Neuversorgung nachdrücklich die Zahnfarbe A1 einfordert, während ihr natürliches Gebiss der Zahnfarbe C4 am nächsten kommt.

Ein weiterer Aspekt gibt ihm zu denken: Um die erforderliche Bisshebung von etwa sechs Millimeter zu realisieren und die Zähne wie gewünscht zu überkronen, wäre es notwendig, insbesondere im Frontzahnbereich einige Zähne zu devitalisieren und mittels Glasfaserstiften stabile Aufbauten herzustellen, um so die Scherkräfte auf eine größere Fläche zu übertragen. Als Dr. DB sie über das Risiko der Devitalisierungen und mögliche Komplikationen und Spätfolgen aufklärt, signalisiert SF umgehend ihr Einverständnis mit den Worten „Das ist für mich okay“.

Dr. DB vereinbart mit der Patientin einen weiteren Termin und verspricht ausweichend, sich bis dahin „schlaue Gedanken zu machen“. Tatsächlich sucht er nach Antworten auf mehrere Fragen:

- Besteht für ihn eine moralische Pflicht, die Patientin prothetisch zu versorgen, nachdem er sie – jedenfalls aus der Perspektive der Patientin – zuvor drei Jahre „hingehalten“ hat?
- Hat er als Zahnarzt das Recht oder vielleicht sogar die Pflicht gegenüber der Patientin auf eine psychotherapeutische Beratung zu bestehen?
- Kann er im vorliegenden Fall die Devitalisierung mehrerer aktuell vitaler Zähne im Rahmen der Behandlung vertreten?

Dirk Leisenberg und Dominik Groß



Foto: zm/Meinardus

Kommentar 1

Die nachfolgende klinisch-ethische Analyse basiert auf den vier Prinzipien nach Beauchamp/Childress.

Respekt vor der Patientenautonomie

Nach langer Vorbehandlungsphase hat sich die Patientin eindeutig und klar für eine umfangreiche prothetische Versorgung entschieden. Hintergrund ist ein erheblicher Leidensdruck durch das Empfinden

einer ästhetischen Entstellung, die sie daran hindert, in normaler Form am sozialen Leben teilzunehmen.

Nichtschadensgebot

Eine invasive prothetische Behandlung wird immer auch eine „Körperverletzung auf Wunsch“ sein. Es stellt sich in solchen Fällen nicht die Frage, ob eine Behandlung möglich ist, ohne dem Patienten Schaden zuzu-

fügen. Entscheidend ist vielmehr die Antwort auf die Frage, ob der Schaden durch die Behandlung größer ist als der, der durch eine unterlassene Behandlung entsteht.

Gebot des Wohltuns

Der Zahnarzt selbst hatte – als Ausdruck der Fürsorge und der Benefizienz – mittelfristig eine prothetische Neuversorgung vorge schlagen. Ebendies fordert die Patientin nun

– mit Verweis auf ihr körperliches Wohlergehen – ein. Nicht vollständig geklärt ist demgegenüber die Frage nach dem psychischen Wohlergehen der Patientin.

Gebot der Gerechtigkeit / Fairness

Die tatsächliche oder von der Patientin vermutete ästhetische Beeinträchtigung hat dazu geführt, dass sie sich „nicht mehr in die Öffentlichkeit wagt“. Diese Entwicklung wurde offensichtlich durch familiären Stress und eine gescheiterte Ehe noch befördert. Vor diesem Hintergrund muss sich der Zahnarzt fragen, ob es gerecht beziehungsweise fair wäre, eine prothetische Rekonstruktion zu verweigern.

Die Abwägung der vier vorgenannten Prinzipien führt meines Erachtens zu der Schlussfolgerung, dass die prothetische Versorgung durchzuführen ist. Auch die Bereitschaft der Patientin, die notwendig werdenden endodontischen Behandlungen in Kauf zu nehmen, zeigt, welchen Stellenwert die Behandlung für die Patientin hat. In dieser Situation ist der Zahnarzt in der Pflicht zu handeln (M. Karrer: „Wenn es schmerzt, ist der Arzt in der Pflicht zu helfen – dabei ist es gleichgültig, ob es in der Seele



Foto: CC / zm / Meinardus

Unnötige Invasivität schadet mehr, als sie nützt.

schmerzt, oder Im Körper“). Zudem bleibt unklar, ob die Entstellung eine psychische Erkrankung verursacht und unterhält, oder ob eine psychische Erkrankung im Sinne einer Dysmorphophobie vorliegt. Das praktische Vorgehen könnte so aussehen: Zahn-

arzt und Patientin vereinbaren die Anfertigung einer „therapeutischen Restaurierung“, mit deren Hilfe das optimale ästhetische Ergebnis erarbeitet werden soll. Teil der Vereinbarung ist auch die Zusage der Patientin, dass sie, sollte kein für sie befriedigendes Ergebnis erzielt werden, eine psychotherapeutische (Begleit-) Therapie in Betracht zieht.

Das Ziel ärztlichen Handelns muss immer sein, mit der geringstmöglichen Invasivität das bestmögliche Ergebnis für den Patienten zu erreichen. Insbesondere Überdiagnostik und -therapie sind zu vermeiden.

Es besteht berechtigte Hoffnung, dass ein ästhetisches Ergebnis, das die Patientin zufriedenstellt, aus dem Teufelskreis einer sich selbst verstärkenden Leidensgeschichte herausführt. Es wäre ethisch nicht vertretbar, diesen Versuch zu unterlassen und der Patientin eine psychotherapeutische Behandlung aufzuzwingen, deren Bedarf sie nicht erkennt.

Hans-Otto Bermann

Kommentar 2

Dr. DB findet sich im dargestellten Fall in einer Situation wieder, die wohl keinem Zahnarzt, der diesen Beruf schon länger ausübt, vom Grundsatz her fremd ist: Ein Patient oder eine Patientin kommt mit überzogenen Wünschen oder Erwartungen in die Praxis; das Spektrum der Reaktionsmöglichkeiten reicht von der Ablehnung der Behandlung über den Versuch, durch Aufklärung und Überzeugungsarbeit die richtige, schadens- und risikogerechte Therapieoption zu finden, bis hin zur Durchführung einer Behandlung, die den eigenen fachlichen und ethischen Überzeugungen diametral entgegensteht.

SF befindet sich schon seit mehreren Jahren bei Dr. DB in Behandlung. Es ist offensichtlich gelungen, ein offenes und vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis aufzubauen. So hat SF ihren Zahnarzt über ihre Stressbelastung und die zu Grunde liegenden Probleme

informiert und war dem Vorschlag gefolgt, die bestehenden Gelenkprobleme durch einen spezialisierten Kieferorthopäden

therapieren zu lassen. Es ist nur zu gut nachvollziehbar, dass die Patientin nach fast drei Jahren den Wunsch verspürt, diesen Zustand einer zwar therapeutisch wirksamen, aber schlussendlich doch provisorischen Versorgung zu beenden und definitiv zahnärztlich-prothetisch versorgt zu werden.

Bei allen Problemen, die sich in dieser Behandlung stellen, sollte Dr. DB die Versorgung der Patientin übernehmen, wofür mehrere Gründe ausschlaggebend sind:

So war letztlich schon vom Zeitpunkt der Überweisung an den Kieferorthopäden klar, dass nach der Funktionsanalyse und -therapie eine wie auch immer geartete Neuversorgung der Patientin notwendig würde. Entzieht sich Dr. DB nun der weiteren Behandlung, so muss er sich zu Recht den Vorwurf gefallen lassen, die Patientin „hingehalten“ oder „abgewimmelt“ zu haben. Ferner stellt auch das über Jahre gewachse-

INFO Glossar

Die Erläuterungen für die folgenden Fachbegriffe sind unter Service/Glossar Ethik auf www.zm-online.de auffindbar:

- **Respekt vor der Patientenautonomie (Autonomie-Prinzip)**
- **Prinzip der Non-Malefizienz (Nichtschadensgebot)**
- **Benefizienz-Prinzip (Gebot des ärztlichen Wohltuns)**
- **Gebot einer gerechten Behandlung (Gerechtigkeitsprinzip)**

ne Vertrauensverhältnis gerade bei dieser psychisch belasteten und aufgrund der angeborenen Parese der Gesichtsmuskulatur ohnehin schon gehandicapten Patientin zweifellos eine Verpflichtung dar. Gerade dieses Vertrauen stärkt das Wohlbefinden von SF. Ein Abweisen mit der Konsequenz eines Behandlerwechsels würde aus ihrer Sicht einen Vertrauensbruch darstellen, hat sie sich doch auf den fachlichen Rat und auch hinsichtlich der anschließenden prothetischen Behandlungsoption auf Dr. DB verlassen. Hierdurch würde ihr im Sinne der vier ethischen Prinzipien nach Beauchamp/Childress Schaden entstehen: Ein Schaden in Form des Vertrauensverlustes und einer möglicherweise erschwerten Compliance bei anderen Zahnärzten.

Dr. DB kann natürlich angesichts der unrealistischen Vorstellungen von SF, etwa der Forderung nach der Zahnfarbe A 1, darauf hinweisen, dass ihre Wünsche und Erwartungen in dieser Form kaum erfüllt werden können. Natürlich kann er auch unter Bezug auf die Anamnese wiederum die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Beratung in Erwägung ziehen und der Patientin empfehlen. Ein Recht des Zahnarztes, die Behandlung an eine vorhergehende psychotherapeutische Konsultation als Bedingung zu knüpfen, besteht allerdings nicht, da er hierdurch die Patientenautonomie einschränken und SF, die nach der bisher erfolgten Therapie keine Beschwerden

mehr hat, „entmündigen“ würde. Vielmehr könnte diese Auferlegung von Bedingungen als eine erneute „Warteschleife“ gewertet werden, als ein Versuch, die Patientin „loszuwerden“. Da in der ersten Behandlungsphase über die Probleme der Patientin gesprochen wurde und diese auch offen damit umging, sollte Dr. DB davon ausgehen, dass die Patientin auch jetzt die Situation, die sich durch die Trennung erkennbar geändert hat, angemessen einschätzt. Die Emotionalität und die unrealistischen Hoffnungen sind per se kein Grund mehr, einen psychotherapeutischen Beratungsbedarf zu unterstellen. Schließlich muss SF schon ihr ganzes Leben lang mit einer angeborenen Entstellung leben, die sich im Laufe der Jahre durch die

Abrasionen und die Bissenkung mit der Veränderung der Gesichtsproportionen verstärkt hat. Eine persistierende Psychiatriesierung durch den Zahnarzt würde die leidgeprüfte Patientin zusätzlich stigmatisieren. Ihr Wunsch nach einer Intervention ist auch im Sinne einer „psychosozialen Indikation“ voll und ganz nachvollziehbar – diskussionswürdig ist lediglich die Art der Ausführung, und hier ist Dr. DB als vertrauter und vertrauenswürdiger Ratgeber gefordert.

Damit sind wir beim dritten Punkt, der Frage nach der Vertretbarkeit der Devitalisierung mehrerer vitaler Zähne im Rahmen der prothetischen Neuversorgung. Auch diese ist meines Erachtens bei sorgfältiger Indikationsstellung und Planung vertretbar.

Zum einen muss SF endlich definitiv versorgt werden, da die Schienentherapie zweifellos einen wichtigen Schritt auf dem Weg zur oralen Rehabilitation darstellt, als Dauerlösung allerdings nicht akzeptabel ist. Zum anderen wurden auch die bereits vor drei Jahren insuffizienten Brücken im III. und IV. Quadranten bisher nicht erneuert, so dass ein weiteres Hinauszögern der zweifellos anspruchsvollen (und möglicherweise auch undankbaren) prothetischen Neuversorgung nicht nur dem Patientenwillen entgegensteht, sondern der Patientin auch gesundheitlich schaden könnte.

Ralf Vollmuth

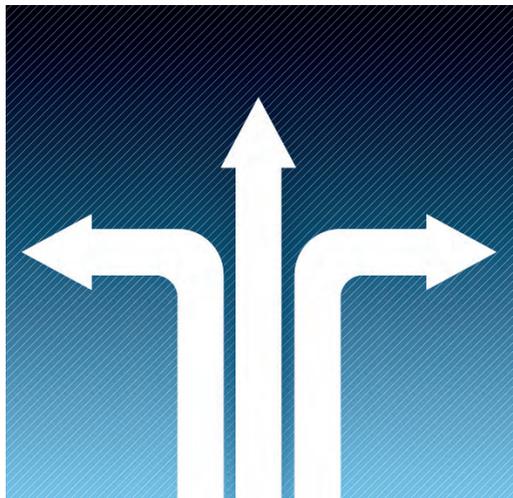


Foto: zm/Meinardus

Dilemma: Erst die prothetische Versorgung der Patientin oder erst die Überweisung an den Psychologen?

Kommentar 3

Die aufgeworfenen Fragen sollen unter Zuhilfenahme der ethischen Prinzipien mittlerer Reichweite nach Beauchamp/Childress erörtert werden.

Respekt vor der Patientenautonomie

Frau SF kommt drei Jahre nach Erstvorstellung und erfolgreicher Vorbehandlung nun wieder zu Dr. DB, um eine endgültige prothetische Versorgung ihres Abrasionsgebisses zu erhalten. Die ästhetischen Ansprüche, die sie an die Versorgung stellt, sind *prima vista* kein Indiz für eine mangelnde

psychische Stabilität. So resultieren sie etwa aus der Erfahrung der Vorbehandlung (Wiederherstellung der ursprünglichen Gesichtshöhe durch die „Bisshebung“) oder entspringen dem allgemeinen Wunsch nach „weißen“ Zähnen (Farbe A1). Zudem schien die Patientin beim Erstkontakt drei Jahre zuvor durchaus offen für den Erklärungsansatz, dass Stress und psychische Probleme für ihre Beschwerden mitursächlich wären und konnte hierzu selbst verschiedene Faktoren benennen. Auch ihre aktuelle Aussage, die zuvor bestehenden

Probleme nunmehr im Griff zu haben, ist plausibel, zumal sie jetzt beschwerdefrei erscheint. All diese Argumente sprechen dagegen, dass überhaupt noch eine psychosomatische Störung vorliegt – SF würde sich zu Recht nicht ernst genommen fühlen, wenn sie nun nach dreijähriger Vorbehandlung wieder vertröstet würde.

Insgesamt betrachtet, hat Dr. DB eine moralische Pflicht, die Patientin nun prothetisch zu behandeln, da sie genau in die von ihm vorgeschlagene, medizinisch indizierte Versorgung einwilligt und nach Darstellung der

Lage keine Maßnahmen fordert, die über die von ihm selbst gestellte medizinische Indikation hinausgehen.

Die Beurteilung der Devitalisierung der Zähne ist in diesem Fall aus der Perspektive der Patientenautonomie unstrittig, da die Patientin ja gerade in die von Dr. DB vorgeschlagene Option einwilligt – hätte Dr. DB selbst Zweifel hinsichtlich der Indikation, so hätte er seiner Patientin diese Lösung gar nicht erst vorschlagen dürfen.

Benefizienz

Kann Dr. DB die prothetische Versorgung aus Gründen des Wohltunsgebotes ablehnen? Neben der funktionellen Insuffizienz des Abrasionsgebisses besteht ein ästhetischer Leidensdruck für die Patientin durch die verlorengegangene Höhe des Untergesichts. Während der Vorbehandlung hat die Patientin ihre Compliance unter Beweis gestellt und damit die Grundlage für den künftigen Erfolg der Therapie gelegt. Das Benefizienzgebot spricht daher ebenfalls für die Durchführung der Therapie und gleichzeitig gegen die grundsätzliche Prämisse einer psychotherapeutischen Beratung.

Im Hinblick auf die Devitalisierung der Frontzähne stellt sich wieder zunächst die Frage der medizinischen Indikation: Gibt es Alternativen, die ein ähnliches Ergebnis versprechen? Dann müsste letztlich der Nutzen der verschiedenen Optionen gegen den möglichen Schaden abgewogen werden. Das Schadenspotenzial wird durch das Prinzip der Non-Malefizien beleuchtet: Ist ein Schaden zu erwarten durch die prothetische Behandlung oder durch Unterlassen derselben? Der typischerweise zu erwartende Schaden durch das Überkronen von Zähnen besteht langfristig gesehen (nach zehn Jahren) in einem Vitalitätsverlust bei etwa 15 Prozent der Fälle (Gente 2007) – ein Ereignis, das im ungünstigsten Fall zum Verlust des jeweiligen Zahnes und von Teilen der prothetischen Versorgung führen kann. Es ist daher immer zu prüfen, ob andere, weniger invasive Verfahren zu einem vergleichbaren Ergebnis führen.



Foto: zmf/Meinardus

Nach einem in drei Jahren gewachsenen Vertrauensverhältnis hegt die Patientin große Erwartungen.

Dies gilt gleichermaßen für die Devitalisierung von Frontzähnen. Ein Unterlassen der prothetischen Behandlung würde andererseits die dreijährige Vorbehandlung ad absurdum führen. Enttäuschung, Vertrauens- und Motivationsverlust auf Seiten der Patientin sind zu erwarten und der bestehende Leidensdruck könnte das Wiederauftreten kranio-mandibulärer Funktionsstörungen zusätzlich begünstigen.

Das Vorenthalten einer notwendigen, medizinisch indizierten Therapie wäre darüber hinaus ein Verstoß gegen das Gerechtigkeitsprinzip.

Unabhängig von dem Vorliegen einer psychosomatischen Störung hat die Patientin einen „Anspruch auf eine lokal indizierte, allen Regeln der Kunst entsprechende somatische Behandlung“. Aus den Ausführungen ergibt sich in der Summe, dass die prothetische Versorgung der Patientin durchzuführen ist. Für eine psychotherapeutische Beratung besteht kein zwingender Anlass, zumal die Patientin beschwerdefrei ist und keine Versorgungswünsche außerhalb des medizinisch Notwendigen äußert.

Welche konkreten Alternativen zur generellen Überkronung aller Zähne und zur Devitalisierung von Frontzähnen bestehen, geht aus dem Fallbericht nicht hervor. Grundsätzlich sind solche Alternativen zu prüfen und die Vor- und Nachteile mit der Patientin gemeinsam abzuwägen. Die Devitalisierung von

Frontzähnen ist beim Vorliegen einer medizinischen Indikation dann vertretbar, wenn der medizinische Nutzen den potenziellen Schaden erheblich überwiegt und die Patientin nach ausführlicher Aufklärung in die Maßnahme einwilligt.

Gereon Schäfer



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

Korrespondenzadressen:

Dr. med. dent. Dirk Leisenberg
Ringstr. 52 B
36396 Steinau
dirk.leisenberg@t-online.de

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

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

Dr. med. dent. Hans-Otto Bermann
Joachimstraße 54
40547 Düsseldorf
Medizinpresse@t-online.de

Primär progressive Aphasie

Wenn das Sprachvermögen langsam schwindet

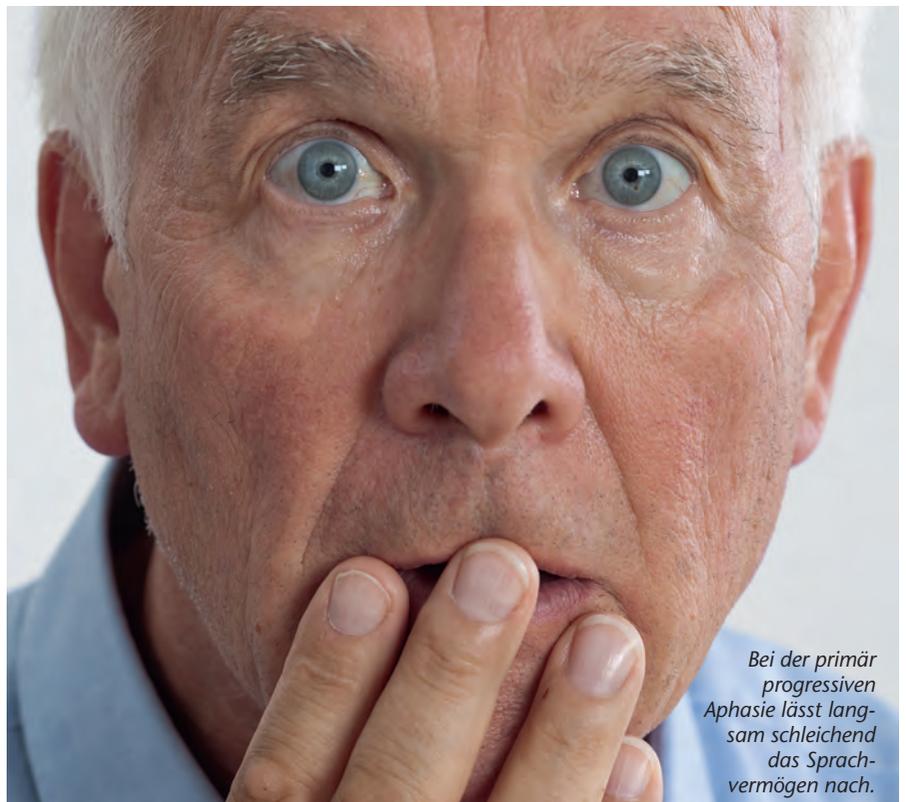
Eine Erkrankung, die den Medizinern noch reichlich Rätsel aufgibt, ist die primär progressive Aphasie, kurz PPA genannt. Es kommt dabei zu einer schleichend einsetzenden, sich über Jahre hinweg progressiv entwickelnden Sprachstörung. Effektive Therapieformen gibt es bislang nicht. Sie sind zudem schwer zu etablieren, da es noch an standardisierten Methoden fehlt, mit denen sich die Krankheitsprogression objektiv fassen lässt.

Ein progressiver Sprachverlust kennzeichnet die primär progressive Aphasie. Die Patienten weisen in den ersten Krankheitsjahren weder kognitiven Einbußen noch Verhaltensauffälligkeiten oder neurologische Symptome auf, berichtet Bradford C. Dickerson aus Boston [J. Mol Neurosci, DOI 10,1007/s12031-011-9534-2] in einer Übersichtsarbeit zur PPA. Nach Angaben des amerikanischen Neurologen wird vermutet, dass die Erkrankung den frontotemporalen Lobärdegenerationen (FTLD) zuzuordnen ist, die eine wesentliche Ursache der Entwicklung einer Demenz vorm 65. Lebensjahr darstellen.

Behandlungsmöglichkeiten noch nicht in Sicht

Die Erkrankung kann damit möglicherweise mit dazu beitragen, die Hintergründe anderer neurodegenerativer Störungen zu erhellen, vermutet Dickerson. Eine Intensivierung der Forschungsaktivitäten zur PPA hält er für dringend geboten, nicht zuletzt, weil die Erkrankung die Betroffenen wie auch deren Familien extrem belastet.

Bislang fehlen nach Dickerson wirksame Therapieoptionen gegen die primär progressive Aphasie. „Es hat sich noch keine der untersuchten Therapieformen als effektiv erwiesen“, bedauert der Neurologe. Die Suche nach Behandlungsmöglichkeiten wird aus seiner Sicht dadurch erschwert, dass es ebenfalls an Instrumenten fehlt, mit denen sich die Sprachstörung in ihrem Verlauf konkret fassen lässt. Solche Instrumente aber wären notwendig, um eine potenzielle Verlaufsbesserung in klinischen Studien dokumentieren zu können.



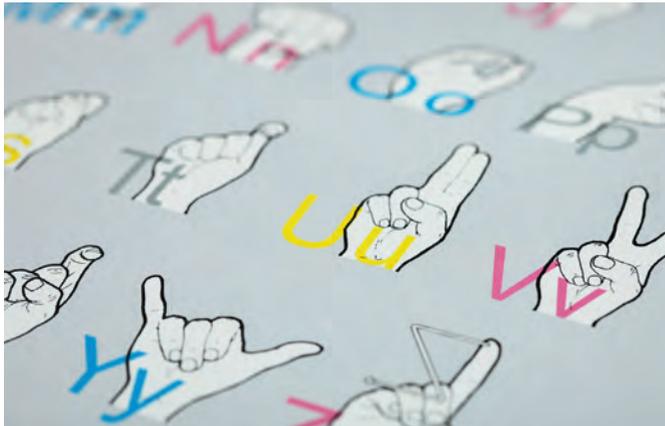
Bei der primär progressiven Aphasie lässt langsam schleichend das Sprachvermögen nach.

Foto: MEV

Das Sprechen macht zunehmend Mühe

Analog der Alzheimer-Demenz verläuft die PPA nach Dickerson in charakteristischen Phasen, wobei die Neurodegeneration zunächst asymptomatisch bleibt und erst mit ihrem Fortschreiten erste Symptome auffällig werden. Mit dem zunehmenden Sprachverlust manifestiert sich wahrscheinlich auch eine milde kognitive Einschränkung (MCI, mild cognitive impairment), ehe es schließlich zur völligen Aphasie und zur Demenz kommt.

In der Frühphase der PPA beschreiben die Patienten, dass ihnen das Sprechen zunehmend Mühe bereitet, sie können aber durchaus Sprech- und Sprachtests erfolgreich durchführen. „Diese Phase kann bei einigen Patienten Jahre dauern“, so Dickerson. Im weiteren Verlauf werden die Patienten dann in psycholinguistischen Testverfahren auffällig, es macht ihnen mehr und mehr Probleme, Dinge zu benennen, und die verbale Fluidität lässt nach. In diesem Krankheitsstadium sind die Betroffenen meist jedoch weiter in der Lage, ihre komplexen Alltagsaktivitäten zu bewältigen.



Durch psycholinguistische Testverfahren lässt sich die Verdachtsdiagnose einer PPA erhärten.

erfassen und die Dokumentation eines Funktionsabfalls erlauben“, erläutert Dickerson. Fortschritte in dieser Richtung sind nach seinen Angaben hauptsächlich in der Bildgebung zu erwarten.

Hoffnung auf neuroprotektive Therapiansätze

Dickerson geht zudem davon aus, dass sich innerhalb des kommenden Jahrzehnts auch effektive Therapieformen werden etablieren lassen. So sind Fortschritte vor allem bei spezifischen Formen der Sprach- und Sprechtherapie zu erwarten, die speziell zur Behandlung der PPA entwickelt werden. Patienten mit PPA können wahrscheinlich außerdem von den intensiven Bemühungen bei der Entwicklung neuroprotektiver Wirkstoffe für die Behandlung anderer neurodegenerativer Erkrankungen wie etwa der frontotemporalen Demenz profitieren. Ferner wird nach Dickerson intensiv nach molekularen Veränderungen bei der PPA gesucht, die dann wiederum als Target für die Entwicklung spezifischer Therapieformen gelten können.

*Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln*

Auch in neuropsychologischen Tests schneiden sie normal ab.

Nach dem Sprachverlust droht die Demenz

Das gilt auch für kognitive Leistungstests, in denen es nicht um die Sprache, sondern beispielsweise um Gedächtnisleistungen geht. Dennoch ist nach Meinung des Neurologen davon auszugehen, dass zu diesem Zeitpunkt bereits eine umfassende Neurodegeneration Platz gegriffen hat. Diese führt schließlich zum Auftreten kognitiver Leistungseinbußen, von Verhaltensauffälligkeiten und schließlich zu einer manifesten Demenz. Es wird deshalb auch von einer

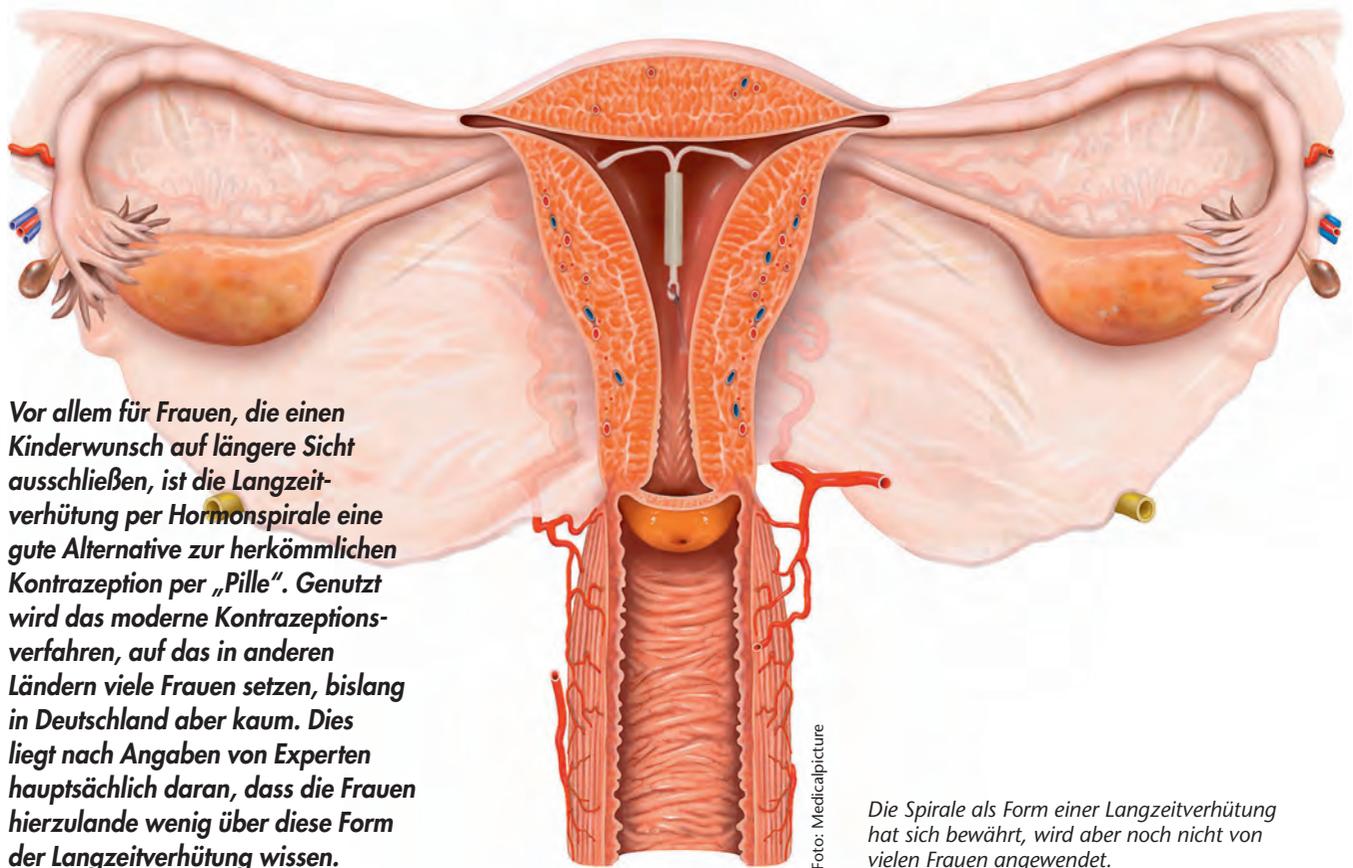
aphasischen Demenz gesprochen oder von der „PPA-plus“.

Wünschenswert wären nach Dickerson Medikamente, die neuroprotektiv wirksam sind und quasi als „disease modifying drugs“ den Krankheitsprozess aufhalten. Es müsste dann wie auch bei anderen neurodegenerativen Störungen darum gehen, möglichst eine Frühtherapie zu etablieren, um rechtzeitig Funktionsverlusten entgegenzuwirken.

Das aber setzt voraus, dass nicht nur die Frühdiagnostik verbessert wird, sondern auch die Verlaufsbeobachtung. „Wenn wir eine Verlangsamung der Neurodegeneration nachweisen wollen, brauchen wir Instrumente, die die Schwere der Störung

Langzeitverhütung

Hormonspirale wird bislang wenig genutzt



Vor allem für Frauen, die einen Kinderwunsch auf längere Sicht ausschließen, ist die Langzeitverhütung per Hormonspirale eine gute Alternative zur herkömmlichen Kontrazeption per „Pille“. Genutzt wird das moderne Kontrazeptionsverfahren, auf das in anderen Ländern viele Frauen setzen, bislang in Deutschland aber kaum. Dies liegt nach Angaben von Experten hauptsächlich daran, dass die Frauen hierzulande wenig über diese Form der Langzeitverhütung wissen.

Foto: Medicalpicture

Die Spirale als Form einer Langzeitverhütung hat sich bewährt, wird aber noch nicht von vielen Frauen angewendet.

Nur etwa jede vierte Frau, die langfristig verhüten möchte, nutzt laut Dr. Matthias Krick, Moers, die Möglichkeit der Langzeitkontrazeption. Dabei steht mit der Hormonspirale ein Verfahren zur Verfügung, das hinsichtlich der kontrazeptiven Sicherheit der oralen Kontrazeption kaum nachsteht und mindestens ebenso zuverlässig vor einer Schwangerschaft schützt wie die althergebrachten Intrauterinpressare (IUPs). Da die Hormonabgabe nur lokal erfolgt, ist die systemische Hormonbelastung anders als bei der Pille zu vernachlässigen, was nach Krick von vielen Frauen begrüßt wird. Es sind deshalb weniger Vorbehalte der Frauen als vielmehr der Gynäkologen, die der häufigeren Anwendung der Hormonspirale entgegenstehen, gab der Mediziner bei einem Pressegespräch in Leverkusen zu bedenken.

Eine gewisse Scheu scheint nach seinen Worten wegen der Kosten zu bestehen, die mit 300 bis 400 Euro zu Buche schlagen. Diese Kosten aber verteilen sich auf fünf Jahre, da die Hormonspirale üblicherweise erst nach diesem Zeitraum gewechselt werden muss. Das Verfahren ist laut Krick damit letztlich sogar preisgünstiger als die orale Kontrazeption oder die Verhütung mit einem Hormonring.

Weniger schmerzhafte Monatsblutungen

Frauen, die sich für die Hormonspirale entscheiden, haben zudem den Vorteil, kaum noch oder sogar gar keine Monatsblutungen mehr zu erleben. „Das ist sehr vielen Frauen angenehm“, so Krick bei dem

Pressegespräch von Bayer HealthCare. Es kommt dadurch nicht nur zu weniger Blutverlusten, sondern auch zu weniger menstruationsbedingten Schmerzen. Allerdings müssen die Frauen mit vorübergehenden Schmerzen beim Legen der Hormonspirale und mit eventuell auftretenden Schmierblutungen in den ersten Wochen danach rechnen. „Das akzeptieren sie bei entsprechender Aufklärung im Allgemeinen gut“, so die Erfahrung des Frauenarztes. Viele Frauen haben nach seinen Worten aber nicht nur weniger schmerzhafte Blutungen, sondern können auch einem unabhängigeren Sexualleben nachgehen. Frauen mit Hypermenorrhoe oder solchen mit Endometriose bleibt laut Krick zudem so oftmals ein operativer Eingriff bis möglicherweise hin zu einer Hysterektomie erspart.

Hohe Zufriedenheit

Dass Frauen, die Erfahrung mit der Hormonspirale haben, mit dieser Verhütungsmethode weitestgehend zufrieden sind, zeigt nach Prof. Dr. Thomas Römer, Köln, eine europaweite Erhebung bei mehr als 8 000 Frauen in 18 europäischen Ländern, darunter knapp 3 000 Frauen in Deutschland. 93 Prozent der Anwenderinnen erklärten in der Studie, mit der Hormonspirale zufrieden zu sein, 66 Prozent gaben laut Römer sogar an, sehr zufrieden zu sein.

Die Befragung zeigte zudem, welche Frauen sich bevorzugt für die Hormonspirale als Verhütungsmethode entscheiden: Die Frauen waren im Mittel 38 Jahre alt, lebten in einer Partnerschaft und hatten bereits zwei Kinder. „Rund 60 Prozent hatten zuvor orale Kontrazeptiva



Foto: DocStock/BSIP

Eine Alternative zur Pille ist die Hormonspirale, die an Ort und Stelle den Wirkstoff in die Schleimhaut abgibt.

genutzt, 28 Prozent eine Kupferspirale und 22 Prozent hatten per Kondom verhütet“, so Römer. Eine Sterilisation wurde von

knapp 80 Prozent der Frauen abgelehnt.

Vor der Anwendung hatten 55 Prozent der Frauen Blutungsprobleme, doch 93 Prozent mit der ersten Hormonspirale und sogar 100 Prozent derjenigen, die bereits zum zweiten Mal mit dieser Methode verhüteten, gaben eine deutliche Besserung der Blutungsprobleme an. Bemerkenswert war nach Römer, dass die Zufriedenheit der Frauen mit der Dauer der Anwendung der Hormonspirale offenbar sogar noch ansteigt und dass 91 Prozent der Frauen diese Form der Kontrazeption auch künftig nutzen wollen und sogar ihrer Freundin empfehlen würden.

*Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln*

Konservierende Zahnheilkunde

Die Effizienz der Aushärtung von Kompositen mit LED-Lichtgeräten

Laut neuesten Untersuchungen verbessern die modernen LED-Lichtgeräte die Effizienz der Aushärtung durch die höhere Strahlungsintensität. In diesem Kontext wurden auch kürzere Polymerisationszeiten bis zu fünf Sekunden vorgeschlagen. Eine solch kurze Polymerisationszeit ist zwar für die oberflächliche Schicht akzeptabel; für Schichten ab zwei Millimetern ist jedoch eine Zeit von mindestens 20 Sekunden empfehlenswert.

Obwohl die meisten Zahnärzte immer noch in Besitz einer Quarz-Wolfram-Halogen-Polymerisationslampe sind, gewinnen die LED-Lichtgeräte immer mehr an Popularität. Das Emissionsspektrum der LED-Lichtgeräte ist perfekt eingestellt auf die Aktivierung des Photoinitiators Kampferchinon. Zahlreiche Studien zeigen, dass eine suffiziente Polymerisation von Kompositen mit LED-Lichtgeräten bereits nach zehn bis 20 Sekunden erreicht werden kann. Diese Ergebnisse haben die Gerätehersteller zu der Behauptung ver-

3M ESPE, Seefeld, Deutschland) und ein Mikrohybrid-Komposit (Filtek Z250, 3M ESPE) wurden für fünf, zehn und 20 Sekunden jeweils mit drei kommerziell erhältlichen LED-Lichtgeräten polymerisiert: Freelight 2 (3M ESPE, Seefeld, Deutschland), Demi (Kerr Italia, Scafati, Salerno, Italien), SmartLite PS (Dentsply DeTrey, Konstanz, Deutschland) oder einem Prototyp: Elipar^MS10 (3M ESPE). Zylindrische Proben (sechs Millimeter mal vier Millimeter) wurden aus drei Inkrementen (je zwei Millimeter) aufgebaut und nacheinander licht-

gefolgt von Tukey's-Test und t-Test statistisch ausgewertet. Die Auswertung zeigte signifikante Unterschiede hinsichtlich der mechanischen Eigenschaften von unteren und oberen Flächen der Proben beider verwendeten Materialien sowie

zwischen den Ergebnissen aller verwendeten LED-Lichtgeräte. Auf den Oberflächen der Proben wurden bei beiden Kompositen keine statistisch signifikanten Unterschiede für E und HV in Bezug auf die verwendeten Lichtgeräte und die Polymerisationszeiten beobachtet. Dagegen wurden signifikant höhere Werte für E und HV bei dem Mikrohybrid-Komposit im Vergleich zum Nano-Komposit gemessen: Filtek Z250:

$E = 18,14 \pm 1,44,$

$HV = 117,31 \pm 9,19;$

Filtek Supreme XT:

$E = 15,24 \pm 1,93,$

$HV = 111,73 \pm 15,27.$

Das gleiche galt auch für die zwei Millimeter tiefen Schichten (mit Ausnahme des E-Moduls) der Proben, die 20 Sekunden lang polymerisiert worden waren. Verglichen mit dem Wert nach fünf Sekunden war der E-Modul nach 20 Sekunden Polymerisationszeit signifikant höher. Für die sechs Millimeter tiefen Schichten wurde eine signifikante Verminderung von E und HV in Bezug auf alle verwendeten



Einsatz eines LED-Lichtgeräts

Foto: Blunck

Geräte und auf die verschiedenen Polymerisationszeiten im Vergleich zu den oberen Flächen der Inkremente beobachtet. Insgesamt zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, dass die Polymerisationszeit von fünf Sekunden zwar für die oberflächlichen Schichten der Composite ausreichend ist, jedoch für die Polymerisation von tieferen (unterhalb von zwei Millimetern liegenden) Schichten mindestens 20 Sekunden notwendig sind. Daher ist die Polymerisationszeit von fünf Sekunden auch für moderne LED-Geräte nicht ausreichend.

Quelle:

Rencz A, Hickel R, Ilie N. Curing efficiency of modern LED units. Clin Oral Investig 2011; (in press)

Dr. Michael Wolgin
Charité-Universitätsmedizin Berlin
CharitéCentrum 3 für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde
Abt. für Zahnerhaltungskunde
und Parodontologie
Alßmannshäuser Str. 4-6
14197 Berlin
michael.wolgin@charite.de

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.

anlasst, dass eine weitere Erhöhung der Strahlungsintensität zu einem klinisch akzeptablen Ergebnis bereits nach fünf Sekunden Lichteinwirkung führen könne. Das Ziel der vorliegenden Studie war die vergleichende Untersuchung der Effizienz von vier unterschiedlichen LED-Lichtgeräten gemessen an ihrem Effekt auf die Aushärtung von zwei unterschiedlichen Kompositen. Ein Nano- (Filtek Supreme XT,

gehärtet. Der Polymerisationsgrad jeder Probe wurde an der unteren Fläche des Inkrements mithilfe des FTIR-Spektrometers bestimmt. Zusätzlich wurden die mechanischen Eigenschaften, wie der Elastizitätsmodul (E) und die Vickershärte (HV), an den oberen und unteren Flächen der Proben nach einer 24-stündigen Wasserlagerung bestimmt. Die Ergebnisse wurden mittels multivarianter Varianzanalyse (ANOVA),

Parodontologie

Photodynamische Therapie in der Parodontitisbehandlung

Die konventionelle mechanische Parodontistherapie kann nicht alle parodontalpathogenen Keime entfernen. Eine weiterführende Antibiotikatherapie führt häufig zu Resistenzen. Die photodynamische Therapie ist ein neuer, nichtinvasiver Ansatz für die Lösung dieses Problems.

Die photodynamische Therapie (PDT) ist die Eliminierung von Mikroorganismen durch die Umwandlung von Sauerstoff in reaktive Verbindungen mithilfe eines Photosensitizers, der sich an die Mikroorganismen anlagert und durch Lichtaktivierung mit einer geeigneten Wellenlänge wirksam wird. Die photosensibilisierende Substanz wird durch Lichteinwirkung angeregt und reagiert dann mit endogenem Sauerstoff zu Triplett-Sauerstoff. Es gibt zwei verschiedene Reaktionstypen zur Bildung von reaktiven Verbindungen aus diesem stabilen Zustand. Die Typ-1-Reaktion beinhaltet einen Elektronen-Wasserstoff-Austausch des Photosensitizers. Die dabei produzierten Ionen lassen freie Radikale entstehen, die wieder mit Sauerstoff reagieren und zur Bildung von beispielsweise Superoxiden und Peroxiden führen. Bei der Typ-2-Reaktion wird der Triplett-Sauerstoff in den hochreaktiven Singulett-Zustand überführt. Beide Reaktionstypen bewirken den Untergang der Zielzellen in Abhängigkeit von der Konzentration des Photosensitizers und der Verfügbarkeit von Sauerstoff.

Für die PDT werden verschiedene, nicht toxische Substanzen als Photosensitizer verwendet. Es gibt fünf chemisch verschiedene Gruppen: trizyklische Farbstoffe und Phthalocyanine (zum Beispiel Methylenblau), Chlorverbindungen, Porphyrine (zum Beispiel ALA), Xanthene (zum Beispiel Erythrosin) und Monoterpentene (zum Beispiel Azu-



PDT-16-Farbstoffapplikation



PDT-16-Laseraktivierung

Fotos: Dr. Stephan

len). Als Lichtquelle werden Diodenlaser und lichtemittierende Dioden (LED) verwendet.

Die Parodontistherapie versucht, das Wachstum parodontalpathogener Keime durch eine mechanische Reinigung der Zahnoberfläche in Verbindung mit antimikrobieller Medikation zu hemmen. Der Einsatz von Antibiotika führt häufig zu Resistenzen der Bakterien, da es schwierig ist, eine therapeutisch wirksame Konzentration am Zielort aufzubauen. Die PDT könnte eine einfache und schnelle Lösung für dieses Problem darstellen. Die Bildung von Resistenzen auf Singulett-Sauerstoff oder andere reaktive Sauerstoffverbindungen ist äußerst gering. Die PDT ist eine lokale, non-invasive Therapie, die sich nicht schädigend auf umliegende Gewebe auswirkt. Eine Lokalanästhesie ist für die Anwendung nicht notwendig.

Die Polysaccharide der extrazellulären Matrix des Biofilms sind hoch empfindlich auf die Wirkung von Singulett-Sauerstoff. In-vitro-Studien haben eine Reduktion der Mikroorganismen um mehr als 95 Prozent zeigen können. Die Verwendung von Toluidinblau O (TBO) und Methylenblau in Verbindung mit einem Helium/Neon-Laser (633 Nanometer) zeigte beispielsweise eine Wirksamkeit gegen *Porphyromonas gingivalis*, *Fusobacterium nucleatum*, *Actinomyces actinomycetemcomitans* und *Streptococcus sanguis*. Methylenblau in Verbindung mit einem 665-Nanometer-Diodenlaser eliminierte zusätzlich *Prevotella intermedia*. Die Anwendung von TBO mit einem Diodenlaser (635 Nanometer) zeigte sich unter anderem wirksam gegen *Leptotrichia buccalis*, *Fusobacterium*, *Actinomycetes* und *Veilonella*. Die Anwendung von PDT in der Parodontistherapie wird weiterhin untersucht und scheint eine gute Therapieergänzung zur manuellen Reinigung darzustellen.

Quelle:
Raghavendra M, Koregol A, Bhola S. Photodynamic therapy: a targeted therapy in periodontics. *Australian Dent J* 2009;54:102-109

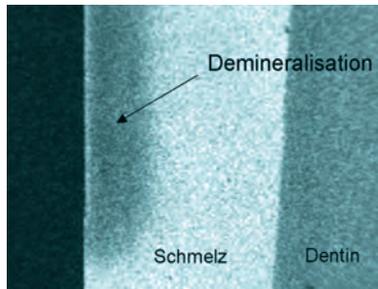
ZÄ Kristin Lüdemann
Charité-Universitätsmedizin Berlin
CharitéCentrum 3 für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde
Abt. für Zahnerhaltungskunde
und Parodontologie
Abmannshauer Str. 4-6
14197 Berlin
kristin.luedemann@charite.de

Zahnerhaltung**Infiltration hemmt Kariesprogression**

Die Infiltration kariöser Schmelzläsionen mit einem niedrigviskösen, lichthärtenden Kunststoffinfiltranten hemmt das Voranschreiten der Karies bei weiterhin bestehendem kariogenem Milieu.

Die Infiltrationstechnik ist eine speziell für die Behandlung approximaler Läsionen an der Abteilung für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie der Berliner Charité entwickelte Therapiemöglichkeit, bei der ein niedrigvisköser Kunststoff in die demineralisierte Zahnhartsubstanz eindringt und somit die für Kohlenhydrate und kariogene Säuren passierbaren Diffusionswege obturiert. Bei dieser mikroinvasiven Maßnahme wird die Diffusionsbarriere nicht auf der Oberfläche (wie bei der Versiegelung), sondern innerhalb der demineralisierten Schmelzareale geschaffen, womit auch eine Stabilisierung der Karies erreicht werden kann. In-vitro-Studien haben gezeigt, dass dadurch eine Progression der Karies verlangsamt oder sogar arretiert werden kann. Die vorliegende In-situ-Studie untersuchte, ob die Infiltration kariöser Schmelzläsionen mit einem niedrigviskösen, lichthärtenden Kunststoffinfiltranten ein Voranschreiten der Karies bei weiterhin bestehendem kariogenem Milieu hemmt. Außerdem galt es, die Hypothese zu überprüfen, ob zwischen den infiltrierten, den versiegelten und den unbehandelten Läsionen signifikante Unterschiede hinsichtlich der Läsionsprogression auftreten.

An der Studie nahmen elf Probanden (sieben Frauen und vier Männer) im Alter zwischen 18 und 65 Jahren teil. Voraussetzun-



TMR-Bild mit einer im bovinen Schmelz erkennbaren Demineralisation

gen für die Teilnahme waren eine vom Probanden unterschriebene Einverständniserklärung, eine gute Allgemeingesundheit und ein (natürliches) Gebiss ohne Anzeichen von aktiver Karies oder einer Parodontalerkrankung. Nicht eingeschlossen wurden Probanden, die gleichzeitig an einer anderen Studie teilnahmen, unter Xerostomie litten, ein erhöhtes Kariesrisiko aufwiesen und diejenigen, bei denen eine Allergie gegen dentale Materialien bekannt war. Die Probanden trugen 100 Tage lang eine Apparatur im Unterkiefer, bei der auf jeder bukkalen Seite im Sulkusbereich vier Rinderzahnproben eingearbeitet waren. Jede Rinderzahnprobe wies zwei im Labor künstlich erzeugte Demineralisationen auf. Bei vier Proben wurde



Bovine Schmelzproben und TMR-Träger

eine der beiden Läsionen mit einem Icon-Präprodukt (DMG, Hamburg, Deutschland) infiltriert. Bei den vier anderen Proben wurde eine der Läsionen mit einem Fissurenversiegler (Clinpro Sealant; 3M Espe, Seefeld, Deutschland) (PC) versorgt, wobei eine oberflächliche Schicht belassen wurde. Bei allen acht Proben diente die zweite Läsion als unbehandelte Kontrollläsion (NC). Die Probenanordnung in der Apparatur erfolgte randomisiert. Die Proben wurden

circa ein Millimeter tief in der Apparatur versenkt und mit einem Polyethylenterephthalatnetz zur natürlichen Plaqueakkumulation abgedeckt. Die Apparatur wurde ganztägig getragen und nur während des Frühstücks und des Abendessens für je 30 Minuten in eine zehnpromtente Saccharose-Lösung gelegt. Während der Zwischenmahlzeiten wurde sie in einer feuchten Umgebung in einer Plastikbox aufbewahrt. Die Apparatur wurde regelmäßig kontrolliert und die Probanden wurden an das Studienprotokoll erinnert. Für die Zeit der Untersuchungen wurden sie gebeten, fluoridfreie Zahnpasta und Zahnseide zu verwenden und andere antikariös oder antibakteriell wirkende Mittel zu meiden. Außerdem sollten sie keine fluoridreichen Lebensmittel und kein fluoridiertes Speisesalz zu sich nehmen. Vor der In-situ-Phase und nach den 100 Tagen wurden der Mineralverlust und die Läsionstiefe bei vier Proben jeder Apparatur mithilfe der Transversalen Mikroradiografie (TMR) und bei den vier anderen Proben mithilfe

der Transversalen Wellenlängen-unabhängigen Mikroradiografie (T-WIM) untersucht.

Zu Beginn zeigten beide Analysemethoden (TMR und T-WIM) keine signifikanten Unterschiede im Mineralverlust und in der Läsionstiefe zwischen den einzelnen Gruppen. Nach der In-situ-Phase konnte festgestellt werden, dass die unbehandelten Schmelzläsionen signifikant fortgeschritten waren. Die infiltrierten Läsionen schritten im Vergleich zu den unbehandelten Läsionen signifikant langsamer fort, wobei es hier zu keiner Progression der Läsionstiefe, sondern zu einer leichten Progression des Mineralverlusts kam, der unter der Läsionsoberfläche höher war als in der Tiefe der Läsion. Bei den mit dem Fissurenversiegler behandelten Läsionen konnte keine Progression des Mineralverlusts und der Läsionstiefe festgestellt werden. Die Unterschiede in der Läsionstiefe und des Mineralverlusts der infiltrierten und der versiegelten Läsionen nach der In-situ-Phase waren nicht signifikant.

Abschließend lässt sich sagen, dass in dieser in situ durchgeführten Studie die Kunststoffinfiltration die Progression artifizierlicher Schmelzkaries bei weiterhin bestehendem kariogenem Milieu behindert.

Quelle: Paris S, Meyer-Lueckel H. Inhibition of caries progression by resin infiltration in situ. *Caries Res* 2010;44(1):47-54. Epub 2010 Jan 16

ZÄ Ina Ulrich
Charité-Universitätsmedizin Berlin
CharitéCentrum 3 für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde
Abt. für Zahnerhaltungskunde
und Parodontologie
Alßmannshäuser Str. 4-6
14197 Berlin
ina.ulrich@charite.de



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 86	Implantologie	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 85
Allgemeine ZHK	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 85		ZÄK Bremen	S. 90
	KZV Baden-Württemberg	S. 87		ZÄK Hamburg	S. 91
Anästhesie	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 89	Interdisziplinäre ZHK	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 92
Arbeitssicherheit	LZK Rheinland-Pfalz	S. 93	Kieferorthopädie	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 89
Bildgebende Verfahren	KZV Baden-Württemberg	S. 87		ZÄK Hamburg	S. 91
	ZÄK Bremen	S. 90	Kinderzahnheilkunde	KZV Baden-Württemberg	S. 87
	ZÄK Hamburg	S. 90		ZÄK Hamburg	S. 90
Chirurgie	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 89	Kommunikation	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 89
	ZÄK Niedersachsen	S. 92		ZÄK Bremen	S. 90
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 92	Konservierende ZHK	LZK Berlin/Brandenburg	S. 86
	LZK Rheinland-Pfalz	S. 93		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 92
Dentale Fotografie	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 85	Nofallmedizin	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 92
Endodontie	KZV Baden-Württemberg	S. 87		LZK Rheinland-Pfalz	S. 93
	ZÄK Hamburg	S. 90	Parodontologie	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 85
Funktionslehre	LZK Berlin/Brandenburg	S. 86		KZV Baden-Württemberg	S. 87
	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 88		ZÄK Hamburg	S. 90
	ZÄK Niedersachsen	S. 92		ZÄK Niedersachsen	S. 92
Gewaltprävention	LZK Hessen	S. 86		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 92
Homöopathie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 86	Praxismanagement	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 85
Hygiene	LZK Rheinland-Pfalz	S. 93		LZK Berlin/Brandenburg	S. 86
				ZÄK Bremen	S. 90
				ZÄK Hamburg	S. 90
				ZÄK Niedersachsen	S. 92
				ZÄK Westfalen-Lippe	S. 92
				LZK Rheinland-Pfalz	S. 93
			Prophylaxe	KZV Baden-Württemberg	S. 87
			Prothetik	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 85
				ZÄK Niedersachsen	S. 92
				ZÄK Westfalen-Lippe	S. 92
			Psychologie	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 85
			Restaurative ZHK	ZÄK Hamburg	S. 90
			ZFA	LZK Berlin/Brandenburg	S. 86
				KZV Baden-Württemberg	S. 87

Fortbildung der Zahnärztekammern **Seite 85**

Kongresse **Seite 94**

Hochschulen **Seite 96**

Wissenschaftliche Gesellschaften **Seite 97**

Freie Anbieter **Seite 98**

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



Absender:

Veranstalter/Kontaktadresse:



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Zahnärztekammern

Deutscher Zahnärztetag 2011

DEUTSCHER ZAHNÄRZTETAG

09. – 12. November 2011
Congress Center Messe
Frankfurt/Main

Zahnmedizin interdisziplinär

Standespolitisches Programm:

■ Mittwoch, 09.11.2010

KZBV-Vertreterversammlung

■ Donnerstag, 10.11.2010

KZBV-Vertreterversammlung – Fortsetzung

BZÄK/KZBV/DGZMK: Festakt Deutscher Zahnärztetag

■ Freitag, 11.11.2010

Bundesversammlung der BZÄK

Gemeinsame Pressekonferenz BZÄK/KZBV/DGZMK

■ Samstag, 12.11.2010

Bundesversammlung der BZÄK – Fortsetzung

Das wissenschaftliche Kongressprogramm findet am 11. und am 12. November im CCM Frankfurt/Main statt.

zm Leser service

Aktuelle Details zum Deutschen Zahnärztetag 2011 auch unter: www.dtzt.de.
Das wissenschaftliche Kongressprogramm wurde veröffentlicht in den zm 15, S. 74ff.

ZÄK Sachsen-Anhalt



Fortbildungsinstitut „Erwin Reichenbach“

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Alltägliche Probleme bei der Teil- und Totalprothetik
Referent: OA Dr. Felix Blankenstein – Berlin
Termin: 09.11.2011:
14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Magdeburg,
im Reichenbachinstitut der ZÄK,
Große Diesdorfer Str. 162
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: Z/2011-043
Gebühr: 145 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Curriculum Implantologie
Baustein 7: Das Leben mit dem zahnärztlichen Implantat
Referent: Prof. Dr. Michael Augthun – Mühlheim
Termin:
11.11.2011: 14.00 – 19.00 Uhr,
12.11.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Magdeburg,
im Reichenbachinstitut der ZÄK,
Große Diesdorfer Str. 162
Fortbildungspunkte: 15

Fachgebiet: Dentale Fotografie
Thema: Praktische zahnärztliche Fotografie: Aufnahmetechniken, Nachbearbeitung, Archivierung, Internet
Referent: Dr. Markus Kaup – Münster
Termin: 12.11.2011:
09.00 – 13.00 Uhr
Ort: Magdeburg,
im Reichenbachinstitut der ZÄK,
Große Diesdorfer Str. 162
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: Z/2011-044
Gebühr: 120 EUR

Fachgebiet: Psychologie
Thema: Aus der Trickkiste der Kommunikation – Psychologie vom Feinsten. Der Motivations-schub für das ganze Team
Referent: Herbert Prange – Thomasburg
Termin: 12.11.2011:
09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Halle (Saale),
im Ankerhof Hotel, Ankerstr. 2a
Kurs-Nr.: H-48-2011
Gebühr: 170 EUR

Anzeige

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Die parodontale Vorbehandlung – Grundlage für eine erfolgreiche Parodontistherapie (Seminar für Prophylaxemitarbeiterinnen, ZMP/ZMF)
Referentin: Simone Klein – Berlin
Termin: 18.11.2011:
13.00 – 19.00 Uhr
Ort: Magdeburg,
im Reichenbachinstitut der ZÄK,
Große Diesdorfer Str. 162
Kurs-Nr.: H-49-2011
Gebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Röntgen
Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz
Referent: Prof. Dr. Dr. Edgar Spens – Halle (Saale)
Termin: 19.11.2011:
09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Magdeburg,
im Büro- und TagungsCenter,
Rogätzer Str. 8
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: Z/2011-045
Gebühr: 55 EUR

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Stift oder kein Stift? Adhäsiv befestigt oder zementiert? Aufbau tief zerstörter Zähne (mit praktischen Übungen)
Referenten: Dr. Markus Kaup, Dr. Sven Duda – beide Münster
Termin: 19.11.2011:
09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Magdeburg,
im Reichenbachinstitut der ZÄK,
Große Diesdorfer Str. 162
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: Z/2011-046
Gebühr: 190 EUR

Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: Curriculum Allgemeine Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde: Tageskurs: Kieferorthopädie
Referent: Dr. Bernhard Böhm – Obertshausen
Termin: 12.11.2011:
09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Halle (Saale),
in der Universitätsklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Kröllwitz), Ernst-Grube-Str. 40
Fortbildungspunkte: 7 (insg. 118 Punkte inkl. Anschl.-Gespräch)
Kurs-Nr.: Z/2011-072
Gebühr: 165 EUR
(Kurspaket 2000 EUR)

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Jetzt spreche ich das mal an! Konflikte im Team zeitnah zur Sprache bringen und verantwortlich handeln
Referentin: Petra Erdmann – Dresden-Langebrück
Termin: 19.11.2011:
09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Magdeburg,
im Reichenbachinstitut der ZÄK,
Große Diesdorfer Str. 162
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: H-50-2011
Gebühr: 130 EUR

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Spannende und entspannte Zahnbehandlung mit Hypnose
Referentin: DS Ute Neumann-Dahm – Magdeburg
Termin: 23.11.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: Z/2011-050
Gebühr: 95 EUR

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Der Kassenpatient als Privatpatient
Referentin: Sabine Sassenberg-Steels – Sundern
Termin: 23.11.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Halle (Saale), im Ankerhof Hotel, Ankerstr. 2a
Kurs-Nr.: H-51-2011
Gebühr: 155 EUR

Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: Curriculum Allgemeine Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde: Wochenendkurs: Zahnärztliche Chirurgie II
Referenten: Univ.-Prof. Dr. Dr. J. Schubert, OA Dr. Dr. A. Eckert – Halle (Saale)
Termin: 25.11.2011: 14.00 – 18.00 Uhr, 26.11.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Halle (Saale), in der Universitätsklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Kröllwitz), Ernst-Grube-Str. 40
Fortbildungspunkte: 11
Gebühr: 250 EUR (Kurspaket 2000 EUR)

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Profession. Zahnreinigung
Referentin: Geneveva Schmid – Berlin
Termin: 25.11.2011: 15.00 – 19.00 Uhr, 26.11.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Halle (Saale), in der Universitätszahnklinik, Harz 42a
Kurs-Nr.: H-52-2011
Gebühr: 240 EUR

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Prophylaxe praktisch
Referentin: Geneveva Schmid
Termin: 30.11.2011: 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Kurs-Nr.: H-53-2011
Gebühr: 145 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: in vier Stunden zur eigenen Praxiswebsite
Referent: Dr. Jörg Naumann – Chemnitz
Termin: 30.11.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: Z/2011-048
Gebühr: 100 EUR

Anmeldungen bitte schriftlich über ZÄK Sachsen-Anhalt Postfach 3951, 39014 Magdeburg Frau Einecke: 0391/73939-14 Frau Bierwirth: 0391/73939-15 Fax: 0391/73939-20 E-Mail: bierwirth@zahnaerztekammer-sah.de oder einecke@zahnaerztekammer-sah.de

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Vollkeramische Restaurationen. Ästhetik und Funktion vom Veneer bis zur Seitenzahnbrücke
Referenten: Prof. Dr. Jürgen Manhart – München
Termin: 28.10.2011: 10.00 – 19.00 Uhr, 29.10.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 19
Kurs-Nr.: 4025.2
Kursgebühr: 595 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Update Praxisführung 2011
Referenten: Dr. Michael Cramer – Overath, Dipl.-Betriebswirt Axel Fasch – Hollenstedt, RA Dr. jur. Ralf Großböling – Berlin
Termin: 29.10.2011: 09.00 – 15.30 Uhr
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 4509.0
Kursgebühr: 75 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Sachgerechte Herstellung von Okklusionsschienen (Arbeitskurs für ZA und ZT)
Referentin: M. A. Theresia Asselmeyer – Nörten-Hardenberg
Termin: 04.11.2011: 14.00 – 19.00 Uhr, 05.11.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 1009.6
Kursgebühr: 295 EUR

Fachgebiet: Homöopathie
Thema: Refresher Homöopathie
Referent: Prof. Dr. Heinz-Werner Feldhaus – Hörstel
Termin: 11.11.2011: 14.00 – 19.00 Uhr, 12.11.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 6056.0
Kursgebühr: 345 EUR

Fachgebiet: ZFA
Thema: Update Team-Tag: Das „Winning Team“ in der Zahnarztpraxis II
Referenten: Dipl.-Psych. Katja Nathaly Fritsch – Berlin, Dr. Michael Knigge – Hamburg
Termin: 12.11.2011: 09.00 – 15.30 Uhr
Kurs-Nr.: 9098.0
Kursgebühr: 55 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Refresher 2011: Kinder- und Jugendzahnmedizin
Referent: Prof. Dr. Christian H. Splieth – Greifswald
Termin: 12.11.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 4041.1
Kursgebühr: 275 EUR

Fachgebiet: Allgemeinmedizin / Allgemeine ZHK
Thema: MED-DENT: Kardiologie und Zähne: Auf Herz und Zähne – ein interdisziplinäres Forum
Referenten: Univ.-Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas – Mainz, Prof. Dr. Eckart Fleck – Berlin
Termin: 16.11.2011: 18.00 – 21.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 4603.0
Kursgebühr: 48 EUR

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

LZK Hessen



Fortbildungsveranstaltung

**Aktionsnachmittag
Gewaltprävention**
(Zahnärztliche Teamveranstaltung)

Thema: Gewaltopfer in der Zahnarztpraxis: Richtig hinschauen, gut dokumentieren, angemessen reagieren
Schirmherrschaft: Stefan Grüttner, Hessischer Sozialminister
Termin: 25.01.2012: 16.00 – 19.30 Uhr
Ort: FAZH GmbH, Rhonestr. 4, 60528 Frankfurt
Fortbildungspunkte: 4
Gebühr: 20 EUR (davon 10 EUR als Spende an den Verein „Wieder Lachen“)

Auskunft und Anmeldung: Landeszahnärztekammer Hessen/ Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH (FAZH) Kerstin Scholl Rhonestraße 4 60528 Frankfurt am Main Tel.: 069/427275-183 Fax: 069/427275-194 E-Mail: scholl@fazh.de

KZV Baden- Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsforum Freiburg

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: ProphyProfis – Update 2011: PSI – und jetzt?
Referentin: Annette Schmidt – München
Termin: 28.10.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 11/420

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Erfolg beginnt an der Wurzelspitze: Ein Arbeitskurs zur endodontischen und post-endodontischen Therapie
Referenten: Prof. Dr. Jörg Schirrmeister – Freiburg, PD Dr. Michael Naumann – Potsdam
Termin: 28./29.10.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 795 EUR
Kurs-Nr.: 11/131
Fortbildungspunkte: 18

Fachgebiet: Kinder- und Jugendzahnheilkunde
Thema: Fit für die Kinder- und Jugendprophylaxe
Referentin: Annette Schmidt – München
Termin: 29.10.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 11/421

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Strukturierte Fortbildung: Parodontologie, Teil 1-3
Leitung: Prof. Dr. Petra Ratka-Krüger – Freiburg
Termin:
 1. Teil: 02.11. – 05.11.2011,
 2. Teil: 25.01. – 28.01.2012,
 3. Teil: 24.02. – 25.02.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 3 400 EUR
Kurs-Nr.: 11/604
Fortbildungspunkte: 101

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz nach RöV
Referenten: Prof. Dr. Dr. Jürgen Düker – Stegen, Dr. Burkhard Maager – Denzlingen, Dr. Christian Scheifele – Freiburg
Termin: 03.11. – 05.11.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 490 EUR
Kurs-Nr.: 11/532
Fortbildungspunkte: 27

Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: Kofferdam in der Praxis – Arbeitserleichterung in wenigen Sekunden
Referent: PD Dr. Markus Altenburger – Freiburg
Termin: 04.11.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 125 EUR

Fachgebiet: Endodontologie
Thema: Notfallendodontie
Referent: Prof. Dr. Karl-Thomas Wrbas – Freiburg
Termin: 11.11.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 125 EUR
Kurs-Nr.: 11/132
Fortbildungspunkte: 4

Fachgebiet: ZFA
Thema: Aufschleifen des PAR-Instrumentariums
Referentin: Petra Ranz – Sulzburg
Termin: 11.11.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 95 EUR
Kurs-Nr.: 11/424

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Kalkulation und Auswahlmethoden ausgewählter betriebswirtschaftlicher Fragestellungen für die Zahnarztpraxis – für Fortgeschrittene
Referent: Steuerberater Dirk Nayda – Titisee-Neustadt
Termin: 16.11.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 120 EUR
Kurs-Nr.: 11/133
Fortbildungspunkte: 4

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Betreuung der PAR-Patienten in jedem Lebensalter
Referent: Iris Karcher – Freiburg
Termin: 18.11.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 185 EUR
Kurs-Nr.: 11/425

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Keramikinlays und Veneers
Referent: Prof. Dr. Karl-Heinz Kunzelmann – München
Termin: 18./19.11.2011

Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 665 EUR
Kurs-Nr.: 11/134
Fortbildungspunkte: 14

Thema: Die Kraft des Denkens – Motivations- und Energietraining mit Shaolin-Methoden
Referenten: Gerhard Konzelmann – Hadamar, gemeinsam mit einem Shaolin-Mönch
Termin: 02./03.12.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 730 EUR (ZA), 700 EUR (ZFA/Mitarbeiterin)
Kurs-Nr.: 11/501
Fortbildungspunkte: 18

Thema: Wie ticken wir eigentlich richtig?
Referent: Dr. Johannes Reissfelder – Freiburg
Termin: 03.12.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 365 EUR
Kurs-Nr.: 11/125

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Patientengerechte Parodontologie
Referent: Prof. Dr. Rainer Buchmann – Dortmund
Termin: 10.12.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 225 EUR (ZA), 195 EUR (ZFA/Mitarbeiterin)
Kurs-Nr.: 11/325
Fortbildungspunkte: 8

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

ZÄK Mecklenburg-Vorpommern



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Physiologische Zentrik – wohin gehört der Unterkiefer?
Referent: Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer
Termin: 02.11.2011:
 14.00 – 19.30 Uhr
Ort: Zahnärztekammer M-V, Wis-marsche Str. 304, 19055 Schwerin
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 16
Gebühr: 220 EUR

Fachgebiet: Anästhesie
Thema: Der unkooperative Patient: Sedierung? Lachgas? Narkose?
Referenten: Prof. Dr. Christian Splieth, Prof. Dr. Dr. Wolfram Kaduk, Prof. Dr. Olaf Bernhardt
Termin: 02.11.2011:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Zentrum für ZMK, W.-Rathenau-Str. 42a, 17489 Greifswald
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 17
Gebühr: 175 EUR

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Wie kann der Kieferorthopäde die Arbeit des Zahnarztes sinnvoll unterstützen?
Referentinnen: Prof. Dr. Franka Stahl de Castrillon, Juliane Neubert
Termin: 04.11.2011:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Moral“, Stempelstr. 13, 18057 Rostock
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 18
Gebühr: 180 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Erkrankungen der Mundschleimhaut – Diagnostik und Therapie
Referenten: Dr. Dr. Carsten Dittes, Jaroslaw Korzan
Termin: 09.11.2011:
 17.00 – 19.00 Uhr
Ort: Kongresszentrum Bethesda-Klinik Haus G, Salvador-Allende-Str. 30, 17036 Neubrandenburg
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 22
Gebühr: 75 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Parodontitis – Infektionen oder Fehlentwicklung des oralen Immunsystems und welche therapeutischen Konsequenzen ergeben sich daraus in der Praxis
Referent: Dr. Ronald Möbius, MSc Parodontologie
Termin: 18.11.2011:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer M-V, Wis-marsche Str. 304, 19055 Schwerin
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 25
Gebühr: 125 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Operationstechniken in der Parodontologie
Referenten: ZA Holger Thun, Dr. Alexander Kuhr
Termin: 19.11.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnarztpraxis Thun, Steinstr. 11, 19053 Schwerin
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 26

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Risikomanagement in der zahnärztlichen Chirurgie
Referenten: Dr. Christian Lucas, Dr. Stefan Pietschmann
Termin: 23.11.2011:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Zentrum für ZMK, W.-Rathenau-Str. 42a, 17489 Greifswald
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 27
Gebühr: 155 EUR

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Risikobehaftete Milchgebissentwicklung
Referentin: Prof. Dr. Rosemarie Grabowski
Termin: 25.11.2011:
 13.00 – 19.00 Uhr
Ort: Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Moral“, Stempelstr. 13, 18057 Rostock
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 28
Gebühr: 185 EUR

Fachgebiet: Dentale Fotografie
Thema: Professionelle Dental-fotografie – Basiswissen Dental-fotografie und Praxis der Patienten-fotografie
Referent: Erhard J. Scherpf
Termin: 26.11.2011:
 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Radisson Blu Hotel, Treptower Str. 1, 17033 Neubrandenburg
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 29
Gebühr: 500 EUR

Fachgebiet: Kommunikation
Thema: Dental Treatment Made Easy for Patients
Referentin: Dipl.-Wirtsch.-Ing. Sabine Nemeč
Termin: 26.11.2011:
 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: TriHotel am Schweizer Wald, Tessiner Str. 103
Kurs-Nr.: 43
Gebühr: 270 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Okklusionsschienen zur Prävention und Therapie von CMD – Theoret. Grundlagen, klinisches und labortechnisches Vorgehen
Referent: Prof. Dr. Peter Ottl
Termin: 07.12.2011:
 15.00 – 20.00 Uhr
Ort: Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Moralt“, Strepelstr. 13, 18057 Rostock
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 31
Gebühr: 110 EUR

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Update zur Versorgung der Einzelzahnücke
Referent: Dr. Torsten Mundt
Termin: 10.12.2011:
 09.00 – 15.00 Uhr
Ort: Intercity Hotel, Grunthalplatz 5-7, 19053 Schwerin
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 32
Gebühr: 175 EUR

Anmeldung: Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
 Referat Fort- und Weiterbildung
 Christiane Höhn
 Wismarsche Str. 304
 19055 Schwerin
 Tel.: 0385/59108-13, Fax: -20
 E-Mail: ch.hoehn@zaekmv.de
 www.zaekmv.de

ZÄK Bremen



Fortbildungsveranstaltungen

Fachbereich: Praxismanagement
Thema: Häuptlingstreffen II – Erfolg steigern durch gute (Mitarbeiter-)Führung
Referent: Jörg Bauer
Termin: 09.11.2011:
 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Haus Hünenburg, Schwedenschanze 39, 28832 Achim
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11513
Gebühr: 220 EUR

Fachbereich: Bildgebende Verfahren
Thema: Von 2-D zu 3-D – 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

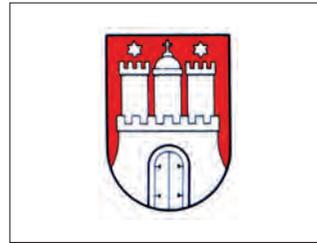
Fachbereich: Kommunikation
Thema: Erleben Sie den Meister der Körpersprache – Prof. Samy Molcho – Internationaler TOP-Trainer und Bestseller-Autor
Referent: Prof. Samy Molcho
Termin: 26.11.2011:
 09.30 – 17.30 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11228
Gebühr: 1 050 EUR (ZÄ),
 845 EUR (ZFA)

Fachbereich: Implantologie
Thema: Wie viele Implantate braucht der Mensch?
Referent: Prof. Dr. Dr. Andreas Bremerich
Termin: 09.12.2011:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11520
Gebühr: 248 EUR

Fachbereich: Kommunikation
Thema: NLP-Master-Curriculum 2011/2012
Referent: diverse
Start: 16./17.12.2011
Ort: Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 17 je Wochenende
Kurs-Nr.: 11241 – 11249
Gebühr: 487 EUR (ZÄ),
 390 EUR (ZFA) je Wochenende

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

ZÄK Hamburg



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz nach § 18 a RöV mit Erfolgskontrolle
Referent: Prof. Dr. Uwe Rother-Hamburg
Termin: 02.11.2011:
 14.30 – 19.30 Uhr
Ort: Hotel Panorama Billstedt, Billstedter Hauptstr. 44, 22111 Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 70033 rö
Gebühr: 70 EUR

Fachgebiet: Kinderzahnheilkunde
Thema: Zauberhafte Kinder, ohne Zaubertricks? Patientenführung in der Zahnheilkunde – Teamkurs
Referenten: Sabine Bertzbach – Bremen, drs. Johanna Kant – Oldenburg
Termin:
 04.11.2011: 10.00 – 17.00 Uhr,
 05.11.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: ZÄK Hamburg
Fortbildungspunkte: 20
Kurs-Nr.: 21054 kons
Gebühr: 390 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Parodontologie: Zeitgemäß und patientengerecht – Teamkurs
Referent: Prof. Dr. Rainer Buchmann – Dortmund
Termin: 05.11.2011:
 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: ZÄK Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 21055 paro
Gebühr: 185 EUR

Fachgebiet: Restaurative ZHK
Thema: Stift oder kein Stift? Adhäsiv befestigt oder zementiert? Aufbau tief zerstörter Zähne – ein Kurs mit praktischen Übungen
Referenten: Dr. Sven Duda, Dr. Markus Kaup – beide Münster
Termin: 05.11.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: ZÄK Hamburg
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: 40241 kons
Gebühr: 390 EUR

Thema: Wissenschaftlicher Abend: Aktueller Stand in der Labormedizin für die Zahnmedizin
Referent: Dr. Volker von Baehr – Berlin
Termin: 07.11.2011:
 20.00 – 21.30 Uhr
Ort: Universität Hamburg, Hörsaal A, Edmund-Siemers-Allee 1, 20146 Hamburg
Fortbildungspunkte: 2
Kurs-Nr.: 47 kons

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Endodontie – praxisgerecht?
Referenten: Dr. Clemens Bargholz – Hamburg, Dr. Horst Behring – Hamburg
Termin: 09.11.2011:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Praxis Dr. Behring und Partner, Wandsbeker Chaussee 44, 22089 Hamburg
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 50067 kons
Gebühr: 120 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Erfolgreicher Umgang mit Patienten an der Rezeption – ein praktisches Kommunikationstraining – Teamkurs
Referent: Dipl.-oec. Hans-Dieter Klein – Stuttgart
Termin: 16.11.2011:
 14.00 – 19.30 Uhr
Ort: ZÄK Hamburg
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 21053 praxisf
Gebühr: 265 EUR

Fachgebiet: Recht
Thema: Goldene Regeln zur Vermeidung forensischer Fehler
Referent: Dr. Wieland Schinnenburg – Hamburg
Termin: 18.11.2011:
 15.00 – 17.30 Uhr
Ort: ZÄK Hamburg
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 20047 praxisf
Gebühr: 70 EUR

Fachgebiet: Akupunktur
Thema: Ohr- und Körperakupunktur für Zahnärzte – Akupunkturstufe II – (Aufbau- und Auffrischkurs)
Referent: Prof. h.c. VRC Dr. Winfried Wojak – Detmold
Termin:
 18.11.2011: 14.00 – 19.00 Uhr,
 19.11.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: ZÄK Hamburg
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 40242 inter
Gebühr: 280 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Selbstzahlerleistungen um 20% steigern – Praktisches Training zur Verbesserung Ihrer Patientengespräche
Referent: Dipl.-oec. Hans-Dieter Klein – Stuttgart
Termin: 19.11.2011:
 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: ZÄK Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 40237 praxisf
Gebühr: 310 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Sinuslift-OP – State of the Art, Live-OP und Hands-on-Kurs
Referent: Dr. Dr. Werner Stermann – Hamburg
Termin: 19.11.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Praxis Dr. Dr. Werner Stermann, Lüneburger Str. 15, 21073 Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 50068 impl
Gebühr: 200 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Implantologie für Einsteiger mit Live-Operationen
Referent: Dr. Christian Vocke – Hamburg
Termin: 19.11.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Praxis Dr. Christian Vocke, Waitzstr. 28, 22607 Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 50073 impl
Gebühr: 200 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Prakt. Demonstration und Diskussion der computergestützten schablonengeführten Implantation
Referent: Dr. Dr. Dieter H. Edinger – Hamburg
Termin: 23.11.2011:
 13.30 – 18.00 Uhr
Ort: Praxis Dr. Dr. Dieter Edinger & Partner, Großer Burstah 31, 20457 Hamburg
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 31052 impl
Gebühr: 120 EUR

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Treatment of TMJ arthritis: orthodontic and surgical options
Referent: Prof. Dr. Timo Peltomäki – Tampere
Termin: 25.11.2011:
 19.30 – 21.30 Uhr
Ort: Gebäude O45, Hörsaal der Orthopädie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Fortbildungspunkte: 2
Kurs-Nr.: 1019 kfo
Gebühr: 60 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Perlen und Erfolgsfeatures der erfolgreichen Praxis
Referent: Dr. Carl-Michael von Uexküll – Hamburg
Termin:
 25.11.2011: 14.00 – 19.00 Uhr,
 26.11.2011: 09.00 – 14.00 Uhr
Ort: Praxis Dr. Carl-Michael von Uexküll, Große Bleichen 68, 20354 Hamburg
Fortbildungspunkte: 12
Kurs-Nr.: 50072 praxisf
Gebühr: 420 EUR

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

ZÄK Niedersachsen**Fortbildungsveranstaltungen**

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Glasfaserverstärkte Kompositrestaurationen – Von der Lücke zur Brücke
Referentin: Dr. Carmen Anding
Termin: 22.10.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: Z 1172
Kursgebühr: 685 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Das ABC der Schienentherapie
Referenten: Prof. Dr. Georg Meyer, Theresia Asselmeyer
Termin: 28.10.2011: 14.00 – 18.00 Uhr, 29.10.2011: 09.00 – 18.00 Uhr,
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 12
Kurs-Nr.: Z 1175
Kursgebühr: 440 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Periimplantitis: Erkennen – Behandeln – Vorbeugen
Referenten: Dr. Sven Rinke M.Sc., M.Sc., Dr. Dirk Ziebolz M.Sc.
Termin: 05.11.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: Z 1176
Kursgebühr: 245 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Intraorale Möglichkeiten der Defektdeckung
Referent: PD Dr. Constantin von See
Termin: 05.11.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: Z 1177
Kursgebühr: 340 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA)
Referent: Ekhard Kuck
Termin: 09.11.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: Z 1178
Kursgebühr: 110 EUR

Fachgebiet: Dentale Fotografie
Thema: Digitale Fotografie in der zahnärztlichen Praxis
Referent: Klaus-Dieter Fröhlich
Termin: 09.11.2011: 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Hannover, Multimediarraum der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Medizinische Hochschule Hannover
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: Z 1179
Kursgebühr: 125 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Update in der regenerativen und plastisch-ästhetischen Parodontaltherapie
Referent: Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Anton Sculean, M.S.
Termin: 12.11.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: Z 1181
Kursgebühr: 410 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: Prothetik
Thema: Systematische prothetische Fallplanung
Referent: Prof. Dr. Hans-Christoph Lauer
Termin: 19.11.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Münster, Westfälisch-Lippische Sparkassenakademie, Bröderichweg 52/54
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11 740 122
Gebühr: 429 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement/ Qualitätsmanagement
Thema: Vertiefender QM-Workshop für den Zahnarzt und sein Team – Gestaltung von Präsentationen mit Power Point für die Zahnarztpraxis
Referentinnen: Daniela Blanke, Anja Gardian
Termin: 19.11.2011: 09.00 – 16.30 Uhr
Ort: Münster, Computer-Systeme, Gropiusstr. 7
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11 762 212
Gebühr: ZA 199 EUR, ZFA 139 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Fluoride in der Prophylaxe: wozu, wann, welches, wie oft, wieviel, wann lieber nicht? Adhäsivtechnik effizient nutzen – Neuentwicklungen bewerten, Anwendungen optimieren, Fehler vermeiden
Referenten: PD Dr. Till Dammachke, Dr. Markus Kaup
Termin: 23.11.2011: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Paderborn, Gaststätte „Zu den Fischteichen“, Dubelohstr. 92
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11 750 009
Gebühr: 65 EUR

Fachgebiet: Interdisziplinäre ZHK
Thema: Umsatzsteigerung. Perfekte Patientenberatung und fehlerfreie Abrechnung bei prothetischen Versorgungen
Referenten: Dipl.-Hdl. Joachim Brandes, ZMV Alma Ott
Termin: 23.11.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11 740 001
Gebühr: ZA 499 EUR, ZFA 249 EUR

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Notfallsituationen in der zahnärztlichen Praxis. Praktische Übungen zur Reanimation
Referent: Dipl.-Ing. Christian Hempelmann
Termin: 23.11.2011: 14.00 – 18.30 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 11 740 100
Gebühr: ZA 199 EUR, ZFA 99 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Infektionserkrankungen in der zahnärztlichen Praxis
Referent: Dr. Michael Werner
Termin: 07.12.2011: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Dortmund, Westfalenhalle Dortmund. Kongresszentrum, Rheinlanddamm 200
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11 750 028
Gebühr: ZA 65 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Vom Access Flap bis zur Z-Plastik – Wie viel Chirurgie (v)erträgt ein Zahn?
Referentin: Dr. Inga Harks
Termin: 07.12.2011: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Gelsenkirchen, InterCity Hotel, Ringstr. 1-3
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11 750 020
Gebühr: ZA 65 EUR

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

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Chirurgie

Thema: Oralchirurgisches Kompendium: Therapie apikaler Aufhellungen – Moderne Möglichkeiten und Methoden

Referent: Dr. Dan Brüllmann

Termin: 19.10.2011:

14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Mainz

Fortbildungspunkte: 4

Kurs-Nr.: 118114

Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement

Thema: Job Fit! Gesunder Zahnarzt – gesunde Praxis!

Referenten: Dr. Klaus Gerlach,

Dagmar Schlaubitz

Termin: 09.11.2011:

14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Mainz

Fortbildungspunkte: 5

Kurs-Nr.: 118294

Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Hygiene

Thema: Hygiene-Workshop / MPG-Instrumentenaufbereitung und -klassifizierung

Referentin: Sabine Christmann

Termin: 09.11.2011:

14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Mainz

Fortbildungspunkte: 4

Kurs-Nr.: 118274

Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Notfallmedizin

Thema: Notfallmedizinischer Trainingskurs für das zahnärztliche Team

Referenten: Dr. Thomas Schneider,

Dr. Martin Emmel, Horst Geis

Termin: 16.11.2011:

12.00 – 20.00 Uhr

Ort: Mainz

Fortbildungspunkte: 10

Kurs-Nr.: 118295

Kursgebühr: 270 EUR

Fachgebiet: Arbeitssicherheit

Thema: BuS-Einführungsseminar für Praxisinhaber

Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm

Termin: 16.11.2011:

14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Frauenklinik in Mainz

Fortbildungspunkte: 5

Kurs-Nr.: 118122

Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement

Thema: Z-QMS in der praktischen Anwendung – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem in der praktischen Umsetzung

Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm

Termin: 23.11.2011:

14.00 – 17.00 Uhr

Ort: Bildungs- und Technologiezentrum der Handwerkskammer in Wiesbaden

Fortbildungspunkte: 4

Kurs-Nr.: 118306

Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement

Thema: Z-QMS-EDV-Grundlagen – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem in der praktischen Umsetzung

Referent: Dr. Holger Dausch

Termin: 23.11.2011:

17.15 – 20.00 Uhr

Ort: Bildungs- und Technologiezentrum der Handwerkskammer in Wiesbaden

Fortbildungspunkte: 3

Kurs-Nr.: 118307

Kursgebühr: 80 EUR

Auskunft: LZK Rheinland-Pfalz

Langenbeckstr. 2

55131 Mainz

Tel.: 06131/96136-60

Fax: 06131/96136-89

Kongresse

■ Oktober

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 LZK
Anmeldung:
 Oemus Media AG, Leipzig
 Tel.: 0341/48474-309
 Fax: 0341/48474-290
 blzk2011@oemus-media.de
 www.blzk2011.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 Bransstätter – Wien
Information:
 Ärztezentrale Med.Info
 Helferstorferstr. 4
 A-1014 Wien
 Tel.: +43/1/53116-48
 Fax: +43/1/53116-61
 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: 0711/22716-41

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

Herbsttagung der Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde am Universitätsklinikum Jena und der Thüringer Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Thema: Kinder in der Zahnarztpraxis
Termin: 29.10.2011
Information:
 www.kinderzahnmedizin-tagung.de

■ 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: 0341/484742-90
 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. Figgenger
 Poliklinik für Zahnärztl. Prothetik
 Albert-Schweitzer-Campus 1,
 Gebäude W 30
 48149 Münster
 Tel.: 0251/8347-084
 Fax: 0251/8347-182
 weersi@uni-muenster.de

19. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)
Thema: Schlafmedizin: Standards und Alternativen
Termin: 10.11. – 12.11.2011
Ort: Congress Center Rosengarten, Mannheim
Tagungsleitung:
 Prof. Dr. med. Maritta Orth,
 Prof. Dr. med. Karl Hörmann,
 Prof. Dr. phil. Michael Schredl
Kongressorganisation:
 Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Romy Held,
 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
 Tel.: 03641/3116280
 romy.held@conventus.de

11. DGZS-Symposium
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.: 030/28449930
 info@dgzs.de
 www.dgzs.de

21. Brandenburgischer Zahnärztetag
Thema: Alterszahnheilkunde
Termin: 18./19.11.2011 (mit Gesellschaftsabend am 18.11.)
Ort: Messe Cottbus
Wissenschaftliche Leitung:
 Prof. Frauke Müller – Genf,
 Prof. Dr. Reiner Biffar – Greifswald
Information und Anmeldung:
 LZK Brandenburg
 Margit Harms
 Tel.: 0355/38148-25
 m.harms@lzkb.de
 www.lzkb.de

25. Kongress der DGI
Thema: 60 Jahre Osseointegration
Termin: 24.11. – 26.11.2011
Ort: Dresden, Maritim Congress Center
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich e.V.
Kongresspräsident:
 Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden
Organisation: youvivo GmbH
 Ansprechpartnerin: Erika Berchtold
 Tel.: 089/5505209-0
 Fax: 089/5505209-2
 info@youvivo.com

11. Keramik-Symposium der AG Keramik und der DGÄZ
 im Rahmen des 25. DGI-Kongresses
Thema: Ästhetik und Keramik – die Erfolg sichernde Verbindung
Termin: 26.11.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Dresden,
 Maritim Congress Center
Moderation: Prof. R. Sader (Uni Frankfurt/M.), Dr. B. Reiss
Referenten: Dr. S. Marquardt, ZTM R. Semsch, OA Dr. P. Güss, Prof. M. Kern, Prof. A. Zöllner, PD Dr. F. Beuer, ZT J. Schweiger, Dr. B. Reiss
Gebühren: 320 EUR, Mitglied AG Keramik/DGÄZ: 255 EUR, Student: 95 EUR
Information:
 AG Keramik, Tel.: 0721/9452929
 www.ag-keramik.eu
 DGÄZ, Tel.: 02663/916731
 www.dgaez.de
Organisation/Anmeldung:
 youvivo München
 Tel.: 089/5505209-0
 Fax: 089/5505209-2
 info@youvivo.com

■ Dezember

16. Berliner Prophylaxetag Fachkongress mit Dentalausstellung
Veranstalter:
 LZK Berlin/Brandenburg
Termin:
 Workshops: 02.12.2011,
 Vortragsblock: 03.12.2011
Auskunft:
 info@pfaeff-berlin.de

44. Jahrestagung der DGFDT
Thema: CMD – interdisziplinäre Diagnostik und Therapie
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie in der DGZMK
Termin: 02./03.12.2011
Ort: Bad Homburg
Anmeldung und Informationen:
 DGFDT
 www.dgfdt.de/

7th International Vienna Orthodontic Symposium (IVOS)
Thema: Face/Phase Driven Decision Making. How does age influence orthodontic treatment?
Termin: 09./10.12.2011
Ort: Wien, Österreichische Akademie der Wissenschaften
Tagungspräsident:
 Univ.-Prof. Dr. Hans-Peter Bantleon, Abteilung für Kieferorthopädie, Bernhard-Gottlieb-Universitäts-zahnklinik, Wien
Anmeldung:
 Austropa Interconvention
 Alfred Kerschenbauer
 Tel.: +43/1/58800-514
 Fax: +43/1/58800-520
 ivos@interconvention.at
 www.austropa-intervonvention.at/
 congress/ivos

■ Januar

59. Winterfortbildungskongress der Zahnärztekammer Niedersachsen
Termin: 25.01. – 28.01.2012
Thema: Kontroversen in der Zahnmedizin – Was Sie als Zahnarzt schon immer wissen wollten
Ort: Maritim Berghotel Braunlage (Am Pfaffenstieg 1, 38700 Braunlage)
Anmeldung:
 Zahnärztekammer Niedersachsen
 Ansgar Zboron
 Tel.: +43/1/58800-514
 Zeißeistr. 11a
 0519 Hannover
 Tel.: 0511/83391-303
 azboron@zkn.de

6. Hamburger Zahnärztetag

Thema: Kariesmanagement – Sind Sie noch up to date?

Termin:

27.01.2012: 14.00 – 18.30 Uhr,
28.01.2012: 09.30 – 16.15 Uhr
(Vorträge für Mitarbeiterinnen:
27.01.2012: 14.00 – 18.00 Uhr)

Ort: Hotel Empire Riverside
am Hamburger Hafen

Anmeldung:

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

**Kongress der Österreichischen
Gesellschaft für Mund-, Kiefer-
und Gesichtschirurgie**

Termin: 31.01. – 03.02.2012

Ort: Neues Kongresshaus,
Bad Hofgastein, Salzburg

Tagungspräsident:

Prim. Univ.-Prof. DDr. Gert Santler

Information:

Ärztzentrale Med.Info
Helferstorferstr. 4
A-1014 Wien
Tel.: +43/1/53116-48
Fax: +43/1/53116-61
azmedinfo@media.co.at
www.mkg-kongress.at

■ Februar**Februartagung der West-
fälischen Gesellschaft für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde e.V.**

Hauptthema: Mundschleimhaut-
erkrankungen

Termin: 11.02.2012

Ort: Großer Hörsaal des Zentrums
für Zahn-, Mund- und Kieferheil-
kunde, 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: 0251/8347-182
weersi@uni-muenster.de

26. Berliner Zahnärztetag

**41. Deutscher Fortbildungskongress
für die ZFA**

22. Berliner Zahntechnikertag

Thema: Die ganze Chirurgie des
Zahnarztes: Orale Chirurgie,
Parodontalchirurgie, Implantat-
chirurgie

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Andrea Maria Schmidt-
Westhausen, Berlin

Veranstalter: Quintessenz Verlag

Termin: 17./18.02.2012

Ort: Estrel Hotel, Berlin

Fortbildungspunkte: 13

Gebühr:

ZA 260 EUR, Assistent 140 EUR,
Student 65 EUR; ZFA 140 EUR;
Zahntechniker 170 EUR

Auskunft: Quintessenz Verlag

Julita Olichwer
Konturstr. 18, 12099 Berlin
Tel.: 030/76180-626
Fax: 030/76180-693

kongress@quintessenz.de

www.quintessenz.de/berliner
kongresse

■ März**41. Internationale Kieferortho-
pädische Fortbildungstagung**

Veranstalter: Österreichische

Gesellschaft für Kieferorthopädie

Themen: Zahntransplantation –
Orthognathe Chirurgie –
Linguale Technik

Termin: 03.03. – 09.03.2012

Ort: Kitzbühel, K3 KitzKongress

Wissenschaftliche Leitung:

Univ.-Prof. Dr. Adriano Crismani –
Innsbruck, Univ.-Prof. Dr. Brigitte
Wendl – Graz, Univ.-Prof. Dr. H.-P.
Bantleon – Wien

Information: Ärztzentrale Med.Info

Helferstorferstr. 4, A-1014 Wien
Tel.: +43/1/53116-38

Fax: +43/1/53116-61

azmedinfo@media.co.at

www.oegkfo.at

**58. Zahnärztetag der Zahnärzte-
kammer Westfalen-Lippe**

Thema: Patientengerechte Planung –
Der lange und schwierige Weg
zum individuellen Zahnersatz

Termin: 14.03. – 17.03.2012

Ort: Gütersloh

Tagungspräsident:

Prof. Dr. Karl-Heinz Utz – Bonn

Auskunft: ZÄK Westfalen-Lippe

Akademie für Fortbildung

Auf der Horst 31, 48147 Münster

Tel.: 0251/507627

Fax: 0251/50765627

annika.bruegger@zahnaerzte-wl.de

3. Deutscher Halitosisstag

Veranstalter: Quintessenz Verlag

Termin: 16./17.03.2012

Ort: Hotel Scandic, Berlin

Fortbildungspunkte: 8

Gebühr: ZA 190 EUR, Assistent

160 EUR, ZFA/Student 95 EUR

(Vorkurs am 16.03. 60 EUR)

Auskunft: Quintessenz Verlag

Saskia Lehmkuhler

Konturstr. 18, 12099 Berlin

Tel.: 030/76180-624

Fax: 030/76180-693

kongress@quintessenz.de

www.quintessenz.de

■ April**37. Schwarzwaldtagung
der südbadischen Zahnärzte**

Thema: Schöne Zähne erhalten –
schöne Zähne gestalten

Termin: 20./21.04.2012

Ort: Titisee

Organisation: Prof. Dr. Elmar

Hellwig, Gudrun Kozal

Tel.: 0761/4506-311

Fax: 0761/4506-450

gudrun.kozal@bzk-freiburg.de

**23. Fortbildungsveranstaltung der
Bezirkszahnärztekammer Freiburg
für ZFA**

Thema: Schöne Zähne erhalten –
schöne Zähne gestalten

Termin: 20.04.2012

Ort: Schluchsee

Organisation: Dr. Peter Riedel,

Sabine Häringer

Tel.: 0761/4506-352

Fax: 0761/4506-450

sabine.haeringer@bzk-freiburg.de

**Internationales Frühjahrs-
Seminar Meran**

Motto: Faszination

„Seitenzahnbereich“

Termin: 27.04. – 29.04.2012

Ort: Kurhaus Meran

Freiheitsstr. 31, 39012 Meran

Tagungsleitung:

DDr. Wolfgang Leja – Innsbruck,

Dr. Anton Mayr – Imst, Univ.-Doz.

DDr. Ivano Moschèn – Bozen

Anmeldung:

Verein Tiroler Zahnärzte

Sekretariat: Christine Kapplmüller

Anichstr. 35, 6020 Innsbruck

Tel.: +43/(0)69915047190

office.vtz@uki.at

www.vtz.at

Information: Ärztzentrale Med.Info

Helferstorferstr. 4, A-1014 Wien

Tel.: +43/1/53116-38

Fax: +43/1/53116-61

azmedinfo@media.co.at

Hochschulen**RWTH Aachen****CEREC-Seminar**

Fachgebiet: CAD/CAM

Thema: Intensives HandsOn-Train-
ing im gesamten CEREC-Chair-
side-Indikationsbereich

Referent: Prof. Dr. drs. Jerome
Rotgans

Termin:

09.12.2011: 08.30 bis 19.30 Uhr,

10.12.2011: 08.30 bis 14.00 Uhr

Ort: Universitätsklinikum Aachen

Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen

Fortbildungspunkte: 20

Kurs-Nr.: A-12

Kursgebühr: 1 000 EUR oder

Sirona-Gutschein

Anmeldung:

Prof. Dr. drs. Jerome Rotgans

CEREC-Hotline: 0175/4004756

e-mail: jrotgans@ukaachen.de

www.zahnerhaltung.ukaachen.de

Universität Gießen**Poliklinik für Kieferorthopädie**

Fachgebiet: Kieferorthopädie

Thema: CranioMandibuläre Dys-
funktion: Präzise Diagnostizieren,

Dokumentieren und Therapieren

Termin: 09./10.12.2011

Referenten: Gert Groot Landeweer

– Gundelfingen

Ort: Poliklinik für Kieferorthopädie,

Zentrum für ZMK, Schlängenzahl

14, 35392 Gießen

Kursgebühr:

ZA/Kieferorthopäden 580 EUR,

Weiterbildungsassistenten 380 EUR

Auskunft:

Sekretariat Prof. Dr. Sabine Ruf

Poliklinik für Kieferorthopädie,

Zentrum für ZMK

Justus-Liebig-Universität Gießen

Schlängenzahl 14

35392 Gießen

Tel.: 0641/9946121

Fax: 0641/9946119

Wissenschaftliche Gesellschaften

DGCZ

Deutsche Gesellschaft für
computergestützte Zahnheilkunde

Fortbildungsveranstaltungen

Thema: CEREC-Fortbildung:
Intensivkurs
Referent: Dr. Bernd Reiss
Termin: 02./03.12.2011
Ort: Bensheim
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: IS06
Kursgebühr: 1 249,50 EUR

Thema: CEREC-Fortbildung:
Intensivkurs
Referent: Dr. Günter Fritzsche
Termin: 02./03.12.2011
Ort: Hamburg
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: IS08
Kursgebühr: 1 249,50 EUR

Thema: CEREC-Fortbildung:
„Krone und Veneer“-Kurs
Referenten: Dr. Hans Müller,
Dr. Otmar Rauscher
Termin: 02./03.12.2011
Ort: München
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: AW05
Kursgebühr: 1 249,50 EUR,
Mitglieder DGCZ: 1 130,50 EUR

Thema: CEREC-Fortbildung:
Seitenzahn-Restoration
Referent: Peter Neumann
Termin: 09./10.12.2011
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: AW15
Kursgebühr: 1 249,50 EUR,
Mitglieder DGCZ: 1 130,50 EUR

Thema: CEREC-Fortbildung:
Intensivkurs
Referent: Dr. Klaus Wiedhahn
Termin: 09./10.12.2011
Ort: Buchholz
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: IS07
Kursgebühr: 1 249,50 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

DZOI

Deutsches Zentrum
für orale Implantologie e.V.

Tages-Workshop

Thema: Lachgas in der
Zahnarztpraxis
Termin: 19.11.2011
Ort: Berlin,
Praxis Dr. Scopp, Hönow Str. 48
Kursleiter: Dr. Jochen Scopp,
Vorsitzender des Ausschusses
„Analgesie/Sedierung“
Kursgebühr:
DZOI-Mitglieder 240 EUR,
Nichtmitglieder 290 EUR,
jeweils zzgl. MwSt.

Auskunft: DZOI-Geschäftsstelle
Tel.: 0871/6600934
Fax: 0871/9664478
office@dzoi.de
www.dzoi.de

GK

Gesellschaft für Kieferortho-
pädische Zahntechnik

Thema: Facettenreiche
Kieferorthopädie
Termin: 11.11. – 13.11.2011
Ort: Ramada-Hotel, Wilhelm-
Franke-Str. 90, 01219 Dresden
Fortbildungspunkte: Freitag 4,
Samstag 5, Sonntag 4
Kursgebühr:
GK-Mitglieder 295 EUR (bis 20.10.
235 EUR), Nichtmitglieder 410
EUR (bis 20.10. 350 EUR)

Anmeldung: Gesellschaft für Kie-
ferorthopädische Zahntechnik e.V.
Petra Brambora
August-Bebel-Str. 35
06108 Halle/Saale
Tel./Fax: 0345/2024011
petra.brambora@gk-online.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: Ergonomie
Thema: 2-Tage-Trainingskurs in 12-Uhr-Behandlung zur Vermeidung orthopädischer Beschwerden
Veranstalter: GEPEC
Referent: ZA/Oralchirurg Dr. Wolf Neddermeyer (GEPEC Deutschland)
Termin: nach Vereinbarung
Ort: Anmeldepraxis
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 11-34
Kursgebühr: 525 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: www.feelbased.com

Fachgebiet: Hygiene
Thema: Hygiene in der Zahnarztpraxis – Alles rund um die Instrumentenaufbereitung
Veranstalter: SciCan GmbH
Referentin: Patricia Ried
Termin: 19.10.2011: 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Wangener Str. 78, 88299 Leutkirch
Kursgebühr: 90 EUR, jede weitere Person der Praxis 40 EUR
Anmeldung: SciCan GmbH Wangener Str. 78 88299 Leutkirch Tel.: 07561/98343-0 Fax: 07561/98343-699 marketing.eu@scican.com

Fachgebiet: Hygiene
Thema: Hygiene in der Zahnarztpraxis – Alles rund um die Instrumentenaufbereitung
Veranstalter: SciCan GmbH
Referentin: Andrea Birkhoff
Termin: 21.10.2011: 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Wangener Str. 78, 88299 Leutkirch
Kursgebühr: 90 EUR, jede weitere Person der Praxis 40 EUR
Anmeldung: SciCan GmbH Wangener Str. 78 88299 Leutkirch Tel.: 07561/98343-0 Fax: 07561/98343-699 marketing.eu@scican.com

Fachgebiet: Marketing/Kommunikation
Thema: Der gute Ton am Telefon – Telefontraining für die Zahnarztpraxis (inkl. Besuch des deutschen Telefonmuseums)
Veranstalter: Training – Seminare für die Zahnarztpraxis / Andrea M. Thees
Referentin: Dipl.-Germ. Karin Namianowski
Termin: 28.10.2011: 11.00 – 18.00 Uhr
Ort: Morbach
Kursgebühr: 290 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Andrea M. Thees Birkenfelder Str. 18 54497 Morbach Tel.: 06533/955969 info@za-praxistraining.de www.za-praxistraining.de

Fachgebiet: Marketing/Kommunikation
Thema: Die Kunst, Patienten als Gäste zu behandeln – Ein Leitfaden für exzellente Patientenbetreuung
Veranstalter: Training – Seminare für die Zahnarztpraxis / Andrea M. Thees
Referentin: Dipl.-Germ. Karin Namianowski
Termin: 29.10.2011: 10.00 – 17.00 Uhr
Ort: Morbach
Kursgebühr: 390 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Andrea M. Thees Birkenfelder Str. 18 54497 Morbach Tel.: 06533/955969 info@za-praxistraining.de www.za-praxistraining.de

Thema: Lava™ Chairside Oral Scanner & mehr
Veranstalter: Corona Lava™
Referent: Prof. Dr. Daniel Edelhoff – LMU München
Termin: 04.11.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Corona Lava™ Fräszentrum, Münchener Str. 33, 82319 Straubing
Fortbildungspunkte: 4
Auskunft: Frau Fritzsche Tel.: 08151/555388

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Der Praxisknigge (Seminar für das gesamte Praxisteam)
Veranstalter: Haranni Akademie
Referentin: Sybille David – Groß-Gerau
Termin: 09.11.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie, Schulstr. 30, 44623 Herne
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 1200
Kursgebühr: 350 EUR Team: ZA mit begleit. Mitarbeiterin, 150 EUR Mitarbeiterin, 130 EUR jede weitere Person aus derselben Praxis, inkl. Tagungspauschale, zzgl. MwSt.
Anmeldung: Haranni Akademie Schulstr. 30, 44623 Herne Tel.: 02323/9468-300 Fax: 02323/9468-333 info@haranni-academie.de www.haranni-academie.de

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Prophylaxe in der Implantologie
Veranstalter: DentFit.de
Referentin: Ute Rabling
Termin: 09.11.2011
Ort: Dortmund
Anmeldung: DentFit.de Genoveva Schmid Trendelenburgstr. 14 14057 Berlin Tel.: 030/32609590 Fax: 030/32609592 mail@dentfit.de www.dentfit.de

Thema: Blick hinter die Kulissen – SPEZIAL
Veranstalter: Corona Lava™
Referent: ZT Johannes Semrau
Termin: 16.11.2011: ab 15.00 Uhr
Ort: Corona Lava™ Fräszentrum, Münchener Str. 33, 82319 Straubing
Fortbildungspunkte: 3
Auskunft: Frau Fritzsche Tel.: 08151/555388

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Professionelle Zahnreinigung
Veranstalter: DentFit.de
Referentin: Genoveva Schmid
Termin: 16.11.2011
Ort: Berlin
Anmeldung: DentFit.de Genoveva Schmid Trendelenburgstr. 14 14057 Berlin Tel.: 030/326095-90, Fax: -92 mail@dentfit.de www.dentfit.de

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Der Funktions-Implantologe: Von der Diagnostik zur kompletten implantologischen-prothetischen Rekonstruktion
Veranstalter: Nobel Biocare, GZFA
Referent: Dr. Marc Hausamen
Termin: 23.11.2011: 18.00 – 21.00 Uhr
Ort: GZFA, Gallierstr. 70 D/IV, 80339 München
Fortbildungspunkte: 3
Anmeldung: Fortbildungsteam Frau Pickel, Frau Öntas Nobel Biocare Deutschland GmbH Stolberger Str. 200, 50933 Köln Tel.: 0221/50085-128 oder -151 Fax: 0221/50085-352

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Prophylaxe bei Implantat-Patienten
Veranstalter: Haranni Akademie
Referentin: DH Sonja Bethke – Recklinghausen
Termin: 23.11.2011: 14.00 – 17.30 Uhr
Ort: Haranni Akademie, Schulstr. 30, 44623 Herne
Kurs-Nr.: 3450
Kursgebühr: 225 EUR, inkl. Tagungspauschale, zzgl. MwSt.
Anmeldung: Haranni Akademie Schulstr. 30, 44623 Herne Tel.: 02323/9468-300 Fax: 02323/9468-333 info@haranni-academie.de www.haranni-academie.de

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Prophylaxe in der Implantologie
Veranstalter: DentFit.de
Referentin: Ute Rabling
Termin: 23.11.2011
Ort: Berlin
Anmeldung: DentFit.de Genoveva Schmid Trendelenburgstr. 14 14057 Berlin Tel.: 030/326095-90, Fax: -92 mail@dentfit.de www.dentfit.de

Fachgebiet: Ganzheitliche ZHK
Thema: Golf + Zahnmedizin: Störung im Kausystem und deren Einfluss auf die Körperstatik
Veranstalter: Bundesleistungszentrum für Golf
Referenten: Frank Drollinger, Dr. med. dent. Hönes, Dr. med. Rist
Termin: 25.11. – 27.11.2011
Ort: 75217 Birkenfeld
Fortbildungspunkte: 26
Kurs-Nr.: 98 11D11
Kursgebühr: 1 249 EUR
Anmeldung: Tel.: 07231/2814680
 www.golf-active-method.com
 (Kurs: Golf-Med-Dent-Coach)

Fachgebiet: Hygiene
Thema: Hygiene in der Zahnarztpraxis – Alles rund um die Instrumentenaufbereitung
Veranstalter: SciCan GmbH
Referentin: Andrea Birkhold
Termin: 30.11.2011:
 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Wangener Str. 78,
 88299 Leutkirch

Kursgebühr: 90 EUR (Frühbucherpreis 75 eUR), jede weitere Person der Praxis 40 EUR
Anmeldung: SciCan GmbH
 Wangener Str. 78
 88299 Leutkirch
 Tel.: 07561/98343-0
 Fax: 07561/98343-699
 marketing.eu@scican.com

Thema: praxisDienste
 DH-Aufstiegsfortbildung
Veranstalter: praxisDienste
 Fortbildung GmbH
Termin: Start Dezember 2011
Ort: Bad Neustadt
Kursgebühr: 7850 EUR
Anmeldung: praxisDienste
 Fortbildungs GmbH
 Brückenstr. 28
 69120 Heidelberg
 Tel.: 06221/649971-0
 Fax: 06221/649971-20

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:
 02.12.2011: 13.30 – 19.00 Uhr,
 03.12.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Köln
Fortbildungspunkte: 15
Kursgebühr:
 980 EUR + MwSt. für Zahnärzte,
 590 EUR + MwSt. für ZMF
Anmeldung: Institut für dentale Sedierung, Köln
 Tel.: 0221/1694920
 Fax: 0221/9651106
 info@ids-sedierung.de
 www.ids-sedierung.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Umgang mit Frauen im Team (Mitarbeiterführung für Herren mit Damenteam)
Veranstalter: Aufwind Consulting GmbH
Referentin: Dr. Martina Obermeyer
Termin: 02./03.12.2011:
 jeweils 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: 82444 Schlehdorf
Kursgebühr: 690 EUR + MwSt.
Anmeldung:
 Aufwind Consulting GmbH
 Kocheler Str. 1
 82444 Schlehdorf
 Fax: 08851/615690
 info@aufwind.org

Fachgebiet: Restaurative ZHK
Thema: Minimalinvasive, funktionelle und ästhetische Restauration von Front- und Seitenzähnen – Intensivtraining zur Planung, Präparation und temporären Versorgung
Veranstalter:
 Westerburger Kontakte

Referenten: Dr. Dieter Reusch, ZA JanStrüder, ZTM Paul Gerd Lenze
Termin: 02.12.2011: 09.00 – 19.00 Uhr bis 03.12.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Schloss Westerburg, 56457 Westerburg
Fortbildungspunkte: 19
Kurs-Nr.: 1542
Kursgebühr: 980 EUR + MwSt.
Anmeldung: Westerburger Kontakte GmbH Co. KG Schloss Westerburg 56457 Westerburg
 Tel.: 02663/91190-30
 Fax 02663/91190-34
 info@westerburgerkontakte.de
 www.westerburgerkontakte.de

Thema: Sky fast & fixed / Feste Zähne – sofort!
Veranstalter: bredent medical GmbH & Co KG
Termin: 03.12.2011: 09.00 – 17.00 Uhr (weitere Termine auf Anfrage)
Ort: Landsberg
Referenten: Dr. Georg Bayer, Dr. Frank Kistler
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 950 M002 0
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: Bildgebende Verfahren
Thema: Teamkurs: Aktualisierung der Fachkunde für Zahnärztinnen/ Zahnärzte und Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA (Kombinationskurs QS/QM für das gesamte Team mit gemeinsamer Prüfung)
Veranstalter: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Referent: Dipl.-Ing. Gerald König
Termin: 03.12.2011
Ort: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 148 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Fax: 040/81951237
 www.edulocicum.de

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Implantationskurs an Humanpräparaten
Veranstalter: Dentaurum Implants
Referenten: Prof. Werner Götz, Dr. Friedhelm Heinemann
Termin: 03.12.2011
Ort: Bonn
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 460 EUR + MwSt.
Anmeldung: Sabine Trautmann / Irene Kunzmann Dentaurum Implants GmbH Turnstr. 31 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: 3. Bundeskongress für Privatmedizin „Von der Kassen- zur Privatpraxis“
Veranstalter: Frielingsdorf Consult GmbH
Referenten: Dr. Regina Klakow-Franck, Dr. Theodor Windhorst, Dr. med. Rolf Koschorck, Lars Lindemann u. a.
Termin: 03.12.2011: 08.30 – 17.30 Uhr
Ort: Maternushaus Köln, Kardinal-Frings-Str. 1-3, 50668 Köln
Fortbildungspunkte: 7
Auskunft: Frielingsdorf Consult GmbH Andrea Böhle Kaiser-Wilhelm-Ring 50 50672 Köln
 Tel.: 0221/139836-69
 Fax: 0221/139836-65
 boehle@frielingsdorf.de
 www.bundeskongress-privatmedizin.de

Thema: Neue Energie für Patient, Leitung und Team – Wie motiviere ich mich und andere?
Veranstalter: KomMed Ute Jürgens
Termin: 03.12.2011: 16.00 – 19.15 Uhr, 04.12.2011: 09.00 – 16.15 Uhr (optional und kostenlos Transfer-Nachmittag am 11.01.2012)
Ort: Lilienthal bei Bremen
Fortbildungspunkte: 16 + 4
Kursgebühr: 290 EUR + MwSt.
Auskunft: Ute Jürgens, KomMed Peter-Sonnenschein-Str. 59 28865 Lilienthal
 Tel.: 04298/469977
 Fax: 04298/469978
 KomMed@freenet.de
 www.kommed-coaching.de

Fachgebiet: Hygiene
Thema: Lehrgang zur Erlangung der Hygiene-Sachkenntnis
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 Fritzscheier
Referent: Referententeam der Caritas-Akademie Köln
Termin: 05.12. – 09.12.2011: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7-9, 40210 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 3
Kursgebühr: 450 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: Betriebswirtschaft/ Marketing
Thema: Erfolgreiche Patientenberatung. Hochwertige Leistungen einfach und überzeugend vermitteln
Veranstalter: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Referent: Gesundheitsökonom FH Mathias Hoffmann
Termin: 07.12.2011: 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 11.BWM.KoS3.02
Kursgebühr: 190 EUR
Anmeldung: Fax: 040/81951237
 www.edulocicum.de

Thema: 3. Snow-Dent
Veranstalter: Quintessenz Verlag
Termin: 08.12. – 10.12.2011
Ort: St. Moritz, Suvretta House
Fortbildungspunkte: 15
Gebühr: ZA 995 EUR, Student 497,50 EUR, Begleitperson 450 EUR
Auskunft: Quintessenz Verlag Saskia Lehmkuhler Komturstr. 18 12099 Berlin
 Tel.: 030/76180-624
 Fax: 030/76180-693
 kongress@quintessenz.de
 www.quintessenz.de

Thema: Helbo-Therapie: Biofilm – Ihr unsichtbarer Feind!
Veranstalter: bredent medical GmbH & Co KG
Termin: 09.12.2011: 16.00 – 20.00 Uhr
Ort: Heidelberg
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

Thema: Dentsply Kursreihe – Dr. Dietschi, Ästhetische adhäsive Restaurationen – State of the Art
Veranstalter: Dentsply DeTrey GmbH
Termin: 09./10.12.2011
Ort: Nürnberg
Kursgebühr: 790 EUR
Anmeldung: praxisDienste Fortbildungs GmbH Brückenstr. 28 69120 Heidelberg
 Tel.: 06221/649971-0
 Fax: 06221/64997120

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: FDT 5-Z: Diagnose-gerechte Therapie des funktions-gestörten Patienten
Veranstalter: Westerburger Kontakte
Referenten: Dr. Dieter Reusch, ZA Jochen Feyen, ZTM Paul Gerd Lenze, ZT Dominik Püsch
Termin: 09.12.2011: 09.00 – 19.00 Uhr bis 10.12.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Schloss Westerburg, 56457 Westerburg
Fortbildungspunkte: 19
Kurs-Nr.: 1537
Kursgebühr: 980 EUR + MwSt.
Anmeldung: Westerburger Kontakte GmbH Co. KG Schloss Westerburg 56457 Westerburg
 Tel.: 02663/91190-30
 Fax: 02663/91190-34
 info@westerburgerkontakte.de
 www.westerburgerkontakte.de

Thema: Workshop am Phantom Modul 01/02
Veranstalter: bredent medical GmbH & Co KG
Termin:
 09.12.2011: 09.00 – 17.00 Uhr,
 10.12.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: IFZI GmbH Nürnberg
Referent: Prof. (NY) Dr. med. dent. Manfred Lang
Fortbildungspunkte: 11 pro Modul
Kursgebühr: 700 EUR pro Modul + MwSt. + Material
Anmeldung: IFZI-Sekretariat
 Anne Monnier-Winterstein
 Tel.: 0911/3474624
 Fax: 0911/3474623
 anne.monnier-winterstein@ifzi.de
 www.ifzi.de
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: Kommunikation
Thema: MindManaging – Erfolgsstrategien beherrschen
Veranstalter: dentSP
Referent: Dipl.-Päd. Herbert Prange
Termin: 09./10.12.2011
Ort: Herford
Auskunft:
 Susanne Prinzhorn
 Hinter dem Heiligen Geist 24
 32657 Lemgo
 Tel.: 05261/667868
 www.dent-sp.de

Fachgebiet: Schlafmedizin
Thema: Workshop zu intraoralen Protrusionsschienen bei Schlafapnoe und Schnarchen
Veranstalter: IZS – Idsteiner Zentrum Zahnärztliche Schlafmedizin
Referenten: Dr. J. Langenhan, Dr. S. Rahm
Termin: 10.12.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Dentallabor
 „Oral design“ Al Dente,
 Höhenweg 10, 65510 Idstein
Fortbildungspunkte: 11
Kursgebühr: 400 EUR
Anmeldung:
 info@zahnaerztliche-schlafmedizin.de
 www.zahnaerztliche-schlafmedizin.de

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Anfragen privater Kostenerstatter – Was schreibt man da bloß?
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 Fritze
Referentin: ZMV Birgit Sayn
Termin: 10.12.2011:
 10.00 – 13.00 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7-9,
 40210 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 3
Kursgebühr: 100 EUR zzgl. MwSt., p. P. aus Überweiserpraxen 80 EUR
Anmeldung: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
 Stresemannstr. 7-9
 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/875508-0, Fax: -99
 www.kieferchirurgie.org

Bekanntmachungen

Bezirkszahnärztekammer Pfalz

Vertreter-Versammlung der Bezirkszahnärztekammer Pfalz

Die nächste Vertreterversammlung der Bezirkszahnärztekammer Pfalz findet am

Freitag, dem 25. November 2011, um 14.00 Uhr, im Zahnärztheaus, Brunhildenstr. 1, in 67059 Ludwigshafen, statt.

Anträge zur Tagesordnung müssen gem. § 1 der Geschäftsordnung schriftlich eingereicht werden und spätestens **drei Wochen** vor der Vertreterversammlung bei der Geschäftsstelle der BZK Pfalz vorliegen.

Gez. Dr. Georg Jacob
 Vorsitzender der Vertreterversammlung

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

Arzneimittelkommission Zahnärzte
BZÄK/ KZBV
Chausseestraße 13
10115 Berlin

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

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

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

Heizkostenabrechnung

Die Tücken der Details

Immer wieder kommt es zu Unklarheiten und bisweilen auch zu Unstimmigkeiten zwischen Hauseigentümern, deren oftmals eingesetzter Hausverwaltung und Praxen als Mieter über das Thema Heizkosten. Hier die wichtigsten Regelungen.

Grundsätzlich gilt, dass der Gebäudeeigentümer zur Erfassung des individuellen Verbrauchs geeignete Messgeräte zu installieren hat, die Auswahl der Geräte bleibt dabei ihm überlassen. Der Nutzer hat die Installation der Geräte, deren regelmäßige Wartung sowie das jährliche Ablesen zu dulden. Andererseits hat der Nutzer einen – zivilrechtlich durchsetzbaren – Anspruch auf eine verbrauchsabhängige Abrechnung und kann den auf ihn entfallenden Anteil der Kosten um 15 Prozent kürzen, wenn der Gebäudeeigentümer seinen Verpflichtungen zur Verbrauchserfassung und zur verbrauchsabhängigen Abrechnung nicht nachkommt.

Die Kosten für die Anschaffung und Installation der Messgeräte kann der Gebäudeeigentümer auf die Wohnraummieter umlegen, eine Umlegung der Kosten auf Geschäftsraummieter ist nur nach vertraglicher Vereinbarung möglich. Die Heizkostenverordnung verpflichtet den Gebäudeeigentümer, mindestens 50 und höchstens 70 Prozent der Gesamtkosten nach Verbrauch umzulegen. Die restlichen 30 bis 50 Prozent der Kosten sind nach einem festen Schlüssel, nämlich der Nutzfläche, aufzuteilen. Diese Verordnung gilt nicht nur für Miet- und Eigentumswohnungen, sondern auch für gewerblich genutzten Raum.

Da es keine behördliche Kontrolle gibt, ist es grundsätzlich Sache des

Nutzers, seine Ansprüche aus der Verordnung gegenüber dem Gebäudeeigentümer durchzusetzen. Gebäudeeigentümer und Nutzer können also entweder bisherige Vereinbarungen beibehalten oder neue rechtsgeschäftliche Vereinbarungen treffen. Verlangt jedoch nur ein Mieter die verbrauchsabhängige Nutzung, muss trotz entgegenstehender Mehrheit der übrigen Nutzer die verbrauchsabhängige Abrechnung durchgeführt werden. Ausnahme: Der Mieter eines Einfamilienhauses mit Einliegerwohnung braucht nicht verbrauchsabhängig abzurechnen, wenn er die Einliegerwohnung an einen Dritten untervermietet (Verordnung gilt nur bei Gebäuden mit mehr als zwei Wohnungen).

Reparaturkosten nicht umlegbar

Kosten für die Reparatur der Geräte kann der Gebäudeeigentümer nicht auf den Mieter umlegen – lediglich die Kosten für die erste Anbringung der Messgeräte. Der Gebäudeeigentümer kann auch grundsätzlich nur die Betriebskosten auf den Nutzer umlegen, deren Umlegung vertraglich vereinbart ist. Die Verordnung berechtigt nicht

zur Umlegung zusätzlicher, bisher nicht umgelegter Kosten. Kosten, die der Gebäudeeigentümer nicht in dem Abrechnungszeitraum abrechnet, in dem sie angefallen sind, darf er nicht in einem späteren Abrechnungszeitraum auf den Nutzer umlegen. Auch darf der Abrechnungszeitraum nicht willkürlich verändert werden.

Der Gebäudeeigentümer darf weder Finanzierungskosten noch Trinkgelder auf den Nutzer umlegen. Auch dürfen nur die Heiznebenkosten berechnet werden, die im Abrechnungszeitraum angefallen sind. Berechnet der Gebäudeeigentümer monatliche Bedienungspauschalen (Wartungskosten) oder sind in der Abrechnung unter Bedienungskosten bestimmte Pauschalbeträge ausgewiesen, braucht der Nutzer diese nicht zu zahlen. Auch sind vom Gebäudeeigentümer berechnete Reinigungspauschalen nicht umlegbar. Benutzt ein Teil der Mieter eines Hauses den Trockenraum, muss der Wärmeverbrauch erfasst und auf die Nutzer verteilt werden.

Der Abrechnungszeitraum beträgt grundsätzlich ein Jahr. Legt ein Gebäudeeigentümer ohne entsprechende vertragliche Vereinbarung seiner Abrechnung einen längeren oder kürzeren Abrechnungszeitraum zugrunde, ist die Abrechnung falsch und braucht vom Nutzer nicht anerkannt zu werden. Die Ablesung sollte mindestens eine Woche vorher angekündigt werden. Ist eine Nachablesung erforderlich, sollte diese etwa zwei Wochen danach erfolgen.

Öllieferung in Abrechnung

Füllt der Gebäudeeigentümer den Tank am Ende des Abrechnungszeitraums auf, darf er nicht – was immer wieder vorkommt – die Kosten des neubezogenen Öls in Rechnung stellen, sondern nur die des verbrauchten Brennstoffs. Und der Gebäudeeigentümer darf nur den Preis in Rechnung stellen, den er auch tatsächlich gezahlt hat. Kauft er das Öl etwa im Sommer zu einem günstigen



Foto: CC

Preis, darf er nicht die höheren Herbstpreise berechnen, etwa mit der Begründung, er müsse Zinsverluste ausgleichen.

Heizkostenverteiler, die nach dem Verdunstungsprinzip arbeiten, können auch dann einen Verbrauch anzeigen, wenn dem Heizkörper keine Wärme entnommen wird. Hat der Gebäudeeigentümer die Ausstattung entgegen den Vorschriften der Verordnung angebracht und kann er deshalb nicht verbrauchsabhängig abrechnen, hat der Nutzer das Recht, den bei der verbrauchsunabhängigen Abrechnung auf ihn entfallenden Anteil der Kosten um 15 Prozent zu kürzen (§ 12 Abs. 1 Ziff. 4 Heizkostenverordnung). Diese Verordnung regelt die Abrechnung der Heiz- und Warmwasserkosten. Diese Bestimmungen gehen vertraglichen Vereinbarungen vor; einzige Ausnahme: Gebäude



Foto: Kzenon/Fotolia.com

Der Gebäudeeigentümer hat die Pflicht, die Ablesung des Verbrauchs zu organisieren.

mit nicht mehr als zwei Wohnungen, von denen eine der Vermieter selbst bewohnt. Zudem kann der Gebäudeeigentümer dem Nutzer, wenn dieser von seinem Kürzungsrecht Gebrauch macht, nicht entgegenhalten, dieser habe den Vorfall hingenommen und sich somit konkludent damit einverstanden erklärt.

Grundsätzlich trägt der Gebäudeeigentümer die Verantwortung dafür, dass der Verbrauch richtig erfasst werden kann; gegebenenfalls hat er Regressansprüche gegenüber der Messdienstfirma. Unabhängig davon, ob dem Nutzer ein Kürzungsrecht zusteht, hat dieser die Möglichkeit, den auf ihn entfallenden Anteil herabzusetzen, wenn er nachweist, dass er nur einen sehr geringen Verbrauch gehabt hat. Der

Gebäudeeigentümer darf hierbei auch nicht den Durchschnittsverbrauch der übrigen Nutzer zugrunde legen, wenn der Mieter darlegen kann, dass sein Verbrauch niedriger war als der der anderen. So etwa, weil er öfter verreist war und seine Wohnung nicht oder nur geringfügig beheizt hat. Gleiches gilt, wenn die gesamten Kosten nach einem festen Schlüssel umgelegt werden.

Umlegung nach Nutzfläche

Der Wohnungseigentümer hat allerdings nicht wie der Mieter die Möglichkeit, den auf ihn entfallenden Anteil der Kosten um 15 Prozent zu kürzen, wenn die Gemeinschaft seinem Verlangen, verbrauchsabhängig abzurechnen, nicht gefolgt ist. Für den Mieter kann die Verbrauchserfassung hingegen dann unterbleiben, wenn durch sie unverhältnismäßig hohe Kosten verursacht würden. Ist ein Mieter nur während eines Teils des Abrechnungszeitraums mit Energie versorgt worden, etwa weil er während des Abrechnungszeitraums ein- oder ausgezogen ist, sind ihm die im Abrechnungszeitraum insgesamt angefallenen Kosten anteilig für die Dauer des ihn betreffenden Versorgungszeitraums in Rechnung zu stellen. Kosten, die nach der Verordnung nicht umlegbar sind, können Gebäudeeigentümer auch künftig nicht mehr als Heizkosten umlegen, auch wenn deren Umlegung ausdrücklich vereinbart ist. Das gilt etwa für die Kosten des Kaminfegers. Bei der Umlegung nach Nutz-/Wohnfläche gilt: Bei Wohnräumen mit schrägen Wänden zählt die Fläche, die unter einer Schräge bis zu einem Meter Höhe liegt, nicht. Die Fläche unter einer Schräge von einem Meter bis zwei Metern Höhe zählt nur zur Hälfte. Soweit Balkone und ähnliche Flächen, die auch nicht direkt beheizt werden können, in der Nutzfläche enthalten sind, dürfen sie bei der Umlegung der Grundkosten nicht berücksichtigt werden. Sie müssen aus den Nutzflächen herausgenommen werden. Gleiches gilt für Flur oder Speisekammer.

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

Personalmanagement

Führen, fordern, fördern

Neue Mitarbeiter einzuarbeiten und sie für die Arbeit in der Praxis fit zu machen, ist zeitintensiv und kostet. Umso ärgerlicher ist es, wenn gut ausgebildete Kräfte kündigen. Aktives Personalmanagement hilft, Cracks zu finden und zu halten.



Es muss nicht gleich Feng Shui im Spiel sein. Aber eine nette Arbeitsumgebung wirkt sich positiv aus.

Foto: vario images

Viele Praxisinhaber begehen den Fehler, das Thema Personalmanagement lange vor sich herzuschieben, weil es viel Zeit und Mühe kostet, sich um Mitarbeiter zu kümmern, aber vermeintlich nichts einbringt. Sie hoffen auf Zeiten der Entspannung, in denen sie das wichtige Thema Personal angehen. Selbst die Feststellung, dass dieser Zustand eigentlich schon seit Jahren anhält, bewirkt nur selten ein Umdenken. Die Überbelastung wird somit zum Dauerzustand, der unabänderlich erscheint. Die Frustration steigt, und die Stimmung ist zunehmend gereizt. Dies überträgt sich auf die Mitarbeiter. Kündigungen oder Krankmeldungen sind die Folge. Doch das muss nicht so sein. Die Chance, langfristig erfolgreich zu sein und nicht vom Wettbewerb abgehängt zu werden steigt immens, wenn man aus dem Bewusstsein, dass Personalarbeit wichtig ist, Taten folgen lässt und sich aktiv um seine

Mitarbeiter kümmert. Damit steigt die Attraktivität für Mitarbeiter und Patienten gleichermaßen.

Antizyklisch handeln

Arbeitsüberlastungen sind meist die Folge von Personalmangel, fehlender Struktur oder unzureichender Fachkompetenz des Personals. Daher sollten sich Praxisinhaber gerade dann um ihre Mitarbeiter kümmern, Anliegen hinterfragen, Struktur schaffen und Geld in Weiterbildungsmaßnahmen investieren, wenn es nicht so gut läuft. Die erhoffte Entspannung wird erst dann eintreten, wenn ein stabiles Team entwickelt wurde. Nicht umgekehrt.

Bei Recherchen gaben viele befragte Praxisinhaber an, dass sie die Personalarbeit in Praxen als wichtig ansehen, sich dennoch aber nicht ausreichend darum kümmern.

INFO

Zielvereinbarungen

In der Zeit zwischen einer Zielvereinbarung und der Beurteilung der Zielerreichung, etwa am Ende eines Projektes, steht die Führungsperiode des Delegierens und Loslassens. Das heißt nicht, dass Praxisinhaber einfach abwarten, bis ihre Mitarbeiter fertige Ergebnisse liefern. Führungskräfte sollten diesen Zeitraum vielmehr aktiv gestalten durch Instrumente wie Absprachen, Anerkennen und Nachkontrolle.

Um Orientierung und Zielvereinbarung konsequent weiterzuentwickeln, müssen Praxisinhaber delegieren: Innerhalb der abgesprochenen Grenzen übertragen sie die Kompetenzen und Verantwortung an den Mitarbeiter. Zahnärzte sind dabei nicht der Kontrolle und der übergeordneten Verantwortung enthoben. Vielmehr

- geben sie Feedback in Form von Anerkennung und Kritik.
- motivieren sie in Hinblick auf die Zielsetzung.
- sprechen sie Probleme an und bieten Unterstützung, um Hindernisse aus dem Weg zu räumen.

Dietmar Kern

Sie sehen dabei zu, wie qualifizierte Mitarbeiter kündigen und reagieren auf die Tatsachen, die geschaffen wurden. Oft finden sie kurzfristig keinen guten Ersatz, denn qualifizierte Fachkräfte sind bisweilen selten. Also muss improvisiert werden, was alle Beteiligten stark belastet. Spätestens jetzt muss hinterfragt werden, ob nicht dringend ein Umdenken stattfinden muss: Nicht reagieren, sondern agieren. Ansonsten kommt dieses Verhalten einer nicht umgesetzten, aber unaufschiebbaren Therapie gleich, die nicht selten mit einer deutlichen Verschlechterung der Gesamtsituation einhergeht.

Aktiv führen

Der langfristige Erfolg einer Praxis hängt maßgeblich an der Qualität des Personals, so dass es klug ist, genau hierin Zeit und Geld zu investieren. Von allein wird keine



Foto: vario images

Schnaps ist Schnaps, und Arbeit ist Arbeit? Nein, ein gemeinsames Essen kommt bei Kollegen an.

Entspannung eintreten. Praxisinhaber müssen sich aktiv für ein attraktives Arbeitsumfeld ihrer Mitarbeiter einsetzen, um diese an sich zu binden. Und zwar sofort. Damit wird der Grundstein für Erfolg in der Praxis und eine – auch für Patienten – attraktive Praxisatmosphäre gelegt.

Um die Attraktivität der Praxis für die Mitarbeiter zu steigern, sollten Maßnahmen selbstverständlich sein, die auch positiven Einfluss auf die Fluktuation und den Krankenstand haben können. Hierzu gehört vor allem ein attraktives Arbeitsumfeld zu schaffen, in dem der Mitarbeiter sich wohl fühlt und entfalten kann.

Anreize setzen

Die Umsetzung folgender Einzelaspekte kann zusätzlich dienlich sein:

- Klare Führungsstrukturen, Feedback und regelmäßige Anerkennung der geleisteten Arbeit.
- Ein attraktives, leistungsgerechtes Gehalt.
- Keine dauerhafte Mehrarbeitsbelastung.
- Ein schöner Arbeitsplatz und die Möglichkeit, sich in Pausen zurückzuziehen.
- Finanzielle Anreizsysteme können die Identifikation mit der Aufgabe und die Motivation, erfolgreich zu sein, steigern.

- Zielvereinbarungen mit den Mitarbeitern sind eine weitere Möglichkeit, Anreize zu schaffen.

Mitarbeiter binden

Arbeitgeber, die in einem immer härter werdenden Mitbewerber-Umfeld bestehen wollen, können sich in einem ruhigen Moment auch folgende Motivationsmöglichkeiten durch den Kopf gehen lassen, um Mitarbeiter zu halten:

- Fahrtkostenzuschüsse
- Mitgliedschaften in Vereinen oder Freizeiteinrichtungen
- Attraktive Fortbildungen (intern oder extern)
- Weihnachts- und/oder Sommeressen in einem Umfeld, das sich die Mitarbeiter selbst nicht leisten können.
- Kostenlose Behandlung der Mitarbeiter (nach einer bestimmten Zeit der Anstellung)

Ein Team bilden

Bei der Einstellung von neuem Personal sollten möglichst keine Kompromisse eingegangen werden. Das bedeutet vor allem: Sich Zeit zu nehmen für die Personalauswahl und interessante Bewerber gegebenenfalls einen Schnuppertag absolvieren zu lassen. Auch wenn es schwer organisierbar ist, aber beim Team kommt es gut an, wenn es in irgendeiner Form an der Personalauswahl beteiligt wird. Eine Fehleinstellung kostet viel Geld, Zeit und Mühe und belastet das restliche Praxisteam. Bei der anschließenden Einführung und Schulung neuer Mitarbeiter sollte auf Qualität geachtet werden. Denn umgekehrt gilt: Gerade am Anfang eines Beschäftigungsverhältnisses bildet auch der Neuling sich ein Urteil über den neuen Arbeitsplatz. Und es gibt nie eine zweite Chance für den ersten Eindruck.

*Maren Heuck
Personalkauffrau/Management
Am Gehöckel 16
22339 Hamburg*

INFO

Tipps für motivierende Anerkennung

Praxisinhaber sollten sich nicht mit dem Gedanken verzetteln, alles selber tun zu müssen, weil keiner es ihnen gut genug macht. Zahnärzte werden daran gemessen, ob ihr Team die vereinbarten Ziele erreicht, nicht daran, wie hoch ihr Anteil an der Erledigung der einzelnen Aufgaben war. Der Praxisinhaber weist den Weg. Das wichtigste Instrument dazu ist regelmäßige Rückmeldung an alle Beteiligten. Gute Leistungen werden in vielen Praxisunternehmen zu wenig gewürdigt. Das untergräbt auf die Dauer die Motivation und das Engagement. Eine angemessene Anerkennung trägt wesentlich zur Weiterentwicklung und Motivation bei. Es empfiehlt sich folgende Vorgehensweise:

- Feedbacks finden immer unter vier Augen statt. Sowohl Anerkennung als auch Kritik sind nur für den jeweils betroffenen Mitarbeiter bestimmt.

- Anerkennung für konkrete Handlungen und Leistungen so zeitnah wie möglich zeigen.
- Keine Standardfloskeln benutzen, sondern die individuelle Leistung hervorheben.
- Auch Teilerfolge erwähnen.
- Auch schwächere Mitarbeiter in ihren Fortschritten innerhalb ihrer Möglichkeiten bestätigen.
- Anerkennung nicht vermischt mit Kritik vermitteln, damit reduzieren Sie die Wirkung beider Instrumente.
- Auf Leistungen und Verhaltensweisen konzentrieren, nicht auf Charakterzüge.
- Zwischen Spitzen- und Dauerleistungen unterscheiden können.

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

Mobilfunknetze im Test

Zuverlässig bis schwächelnd

Handy- und Smartphonennutzer wollen in guter Qualität telefonieren und schnell im mobilen Internet surfen – egal, wo sie sich gerade befinden. Auf dem Land soll die Verbindung genauso optimal sein wie in der Stadt, daheim genauso wie im Zug. Die deutschen Mobilfunkanbieter erfüllen diese Erwartungen unterschiedlich zuverlässig, haben Tests ergeben.

Mehr als 60 Millionen Handybesitzer gibt es in Deutschland, meldete der Branchenverband BITKOM Mitte September 2011, womit eine neue Rekordmarke erreicht sei. Ganz klar: Soviel Andrang erfordert starke Mobilfunknetze. Besonders vor dem Hintergrund, dass es sich laut BITKOM bei jedem dritten verkauften Gerät um ein Smartphone handelt. Smartphones sind auf mobile Anwendungen und Internetnutzung zugeschnittene Handys, die dementsprechend höhere Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der Mobilfunknetze stellen. Auf welche Anbieter Verlass ist, haben Stiftung Warentest und das Magazin „CHIP Online“ in zwei voneinander unabhängigen Tests ermittelt. Gut für Verbraucher: Bei den Ergebnissen waren sich die Prüfer weitestgehend einig.

Test hat mehrere Sieger

Die Deutsche Telekom kann sich freuen. Sowohl Stiftung Warentest als auch „Chip Online“ sahen sie in der Gesamtwertung auf dem ersten Platz. Bei Stiftung Warentest teilt sie sich den Sieg allerdings mit Vodafone. „Chip Online“ sieht diesen Anbieter auf Platz zwei. O2 wurde Dritter, Schlusslicht war in beiden Tests E-Plus.

Die Mobilfunkanbieter wurden in den Kategorien „Telefonieren“ und „Mobiles Internet“ getestet. Im Mittelpunkt standen Aspekte wie Sprachqualität, Verbindungsaufbau, Geschwindigkeit der Datenübertragung oder das Abspielen von Videos.

Netz auf dem Land instabil

Die deutschen Mobilfunknetze liefern laut Test insgesamt eine ordentliche Sprachqualität. In dieser Disziplin lagen die Deutsche



Foto: picture alliance-Picture Press

Damit Sprachqualität und Surfgeschwindigkeit des Handys Freude machen, muss die Netzqualität des Anbieters stimmen. Die hängt auch von der Verbreitung der Sendemasten (kl. Foto) ab.

Telekom und Vodafone vorne. „Chip Online“ vergab auch eine gute Note an E-Plus, Stiftung Warentest bewertete diesen Anbieter nur mit „befriedigend“. Bei O2 sahen beide Mängel.

In der Kategorie Verbindungsaufbau stellte „Chip Online“ auf dem Land durch die Bank Probleme fest: „Über alle Netzbetreiber hinweg ging die Rate der nicht zustande gekommenen oder abgebrochenen Sprachverbindungen nach oben“, heißt es. Gute Werte erzielten die vier Betreiber laut dem Magazin dagegen bei Telefonaten aus den ICE-Handywaggons auf den Hauptstrecken der Bahn. Bester Anbieter in dieser Disziplin

war Vodafone. Fazit der Prüfer: Wer mit seinem Handy hauptsächlich telefonieren möchte, befindet sich bei allen Anbietern in guten Händen.

Die Datenrate schwankt

Schlechte Nachrichten für Nutzer, die mit ihrem Handy oder Smartphone außerhalb der Ballungsgebiete ins Internet gehen wollen: „Die Datenverbindungen auf dem Land sind durchweg langsamer als in den Städten“, urteilte Stiftung Warentest.

Beim Leistungsvergleich der einzelnen Anbieter untereinander stellten sowohl „Chip

Online“ als auch Stiftung Warentest ein starkes Gefälle fest. Am besten surfen ihnen zufolge die Kunden von Vodafone und Telekom im Netz, es folgen O2 und – weit abgeschlagen – E-Plus.

„Das Telekom-Netz zeigt im Test knapp die beste Netzverfügbarkeit und liefert bei großen Datei-downloads die höchsten Datenraten. Vodafone lockt dagegen Vielsurfer



Foto: picture alliance

vor allem in ländlichen Gefilden mit etwas kürzeren Wartezeiten beim Laden von Webseiten“, resümierte Stiftung Warentest.

Auch O2 lässt seine Kunden beim Surfen im Internet nicht im Stich, stellte „Chip Online“ fest. Die Erfolgsquoten seien mit durchgängig mehr als 95 Prozent „recht gut“. Die Nutzer brauchten allerdings etwas Geduld, denn das O2-Netz lasse sich „mit dem Ausliefern der Webseiten deutlich mehr Zeit als die Telekom oder Vodafone“.

Schlechte Note für E-Plus: Von einem guten Datennetz sei der Anbieter derzeit noch ein ganzes Stück entfernt, heißt es. Als Beispiel nannten die „Chip Online“-Redakteure die durchschnittlichen Datenraten bei der Smartphone-Nutzung. Der Anbieter habe das erklärte Ziel, Datenraten von mindes-

tens einem Megabit pro Sekunde zu bieten. Laut der Download-Messungen der Tester gelingt das allerdings derzeit selbst in gut versorgten Innenstadtlagen nur in 48 Prozent der Fälle.

Zurzeit sind UMTS-Netze der Top-Standard für den Mobilfunk. Besonders schnell läuft die Datenübertragung, wenn der Anbieter sein UMTS-Netz mithilfe des so genannten High Speed Packet Access

(HSPA+) aufrüstet. Noch leistungsfähiger arbeiten LTE-Netze (kurz für Long Term Evaluation). Ein Vergleich: Mit HSPA+ sind Datenübertragungsraten von bis zu 21 Megabits pro Sekunde (MBit/s) möglich. LTE bringt es unter optimalen Bedingungen auf bis zu 100 MBit/s. Theoretisch sind sogar 300 MBit/s möglich.

Die Mobilfunkanbieter treiben den Ausbau ihrer LTE-Netze zur Zeit stark voran, noch sind sie aber nur vereinzelt verfügbar. Wer in den nächsten Jahren einen neuen Handyvertrag abschließt, sollte deshalb darauf achten, wie stark der Anbieter auf den neuen Funkstandard setzt.

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

INFO

Mobilfunk und Strahlenbelastung

Problem der Mobilfunktechnik: es wirken hochfrequente elektromagnetische Felder auf den Körper. Die entstehende Belastung wird durch die so genannte spezifische Absorptionsrate (SAR) bemessen. In Deutschland liegt der maximal zulässige SAR-Wert bei 2 Watt pro Kilogramm. Denn die langfristigen gesundheitlichen Folgen der Mobilfunkstrahlung sind nach Informationen des Fachinstituts für Elektromagnetische Verträglichkeit zur Umwelt nicht befriedigend geklärt. Unklar sei auch, ob eher die Strahlung der Mobiltelefone oder der Basisstationen schädlich ist. „Hinweise gehen in die Richtung, dass durch die kurzzeiti-

gen, aber hohen Belastungen durch das am Kopf gehaltene Handy eher Tumorerkrankungen und degenerative Gehirnerkrankungen gefördert werden und durch die niedrige Dauerbelastung durch Basisstationen eher neurologische Effekte wie Konzentrations- und Schlafstörungen“, heißt es. Die Höhe der Belastung durch das Handy richte sich nach den Strahlungseigenschaften des Handys und ganz entscheidend auch nach der Qualität der Verbindung zur nächsten Basisstation.“

Aktuelle Informationen über die Strahlung verschiedener Handymodelle finden Verbraucher unter www.handywerte.de ■

Medizintourismus in deutschen Kliniken

Patienten lassen auf sich warten

Kliniken in Grenznähe zu anderen europäischen Staaten profitieren bislang am meisten von einem Zustrom an ausländischen Patienten. Noch herrscht allerdings zu wenig Transparenz über die angebotenen Leistungen und die Qualität der Versorgung. Ein Grund für die Zurückhaltung könnten fehlende Abrechnungsanreize sein.

Einer aktuellen Marktstudie der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg zufolge greifen vor allem Niederländer, Franzosen, Österreicher und Polen auf deutsche Spitzenmedizin zurück. Auch russische Medizintouristen zieht es nach Deutschland. Im Jahr 2009 ließen sich 70 568 Patienten aus dem Ausland in deutschen Krankenhäusern behandeln. Das sind 4,3 Prozent mehr als im Vorjahr. Wegen einer ambulanten Behandlung suchten schätzungsweise 105 000 internationale Patienten eine Klinik auf. Ihr Anteil an der Gesamtzahl aller Klinikpatienten liegt damit bei 0,4 Prozent und somit weit unter dem von der Europäischen Kommission angenommenen Wert von rund zwei Prozent. Bei der Befragung von 35 Kliniken durch die Hochschule Bonn-Rhein-Sieg kam auch heraus, dass die Nutzung deutscher Einrichtungen durch ausländische Patienten stark nach Kliniken und Abteilungen variiert. So verzeichnen vor allem Krankenhäuser in Bayern, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg einen hohen Zulauf.

Nachfrage steigend

Dennoch ist Jens Juszcak, wissenschaftlicher Mitarbeiter der Hochschule und verantwortlich für die Studie, überzeugt: „Deutsche Kliniken werden von einer möglichen Zunahme innereuropäischer Behandlungsreisen profitieren.“ Schon jetzt sei eine stärkere Nachfrage aus Ländern wie den Niederlanden oder Polen zu verzeichnen. „Inwieweit die ausländischen Kostenträger mit dieser Nachfrageentwicklung Schritt halten, bleibt allerdings abzuwarten“, so Juszcak. Bei den westeuropäischen Staaten liegen die Benelux-Länder als Quellmarkt für deutsche



Die zsm berichten regelmäßig über die Belange der Zahnärzte in Europa sowie über neue gesundheitspolitische Entwicklungen in der Europäischen Union.



Foto: picture alliance-PhotoAlto

Ausländische Patienten in deutschen Kliniken – die Nachfrage steigt zwar, insgesamt aber hält sich der Zustrom (noch) in Grenzen.

Kliniken weit vorn. 73,5 Prozent der befragten Einrichtungen haben in 2009 Patienten von dort behandelt. Spitzenreiter ist die Niederlande. Von dort kamen 7 000 Patienten zur stationären Versorgung. „Das liegt unter anderem daran, dass das deutsche Gesundheitssystem in vielen Bereichen günstiger arbeitet als das niederländische“, erklärt Juszcak. Es folgten Frankreich mit 6 000 Patienten sowie Österreich mit 5 500 Patienten und Polen mit etwa 4 800 Patienten.

Ein vergleichbarer Trend lässt sich bei den ambulant versorgten Patienten in Krankenhäusern feststellen. Auch Russen scheint es mehr und mehr zur Behandlung nach Deutschland zu ziehen. Verglichen mit 2004 stieg ihr Anteil in 2009 um 354 Prozent. Aus den Vereinigten Arabischen Emiraten waren die Zahlen hingegen rückläufig. Besonders gefragt sind bei der ausländischen Klientel Leistungen aus Orthopädie, Innerer Medizin, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Unfall- und orthopädischer Chi-

rurgie sowie Kardiologie und Onkologie. Juszcak schätzt, dass die ausländischen Patienten den Kliniken Erlöse in Höhe von rund 850 Millionen Euro pro Jahr einbringen. Seiner Ansicht nach bemühen sich allerdings noch viel zu wenig deutsche Kliniken gezielt um ausländische Patienten. Nur zehn Prozent der insgesamt 2100 Krankenhäuser hierzulande würden aktiv um Patienten aus anderen Staaten werben, merkt der Diplom-Betriebswirt an.

Zu wenig Informationen

Erschwerend hinzu kommen einer Studie des Klinikportals Hospitalscout zufolge die oft fehlenden oder intransparenten Informationen über die Qualität der ausgewählten Klinik. Die Anfang März verabschiedete EU-Richtlinie zu den Rechten der Patienten bei grenzüberschreitenden Behandlungen könnte hier möglicherweise Fortschritte bringen. Noch allerdings kennen nur die wenigsten Patienten die neuen Regelungen. So ergab eine Befragung der

Deutsche Medizin ist vor allem bei Unfällen oder beispielsweise in der Kardiologie gefragt.



Foto: picture alliance-BSP-CHASSENET



Foto: picture alliance-Eibner Pressefoto

Techniker Krankenkasse bei rund 20 000 Versicherten, dass 90 Prozent noch nie etwas von der Richtlinie gehört haben. In anderen Ländern dürfte es ähnlich aussehen.

Dass die deutschen Kliniken noch recht zurückhaltend um ausländische Patienten werben, führt Juszcak auch auf die politischen Rahmenbedingungen zurück. Für

die Versorgung von Patienten aus dem Ausland gelten dieselben Abrechnungsvorschriften nach DRG wie für inländische Patienten. „Der Betreuungsaufwand ist für die ausländische Klientel häufig aber ungleich höher, bedenkt man Serviceleistungen wie Übersetzungen, Fahrdienste und ähnliches“, kritisiert Juszcak. Ihm schwebt als Vorbild die Schweiz vor, in der Ärzte Leistungen für ausländische und inländische Patienten nach unterschiedlichen Basisfallwerten abrechnen können.

*Petra Spielberg
Altmünsterstr. 1
65207 Wiesbaden*

Politik und Krankheit

Der Makel der Mächtigen

Ob gewählte Politiker heute oder Kaiser, Könige und Fürsten damals: Krankheit ist bei den Mächtigen ein Makel und der politische Patient ist eine unerwünschte Spezies. Nicht selten stürzten gebrechliche Machthaber ganze Nationen in den Abgrund. Auch Amtsunfähigkeit oder früher Tod der Herrschenden haben die Geschichte nicht unwesentlich beeinflusst. Durch die Erkrankungen der Mächtigen bekamen manchmal Ärzte und pflegende Personen Einfluss auf das politische Geschehen, wie Beispiele quer durch die Jahrhunderte zeigen.

Nur selten traten kranke Politiker von ihren Ämtern zurück. Aktuell gab der österreichische Finanzminister Josef Pröll seine politischen Funktionen auf. Brandenburgs Ministerpräsident Matthias Platzeck trat wegen Überforderung als SPD-Parteivorsitzender zurück. Doch viele Beispiele aus der Geschichte zeigen: Wer die Macht hat, bleibt. Körperliche und geistige Qualen werden nicht erkannt oder vertuscht, oft zum Leidwesen der Betroffenen und der Menschen, die sie regieren.

Krank durch Gendefekt

In unzähligen Romanen oder Filmen wurde der gewalttätige Charakter Heinrich VIII. (1491–1547) von England immer wieder

thematisiert. Auch nach den Sitten des 16. Jahrhunderts war der Monarch im Umgang mit seinen Ministern und Untergebenen, vor allem zum Ende seines Lebens hin, tyrannisch. Seine beiden Frauen Katharina von Aragon und Anna von Kleve verstieß er, Anne Boleyn und Catherine Howard mussten ihr Leben lassen, Jane Seymour starb nach der Geburt des späteren Eduard VII. und nur Heinrichs letzte Gemahlin, Catherine Parr, überlebte den

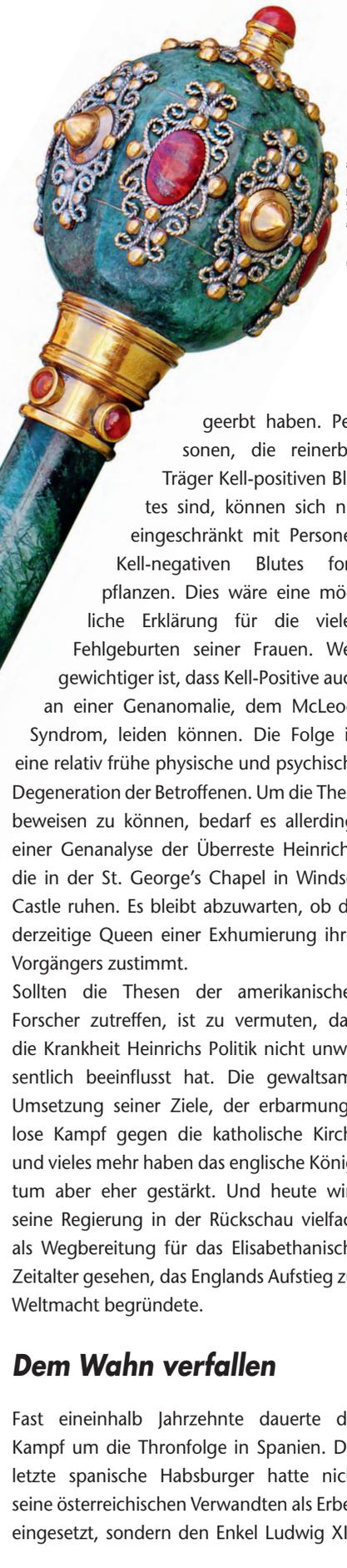


Foto: djp65/fotolia.com

geerbt haben. Personen, die reinerbig Träger Kell-positiven Blutes sind, können sich nur eingeschränkt mit Personen Kell-negativen Blutes fortpflanzen. Dies wäre eine mögliche Erklärung für die vielen Fehlgeburten seiner Frauen. Weit gewichtiger ist, dass Kell-Positive auch an einer Genanomalie, dem McLeod-Syndrom, leiden können. Die Folge ist eine relativ frühe physische und psychische Degeneration der Betroffenen. Um die These beweisen zu können, bedarf es allerdings einer Genanalyse der Überreste Heinrichs, die in der St. George's Chapel in Windsor Castle ruhen. Es bleibt abzuwarten, ob die derzeitige Queen einer Exhumierung ihres Vorgängers zustimmt.

Sollten die Thesen der amerikanischen Forscher zutreffen, ist zu vermuten, dass die Krankheit Heinrichs Politik nicht unwesentlich beeinflusst hat. Die gewaltsame Umsetzung seiner Ziele, der erbarmungslose Kampf gegen die katholische Kirche und vieles mehr haben das englische Königtum aber eher gestärkt. Und heute wird seine Regierung in der Rückschau vielfach als Wegbereitung für das Elisabethanische Zeitalter gesehen, das Englands Aufstieg zur Weltmacht begründete.

Dem Wahn verfallen

Fast eineinhalb Jahrzehnte dauerte der Kampf um die Thronfolge in Spanien. Der letzte spanische Habsburger hatte nicht seine österreichischen Verwandten als Erben eingesetzt, sondern den Enkel Ludwig XIV.

Monarchen unbeschadet.

Dabei war der junge Heinrich durchaus ein viriler und charmanter Herr, der 1509 seinem Vater Heinrich VII. auf dem englischen Thron folgte.

Amerikanische Wissenschaftler glauben nun, den Grund für die charakterlichen Veränderungen und die gesundheitlichen Probleme des englischen Königs gefunden zu haben. Heinrich VIII. könnte sogenannte Kell-Antigene



Heinrich VIII., Gemälde von Hans Holbein, Nationalgalerie Rom



Philipp V., Gemälde von Hyacinthe Rigaud

Am Ende des spanischen Erbfolgekriegs durfte Philipp von Anjou, als Philipp V. (1683–1746), König von Spanien bleiben. Aber das iberische Land erhielt einen König, der psychisch krank war. Der Monarch muss wohl schon seit seiner Kindheit an einer manisch-depressiven Störung gelitten haben. In den manischen Phasen hatte der König von seinen Ministern gut beraten segensreiche Reformen angestoßen. Wenn der Bourbonne allerdings von seinen depressiven Schüben heimgesucht wurde, plagten ihn Wahnvorstellungen. Dann war der König zu keinen Entscheidungen fähig, überhaupt wollte er dann nicht mehr König von Spanien sein. Er ließ sich in diesen Zeiten gehen und in der Öffentlichkeit trat seine zweite Frau, Elisabeth Farnese von Parma (1692–1766), anstelle des Königs auf. In einer seiner Depressionszeiten traf Philipp V. den Entschluss, abzudanken. 1724 folgte ihm sein Sohn Ludwig (1707–1724) für nur ein halbes Jahr auf dem Thron. Nach dem unerwarteten Tod des jungen Mannes musste Philipp das Amt

des Königs erneut ausüben, noch einmal für mehr als zwanzig Jahre.

In den schlechten Zeiten half ihm der Sänger Farinelli (1705–1782), der 1737 von der Königin an den spanischen Hof geholt worden war, mit seiner überirdisch schönen Stimme aus der Lethargie. Am Ende seines Lebens verfiel der König immer mehr dem Wahnsinn. Von der manisch-depressiven Erkrankung bemerkte das spanische Volk nur wenig. Ihm blieb der König durch seine Jagdleidenschaft und unzähligen Liebschaften im Gedächtnis. Die Herrschaft Philipps war trotz seiner Krankheit durchaus erfolgreich. Neben innenpolitischen Reformen gelang auch die Rückgewinnung von Territorien für Spanien in Italien, etwa vom Königreich Neapel.

Geistige Verwirrung

Im Jahre 1994 thematisierte Nicholas Hyter in seinem Film „Ein Königreich für mehr Verstand“ (The Madness of King George) nach dem gleichnamigen Theaterstück von Alan Bennett die Krankheit George III. von Großbritannien und Irland (1738–1820). Anschaulich verkörpert der Schauspieler Nigel Hawthorne den zeitweise geistig verwirrten George III., unter dem seine Frau Charlotte, gespielt von Helen Mirren, und ein ganzes Königreich zu leiden hatten. Allerdings konnten die Ausfälle des Königs von der Regierung durch das House of Commons und den Premierminister ausgeglichen werden. Der erste psychotische Schub des britischen Monarchen fiel in eine welthistorisch bewegte Zeit. Um den Jahreswechsel 1788/89 zeigten sich erstmals Anzeichen einer geistigen Erkrankung, also zu dem Zeitpunkt, als in Frankreich die Französische Revolution tobte und den Bourbonnenkönig Ludwig XVI. vom Thron fegte.

Die Krankheit George III. warf nicht nur die Frage der Regierungsfähigkeit des Königs und einer möglichen Regentschaft seines Sohnes auf, sondern auch die Überlegung, inwieweit das Land überhaupt noch einen König brauche. Der ersten Leidensphase folgte 1801 eine zweite, und seit 1810 war der König „permanently deranged“.

Wissenschaftler vermuten, dass George III. an einer Variante der sogenannten Porphyrie litt. Die erbliche Stoffwechselstörung kann zu Psychosen führen. Diese Annahme wird untermauert durch die Tatsache, dass vier Generationen später die Ururgroßnichte Georges, Charlotte von Sachsen-Meiningen (1860–1919, Tochter von Victoria und Friedrich III.) diese Erbkrankheit hatte. Bei ihr zeigte sich bereits in der Jugend eine außerordentliche Nervosität, in späteren Jahren Neuralgien und Lähmungen. Obwohl Großbritannien ein Parlament und einen Premierminister besaß, hatte George III. aufgrund seiner Beliebtheit beim Volk – als einigendes nationales Symbol gegen das revolutionäre Frankreich – eine Bedeutung, die ihm politischen Einfluss gab. So weigerte sich der König ausgerechnet in der psychotischen Phase um 1801 beim „Act of



George III., nach einem Gemälde von William Beechey

Union“ mit Irland einer Emanzipation der Katholiken zuzustimmen und zwang so den Regierungschef William Pitt junior (1759–1806) zurückzutreten. Ab 1810 wurde die geistige Verfassung des Königs so desolat, dass die Spitzen des Staates übereinkamen, den Prince of Wales als Regenten einzusetzen.

Früher Tod eines Liberalen

Geschichte wird eben doch oft von nur wenigen Personen bestimmt. Manchmal reicht eine Person am falschen Platz, und schon nimmt der historische Verlauf eine verhängnisvolle Wendung. Ein trauriges Beispiel dafür ist die Person Wilhelm II., seit 1888 Deutscher Kaiser. Der frühe Tod seines Vaters, Kaiser Friedrich III. (1831–1888) gab



Friedrich III., Gemälde von Paul Segisser, Historisches Museum Rastatt

den konservativen bis reaktionären Kräften im Deutschen Reich neuen Wind in die Segel. Friedrich III. hatte eine andere Zukunft für Deutschland im Sinn gehabt. Er und seine Gemahlin, Kaiserin Victoria, wollten das Land in eine parlamentarische Monarchie nach englischem Vorbild umwandeln. Das Kaiserpaar verfügte über ganz andere intellektuelle und charakterliche Eigenschaften, als dies von ihrem Sohn Wilhelm gesagt werden kann. So besuchte der Kronprinz während des sogenannten „Antisemitismusstreits“ in den 1870er-Jahren demonstrativ einen Gottesdienst in der Neuen Synagoge in Berlin, um seine Solidarität zu demonstrieren.

Wäre Friedrich III. nicht schon nach 99 Tagen im Amt verstorben, so wären Deutschland vielleicht – oder mit Sicher-

heit? – beide Weltkriege im 20. Jahrhundert erspart geblieben. Das Schicksal meinte es aber anders. Ende 1887 machten sich bei dem starken Raucher Friedrich erste Anzeichen von Kehlkopfkrebs bemerkbar. „Die quälende Heiserkeit nahm unter den Festlichkeiten der ersten anstrengenden Jahreswochen beunruhigend zu und bewog ihn, die namhaftesten Spezialisten der Berliner Universität, die Professoren Gerhardt, v. Bergmann und Tobold zu consultiren“ [in: Friedrich, Deutscher Kaiser und König von Preußen. Ein Lebensbild von Ludwig Ziemssen. Berlin 1888, Reprint Wolfenbüttel 2009, S. 133]. Die Berliner Ärzte diagnostizierten eine bösartige Geschwulst am Stimmband und rieten zu einer Operation, die zwar die Stimme beeinträchtigen würde, aber Heilung versprach.

Kronprinzessin Victoria, die von den Ärzten ihrer alten Heimat England mehr hielt als von den deutschen Kollegen, zog Dr. Morell Mackenzie hinzu, der erstaunlicherweise keine Bösartigkeit erkannte. Die von Mackenzie entnommene Gewebeprobe wurde von Rudolf Virchow (1821–1902) untersucht und fatalerweise als nicht bösartig klassifiziert. „Inzwischen war das furchtbare Leiden unerbittlich fortgeschritten: ein Aerzte-Congreß vom 9. November bestätigte dies. Eine von den ersten Operateuren Europas auch jetzt noch empfohlene Operation lehnte der Kronprinz, nach ernster Erwägung aller Umstände, ab [...] Am 9. Februar [1888] ergab sich, um der Erstickung vorzubeugen, die bittere Notwendigkeit des Kehlkopfschnitts; Dr. Braumann, der ausgezeichnete erste Assistent der Berliner chirurgischen Universitäts-Klinik, vollzog die Operationen mit Meisterhand.“ [in: Friedrich, S. 135].

Während des Eingriffs weilte Friedrich zur Erholung in der Villa Zirio in San Remo. Ernst von Bergmann (1836–1907) wurde aus Berlin dazugeholt, um die Operation zu überwachen. Nach dem Tod Wilhelms I. (1797–1888) Anfang März blieb Friedrich III. nicht ausreichend Zeit, um Deutschland in eine liberale Richtung zu lenken. Nun wurde alles nur noch schlimmer, Überheblichkeit und Dummheit hielten mit Wilhelm II. Einzug bei Hofe. Mit der Entlassung

Otto von Bismarcks 1890 ging auch noch das letzte Maß an Rationalität verholten. Die weitere politische Entwicklung bis zum Beginn des Ersten Weltkriegs ist hinlänglich bekannt.

Im Bann der Wunderheiler

Die wohl bekannteste Geschichte über einen selbsternannten Wunderheiler und seinen Einfluss auf eine ganze Familie, ist die von Grigori Jefimowitsch Rasputin (1869–1916). Durch die Heirat mit Nikolaus II. hatte „Alix“ von Hessen-Darmstadt die sogenannte Bluterkrankheit in die Familie Romanow gebracht. Der Ursprung lag in der Familie Queen Victorias, über deren Tochter Alice (1843–1878) und deren Enkeltochter „Alix“ die Erbkrankheit an den Zarewitsch Alexej Nikolajewitsch (1904–1918) weitergeben wurde. Eine effektive Behandlung der Hämophilie war zu Beginn des 20. Jahrhunderts nicht möglich. Die betroffenen Männer hatten oft nur ein kurzes Leben. Alexandra „Alix“ Fjodorowna (1872–1918) hatte bereits miterlebt, wie ihr jüngerer Bruder Friedrich und ihr Neffe Heinrich im



Nikolaus II. mit Gemahlin Alexandra und Thronfolger Alexej, Foto um 1908

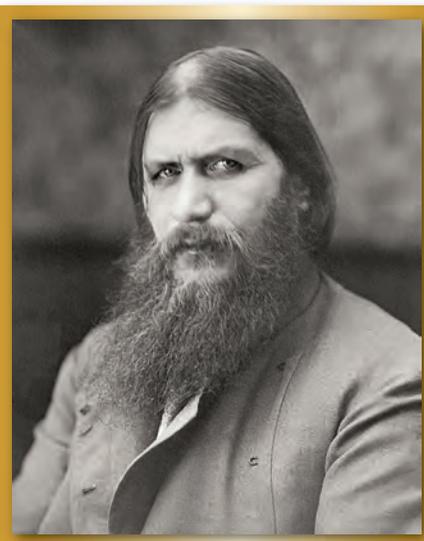


Foto: picture alliance

Grigori Jemifowitsch Rasputin,
zeitgenössische Aufnahme

Kindesalter und ihr Onkel Leopold an der Krankheit gestorben waren. Die ehemalige Protestantin hatte sich vor der Hochzeit mit Nikolaus II. noch geweigert, den orthodoxen Glauben anzunehmen, wurde aber als Kaiserin nach der Konversion zu einem tief gläubigen Menschen, der sich in der Not in die Mystik der russischen Orthodoxie flüchtete. In dieser Situation trat nun Rasputin in das Leben der Dynastie. Dem „Heiligen“ gelang wie durch ein Wunder, die Blutungen des Zarewitsch Alexej Nikolajewitsch zu stillen.

Aber schon vor Rasputin hatte das Kaiserpaar zu dem „Gesundbeter“ Monsieur Philippe aus dem französischen Lyon Kontakt. Zar und Zarin unternahmen auch „Pilgerfahrten“ zu heiligen Stätten, so auch zu den Gebeinen eines gewissen heiligen Serafim: „Es gab lange Prozessionszüge, und die Gottesdienste in von Weihrauch geschwängelter Luft dauerten drei Stunden. Scharen von Pilgern, darunter viele Kranke und Krüppel, die auf eine Wunderheilung hofften, standen an, um den Sarg Serafims zu küssen. Nicky und Alix erfuhren von zahlreichen Menschen, die genesen waren. Im Dunkel der Nacht gingen sie zu dem heiligen Fluss hinunter, um sich mit dessen eiskaltem Wasser zu reinigen und ihre Gebete zu sprechen.“ [in: Clay, Catrine: König, Kaiser, Zar. München 2008, S. 282)

Im Jahre 1915 hatte der Thronfolger seinen Vater zu einem Truppenbesuch begleitet, in dessen Verlauf er starkes Nasenbluten bekam. Einer der Ärzte des Zaren, Prof. Fjodorow riet zur Rückkehr nach Zarskoe Selo bei St. Petersburg. Wie sich dann ein Auftritt von Rasputin abspielte, schilderte Anna Wyrubowa, die Hofdame der Zarin. „In ihrer Verzweiflung ließ die Zarin Rasputin rufen. Er kam in das Zimmer herein, schlug das Kreuz über dem Bett und sagte, das todkranke Kind fest anblickend: ‚Beunruhigt euch nicht. Es wird nichts geschehen.‘ Dann verließ er das Zimmer und sogar das Palais [Alexanderpalais in Zarskoe Selo]. Das war alles. Das Kind schlief ein und war am nächsten Tag so wohl, dass der Zar sich ins Hauptquartier begab.“ Die Kaiserin schrieb die Heilung dem „heiligen Wirken“ des „Gottesmannes“ zu [zitiert nach: Botkin, Tatjana: Meine Erinnerungen an die Zarenfamilie. München/Wien 1983, S. 248; Die

land mitten im Ersten Weltkrieg befand und die Zarin als Deutsche in keinem guten Ansehen stand. Die Ermordung des „Wunderheilers“ im Jahre 1916, bei der sich auch Mitglieder des Kaiserhauses, Großfürst Dimitri Pawlowitsch (1891–1942) und Fürst Felix Jussupoff (1887–1967), beteiligten, war einer der traurigen Schlusspunkte beim Untergang des Zarenreichs.

Fast eine Staatskrise

Weit weniger dramatisch war das Wirken der Heilerin Greet Hofmans (1894–1968) auf Königin Juliana der Niederlande (1909–2004). Doch erlebten die Niederlande in den 1950er-Jahren einen Skandal, aus dem eine Staatskrise hätte werden können. Die junge Königin Juliana, die erst im September 1948 den Thron von ihrer Mutter Wilhelmina übernommen hatte, erwog sogar abzudanken.

Königin Juliana
mit ihren Töchtern
Prinzessin Beatrix,
Irene, Margriet
und Christina auf
Schloss Soestdijk
in Baarn



Foto: ddp images/PPE

Autorin ist die Tochter des kaiserlichen Leibarztes Eugen Botkin, der mit der Zarenfamilie im Juli 1918 ermordet wurde]. Wahrscheinlich ist, dass die allgemeine Beruhigung des Organismus des Zarewitsch auch die Blutung gestoppt hat.

Welche Ursache die Heilungserfolge beim Zarewitsch auch hatten, in der öffentlichen Wahrnehmung des russischen Reiches schien Rasputin über die Zarin unheilvollen Einfluss auf das politische Geschehen bekommen zu haben. Der vermeintliche Eindruck war umso fataler, weil sich Russ-

Der traurige Grund war die Behinderung ihrer jüngsten Tochter Maria Christina, die 1947 auf die Welt gekommen war. Die damalige Prinzessin von Oranien war während der Schwangerschaft an Masern erkrankt, hatte aber aus ihrer religiösen Einstellung heraus einen Abbruch abgelehnt. Das Kind wurde fast blind geboren, was erst nach einigen Monaten klar wurde. Die Monarchin geriet in eine verzweifelt-depressive Situation, in der sie in ihrer Not anfang, bei spiritistischen Scharlatanen Hilfe für ihre Tochter zu suchen. Zunächst blieb der

niederländischen Bevölkerung verborgen, dass die Monarchin ihre Amtsgeschäfte mehr als nur schleifen ließ. Prinzgemahl Bernhard (1911–2004) übernahm weitgehend die repräsentativen Aufgaben. „Ja, es wurde der Verdacht geäußert, als Folge des Schocks habe sich ihr Geist verwirrt und sie gehöre nicht länger auf den Thron, sondern in eine Nervenheilanstalt“ [in: Menger, Horst / Worlitz, Jürgen: Die Europäischen Königs- und Fürstenhäuser. Bindlach 2003, S. 144].

Die Lage verschlimmerte sich, als die Königin in die Gesellschaft der selbsternannten „Gesundbeterin“ Greet Hofmans geriet und ihr nahezu hörig wurde. Die Dame durfte sogar bei Hofe auf Schloss Soestdijk verkehren und fing an, Juliana zu beeinflussen. Hofmans soll auch Einfluss auf die Besetzung von Positionen im engsten Kreis der Königin gehabt haben. Erst als die kleine Prinzessin Maria Christina anfang, etwas besser zu sehen, willigte die niederländische Königin auf Drängen ihres Mannes, der von der niederländischen Regierung unter Führung des Sozialisten Willem Drees unterstützt wurde, ein, Hofmans vom Hofe zu verbannen.

Dies hätte das glückliche Ende der Affäre sein können, denn die niederländische Presse und die politische Klasse hatten die Monarchin geschützt und – anders als in unseren Tagen – die peinliche Problematik geheim gehalten. Erst als die Niederländer 1956 ausgerechnet aus dem deutschen Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ von den Schwierigkeiten hörten, kam es zur landesweiten Empörung. Das Magazin bot der Leserschaft auf dem Titelblatt Prinz Bernhard mit der Unterschrift „Zwischen Königin und Rasputin“. Erwähnung fanden auch peinliche Begegnungen von Hofmans mit niederländischen Politikern: „Ohne sich lange mit religiösen Vorreden aufzuhalten, begann die Wunderdoktorin bei diesen Gelegenheiten – in Staatsaffären wohlunterrichtet –, den Kabinettsmitgliedern wirtschaftliche und politische Ratschläge zu erteilen. ‚Machen Sie sich dabei denn keine Aufzeichnungen?‘ fragte die Jungfer in einer solchen Unterhaltung indigniert ein führendes Kabinettsmitglied. ‚Nein‘, antwortete der Minister höflich, ‚ich habe ein gut geschultes Ge-

dächtnis“ [in: Der Spiegel, 24/1956, S. 35]. Solche Veröffentlichungen entfachten eine starke Propaganda niederländischer Republikaner gegen die Königin, die allerdings so überzogen war, dass die Mehrheit der Bevölkerung schließlich Verständnis für eine Mutter zeigte, die in Sorge um ihr Kind war.

Gerontokratie

Dass die ehemalige Sowjetunion in den letzten Jahren vor dem Amtsantritt von Michael Gorbatschow quasi zu einer „Gerontokratie“ geworden war, war unübersehbar. Auf Leonid Breschnew (1906–1982)



Leonid Breschnew mit Willy Brandt auf dem Bonner Venusberg, 1973

folgten in kurzen Abständen Juri Andropow (1914–1983) und Konstantin Tschernenko (1911–1985). Von 1966 bis 1982 führte Breschnew als Generalsekretär des Zentralkomitees der KPdSU das Land. In den letzten Amtsjahren des ersten Mannes der Sowjetunion konnte von Führung keine Rede mehr sein. Sein Krankheitszustand ließ tatkräftiges Regieren nicht mehr zu. Dies war umso gefährlicher, verfügte die UdSSR doch über eine große Anzahl an Atomwaffen. Der angeschlagene Gesundheits-

zustand blieb auch der Weltöffentlichkeit nicht verborgen. Immer wieder wurde der Staatschef tagelang nicht gesichtet, und es kam bei Staatsbesuchen im Ausland zu peinlichen Patzern.

Als Willy Brandt im Jahre 1971 Breschnew auf der Krim besuchte, wirkte der „rote Zar“ noch recht fit. Aber ab 1973 zeigten sich bei Generalsekretär Breschnew erste Anzeichen einer Herzerkrankung, die die sowjetischen Ärzte unter systemimmanenter Geheimhaltung zu behandeln versuchten. Der Staatsführer war mit dem Ergebnis nicht zufrieden und suchte die Dienste einer Heilpraktikerin namens Ewgenia Dawitatschwili auf.

Der „Dschuna“ genannten Dame gelang es – zum Erstaunen der Fachleute – den Gesundheitszustand von Breschnew bis Ende der 1970er-Jahre relativ zu verbessern. Um länger schlafen zu können, geriet Leonid Breschnew nun in die Arme der Krankenschwester Nina Korowikowa, die ihm Schlafmittel verabreichen sollte. Die Schwester bekam durch den Kontakt mit dem Generalsekretär Einfluss, der sich unter anderem in kostspieligen Geschenken äußerte. Laut dem Leibarzt von Breschnew, Michael Kossirew, „reduzierte Nina den Medikamentenkonsum ihres Patienten in keinsten Weise: ‚Als ich mich um ihn zu kümmern begann [...] war Breschnew schon mit Antidepressiva vollgepumpt“ [vergleiche: Fedorowski, Wladimir: Die Zarrinnen, Rußlands mächtige Frauen. München 2001, S. 210]. Der Generalsekretär der KPdSU war also medikamentenabhängig.

Über den Umgang mit dem kranken Breschnew berichtet auch Gorbatschow in seinen Erinnerungen: „Ich weiß noch, wie Breschnew in einer Sitzung des Politbüros, bei der er den Vorsitz führte, einmal den Faden der Erörterung verlor. Alle taten so, als sei nichts geschehen. Und doch hinterließ der Vorfall ein beklemmendes Gefühl. Nach der Sitzung sprach ich darüber mit Andropow. ‚Weißt du, Michael‘, wiederholte er fast wörtlich ein Argument, das er mir gegenüber schon mehrmals angeführt hatte, ‚es kommt darauf an, alles zu tun, um Leonid Iljitsch auch in dieser Situation zu unterstützen. Es ist eine Frage der Stabilität

Foto: ddp images/AP-STF

in der Partei und im Staat, außerdem aber eine Frage der internationalen Stabilität“ [vergleiche: Gorbatschow, Michael: Erinnerungen. Aus dem Russischen von Igor Petrowitsch Gorodetzki, 1996, S. 180]. Zum Glück folgte den kranken Männern an der Moskwa 1985 Michael Gorbatschow, und der Welt blieb im Schicksalsjahr 1989 ein kranker und geistig verwirrter Staatsmann an der Spitze der Sowjetunion erspart.

Der heimlich Kranke

Nachdem François Mitterrand (1916–1996) im Jahre 1981 triumphal die Präsidentschaft gewonnen hatte, wurde ihm noch im selben Jahr die Diagnose mitgeteilt, dass er an Prostatakrebs leidet. Der erste sozialistische Staatspräsident der Fünften Republik hielt seine Erkrankung aber fast bis zum Ende seiner Amtszeit geheim. Verständlicherweise verschwieg der Präsident der Republik seine Krankheit.



Foto: picture alliance-keystone

François Mitterrand mit Agrarminister Michel Rocard

Für das Ziel, in das Palais l'Élysée einzuziehen, hatte Mitterrand lange gekämpft. Bereits 1965 war er gegen Charles de Gaulle angetreten, aber damals deutlich unterlegen. Die Demokratie macht es einem Politiker noch schwieriger, zu einer Krank-

heit zu stehen. Der legitime Wunsch der Bevölkerung nach einem gesunden Staatsführer birgt die Gefahr der Abwahl, wenn eine ernsthafte Krankheit bekannt wird. Als im Jahr 1988 die Wiederwahl Mitterrands anstand, zog der Präsident mit dem Motto „la France Unie“ in die Wahlschlacht. Es ist gut möglich, dass die Franzosen in Kenntnis der Krankheit eher dem Konservativen Jacques Chirac den Vorzug gegeben hätten. Die Wahl wurde ein großer Sieg für Mitterrand, der im zweiten Wahlgang 54,02 Prozent erhielt.

Vielleicht wurde Mitterrands Politik in ganz besonderer Weise dadurch geprägt, weil ihm bewusst war, todkrank zu sein. Erst kurz vor Ablauf seiner zweiten Amtsperiode wurde sein Leiden publik. Kontrovers wurde die Erkrankung des ehemaligen Präsidenten diskutiert, als der Leibarzt Mitterrands, Claude Gubler, 1996 in einem Buch – die ärztliche Schweigepflicht brechend – detailliert über das Krebsleiden berichtete und die Behauptung aufstellte, der Präsident sei spätestens seit 1994 amtsunfähig gewesen. Obwohl die ehemaligen politischen Mitstreiter der Auffassung Gublers klar widersprachen, wurde in der Folge in der französischen Öffentlichkeit über die Frage gestritten, wie viel Privatsphäre einem Politiker zusteht und inwieweit die Abwahl eines Präsidenten verfassungsrechtlich zulässig ist.

In der modernen Demokratie sollte Krankheit kein Grund für das politische Aus sein. Die Chance, sich eine Pause zu gönnen und dann gesund weiterzumachen, muss auch Politikern zugestanden werden. Auch ein ehrenvoller Abschied sei gestattet. Leider gibt es auch in unserem Land immer noch Beispiele, wo kranken Politikern der Ausstieg, sei es aus Mangel an Alternativen oder aus falsch verstandener Eitelkeit, verwehrt ist.

*Kay Lutze
Lievenstr. 13
40724 Hilden
kaylutze@ish.de*

Firmenporträt – 70 Jahre Dürr Dental

Mit guten Ideen an die Spitze

Weil die Geistesblitze bei Dürr Dental überdurchschnittlich oft einschlagen und zu praxisreifen Innovationen werden, besteht das Unternehmen seit 70 Jahren und hat im Dentalmarkt eine klare Führungsrolle erreicht.

Fotos: Dürr Dental AG



Die Unternehmenszentrale mit rund 400 Mitarbeitern im schwäbischen Bietigheim-Bissingen.

„Wir können alles. Außer Hochdeutsch.“ Dieser Werbeslogan für Baden-Württemberg passt gut zu Dürr Dental, dem schwäbischen Unternehmen aus Bietigheim-Bissingen, dessen Erfindungen bereits seit 70 Jahren die Geschichte der Zahnmedizin prägen. Vom ersten ölfreien Dentalkompressor über die System-Hygiene bis zum Speicherfolienscanner entstanden hier wegweisende Produkte, in denen das ganze Bündel schwäbischer Tugenden steckt: hartnäckige Arbeit, findige Ideen und Freude am Tüfteln. Jüngster Coup ist die bereits ausgezeichnete Kamera VistaCam iX für intraorale und fluoreszierende Aufnahmen. „Wir haben in der Vergangenheit in puncto Innovationen und Hightech Maßstäbe gesetzt und sind zuversichtlich, dass uns dies auch in Zukunft gelingt“, sagt Martin Dürrstein, Vorstandsvorsitzender des Unternehmens.

Die Anfänge in Stuttgart-Feuerbach

Die Erfolgsstory „made im Ländle“ begann 1941, als die Brüder Karl und Wilhelm Dürr aus Gechingen im Schwarzwald eine feinmechanische Werkstätte in Stuttgart-Feuerbach gründeten. Kurz nach dem Krieg stieg die Firma in die Zahnmedizin ein und ent-

wickelte wassergekühlte Hand- und Winkelinstrumente, die eine die Pulpa schonende Präparation zuließen. Inzwischen in Bietigheim mit eigener Fertigungshalle ansässig, folgte 1955 dann die erste fahrbare Saugpumpe, mit der ein kontinuierliches Absaugen von Speichel, Blut und Sekreten möglich war. Knapp zehn Jahre später kamen weitere Marksteine hinzu: Der erste ölfreie Kompressor für die Zahnmedizin ebnete 1965 den Weg für effizientere Präparationen in Bonding-Technik; die Entwicklung leistungsfähiger Absaugsysteme brachte den Durchbruch für ergonomische Behandlungen – dank ihnen konnte der Zahnarzt liegende Patienten erstmals im Sitzen behandeln. Parallel setzte das Unternehmen zwei Geschäftsfelder auf die Schiene, die bis heute wichtige Standbeine sind. Zum einen eröffnete das Sauganlagen-Desinfektionsmittel Orotol den Bereich Systempflege, zum anderen entstand im Auftrag von Siemens das erste vollautomatische Röntgenfilm-Entwicklungsgerät, das schnell den Markt eroberte.



Karl Dürr



Wilhelm Dürr

Weltweit aktiv schon in den 70ern

Die kraftvollen Kompressoren führten zum Einsatz immer schneller rotierender Instrumente und damit zu einer sanfteren Zahnmedizin. Ein Trend, der nicht nur Zahnärzte in Deutschland interessierte: Ab 1973 baute Dürr Dental in New York Kompressoren für Nordamerika – und war so erfolgreich, dass aus dem Engagement fünf Jahre später das Joint Venture „Air Techniques“ in Hicksville, New York, wurde. Seit 2008 ist dieses Unternehmen eine hundertprozentige Tochter der Dürr Dental AG. Währenddessen tüftelten

die Ingenieure am Stammsitz in Bietigheim an Trockenluftanlagen, die zahnmedizinische Instrumente vor Oxidation schützen und das Keimwachstum im Tank hemmen. 1974 wurden diese Anlagen weltweit eingeführt. Das Unternehmen wuchs weiter, auch jenseits der Landesgrenzen, und 1977 wurde in Frankreich die erste Niederlassung im Ausland gegründet.

Mitte der 80er-Jahre etablierte die Firma die System-Hygiene – ein systematisch aufgebautes Produktprogramm für gezielte Desinfektion, Reinigung und Pflege in Praxis und Labor, das bis heute marktführend ist. Ein Jahr später präsentierte das Unternehmen einen Amalgamabscheider und bewies damit früh ein Gespür für umweltfreundliche Technologien. Gleichzeitig arbeiteten die Ingenieure an der Optimierung der Druckluft- und Saugsysteme. Mit den Power Tower gelang es 1991, das gesamte System in einer geräuschgedämmten Kraftzentrale auf kleinstem Raum unterzubringen. Die Standfläche maß lediglich 60 mal 60 Zentimeter.

Die Zukunft ist digital

Der Einstieg in digitale Technologien in den 90ern erwies sich als entscheidende Weichenstellung. 1995 brachte man die erste Intraoral-Kamera VistaCam auf den Markt; sie bot dem Zahnarzt völlig neue Diagnose- und Kommunikationsmöglichkeiten und legte den Grundstein für den Produktbereich der digitalen bildgebenden Systeme. Zwei Jahre später folgen die VistaRay Sensoren, mit denen intraorale Röntgenaufnahmen digital ausgelesen werden können. Die Sensoren übermitteln digitale Bilddaten direkt an einen PC und bringen die Röntgenbilder binnen weniger Sekunden auf den Monitor. 1999 kam das Vector-System zur Parodontitis-Behandlung. Seine patentierte Umlenkung des Ultraschalls ermöglichte eine sanfte, aber effiziente Behandlung. Der Vector eroberte sich schnell

einen festen Platz in den Zahnarztpraxen und erschien zur IDS 2011 als optimiertes und neu designtes System Vector Paro.

Digitales Röntgen mit Speicherfolien

Ein weiteres Highlight folgte 2002 mit dem digitalen Speicherfolien-scanner VistaScan. Nach der Aufnahme werden die Bilddaten manuell in das Gerät eingescannt, digitalisiert und an den PC übertragen. Die Patienten profitieren von einer geringeren Strahlenbelastung und den dünnen, flexiblen Folien, die im Mund kaum drücken. Und



Martin Dürrstein

noch bevor sich der Patient nach dem Röntgen wieder auf den Behandlungsstuhl setzt, erscheint das Bild auf dem Monitor. Gemeinsam können Zahnarzt und Patient anschließend Diagnose und Therapie besprechen.

Inzwischen gibt es eine ganze Familie an VistaScan-Geräten, die verschiedene Anforderungen abdecken – von Intraoral über Aufbiss bis zu Panorama oder Ceph. Während der VistaScan Com-

bi Plus intra- und extraorale Aufnahmen managt, entwickelt VistaScan Perio Plus bis zu acht intraorale Aufnahmen gleichzeitig. Der VistaScan Mini Plus ist jetzt für Intraoral-aufnahmen am Behandlungsplatz gedacht und braucht nicht mehr Stellfläche als ein DIN-A4-Blatt. Dürr Dental ist in der Zahnmedizin weltweit führender Anbieter der Speicherfolientechnologie.



Ein Multitalent, die neue VistaCam iX

Letzter Coup: VistaCam iX

Praxisreife Innovationen gelangen in den letzten Jahren auch in anderen Geschäftsbereichen. So stellte das Unternehmen 2007 die neue Fluoreszenzkamera Vista

Proof vor. Sie erkennt selbst Fissuren- und Glattflächenkaries, die weder mit dem Auge noch auf dem Röntgenbild erkennbar sind. Auch das jüngste Produkt, VistaCam iX, startete 2011 vielversprechend. Die Kamera für intraorale und fluoreszierende Aufnahmen ermöglicht neben der Kariesdiagnostik die Aufnahme von Videoclips. Funktion und Design überzeugen die Fachwelt; die Kamera erhielt schon mehrere Auszeichnungen, unter anderem den red dot design award, den iF product design award sowie den Focus Open Gold. Darüber hinaus ist sie für den Designpreis Deutschland 2012 nominiert.

Engagement für Afrika

Als wirtschaftlich gesundes Unternehmen mit über 1 000 Mitarbeitern und 25 Niederlassungen im Ausland übernimmt Dürr Dental auch soziale Verantwortung. Ein Beispiel ist die Unterstützung von Mercy Ships. Die internationale Hilfsorganisation betreibt mit der Africa Mercy das weltweit größte privat betriebene Hospitalschiff und leistet vor allem in Afrika Hilfe in Form von Spezialchirurgie, Zahnbehandlungen und Entwicklungsprojekten. Das Unternehmen engagiert sich seit Jahren für Mercy Ships und ließ sich dazu im letzten Jahr etwas Besonderes einfallen: Unter dem Motto „Ein neues Lachen für Afrika“ spendete die Firma für jede bis Ende 2010 verkaufte Druckluft- und Absauganlage eine Zahnbehandlung in Afrika. Anfang 2011 konnte Vertriebsvorstand Axel Schramm den Spendenscheck über 20 000 Euro an Mercy Ships übergeben.

Trotz aller internationalen Aktivitäten bleibt Dürr Dental seinen schwäbischen Wurzeln treu – der Stammsitz befindet sich seit 30 Jahren in der Höpfigheimer Straße in Bietigheim-Bissingen. Hier sind circa 100 Ingenieure, Techniker und technische Zeichner beschäftigt, hier entstehen die Ideen für Innovationen. Die Ergebnisse der letzten 70 Jahre zeigen: Die können das. Zur Not auch auf Hochdeutsch.

Dorothee Hahne
Diplom-Ökotrophologin/Journalistin
Mozartstr. 9, 50674 Köln
hahne@hahne-redaktionsbuero.de

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 132

3M ESPE

Approximale Bereiche leicht erreichbar

In diesem Jahr begeistert 3M ESPE Anwender seiner Produkte gleich mit mehreren Innovationen: Darunter auch neue intraorale Einwegspritzen für A-Silikone oder Polyether, die die Handhabung von Umspritzmaterialien im Rahmen der Präzisionsabformung erleichtern. Die Applikationshilfen Express 2 Intra-oral Syringe Einwegspritze für A-Silikone und Impregum Intra-oral Syringe Einwegspritze für Polyether eignen sich für unterschiedliche Korrekturmateriale. Dabei handelt es sich um eine zierliche mit dem Garant Dispenser befüllbare Doppelkammer-



spritze.

Dank ihres ergonomischen Designs lassen sich beim Umspritzen präparierter Zähne selbst approximale Bereiche im Patientemund leicht erreichen. Die erforderliche Materialmenge ist dabei exakt dosierbar.

3M ESPE AG
ESPE Platz, 82229 Seefeld
Tel.: 0800 2753773
Fax: 0800 3293773
www.3MESPE.de
E-Mail: info3mespe@mmm.com

Colgate

Interdisziplinärer Erfolg der Initiative



Die von Bundeszahnärztekammer und Colgate geförderte Initiative „Gesund im Mund bei Diabetes“ hat mit der Veröffentlichung der Publikation „Diabetes mellitus und Parodontitis – Wechselbeziehung und klinische Implikationen. Ein Konsensuspapier“ einen Erfolg beim interdisziplinären Wissenstransfer erzielt. In einem weiteren Schritt arbeiten die Experten an einer fachübergreifenden Leitlinie, an der etwa die Deutschen

Diabetes Gesellschaft (DGG) die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) sowie die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DGP) beteiligt sein werden. Weitere Informationen zur Wechselwirkung stellt die Initiative auf ihrer Website www.gesund-im-mund-bei-diabetes.de zur Verfügung. Dort steht auch die Broschüre „Parodontitis und Diabetes“ zum Download bereit. Die Broschüre liegt dieser Ausgabe der zm bei.

Colgate-Palmolive GmbH
Lübecker Str. 128
22087 Hamburg
Tel.: 01802 265423
www.colgateprofessional.de

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

BEYCODENT

Lichtstark und mit Bewegungssensor

BEYCODENT bietet lichtstarke Solarleuchten mit LED-Licht und Edelstahlkorpus in verschiedenen Formen und Größen an. Ob Praxis-Schilder ausgeleuchtet, Hausnummern oder Treppenstufen beleuchtet werden sollen – für jeden Verwendungszweck findet sich das passende Modell. Vorhandene Praxis-Schilder können nachgerüstet werden. Aktuell ist die solarbeleuchtete frei stehende Schilderanlage, komplett mit Praxis-Schild und Beleuchtung: Die Montage ist einfach, es wird kein Stromanschluss benötigt. Das Solarmodul lädt den Akku bei Tageslicht auf. Ein automatischer Helligkeitssensor schaltet die Lampe ein und wieder aus. Solarleuchten mit integriertem

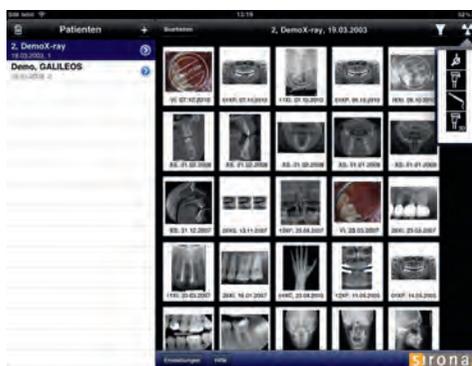


Bewegungsmelder leuchten bei Bewegung besonders hell.

BEYCODENT
Wolfsweg 34
57562 Herdorf
Tel.: 02744 92000
Fax: 02744 766
www.beycodent.de
E-Mail: service@beycodent.de

Sirona

Patientenberatung am iPad



Die Patientenverwaltungssoftware SIDEXIS iX der Firma Sirona ist als native App für das iPad, den Tablet-PC von Apple, verfügbar. Mit der Applikation SIDEXIS iX können Zahnärzte das iPad in der Praxis zur umfassenden Beratung ihrer Patienten einsetzen. Das iPad erlaubt dem Zahnarzt seinen Patienten den Befund und den Therapievorschlag Chairside zu erläutern und macht die Pa-

tientenkommunikation einfach und komfortabel. Zusätzlich ermöglicht die intuitiv bedienbare Applikation den Zahnärzten auf dem Weg ins Behandlungszimmer einen Blick auf die

Daten des nächsten Patienten zu werfen, diese zu verwalten und parallel Röntgenaufträge zu versenden.

SIDEXIS iX steht ab sofort im App-Store von Apple als Download zur Verfügung.

Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 06251 16-0, Fax: -2591
www.sirona.de
E-Mail: contact@sirona.de

VOCO

Silikon für die Bissregistrierung



VOCO bietet mit Registrado Clear als erster Hersteller ein Silikonabformmaterial zur Bissregistrierung an, das dank seiner speziellen Rezeptur sowohl eine sehr hohe Härte aufweist als auch transparent ist. Mit einer Endhärte von mehr als 70 Shore-A lassen sich mit Registrado Clear bei gleichzeitiger Sichtkontrolle alle Arten der Bissregistrierung durchführen. Registrado Clear

zeichnet sich durch eine hohe Dimensions- und Formstabilität sowie Standfestigkeit aus, so dass das Material sowohl beim Applizieren als auch während der Aushärtung auf den Zahnreihen verbleibt. Selbst

dickere Schichten lassen sich problemlos applizieren. Die Transparenz des Silikons erlaubt sogar die Lichthärtung darunter applizierter Restaurationmaterialien.

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

Cumdente

Endodontischer Reparaturzement

MTA Zement ist in der Endo-Behandlung unverzichtbar. Die Biokompatibilität und die Ergebnisse sind positiv, die Verarbeitung bislang jedoch problematisch. Cumdente löst nun mit den MTA-Universal DirectCaps dieses Verarbeitungsproblem.

Bei den MTA-Universal DirectCaps handelt es sich um einen neuartigen, endodontischen Reparaturzement, der aus sehr feinen hydrophilen Partikeln unterschiedlicher Mineraloxide besteht. In Kontakt mit Wasser entsteht ein Gel, das eine biologisch kompatible und bakterien-dichte, undurchlässige Barriere (Versiegelung) bildet. Die Verarbei-



tungszeit bei 23 Grad beträgt rund zwei Minuten. Die Netto-Abbindezeit etwa zwei Stunden.

Cumdente GmbH
Paul-Ehrlich-Straße 11
72076 Tübingen
Tel.: 07071 9755721
Fax: 07071 9755722
www.cumdente.de
E-Mail: info@cumdente.de

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

GABA

Neuer Ansatz gegen Zahnerosion

GABA hat eine Zahnpasta entwickelt, die eine Zinnschutzschicht auf den Zahnoberflächen aufbaut und damit den Zahnschmelz widerstandsfähiger gegen erosive Säureangriffe macht. Die neue elmex EROSIONSSCHUTZ Zahnpasta basiert auf der einzigartigen ChitoActive Technologie. Sie enthält Chitosan, ein Biopolymer natürlichen Ursprungs, Zinnchlorid und Aminfluorid. Bei wiederholten Säureangriffen werden schwer lösliche Zinnverbindungen in den angeweichenen Zahnschmelz eingelagert. Dadurch wird der Zahnschmelz widerstandsfähiger gegen wiederholte erosive Säure-



angriffe. Darüber hinaus schützt die Zahnpasta vor weiterem Abbau des aufgeweichten Zahnschmelzes durch Zähneputzen. Die neue Zahnpasta ist täglich verwendbar.

GABA GmbH
Berner Weg 7
79539 Lörrach
Tel.: 07621 907-0, Fax: -499
www.gaba-dent.de
E-Mail: info@gaba.com

Heraeus Kulzer

Streit über Biokompatibilität beigelegt

Heraeus Kulzer und Dentsply DeTrey legen ihren Streit über Aussagen zur Biokompatibilität bei. Dentsply DeTrey hatte publiziert, dass das Universalkomposit Venus Diamond von Heraeus Kulzer weniger biokompatibel sei. Diese Aussage hält Dentsply DeTrey nicht mehr aufrecht. Heraeus Kulzer verweist auf Tests zweier

unabhängiger Testinstitute, wonach Venus Diamond alle Anforderungen an die Biokompatibilität erfüllt. Dentsply DeTrey hatte 2010 in einer Marketingbroschüre indirekt den Schluss nahe gelegt, Venus Diamond von Heraeus sei weniger biokompatibel als vergleichbare Wettbewerbsprodukte. „Wir nehmen diese Darstellung zurück und bedauern, dass die Broschüre falsche Schlüsse nahegelegt hat,“ erklärt Claus-Peter Jesch, Geschäftsführer der Dentsply DeTrey GmbH.

Heraeus Kulzer GmbH
Grüner Weg 11
63450 Hanau
Tel.: 0800 43723368
www.heraeus-dental.com
E-Mail: info.dent@heraeus.com



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

KaVo

SonicFill jetzt live testen

Das neue SonicFill-System von KaVo vereint die Vorteile fließfähiger und universaler Composite und ermöglicht es, Kompositfüllungen in nur einem Schritt durchzuführen. Jetzt hat man die Möglichkeit, sich selbst bei einem Livetest auf einer der Fachdentalmessen von der KaVo-Weltneuheit zu überzeugen. Das neuartige NanoHybrid Composite Material mit sehr hohem Fülleranteil verfügt über einzigartige Vorzüge, wie etwa der geringen Materialschrumpfung von nur 1,6 Prozent und der großen Aushärtungstiefe von bis zu fünf Millimeter. Schichten ist dabei weiterhin möglich. Mittels



Schwingungsenergie (SONICfill Handstück) wird die Viskosität des Komposits reduziert, so dass es in einen fließfähigeren Zustand übergeht und die Kavität sehr schnell gefüllt werden kann.

KaVo Dental GmbH
Bismarckring 39
88400 Biberach/Riss
Tel.: 07351 56-0, Fax: -71104
www.kavo.com
E-Mail: info@kavo.com

Hager & Werken

Praxisgerechter Spezialsitz

Bambach Sattelsitz
Ergotherapeutischer Spezialsitz



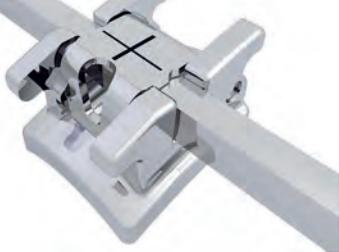
Hinter dem patentierten Bambach Sattelsitz von Hager & Werken verbirgt sich ein ergotherapeutischer Spezialsitz für den Einsatz in der Praxis und am Behandlungsstuhl. Die Ursprungsversion wird seit mehr als 17 Jahren als rückenfreundlicher Stuhl für lange sitzende Tätigkeiten verkauft. „Die Erfolgsrate und die Akzeptanz ist so groß, dass die Kunden der ersten Stunde weitere Einheiten damit ausgestattet haben“, sagt Marcus van Dijk, Leiter Marketing & Vertrieb Europa von Hager & Werken. Der

Bambach Sattelsitz zeichnet sich durch seine sattelförmige Sitzfläche aus, die beim Sitzen ganz automatisch den natürlichen S-förmigen Verlauf der Wirbelsäule herstellt. Das Ergebnis ist eine ausgeglichene, rückenfreundliche Sitzhaltung die länger fit hält und hilft, Rückenschmerzen zu vermeiden.

Hager & Werken GmbH & Co. KG
Ackerstraße 1
47269 Duisburg
Tel.: 0203 99269-0
Fax: 0203 299283
www.hagerwerken.de
E-Mail: info@hagerwerken.de

Dentaurum

Verbessertes Bracket discovery sl 2.0



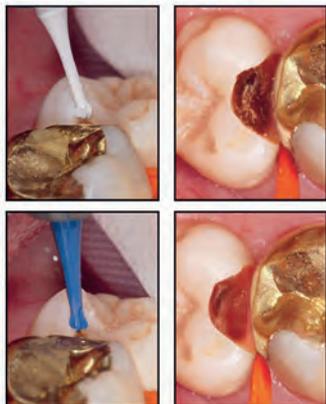
Dentaurum hat das selbstligierende Bracket discovery sl 2.0 überarbeitet und verbessert. Es ist im System McLaughlin-Bennett-Trevisi 22 erhältlich und nach wie vor das kleinste sl-Bracket der Welt. Im Patientenmund ist es dank der kleinen Größe unauffällig und trägt kaum auf. Ge-

blieben sind Dentaurum-Markenzeichen wie die patentierte laserstrukturierte Basis für das optimale Verhältnis zwischen gutem Halt und einfachem Debonding und auch die FDI-Kennzeichnung auf der Basis. Dadurch wird jedes Bracket unkompliziert und schnell zahnspezifisch zugeordnet. Das Ausrichten beim Setzen des Brackets ist dank des aufgelasserten Kreuzes spielend einfach.

*DENTAURUM GmbH & Co. KG
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 07231 803-0, Fax: -295
www.dentaurum.de
E-Mail: info@dentaurum.de*

Komet

Selbstlimitierende Kariesexkavation



Mit dem PolyBur P1 kommt Komet dem Wunsch der Zahnärzte nach, beim Exkavieren zwischen krankem und gesundem Dentin unterscheiden zu können. Gemeinsam mit Prof. Dr. Karl-Heinz Kunzelmann, LMU München, wurde ein Rosenbohrer aus Polymer entwickelt, der ein selektives Vorgehen durch Design, Material und Funktion ermöglicht. Der P1 limitiert sich also bei den ent-

scheidenden 0,5 und 0,7 mm Dentin nahe der Pulpa selbst und findet unabhängig von der Anpresskraft das richtige Maß für die Exkavation.

Der Grund: Die Materialhärte des Einweginstrumentes lässt keine Überpräparation zu, denn auf hartem, gesundem Dentin verformt sich die Schneide automatisch. Bei zu hoher Anpresskraft biegt sich das Instrument zudem durch. Ein Warnzeichen, das eine zu hohe Anpresskraft signalisiert.

Der P1 wird immer zusätzlich eingesetzt, wenn pulpennah exkaviert werden soll.

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

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

GSK

Aufklärungskampagne gestartet



„Habe ich Parodontitis?“ Diese Frage stellen sich Patienten viel zu selten. Denn fast jeder Erwachsene ist laut der 4. Deutschen Mundgesundheitsstudie davon betroffen, aber nur jeder Dritte lässt sich behandeln. Deshalb hat GlaxoSmithKline (GSK) Consumer Healthcare mit seinen Marken Chlorhexamed und parodontax eine bundesweite Aufklärungskampagne gestartet. Unter dem Motto „Habe ich Pa-

rodontitis?“ gibt sie Zahnärzten und Praxisteam Informationsmaterialien an die Hand, die sie bei Behandlung, Prophylaxe und Früherkennung von Zahnfleisch-

erkrankungen unterstützen. Patientenaufklärung gibt es zudem unter www.habe-ich-parodontitis.de. Ein Informationspaket für die Praxis kann per E-Mail angefordert werden.

GlaxoSmithKline
Consumer Healthcare
GmbH & Co. KG
Bußmatten 1
77815 Bühl
Tel.: 07223 76-0, Fax: -4000
www.chlorhexamed.de
E-Mail:
unternehmen@gsk-consumer.de

medentis

Neuer Service: ICX-Web-OP

Die medentis medical GmbH bietet mit ICX-Web-OP einen neuen Service für ihre Kunden. In HD-Qualität und mit professioneller Filmausrüstung nimmt ein Filmteam ICX-OPs in der Praxis auf. Die OP-Filme werden nachbearbeitet und auf Onlinefortbildungsakademien sowie den Internetseiten der medentis medical GmbH veröffentlicht. Interessierte



ICX-Kunden können sich einer breiten Öffentlichkeit präsentieren und Kollegen sowie Patienten von ihren Qualifikationen

überzeugen. Für die ICX-Web-OPs wird das gesamte Implantatmaterial für die OP zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wird ein Honorar in Höhe von 1500 Euro pro Filmtag gezahlt. Interessierten ICX-Kunden erhalten eine eigene Kopie mit auf Wunsch eingebettetem Logo zur freien Verwendung.

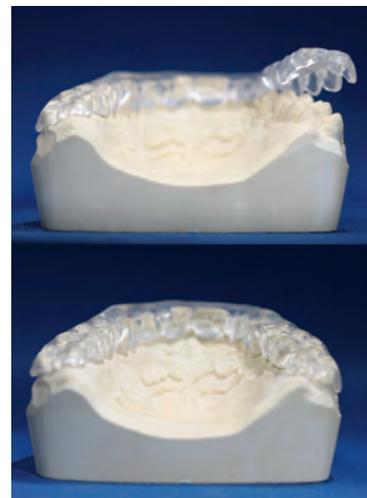
medentis medical GmbH
Gartenstraße 12
53507 Dernau
Tel.: 02643 902000-0, Fax: -20
www.templant.de
E-Mail: info@medentis.de

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

Kentzler-Kaschner Dental

Kunststoff für die Schienentherapie

Indikationen für eine Schienentherapie gibt es viele. Die dafür verwendeten Kunststoffe bringen häufig jedoch auch Nachteile für die Patienten mit sich. Eine Alternative ist ClearSplint. Dieser Kunststoff, als Schiene verarbeitet, vereint die Vorteile sowohl einer harten, als auch einer flexiblen Schiene in einem einzigen Material: höchster Tragekomfort (spannungsfrei), einzigartige Anpassungsfähigkeit (thermoaktiv), selbstadjustierend durch Memoryeffekt, kein Kaugummieffekt, Langlebigkeit, kein Vergilben, da frei von Aminen, hypoallergen, da MMA-frei, lässt sich reparieren und ausbessern, geeignet für alle Indikationen. In warmem Wasser leicht vorgewärmt, schmiegt sich das Material beim Eingliedern der



Zahnreihe an und adjustiert sich durch Körpertemperatur und permanentem Anpressdruck in der Mundhöhle von selbst.

Kentzler-Kaschner-Dental
Mühlgraben 36
73479 Ellwangen/Jagst
Tel.: 07961 912626
www.kkd-topdent.de
E-Mail: info@kkd-topdent.de

ParoStatus.de

Befund-Software erfüllt DGP-Richtlinien



ParoStatus.de

Die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DGP) hat erstmals eine Software für parodontale Befundung akkreditiert. ParoStatus.de wurde von dem Zahnarzt Dr. Christoph Kossack und der Dentalhygienikerin Sylvia Fresmann in Zusammenarbeit mit den führenden Fachgesellschaften entwickelt und erfüllt die Richtlinien der DGP. ParoStatus.de bietet den Praxen ein vollständig integriertes System zur wirkungsvollen Unterstützung der Prophylaxe und der Paro-

dontaltherapie. Sämtliche Befunde können in kurzer Zeit von einer Mitarbeiterin ohne Assistenz erfasst werden, durch die vorgegebene und systematische Abfrage von Einzelfunden wird ein hohes Maß an Qualitätssicherung, Reproduzierbarkeit und Effektivität erreicht.

ParoStatus.de GmbH
Kaulsdorfer Str. 69
12621 Berlin
Tel.: 030 695450350
Fax: 030 695450351
www.ParoStatus.de
E-Mail: Post@ParoStatus.de

Kettenbach

Fünf Jahre Panasil initial contact



Panasil gehört mit zu den erfolgreichsten A-Silikonem am deutschen Markt. Seit Beginn der ersten Produktlinie im Jahr 1982 sind wertvolle Ergänzungen hinzugekommen. Jüngstes Mitglied in der Panasil Familie ist Panasil initial contact, das einzige Korrekturmateriale auf Vinylsiloxanbasis mit ausgeprägter initialer Hydrophilie und niedrigem initialen Kontaktwinkel. Dieser Pro-

duktvorteil ist bislang ungeschlagen und erleichtert die Applikation im feuchten Milieu. Das seit September 2006 in Deutschland eingeführte Korrekturmateriale auf A-Silikonbasis ist bereits von der ersten Sekunde an initial hydrophil. Seit fünf Jahren ist Panasil initial contact am Markt und mehr als eine Millionen Abformungen wurden damit bereits gemacht. Zum Jubiläums hat Kettenbach zwei Bonus packs zusammengestellt.

Kettenbach GmbH & Co. KG
Im Heerfeld 7
35713 Eschenburg
Tel.: 02774 705-0, Fax:-33
www.kettenbach.de
E-Mail: info@kettenbach.de

W&H

Wasser aufbereiten mit Multidem

Das Wasser-Aufbereitungssystem Multidem von W&H liefert qualitativ hochwertiges demineralisiertes Wasser für die Dampfzerzeugung im Autoklaven.



Multidem gewährleistet dadurch nicht nur eine gleichmäßige und optimale Leistung, sondern auch eine lange Lebensdauer der Sterilisatoren beziehungsweise Aufbereitungsgeräte.

Mit Multidem wird Reinwasser für die Instrumentenaufbereitung kostengünstig in kürzester Zeit selber hergestellt. Destilliertes Wasser muss somit nicht mehr extra zugekauft werden. Multidem von W&H ist kompatibel mit allen gängigen Geräten und Systemen.

W&H Deutschland GmbH
Raiffeisenstraße 4
83410 Laufen/Obb.
Tel.: 08682 8967-0,
Fax: 08682 8967-11
www.wh.com
E-Mail: office.de@wh.com



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 08. 11. 2011 schicken oder faxen an:

zm
Deutscher Ärzte-Verlag
Leserservice Industrie und Handel
Rosemarie Weidenfeld
Postfach 40 02 65
50832 Köln

Fax: 02234 7011-255

Ich bitte um Zusendung näherer Informationen zu den von mir angekreuzten Produkten. Mir ist bekannt, dass für die Zusendung der von mir gewünschten Informationen eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an die jeweiligen Firmen erforderlich ist, damit diese mir die Produktinformationen unmittelbar zusenden können. Ich bin damit einverstanden, dass die Deutscher Ärzte-Verlag GmbH meine nebenstehenden Kontaktdaten weitergibt.

- 3M ESPE** – Approximale Bereiche leicht erreichbar (S. 126)
- BEYCODENT** – Lichtstark und mit Bewegungssensor (S. 126)
- Colgate** – Interdisziplinärer Erfolg der Initiative (S. 126)
- Cumdente** – Endodontischer Reparaturzement (S. 127)
- Dentaurum** – Verbessertes Bracket discovery sl 2.0 (S. 129)
- GABA** – Neuer Ansatz gegen Zahnerosion (S. 128)
- GSK** – Aufklärungskampagne gestartet (S. 130)
- Hager & Werken** – Praxisgerechter Spezialsitz (S. 128)
- Heræus** – Streit über Biokompatibilität beigelegt (S. 128)
- KaVo** – SonicFill jetzt live testen (S. 128)
- Kentzler-Kaschner Dental** – Kunststoff für die Schienentherapie (S. 130)
- Kettenbach** – Fünf Jahre Panasil initial contact (S. 132)
- Komet** – Selbstlimitierende Kariesexkavation (S. 129)
- medentis** – Neuer Service: ICX-Web-OP (S. 130)
- ParaStatus.de** – Befund-Software erfüllt DGP-Richtlinien (S. 130)
- Sirona** – Patientenberatung am iPad (S. 126)
- VOCO** – Silikon für die Bissregistrierung (S. 127)
- W&H** – Wasser aufbereiten mit Multidem (S. 132)

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 28017940
Fax: +49 30 28017942
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
Marius Gießmann, B.A. (Redakteur), mg;
E-Mail: m.giessmann@zm-online.de
Markus Brunner (Korrektorat, Veranstaltungen), mb;
E-Mail: m.brunner@zm-online.de
Eric Bauer (Volontär), eb;
E-Mail: e.bauer@zm-online.de

Layout/Picture Desk:

Piotr R. Luba, lu; Caroline Götzger, cg; Kai Mehnert, km

Verantwortlich im Sinne des Presserechtes:

Egbert Maibach-Nagel

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

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

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

Diese Zeitschrift ist der IWV-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. IWV 2. Quartal 2011:

Druckauflage: 85 633 Ex.
Verbreitete Auflage: 84 467 Ex.

101. Jahrgang

ISSN 0341-8995

- 3M Espe AG**
Seite 21
- Adam Opel GmbH**
Seite 125
- American Dental Systems GmbH**
Seite 23
- APW Akademie
Praxis & Wissenschaft**
Seite 101
- Bai Edelmetalle AG**
Seite 129
- BANDELIN elektronik
GmbH & Co. KG**
Seite 57
- Beycodent
Beyer + Co GmbH**
Seite 65
- Busch & Co KG
Zahnbohrerfabrik**
Seite 95
- Carestream Health
Deutschland**
Seite 97
- Coltène/Whaledent
GmbH & Co.KG**
Seite 5 und 85
- CompuGroup
Beteiligungsgesellschaft
mbH**
Seite 55
- Corona Metall GmbH**
Seite 31
- DAMPSOFT
Software-Vertriebs GmbH**
Seite 33
- DeguDent GmbH**
Seite 47
- Dental Online College GmbH**
Seite 135
- DENTAL-ELAN
Fotografie & Drucksachen**
Seite 94
- Dentalimpex-Stockenhuber
GmbH**
Seite 105
- dentaltrade GmbH & Co. KG**
Seite 11
- Dent-o-care
Dentalvertriebs GmbH**
Seite 111
- Deutsche Apotheker-
und Ärztekbank**
Seite 123
- Dexcel Pharma GmbH**
Seite 7
- DGI Deutsche Gesellschaft
für Implantologie im Zahn-,
Mund- und Kieferbereich e.V.**
Seite 131
- DMG Dental-Material GmbH**
Seite 69
- Doctorseyes GmbH**
Seite 94
- Dr. Hahne, Fritz,
Bechtler und Partner**
Seite 113
- Dr. Kurt Wolff
GmbH & Co. KG**
Seite 43
- Dr. Liebe Nachf.
GmbH & Co. KG**
Seite 87
- Dreve Dentamid GmbH**
Seite 59
- Dürr Dental AG**
2. Umschlagseite
- Dux Dental BV**
Seite 103
- enretec GmbH**
Seite 91
- ic med EDV-Systemlösungen
für die Medizin GmbH**
Seite 63
- IDI-PARO
Interdisziplinäre Diag.-
Initiative f. Parodontitisfrüh-
erkennung Stiftungs-GmbH**
Seite 133
- IMEX Dental + Technik
GmbH**
Seite 17
- INTER Versicherungsgruppe**
Seite 88
- InteraDent Zahntechnik
GmbH**
Seite 117
- Ivoclar Vivadent GmbH**
Seite 107
- Karl Baisch GmbH**
Seite 99
- KaVo Dental GmbH**
Seite 15
- Kettenbach GmbH & Co. KG**
Seite 27
- Kuraray Europe GmbH**
Seite 29
- lege artis Pharma
GmbH & Co. KG**
Seite 77
- Medentis Medical GmbH**
Seite 45
- Miele & Cie KG**
Seite 79
- Multivox Petersen GmbH**
Seite 81
- Nobel Biocare
Management AG**
3. Umschlagseite
- orangedental GmbH & Co.KG**
Seite 83
- Permidental BV**
4. Umschlagseite
- Philips GmbH UB
Elektro-Hausgeräte**
Seite 25
- PROTILAB**
Seite 13
- Ratiodental**
Seite 129
- R-dental
Dentalerzeugnisse GmbH**
Seite 67
- SDI Germany GmbH**
Seite 35
- Semperdent
Dentalhandel GmbH**
Seite 61
- SIRONA
Dental Systems GmbH**
Seite 41
- solutio GmbH**
Seite 93
- Steinbeis-Transfer-Institut
Management of Dental and
Oral Medicine**
Seite 127
- Thomas Dentalgeräte**
Seite 119
- Trinon Titanium GmbH**
Seite 121
- Ultradent
Dental-medizinische Geräte
GmbH & Co. KG**
Seite 109
- Ultradent Products, USA**
Seite 89
- Vita Zahnfabrik H.Rauter
GmbH & Co.KG**
Seite 19
- W & H Deutschland GmbH**
Seite 73
- youvivo GmbH**
Seite 9
- Zimmer Dental GmbH**
Seite 39
- Einhefter
Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
zw. Seite 48/49**
- Vollbeilagen**
Acteon Germany GmbH
COLGATE PALMOLIVE GMBH
Dental-Union GmbH
Gesundheitszentrum Fortbil-
dungsinstitut Bernau GmbH
MF-Dental
NSK Europe GmbH
- Teilbeilagen**
3M Espe AG
Biber Umweltprodukte
Versand GmbH

Illegale Arzneimittel

Millionen Fälschungen beschlagnahmt

Polizei und Zoll haben nach Angaben der internationalen Polizeibehörde Interpol zwischen dem 20. und 27. September in 81 Staaten 2,4 Millionen gefälschte Tabletten beschlagnahmt, die über das Internet vertrieben wurden. Unter den Produkten im Wert von 6,3 Millionen US-Dollar (rund 4,5 Millionen Euro) waren vornehmlich Antibiotika, Schmerzmittel sowie Mittel gegen Depressionen und Epilepsie. Bei der groß angelegten Aktion mit dem Namen „Pangea 4“ wurden 55 Menschen festgenommen und 13 000 Webseiten geschlossen. In Deutschland hat die Polizei im Jahr 2011 bis Mitte September



Foto: photodisc

268 Ermittlungsverfahren wegen Verstößen gegen das Arzneimittelgesetz geführt, bei denen ebenfalls das Internet genutzt wurde. Wie das Bundeskriminalamt (BKA) mitteilt, umfassen die Angebote die gesamte Bandbreite des Arzneimittelspektrums, darunter insbesondere leistungssteigernde und muskelaufbauende Arzneimittel sowie Lifestyle-Arzneimittel. Die illegalen Produkte stammen überwiegend aus dem Ausland, größtenteils aus Indien, China, Osteuropa und Afrika. Die internationale Vorgehensweise der Täter und konspirativ organisierte Handelsstrukturen erschweren nach Aussage des BKA die Ermittlungen. „Das Internet als Handelsplattform nimmt stetig an Bedeutung zu. Patienten können sich schützen, indem sie Arzneimittel – auch über das Internet – nur bei zugelassenen Apotheken beziehen“, sagte BKA-Präsident Jörg Ziercke. pr/ps

CDU macht Druck

Ärzte sollen mehr delegieren

Angesichts des erwarteten Ärztemangels macht die CDU Druck auf die Mediziner, mehr Diagnose- und Behandlungsschritte an Schwestern und Angestellte abzutreten. „Ich erwarte von der Ärzteschaft, dass sie die Delegation ärztlicher Leistungen nun offensiv vorantreibt“, sagte der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion, Jens Spahn (CDU), in Berlin. Mit ihrem Ärztegesetz will die Koalition der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband den Auftrag geben, eine Lis-

te delegierbarer Leistungen zu erarbeiten. Ärzte in Regionen mit Medizinermangel sollen dadurch entlastet werden. So könnten auch speziell ausgebildete Schwestern etwa bei Hausbesuchen Verbände wechseln oder Blutdruck messen. Für die Behandlung von Krebs- und anderen Schwerkranken sollen künftig bessere Bedingungen herrschen – KBV-Chef Andreas Köhler warnte indes vor einem Kippen der „spezialärztlichen Versorgung“. Denn die Länder fürchten Mehrkosten und leisten Widerstand. ck/dpa

Projektergebnis

Jede vierte Prothese frei von Zahnstein

Die Zahnärztekammer Berlin, die Zahntechniker-Innung Berlin-Brandenburg und die Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin haben im Rahmen ihres Projekts „Saubere Dritte in der Pflege“ rund 300 Vollprothesen von Pflegebedürftigen geprüft und professionell gereinigt. Ergebnis: Nur jede vierte Vollprothese war frei von Zahnstein. Nicht ausreichende Prothesenhygiene sei insbesondere für ältere und geschwächte Patienten gesundheitlich riskant. Nicht zuletzt führten harte und weiche Zahnbeläge zu einem schlechteren Sitz der Prothese. Zahnstein könne aufgrund seiner rauen Struktur zu Schäden am Mundgewebe und entsprechend zu schmerzenden Wunden führen und diene als ideale Grundlage für die Anhaftung weiterer mundschädlicher Bakterien. Die Initiatoren des Modellprojektes appellieren daher eindringlich an die Politik, entsprechende Rahmenbedingungen für eine Verbesserung der professionellen Mund- und Prothesenhy-

giene und damit der Gesundheitsförderung von Pflegebedürftigen zu schaffen. ck/pm

BZÄK und KZBV weisen darauf hin, dass sie zusammen mit der Wissenschaft ein umfassendes Konzept zur Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung der Pflegebedürftigen vorgelegt haben, das sowohl die Prävention als auch die Therapie, also Versorgung beinhaltet (das sogenannte AuB-Konzept, siehe dazu zm-Titelstory 19/2011). Zweifelsohne sei es sinnvoll, die Pflegeberufe im Bereich der Mundhygiene zu schulen (dazu gibt es ein Konzept von BZÄK und DGAZ) und Verbesserung zu erreichen, aber dies allein löse nicht das zunehmende Versorgungsproblem. Sinnvoll sei eine Vernetzung der Aktivitäten. Die grundsätzlichen Forderungen des AuB-Konzeptes sollten bei all diesen Aktivitäten benannt und unterstützt werden. ■

Forsa-Umfrage

Mehrheit für Organspende-Befragung

Fast drei Viertel der Deutschen sind dafür, die Bereitschaft zur Organspende von den Krankenkassen abfragen zu lassen. 72 Prozent finden den Vorschlag von Gesundheitsminister Daniel Bahr gut – rund 71 Prozent der 1 000 Befragten gaben an, generell zur Organspende bereit zu sein. Das sind die Ergebnisse einer repräsentativen Forsa-Umfrage im Auftrag der Krankenkasse DAK. „Die Umfrage zeigt, dass die Menschen sehr offen für eine Organ-

spende sind“, sagte Christina Sewekow von der DAK. Es bestehe aber noch hoher Beratungsbedarf. Bahr hatte vorgeschlagen, alle GKV-Versicherten über ihre Kasse nach ihrer Spendenbereitschaft befragen zu lassen. Wer nicht zu einer Organspende bereit ist, hat der Umfrage zufolge oft Angst, dass die Ärzte nicht alles täten, um sein Leben zu retten. Das gaben 44 Prozent an. 39 Prozent möchten sich nicht mit dem Tod beschäftigen. mg/dpa

Spezialbehandlungen**Kassen warnen vor Kostenschub**

Die gesetzlichen Krankenkassen warnen davor, dass auf die Beitragszahler mit dem Versorgungsgesetz immer mehr Kosten zukommen. Hintergrund ist die geplante „spezialärztliche Versorgung“ für Schwerkranken, die etwa an Krebs, schwerer Herzschwäche oder HIV/Aids leiden. „Im Moment besteht die Gefahr, dass jeder Arzt, der einmal bestimmte Anforderungen erfüllt, auf ewig und ohne jede Beschränkung in diesem Bereich tätig werden kann – unabhängig vom kon-

kreten Versorgungsbedarf der Patienten“, sagte der Vizechef des GKV-Spitzenverbands, Johann-Magnus von Stackelberg, in Berlin. Das oft riskante Hin- und Herschieben zwischen Kliniken und Praxen ohne größere Absprache soll durch die neuen Regeln eingedämmt werden. Niedergelassene und Krankenhäuser sollen die Patienten hier unter gleichen – und für die Ärzte besseren – Bedingungen versorgen können. KBV-Chef Andreas Köhler warnte, dass die spezialärztliche Versorgung auch wegen des Widerstands der Länder ganz aus dem Ärzte-Gesetz gestrichen wird. Georg Baum, Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, forderte: „Die spezialärztliche Versorgung muss kommen – ganz besonders für die Krebspatienten.“

ck/dpa



Foto: Fotolia.com - Gina Sanders

Fachtagung „Bürgerorientierte Gesundheit“**Lebenswelten im Blick haben**

Auf einer Fachtagung zur „Bürgerorientierten Gesundheit in Deutschland“ in der Berliner Heinrich-Böll-Stiftung wiesen die Veranstalter darauf hin, dass der Therapieplan auch mit der Lebenswelt der Patienten kompatibel sein müsse. Auch für die Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems sei es essenziell, dass die Gesundheitskompetenz des einzelnen Bürgers gestärkt werde. Denn „die Menschen mit der niedrigsten Gesundheitskompetenz erzeugen höhere Kosten“, so Biggi Bender, gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Dabei seien indirekte Aufschläge, wie etwa Fehlzeiten, noch nicht inbe-

griffen. Schließlich seien Gesundheit und Krankheit nicht ausschließlich Schicksal. Vielmehr sei der Verlauf vom individuellen Verhalten abhängig, so Bender. Prof. Ilona Kickbusch, Direktorin des Global Health Programme beim Graduate Institute of International and Development Studies in Genf, ergänzte: „Gesundheit ist ein koproduziertes Gut.“ Die Ärzteschaft und die Patienten seien verhältnismäßig daran beteiligt. Es sei die Aufgabe der politischen Entscheidungsträger, einen Rahmen zu schaffen, der es dem Bürger erleichtere, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Kickbusch forderte einen aktiven Staat und noch mehr Transparenz. sf

Grenzüberschreitender Informationsaustausch**Plattform IMI wird weiterentwickelt**

Die Europäische Kommission hat einen Verordnungsvorschlag zur Weiterentwicklung des seit 2008 bestehenden Binnenmarkt-Informationssystem (IMI) vorgelegt. Es dient als elektronische Plattform dazu, den grenzüberschreitenden Informationsaustausch zwischen nationalen Behörden zu intensivieren und Sprachbarrieren zu überwinden. Europaweit sind rund 6000 Behörden registriert. Bislang wird IMI im Zusammenhang mit der Berufsanerkennungs- und der Dienstleistungsrichtlinie genutzt. Neu ist die Verwendung für die Anfang 2011 verabschiedete Richtlinie über Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

Der Vorschlag sieht vor, den Anwendungsbereich weiter auszuweiten. Die nationalen Behörden sind gehalten, Anfragen schnellstmöglich über IMI zu beantworten. Die Mitgliedstaaten sollen einen nationalen Koordi-

nator benennen, um Verzögerungen zu beheben. Datenschutzrechtliche Bestimmungen ergänzen den Kommissionsvorschlag: Personenbezogene Daten sollen nur von den am Verfahren beteiligten Behörden genutzt und nach 18 Monaten gesperrt werden. Eine Löschung muss nach fünf Jahren erfolgen. Die betroffenen Bürger müssen über die Verarbeitung ihrer Daten informiert werden und erhalten ein Auskunftsrecht. Der Verordnungsvorschlag wird in den kommenden Monaten vom Europäischen Parlament und den im Rat versammelten Mitgliedstaaten beraten. pr/BZÄK



Foto: Fotolia.com - Péter Miacs

Koalitionsfraktionen**Schlüsse aus City BKK-Pleite gezogen**

Bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse sollen die Versicherten ihren kompletten Versicherungsschutz behalten, Leistungserbringer ihren Anspruch auf Vergütung. Dazu haben die Koalitionsfraktionen zu den Beratungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes eine Reihe von Präzisierungen eingebracht.

Wie die Ärzte-Zeitung berichtet, gehen so Leistungsentscheidungen (etwa Gewährung von Heilmitteln) der untergegangenen Kasse auf die aufnehmende Krankenkasse über. Davon ausgenom-

men sind hingegen Leistungen, die auf Satzungsregelungen beruhen. Hat ein Mitglied bei der alten Kasse, die untergegangen ist, einen Wahltarif abgeschlossen und gibt es diesen Wahltarif bei der neuen Kasse in ähnlicher Form, so darf die neue Kasse keine Wartezeiten für Leistungen geltend machen. Weitere Regelung: Zwischen der Bekanntgabe der Schließung einer Krankenkasse durch das Bundesversicherungsamt und der Schließung selbst müssen acht Wochen liegen. mg

Kassen

Zusatzleistungen sollen sinken

Die gesetzlichen Krankenkassen wollen die Ärzte daran hindern, den Versicherten mehr Leistungen anzubieten, die diese selbst bezahlen müssen. Argumentation: Die sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)-Angebote seien mehrheitlich nutzlos.

„Bei den individuellen Gesundheitsleistungen geht es vorrangig um Umsatz und Gewinn der Ärzte und nicht um medizinische Hilfe für Kranke“, sagte Gernot Kiefer, Vorstand im Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung. „Es widerspricht dem ärztlichen Ethos, kranken Menschen fragwürdige Leistungen unterzujubeln“, kritisierte er. „Wir müssen dem einen Riegel vorschieben.“

Konkret verlangt der Spitzenverband, dass die Patienten ein IGeL-Angebot erst nach einer 24-stündigen „Einwilligungssperrfrist“ annehmen dürfen. Nur in den Fällen, wo der Patient ausdrücklich nach IGeL-Angeboten fragt, soll die 24-Stunden-Frist nicht

gelten. Außerdem muss ein schriftlicher Behandlungsvertrag vorliegen, wobei der Arzt vorher über Vor- und Nachteile und Alternativen aufklären muss.

Die Änderungen sollen in dem von der schwarz-gelben Koalition geplanten Gesetz zur Stärkung der Patientenrechte aufgenommen werden. Der Umsatz der Ärzte mit IGeL-Angeboten ist dem Bericht zufolge seit 2005 um rund 50 Prozent auf etwa 1,5 Milliarden Euro jährlich gestiegen.

Die häufigsten Leistungen sind das Glaukom-Screening auf Grünen Star und der vaginale Ultraschall auf Eierstock- und Gebärmutterkrebs. mg/dpa



Foto: Fotolia.com - Eric Isseleé

BDK wählte in Dresden

Gundi Mindermann im Amt bestätigt

Dr. Gundi Mindermann wurde für eine dritte Legislaturperiode als Vorsitzende des Vorstand des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden/BDK bestätigt. Wieder mit im Vorstand sind Prof. Dr. Dr. Christian Scherer (stellvertretender Vorsitzender) sowie Dr.

Ortrun Rupprecht-Möchel, Dr. Thomas Miersch und Dr. Peter Wasiljeff. Neu im Bundesvorstand ist Dr. Mathias Höschel, bislang Vorsitzender des BDK-Landesverbandes Nordrhein. Ebenfalls neues Mitglied ist Dr. Hans-Jürgen Köning aus Berlin. sp/pm

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

Nummer sicher

Sie fallen unwillkürlich auf, die Leute, die ungebeten andere sicher durchs Leben führen wollen, die sich als Beschützer vor allen Fährnissen des Alltags gerieren und absolute Sicherheit versprechen.

Dass gerade Krankenversicherer diese Rolle immer wieder einnehmen, ist nicht neu. Der Hang, den „Versichertenverstärker“ herauszukehren, ist – wenn auch ethisch hinterfragbar – leider Teil des Geschäfts. Trotzdem: Als Beschützer des Patienten gegenüber dem Arzt anzutreten, der Leistungen an-

bietet, für die die gesetzliche Krankenkasse nicht zahlt, ist eine allzu offensichtliche Farce.

Das konterkariert nicht nur gewünschte Patientenmündigkeit. Es gefährdet auch die notwendige Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient. Anamnese, Diagnose und Therapie sind und bleiben Aufgabe des Arztes. Wer Zweifel daran hegt, kann sich an die im Gesundheitswesen dafür eingesetzten Instanzen wenden. Versicherer sollen sich um ihr Geschäft kümmern. Ganz sicher.

Egbert Maibach-Nagel

Gutachten Bundesversicherungsamt

Graalmann verteidigt Morbi-RSA

Jürgen Graalmann, seit 1. Oktober zusammen mit Uwe Deh neuer Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes, hält es für richtig, dass das Gutachten des Bundesversicherungsamtes (BVA) zum Morbi-RSA jetzt veröffentlicht wurde: „Damit ist nun ein für alle Mal klar, dass die in der Vergangenheit oftmals vorgebrachten Vorurteile gegen den Morbi-RSA empirisch einfach nicht zu halten sind.“ Der BVA-Beirat hatte die Folgen der Einführung des Morbi-RSA untersucht und dazu im Mai dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) sein Gutachten vorgelegt. „Das Gutachten bestätigt jetzt, dass die Einführung des Morbi-RSA zum 1. Januar 2009 absolut richtig war“, urteilt Graalmann. Insbesondere Kassen mit überdurchschnittlich vielen jungen und gesunden Mitgliedern hätten immer wieder ver-

sucht, den Mechanismus des Risikoausgleichs als überregulierend zu diskreditieren. Dies widerlege das Gutachten nun ganz eindeutig. Es zeige, dass der Morbi-RSA ein zwingend notwendiger Bestandteil eines wettbewerblich orientierten Krankenversicherungssystems sei. Ein Übermaß an Morbiditätsorientierung könne an keiner Stelle festgestellt werden, so Graalmann. Im Gegenteil: Es belege klar, dass es für Gesunde nach wie vor spürbare Überdeckungen durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gebe. Das BVA müsse jetzt notwendige Feinjustierungen am Morbi-RSA vornehmen. Die vorgelegte und vom BMG aufgenommene systematische Evaluation gebe daher dem BVA wichtige Hinweise, wie man den Morbi-RSA durch fundierte Verbesserungen wettbewerbsgerechter gestalten könne. ck/pm



Pillenknick - Produktestopp

Kolumne

Der Papst und die Nacktschnecke

Berlin, Erfurt, Freiburg – das waren die Städte, die hierzulande der Heilige Vater bei seiner Stippvisite aufsuchte. In den Nachrichtensendungen der deutschen Hauptstadt erfuhr man denn auch prompt Würdigung und Kritik von Seiten der Bevölkerung. War es Zufall, dass sich gerade in der deutschen Hochburg der Heiden viele darüber aufregten, was der Besuch kostet und dass es deswegen zu vielen Umleitungen und Staus kam?

Während dies die strammen Katholiken in Erfurt und Freiburg eher kaltließ, fragte man in Berlin doch allen Ernstes: „watt denn, watt denn, wer issn nu verantwortlich, det will ick wissen?“ „Da hab ick n Recht druff!“ Dafür verantwortlich, dass man für zwei oder drei Stunden auf dem Weg ins Olympiastadion nicht seine gewohnte Strecke benutzen

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

konnte: „De Polizei?“ „De Papst?“ „Oda de liebe Jott persönlich?“

Manche erinnerte das Verkehrschaos fatal an das, was kürzlich in Bayreuth geschah. Dort kamen die Autofahrer auch nur im Schneckentempo voran oder mussten Umwege fahren. Eine Nacktschnecke war durch eine winzige Beschädigung an der Verkleidung der Ampelsteuerung ins Innere gekrochen. Ihr Schleim auf

der empfindlichen Elektronik verursachte einen Kurzschluss, und die Lichter der Ampel gingen aus. Die Lichtanlage wurde zwar repariert, doch für die Schnecke kam jede Hilfe zu spät. Und während der Verkehr überall wieder rollt, schlummert sie friedlich im ewigen Leben.

Ihr vollkommener Ernst