

Der Weg zum Kredit

Zwischen Hoffen und Banken

Planspiel zum
Gesundheitssystem

Neue Klassifikation
der Karies



Foto: CC

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

„Banken sind eine Einrichtung, von der Sie sich Geld leihen können – vorausgesetzt, Sie können nachweisen, dass Sie es nicht brauchen.“

Dieser Aphorismus Mark Twains ist einer von vielen, die das „Gesellschaftskonstrukt“ Bank im Lauf der Jahrhunderte provoziert hat. Mancher wird – gerade mit Blick auf die aktuellen Entwicklungen – sagen: „Mit Recht!“

Dabei ist Twains Bonmot noch eines der netteren, die zu diesem Thema erdacht wurden. Und es werden nicht die letzten sein. Aber keine Münze ohne Kehrseite: Auch heute kann man auf Geschäfte mit Kreditgebern kaum verzichten.

Zahnärzte, die größere Investitionen für ihre Praxis eingehen müssen, wird Twains Spruch nicht trösten. Denn es gibt kaum andere Möglichkeiten: Eine Praxisgründung ohne Fremdfinanzierung ist die Ausnahme. Wem es beim Rückzahlen bereitgestellter Gelder eng wird, der neigt schnell dazu, seinem Ärger Luft zu machen. Ob begründet oder nicht, ist ein Punkt, der im Einzelfall geklärt werden muss.

Wichtig ist, dass Praxisgründer die Bedingungen, die sie akzeptieren, wenn es um

■ Zahnärztliche Praxisgründungen, aber auch Modernisierungsinvestitionen lassen sich nicht mit Handgeld tätigen. Für die meisten geht das nicht ohne eine – hoffentlich als Geschäftspartner agierende – Kredit-Bank.

das richtige Geschäftsmodell für ihre Praxis und vor allem ihre Finanzierung geht, mit wachem Verstand und guter Beratung eingehen. Dabei muss die Tatsache, dass selbst in wirtschaftlich prekären Zeiten wie heute Banken immer noch gern Zahnärzte als hoffnungsvolle Klientel in ihren Kundentamm einreihen, eher beruhigen. Ob diese Banken mit den Jahren dann zum Geschäftspartner oder zum Gegner avancieren, liegt darüber hinaus nicht nur in den Händen von Bank und Zahnarzt.

Auffällig ist allerdings, dass die Grundlagen für das richtige Geschäftsmodell durchaus – und das heute mehr als in vergangenen Jahrzehnten – einem deutlichen Wandel unterliegen. Das ist wohl kaum Wille der Kreditgeber, sondern vielmehr eine Frage der Schablonen, die Staat und Gesellschaft indirekt einem eigentlich privaten Geschäft aufdrücken.

Staatliche Reglementierung und Gesetzesreformen wirken sich ganz klar auf das geschäftliche Dasein aus. Gerade in investitionsintensiven Bereichen, die zwecks Abarbeitung fester Kreditpläne ein enges und fixes Erfüllungsraster vorgeben, kann eine Veränderung im Behandlungsspektrum durchaus das vereinbarte Plansoll durcheinanderbringen.

Gesetz- und Verordnungsgeber schert das wenig. Aber der Umgang mit solchen Änderungen ist auch Indikator für die Qualität geldgebender Institute. Auch Fachwissen und Flexibilität sind Trumpf. Aber bei aller Skepsis: Das grundsätzlich hohe Interesse der Kreditgeber zeigt nach wie vor, dass für den Zahnarzt, der mit wachen Augen Verträge eingeht, erfolgreiches Handeln möglich bleibt. Das dazu gehörige Grundprinzip ist einfach: Nur wer praktiziert, kann auch zurückzahlen.

Waches Handeln
und Erfolg wünscht

Ihr



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Zum Titel

Zahnärzte sind für Banken eine lukrative Kundengruppe. Kein Wunder, denn die Investitions- oder Kreditvolumen der Mediziner gehen schnell in den Hunderttausender-Bereich.

Seite 36



Wenn der Patient nicht zahlt, ist das ärgerlich für den Zahnarzt. Dienstleister können für ihn den Forderungseinzug übernehmen.

Seite 94

Foto: CC / Titelfoto: zm-mg

Foto: Fotolia.com - Falko Matte

Editorial 1

Leserforum 4

Leitartikel

BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel zum Wert von Gesundheit 6

Nachrichten 8

Gastkommentar

Dorothea Siems, Korrespondentin der „Welt“, Berlin, zu Ethik und Kosten im Gesundheitswesen 16

Politik und Beruf

Diskussionen um die Rolle des Patienten: Mündigkeit hat viele Facetten 18

Wissenschaftskongress: Medizin ringt mit Ökonomie 20

Papierlose Abrechnung: Ende der Zettelwirtschaft 22

Fachgespräch „Der virtuelle Patient“: Elektronische Verunsicherung 23

ZoRa-Forum 2011: Aus der Rolle fallen 24

Aus den Ländern

Bayerischer Zahnärztetag: Praxisreife Innovationen 26

Vertragszahnärztetag Westfalen-Lippe: Von den Besten lernen 28

Gesundheit und Soziales

Planspiel in Lüneburg: Erstsemester bauen neues Gesundheitssystem 30

Fachtagung: Neues Leitbild für die Gesundheitswirtschaft 34

Titelstory

Zahnärzte und Kreditwirtschaft: Zwischen Hoffen und Banken 36

Zahnmedizin

Der besondere Fall: Subduralempyem infolge einer odontogenen Infektion 44

 Der aktuelle klinische Fall: Extraossäres Ameloblastom 48

Klinisch-ethischer Fall: Umgang zwischen Kieferorthopädin und Zahnarzt 50



Foto: RF|Johner F1online

Frühkindliche Mundpflege können Eltern spielend leicht vollbringen.

Seite 106



Foto: Marc Pallasch

Das Gemeinwohl stärken, wo es geht: Zahnärztliche Hilfsorganisationen sind rund um den Globus im Einsatz.

Seite 118



Foto: Kochhan

Die implantologische Therapie erfordert ein klares, stringentes Praxiskonzept. Hier eine Version, die einfach umzusetzen ist.

Seite 56

Praxiskonzept Implantologie: So sollte jeder Patient behandelt werden **56**

Medizin

Zahl der Erkrankungen steigt stetig: Diabetiker-Welle im Anmarsch **66**

Fachforum **68**

Rezensionen **72**

Akademisches

Deutschlandstipendien: Studentenhilfe mit Startproblemen **74**

Veranstaltungen **76**

Finanzen

Abrufkredit: Kontoüberziehung maßgeschneidert **90**

Forderungsdienstleistungen: Patient in Verzug **94**

Praxismanagement

Sterben, Tod und Trauer: Wenn Trost notwendig wird **98**

Recht **102**

Urteile **102**

Prophylaxe

Mundhygiene unter drei Jahren: Mundpflege spielend leicht **106**

Internationales

FDI-Kongress in Mexico City: Konzepte in Zeiten der Sinnkrise **110**

FDI-Highlight: Eine neue Matrix zur Kariesklassifikation **114**

Impressum **117**

Internationales

Hilfswerk Deutscher Zahnärzte: Förderung für Flüchtlinge **118**

Hilfsprojekt im Norden Äthiopiens: Zur Wiege der Menschheit **119**

Zahnärzte ohne Grenzen: Grenzenloses Engagement **120**

Neuheiten **122**

Letzte Nachrichten **149**

Zu guter Letzt **152**

Veralteter Begriff

■ Zu den Beiträgen „Epulis mit metaplastischer Ossifikation“ und „Seltene Erkrankung des Kiefergelenks“ in zm 15/2011:

Die Überschrift „Epulis mit metaplastischer Ossifikation“ hätte lieber nicht benutzt werden sollen. Im Kasten „Fazit für die Praxis“ wird sogar explizit ausgesprochen, dass der Begriff „Epulis“ wenig hilfreich sei und nicht mehr verwandt werden sollte. Epulis ist ein in Ehren ergrauter, aber doch veralteter und (leider) in Deutschland immer noch häufig gebräuchlicher historischer Terminus. Sicher wird er in deutschen Publikationen auch heute noch benutzt, aber international ist er einfach obsolet.



Foto: Kunkel

Die korrekte und international gebräuchliche Bezeichnung des von Mizziani und Kunkel beschriebenen Tumors lautet „peripheres ossifizierendes Fibrom“. Ich weiß, je mehr Ärzte, desto mehr Diagnosen. Sucht man aber auf den Pub-Med-Seiten unter „epulis with ossifications“, erhält man zwar 80 Einträge, aber die haben ganz andere Vorgänge im Auge und nur die wenigsten von ihnen behandeln tatsächlich diese Geschwulst. Unter den – übrigens unpassenden – Termini „teleangiectatic granuloma and ossification“ gibt es keine und unter dem genauso unpassenden Begriff „pyogenic granuloma and ossifications“ nur drei Zitate. Unter „peripheral ossifying fibroma“ findet man jedoch 109 Publikationen, wobei hier besonders folgende drei Arbeiten zu erwähnen

sind: die erste, namengebende ist „Eversole & Rubin: Reactive lesions of gingiva. J Oral Path 1: 30-38 (1972)“, „Gardner: Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Radiol Endodon, 54: 40-48 (1982), die neueste ausführliche: „Buchner et al.: Relative frequency of localized reactive hyperplastic lesions of the gingiva. A retrospective study of 1675 cases from Israel. J Oral Pathol Med 39: 631-638 (2010)“. Alle drei Erstautoren sind international ausgewiesene, hoch anerkannte Oralpathologen, eine Spezies, von der es in Deutschland leider nur wenige gibt. Das sollte uns jedoch nicht verleiten, weiterhin terminologisch ein Eigenleben zu pflegen und den Terminus „Epulis“ in einem Fortbildungsartikel in Überschrift und Text zu verwenden. (P.S.: Bei der Bemerkung zum pyogenen Granulom sollte statt des falschen Terminus „putride“ besser der Begriff „pyogen“ stehen.) Ebenfalls hätte [...] im Einleitungstext zum Artikel „Seltene Erkrankung des Kiefergelenks“ lieber nicht „ein Osteom des Kiefergelenks“ stehen sollen. Während im Text stets akkurat von einem „Osteom des Kiefer(gelenk)köpfchens“ beziehungsweise des Caput mandibulae die Rede ist, oder von einem Tumor im Kiefergelenkbereich, erscheint die nun wirklich sehr ungenaue oder eigentlich falsche Beschreibung des „Osteoms des Kiefergelenks“. Mit der jetzt gewählten Überschrift wird leider die häufig benutzte, aber falsche Bezeichnung „Kiefergelenk“ für das Caput mandibulae unterstützend verwendet. Hätte man doch wenigstens „Osteom im Kiefergelenk“ geschrieben.

Prof. em. Karsten K. H. Gundlach
Universität Rostock
Polostr. 19, 22609 Hamburg

Rücken-Leid

■ Zum Beitrag „Ein besonderes Behandlungskonzept“ in zm 16/2011:



Foto: W. Neddermeyer

Seit über zehn Jahren leide ich an Rückenschmerzen bedingt durch meine Fehlhaltung am Arbeitsplatz. Vor nunmehr einem Jahr hatte ich das große Vorrecht, einen GEPEC-Kurs zu besuchen. Nach knapp zwei Tagen Training konnte ich im gesamten OK ohne Verdrehung des Körpers arbeiten. Seitdem wurde die Behandlung immer fließender. Die Umstellung von „9 auf 12“ ist mir anfangs sicherlich schwer gefallen. Aber die logisch aufgebauten Kurse sind der Beweis dafür, dass das eingefahrene muskuläre Bewegungsmuster relativ schnell umprogrammiert werden kann. Vor dem Hintergrund, dass viele KollegInnen berufsbedingt an starken Rückenschäden leiden oder gar aufgrund dessen berufs unfähig werden, sind – meiner Meinung nach – zahnärztliche Fakultäten heutzutage ihren Studenten schuldig, neben dem zahnmedizinischen Wissen auch zahnmedizinische Ergonomie zu vermitteln. Dann hätten die angehenden Kollegen nicht nur weniger (Rücken-)Leid, sondern auch mehr Freude im/am Beruf.

Dr. Gabriela Radulescu
GRadulescu@gmx.de

Weg in Unfreiheit

■ Zum Editorial zm 17/2011:

„Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser“ – diese Lenin zugesprochene Weisheit ist eben nur die halbe Wahrheit. So wie der common sense den Bach runter geht, wenn nicht mehr klar ist, was „man“ tut und was „man“ lässt, so geht auch die ärztliche Kultur den Bach runter, wenn man zu Listenmedizin gezwungen wird. Wie Sie richtig erkannt haben, fährt der Zug in die falsche Richtung. Immer neue Normierungen, neue Kontrollen, neue Dokumentationspflichten erhöhen nicht die Kompetenz. Wer alles normieren und kontrollieren will, der will (und muss) alles wissen.



Foto: Fotolia.com - P. Resende

Das ist der Weg in Unfreiheit und Fremdbestimmung – für Arzt und Patient! Nur ein unabhängiger und von Bevormundung freier Zahnarzt kann seinen beruflichen und ethischen Verpflichtungen voll gerecht werden.

Dr. Joachim Hüttmann
Vorstand Öffentlichkeit Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
und Bundesvorstandsmitglied
und Landesvorsitzender des Freien Verbands Deutscher Zahnärzte (FVDZ)
Theodor-Storm-Str. 3
23795 Bad Segeberg

■ Die zm-Redaktion ist frei in der Annahme von Leserbriefen und behält sich sinnwählende Kürzungen vor.

Bankgespräche

■ Zum Beitrag „Missverständnisse aus der Welt schaffen“ in zm 18/2011:



Foto: MEV

Dass sich die geschilderte Situation tatsächlich so abspielt, ist denkbar. Die Schlussfolgerung daraus ist jedoch falsch. Diese kann nur lauten: Reduzierung der Schulden (ein unangenehmes Wort!) / Verbindlichkeiten (klingt vielleicht besser) auf direktem Weg, keine Mätzchen wie zum Beispiel Zinsdifferenzgeschäfte. Dann erübrigen sich irgendwelche „regelmäßigen Bankgespräche“ von alleine. Nicht auf diesen „Rating-Quatsch“ angewiesen zu sein, ist ein supertolles Gefühl, es kann jedem nur wärmstens empfohlen werden. Schulden müssen in endlicher Zeit zurückgezahlt werden. Wenn bei einer Verbindlichkeit von zum Beispiel 400 000 Euro etwas aus dem Ruder läuft, habe ich ein Problem; bei 40 Millionen Euro hat die Bank ein Problem. Das ist der Unterschied.

*Dr. Frank Püllen, MSc, MSc,
Frankfurter Str. 132
Neu-Isenburg*

Medizinwissen

■ Zum Beitrag „Parodontitis und Artherosklerose“ in zm 18/2011:

Medizinische Erkenntnisse sind nur dann hilfreich, wenn Sie dem Leser in logisch verständlicher und nachvollziehbarer Form dargestellt werden. Der vorliegende Beitrag ist eine wissenschaftliche Darstellung des medizinisch wichtigen Problemfelds „Entzündung“. Durch den Sprachduktus, die Auflistung von Studienergebnissen und die evidenzgesteuerte Analyse führen die Autoren ein ärztlich wichtiges Therapiefeld ins Leere. Durch das Vermischen biostatistischer Messgrößen mit Ergebnisbeschreibungen im Konjunktiv und dem Hinweis auf Tierstudien werden der interessierte Leser, Ärzte, Verbände und politische Entscheidungsträger erneut von der Medizinrelevanz des zahnärztlichen Fachgebiets enttäuscht und weiter abrücken.

Eine verantwortungsvolle Analyse der medizinischen Bedeutung des Faches Parodontologie umfasst die Erkenntnis, dass die Evidenz nicht die Summe aller schädigenden Einflüsse berücksichtigt. Zur Förderung der Parodontologie und ihrer Anwendung am Menschen ist ein umfassendes ärztliches Verständnis von der Entwicklung und dem Verlauf chronischer Erkrankungen, von der Belastung des Immunsystems durch entzündungsbedingte Ödeme, perivaskuläre Staufelder und den resultierenden Effekten auf das Gefäßsystem und die Durchblutung notwendig.

Unsere Gesellschaft, unsere Leser, unsere Patienten sind bereit. Wo bleiben ihre Advokaten?

*Prof. Dr. Rainer Buchmann
Fachzahnarzt Parodontologie
Königsallee 12
40212 Düsseldorf
info@rainer-buchmann.de*



Foto: bzaek/pietschmann

Vom Wert des Wandels

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

was ist Gesundheit? Ist es das, was man – laut aktueller Etikette – anderen nicht mehr wünschen soll, wenn sie niesen? Ist es mehr als das Fehlen von Krankheit und Gebrechen?

Darauf gibt es klare, in ihrer Begründung jeweils nachvollziehbare Antworten, in Anstandsfragen von Knigges modernen Stellvertretern, oder – in letzterem Fall – von der Weltgesundheitsorganisation. So weit, so klar.

Aber was ist uns Gesundheit – die eigene, die anderer Menschen – eigentlich wert? Und lässt sich dieser Wert in bare Münze umrechnen? Lässt sich Gesundheit zu Markte tragen?

Das sind keine Themen für ein verspätetes Bier am Tresen oder die Erstsemester unter Philosophiestudenten. Das sind substanzielle Fragen, die in unseren Gesellschaftsformen eine drängende Bedeutung erhalten. Ganz pragmatisch, weil die gesellschaftlichen Parameter, die Maßstäbe für den Wert von Leistungen, in unseren Gesellschaftsformen nicht mehr zueinander passen, nicht miteinander zu korrespondieren scheinen.

„Der Wert von Gesundheit bemisst sich nicht am DAX-Index der „Player“ im Gesundheitswesen.“

Stehen wir deshalb vor dem so oft beschworenen Wertewandel? Eine Gesellschaft, die diskutiert, dass es angesichts der Mittelknappheit keine Möglichkeiten gibt, Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte so zu bewerten, dass eine der WHO entsprechende medizinische Versorgung von Patienten gewährleistet bleibt, die aber gleichzeitig dem Finanzwesen Schutzschirme in der Höhe von Billionen gewährt, provoziert solche Diskussionen.

Und dass im Rahmen des Deutschen Zahnärztes in Frankfurt diese Diskussionen ihren Platz finden, ist unter Heilberufen kein singulär

spezifisches Merkmal für uns Zahnärzte. Es wird immer offensichtlicher: Die schrumpfenden Finanzdeckel für die Töpfe gesellschaftlicher Pflichten lassen ohne Zweifel Dampf frei.

Dabei ist der Unmut über die Zustände im deutschen Gesundheitswesen nicht neu. Er blieb aber bisher mit dem Hinweis auf die weltwirtschaftliche Notlage unangefochten. Aber in Zeiten, in denen Millionen fehlen, gleichzeitig Milliarden ganz plötzlich auftauchen und optional Billionen bereitstehen, leidet zunehmend das Verständnis der Bürger.

Für das Gesundheitswesen hat die Politik zunehmend die Ökonomie zum Leitmotiv gemacht. Parteiübergreifend ist den Entscheidern die volkswirtschaftliche Denke näher als die Beratung aus zahn-/ärztlicher Sicht. Scheinbare Kostenexplosionen, Megamärkte, Vollbeschäftigung, Durchindustrialisierung und „future lab deals“ bewegen mehr als die Warnungen zum Erhalt von zahn-/ärztlichem Ethos oder die Angst vor lebensbedrohender Rationalisierung. Dass die Politik nicht zurückschreckt, zu reglementieren, rationalisieren und konvergieren, was das Zeug hält, beunruhigt die Bürger zusehends. Sie setzen aktuellen Umfragen zufolge den Wert von Gesundheit weit höher als je zuvor. Mehr denn je gilt: Das Gesundheitssystem steckt nicht in einer Krise des Geldes, sondern in einer Krise der Moral.

Die Politik jedenfalls muss das bezerzigen, wenn sie nicht noch mehr an Glaubwürdigkeit verlieren will. Der Wert von Gesundheit bemisst sich nicht am DAX-Index der „Player“ im Gesundheitswesen.

Wir Zahnärzte brauchen angesichts dieser Entwicklung unseren bisherigen Kurs nicht zu korrigieren. Wir müssen nur verstärkt darauf hinweisen, dass Medizin wie Zahnmedizin eben nicht in die Produktreihe aus Wellnessangeboten und Pro-Bio-Joghurt passen. Die Erkenntnis von Gesundheitsökonomen, dass Gesundheit sich nicht kaufen, aber gut verkaufen lässt, kommt ohnehin nicht mehr an. Nichts hat die Grenzen ökonomischen Denkens besser illustriert als die gegenwärtige Euro-Krise, in der man sich schnell mal um 55,5 Milliarden verrechnen kann.

Die Menschen werden sich eher für die Haltung des mathematisch begabteren Albert Einstein erwärmen, der wusste, dass „die besten Dinge im Leben nicht die sind, die man für Geld bekommt“. Vielleicht ist ja auch die Politik bald am Wendepunkt dieser wichtigen Erkenntnis.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Peter Engel

Präsident der Bundeszahnärztekammer

Zum 31. Dezember

BKK für Heilberufe macht endgültig zu

Die BKK für Heilberufe wird definitiv zum 31. Dezember geschlossen. Das ordnete das Bundesversicherungsamt an. Dass die Kasse „bis zum letzten Tag ihres Bestehens“ für die Verpflichtungen einsteht, kündigte der BKK-Bundesverband an.

BKK für Heilberufe
Wir versichern Gesundheit

„Trotz Fusionsbereitschaft einiger BKK und zugesagten Finanzhilfen aus dem BKK-System scheiterte eine Rettungsfusion an einem hohen, dauerhaften Strukturdefizit, das ein Fusionspartner allein nicht tragen konnte“, heißt es in einer Mitteilung des Verbandes. Am Ende habe es nur die Möglichkeit gegeben, das Defizit auf eine Vielzahl von Krankenkassen zu verteilen. Versicherte erhielten Unterstützung, und auch den Leistungserbringern stünden Experten zur Seite. Darüber hinaus helfen Spezialisten aus anderen Betriebskrankenkassen der BKK

für Heilberufe, teilt der BKK Bundesverband mit. Heinz Kaltenbach, Geschäftsführer des BKK-Bundesverbands, rät den betroffenen Versicherten, sich sofort um den neuen Versicherungsschutz zu kümmern. Denn vom ersten Tag in der neuen Krankenkasse bestehe Anspruch auf den gesamten Leistungskatalog. Aber auch nach der Schließung werden dem Verband zufolge die Rechnungen für die bis zum Schließungstag erbrachten medizinischen Leistungen bezahlt.“ ck/pm

■ *Fragen und Antworten zum Kassenwechsel, eine Aufstellung aller wählbaren gesetzlichen Krankenkassen sowie Hotline-Nummern für Nachfragen der Versicherten stehen unter www.bkk.de/kassenschliessung. Detaillierte Informationen für Leistungserbringer gibt es unter www.bkk.de/leistungserbringer.*

Sachverständigenrat

Thürmann im Gremium

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) hat Prof. Petra Thürmann in den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen berufen. Thürmann ist Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische Pharmakologie an der Universität Witten-Herdecke und Direktorin des Philipp-Klee-Instituts für klinische Pharmakologie am Helios Klinikum Wuppertal. Seit 2006 ist sie ordentliches Mitglied der Arzneimittelkom-

mission der deutschen Ärzteschaft und Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer.

Dem wissenschaftlichen Beirat des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gehört Thürmann seit 2009 an. Sie übernimmt die Nachfolge von Prof. Matthias Schrappe, der den Sachverständigenrat im Sommer 2011 auf eigenen Wunsch verlassen hatte. sf

Hausarztwahl

Patienten suchen Verständnis

Ein verständnisvoller und gut organisierter Arzt ist vielen Menschen wichtiger als eine schicke Praxis. Laut einer repräsentativen Umfrage der Nürnberger Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) nennen knapp 81 Prozent der Deutschen als besonders wichtiges Kriterium bei der Wahl einer Praxis, dass ihre gesundheitlichen Beschwerden ernst genommen werden. Weitere relevante Punkte sind, dass der Arzt alles verständlich erklärt (78 Prozent), als Mensch sympathisch ist (76 Prozent), sich viel Zeit für seine Patienten nimmt (68 Prozent) und ein freundliches

Personal hat (67 Prozent). Auch praktische und organisatorische Dinge spielen bei der Entscheidung eine Rolle, schildert der Bericht des „HausArzt-Patienten-Magazins“ zur Umfrage. Für knapp 64 Prozent der Befragten ist eine schnelle Terminvergabe wichtig. Fast genauso viele legen Wert darauf, nicht lange warten zu müssen. Gut die Hälfte der Befragten achtet außerdem auf eine gute Erreichbarkeit der Praxis. 46 Prozent schätzen es, wenn ein Arzt auch Hausbesuche macht. Von untergeordneter Bedeutung sind dagegen Inneneinrichtung und technische Ausstattung. Nur etwa einem Drittel der Befragten ist es besonders wichtig, dass in einer Praxis die neuesten Diagnose-Geräte vorhanden sind. Noch geringer ist mit 23 Prozent der Anteil derjenigen, die einen Arzt aufgrund seiner modernen oder großzügigen Praxisräume wählen würden. Befragt wurden 1998 Personen ab 14 Jahre. zm/ots



Foto: MEV

Festsetzung durch das BMG

Zusatzbeitrag von null Euro

Das Bundesgesundheitsministerium hat den durchschnittlichen Zusatzbeitrag der Krankenkassen für 2012 im Bundesanzeiger auf null Euro festgelegt. Die Basis für die Festsetzung bildet die Prognose des Schätzerkreises vom 12. Oktober, wonach sich die Finanzlage der gesetzlichen Krankenkassen stabilisiert hat. Die zehn Millionen GKV-Mitglieder, die derzeit einen Zusatzbeitrag zahlen müssen, bekommen im nächsten Jahr somit keinen Sozialausgleich. Dieser

bemisst sich nämlich nicht anhand der kassenspezifischen Zusatzbeiträge, sondern anhand des durchschnittlichen Zusatzbeitrags, der jährlich neu auf Grundlage der Differenz zwischen geschätzten Einnahmen und Ausgaben der Kassen berechnet wird.

Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf einen Sozialausgleich, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent ihres beitragspflichtigen Einkommens übersteigt. ck

Bayerische Hausärzte

Weiterbildung in Altersmedizin

Bayerische Hausärzte sollen künftig mit einer Zusatzausbildung besser auf die wachsende Zahl älterer Patienten vorbereitet werden. Der von der Uni Erlangen entwickelte, 120 Stunden umfassende Kurs werde vom kommenden Jahr an bayernweit angeboten, kündigte der Erlanger Geriatrie-Professor Cornel Sieber in Nürnberg an.

In 80 Stunden vermittelten Fachleute das theoretische Grundwissen zur fachgerechten Behandlung Älterer. In den übrigen 40 Stunden sollten Hausärzte bei Hospitationen praktische Erfahrungen sammeln, erläuterte Sieber. Das

Angebot richte sich vor allem an ältere Hausärzte, die anders als ihre jüngeren Kollegen während ihres Studiums noch nicht mit den Grundlagen der Altersmedizin vertraut gemacht worden seien. „Wir bieten damit eine geriatrische Fortbildung im niedrighwelligen Bereich an“, unterstrich Sieber.

Unklar sei allerdings noch, ob die Krankenkassen sich an den Kosten für die Zusatzausbildung beteiligten. Der Kurs ersetze nicht die dreijährige Ausbildung zum Geriatrie-Facharzt, betonte er bei einer Tagung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in Bayern. sf/dpa

Vorschlag von TK-Chef Klusen

Trennung von GKV und PKV beenden

Norbert Klusen, Chef der Techniker Krankenkasse (TK) hat sich dafür ausgesprochen, die Trennung zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV) aufzuheben. Durch seinen Vorschlag entstehe etwas Neues, sagte Klusen im Gespräch mit dem Nachrichtenmagazin „Focus“. Im Moment verstricke man sich im Klein-Klein der Wirtschaftsinteressen aller Beteiligten im Gesundheitswesen und verliere die große Linie aus dem Blick: „Was nutzt den Versicherten?“ Im Interview erläuterte Klusen auch die Vorteile seines Vorschlags einer gesetzlich-pri-

vaten Versicherung: „Die Privatversicherten kommen endlich aus der dramatischen Spirale ihrer alljährlichen Beitrags-sprünge heraus. Die Kassenversicherten erhalten mehr Auswahl bei den Behandlungsangeboten. Ein einheitlicher Versicherungsmarkt nutzt somit allen.“

In seinem System solle jeder Versicherte den Anbieter wechseln dürfen, erklärte der TK-Chef gegenüber dem „Focus“. „Jeder soll wählen dürfen, wie er versichert sein möchte und ob er mit seiner Krankenversicherung wie bei den Privaten Kapital ansparen möchte oder nicht.“ eb

Kommunikationskongress

„Cyberchonder“ nerven Ärzte

Ärzte und Krankenhäuser müssen sich verstärkt mit dem Phänomen der „Cyberchonder“ auseinandersetzen. Damit sind jene Patienten gemeint, die meinen, sich im Internet über ihre Krankheit schlau gelesen zu haben, so dass sie genauso gut Bescheid wissen wie der behandelnde Arzt.

Dies wurde beim Kommunikationskongress der Gesundheitswirtschaft deutlich, der am 26. und 27. Oktober 2011 in Ham-



Foto: MEV

burg stattfand und der den Einfluss des Internets auf das Arzt-Patienten-Verhältnis beleuchtete. „Was bringt die Beratung im Internet?“ wurde gefragt, wobei auch berücksichtigt wurde, dass Patienten, die über ihre Krankheit gut aufgeklärt sind, unter Umständen eine bessere Compliance aufweisen.

Simone Hoffmann, Leiterin in der Unternehmenskommunikation der Paracelsus Kliniken, bekannte, dass Krankenhäuser und Heilberufler lernen müssten, mit Info- und Bewertungsportalen umzugehen. Sie seien nun mal in der Welt und vonseiten der Kliniken und Ärzteschaft nicht länger ignorierbar.

sg

jetzt online

Portal zu Lebensmittelwarnungen

Egal, ob gefüllte Paprika aus dem Feinkostgeschäft oder die Edelsalami eines Discounters zu beanstanden sind – sobald es Hinweise auf eine mögliche Gesundheitsschädlichkeit von Lebensmitteln gibt, laufen alle Informationen beim Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL) zusammen. Das hat ein nun neues Internetportal für Verbraucher eingerichtet. Auf der Webseite werden erstmals die Warnungen aller Bundesländer zentral auf einer Webseite veröffentlicht. Bisher informierten die Länder einzeln. Im Portal findet man Informationen über Lebensmittel, die

gesundheitsgefährdend sind oder den Verbraucher täuschen und die sich bereits im Handel und eventuell schon beim Verbraucher befinden. Darüber hinaus kann das BVL vor Produkten warnen, die aus dem Ausland vertrieben werden und für die kein Hersteller oder Vertrieb in Deutschland existiert. „Mit der neuen Internetseite www.lebensmittelwarnung.de erreichen wir eine Transparenz in der Lebensmittelkontrolle, die es so in Deutschland bislang nicht gegeben hat“, sagte Bundesverbraucherschutzministerin Ilse Aigner laut Mitteilung.

zm/pm

Interdisziplinärer Kongress in Köln

Medikamentengabe sicherer regeln

Kindern werden zu viele und oftmals unnötige Antibiotika verordnet, demente Menschen erhalten sogar zum Teil für sie gefährliche Psychopharmaka – so lautete eine These auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung in Köln. Um diese Missstände schnell zu beheben, fehlt es jedoch an Einigkeit. Themen des Kongresses waren die neuesten Forschungsergebnisse und aktuelle Fragen einer effizienten und qualitativ abgesicherten Arzneimittelversorgung älterer Menschen, die Antibiotika- oder Psychopharmakaverordnung für Kinder und Jugendliche sowie die Anwendung neuer und teurer Arzneimittel, insbesondere zur Behandlung von Krebserkrankungen.

„Wir haben das Ziel, Brücken zwischen den Disziplinen zu schlagen und die Versorgungsforschung zukunftssicher zu machen“, sagte Prof. Dr. Holger Pfaff, Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung, das den Kongress gemeinsam mit der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung

und Arzneimittelepidemiologie (GAA) veranstaltete. Medizin, Sozialwissenschaften und Epidemiologie müssten enger zusammenarbeiten, forderte er und formulierte drei Hauptaufgaben: die Vernetzung und die Fortbildung der Versorgungsforscher sowie die Förderung der wissenschaftlichen Qualität der Versorgungsforschung. Prof. Dr. Sebastian Harder, Vorsitzender der GAA, begründete diese Forderung mit der Rolle der Arzneimittel in der medizinischen Versorgung: „Arzneimittel sind faktisch das Hauptstandbein der Therapie in der Medizin“, sagte er. „Der Kostenanteil für Arzneimittel im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung liegt mit rund 30 Milliarden Euro sogar höher als der Anteil für die Arzthonorare mit etwa 28 Milliarden.“ mg/pm



Foto: EyeWire

KBV zufrieden

Qualitätsmanagement ist etabliert

Rund 80 Prozent der Ärzte und Psychotherapeuten erfüllen die Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) an das interne Qualitätsmanagement. Das ergab die Auswertung einer Stichprobe der KBV, die unter 3360 niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten erhoben wurde. „Qualitätsmanagement ist unter den niedergelassenen Ärzten und Psychothe-

rapeuten in Deutschland etabliert. Die Hälfte von ihnen hat sowohl die Umsetzung als auch deren Überprüfung abgeschlossen“, so KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Köhler. „Sie entwickeln das Qualitätsmanagement von nun an kontinuierlich weiter. Die Zahl derjenigen, die diese letzte Phase erreicht haben, hat sich im Vergleich zu 2009 nahezu verdoppelt.“ mg/pm

Parteitagsbeschluss**Die Linke will Drogen legalisieren**

Mit einem umstrittenen Beschluss zur Freigabe aller Drogen hat der Parteitag der Linken in Erfurt für Wirbel gesorgt. Die Delegierten stimmten mehrheitlich für einen Passus im Parteiprogramm, wonach langfristig auch harte Drogen wie Heroin und Kokain legalisiert werden sollen.

Nach Kritik von Union und SPD sowie nach vielen Medienberichten relativierte der Parteitag den Beschluss dann aber wieder. Auf Vorschlag von Parteichef Klaus Ernst stimmten die Delegierten



Foto: MEV

am Samstagabend schließlich dafür, den umstrittenen Passus um einen Halbsatz von Fraktionschef Gregor Gysi zu ergänzen. Er die angestrebte Legalisierung näher erklärt: Diese „bedeutet die Entkriminalisierung der Abhängigen und die Organisation von Hilfe und einer legalen, kontrollierten Abgabe von Drogen“. Ernst hatte zuvor betont, dass Drogenhandel selbstverständlich weiter unter Strafe stehen und verfolgt werden solle.

Der Parlamentarische Geschäftsführer der SPD-Bundestagsfraktion, Thomas Oppermann, griff die Linke scharf an. Sie beschließen „unverantwortlichen Unsinn in allen Bereichen“ und könne nicht mehr ernst genommen werden. Ähnlich äußerte sich CDU-Generalsekretär Hermann Gröhe: „Für Drogenbekämpfung und Suchtprävention ist der Beschluss ein fatales Signal.“ mg/dpa

Bertelsmann-Studie**Gerechtigkeitsgefälle in der OECD**

Die Unterschiede in Sachen Armutsvermeidung und Bildungszugang sind zwischen den Mitgliedstaaten der Organisation für wirtschaftliche Kooperation und Entwicklung (OECD) immens. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Studie der Bertelsmann-Stiftung. Während die nordeuropäischen Staaten am besten für gleiche Verwirklichungschancen sorgen, haben viele kontinental-europäische sowie angelsächsisch geprägte Staaten erheblichen Nachholbedarf. Schlusslichter sind die USA, Griechenland, Chile, Mexiko und die Türkei. In der Studie wurden die Politikfelder

Armutsvermeidung, Bildungszugang, Arbeitsmarkt, sozialer Zusammenhalt und Nicht-Diskriminierung, Gesundheit sowie Generationengerechtigkeit untersucht. Der internationale Vergleich zeigt: „Soziale Gerechtigkeit und marktwirtschaftliche Leistungsfähigkeit müssen sich keineswegs gegenseitig ausschließen. Dies belegen insbesondere die nord-europäischen Länder“, sagte Aart de Geus, Vorstandsmitglied der Bertelsmann-Stiftung, bei der Vorstellung der Studie. Angeführt wird der Gerechtigkeitsindex von Island, Norwegen, Dänemark, Schweden und Finnland. eb/pm

Handy, Laptop und Co.

Viele Arbeitnehmer dauerverfügbar

Die Arbeitswelt drängt sich bei den meisten Berufstätigen über Handy und Laptop immer weiter ins Privatleben. Nach einer Umfrage der Betriebskrankenkassen (BKK) sind 84 Prozent außerhalb ihrer regulären Arbeitszeit für Kunden, Kollegen oder Vorgesetzte erreichbar.

Die Studie zeigt außerdem, dass in Deutschland rund 50 Prozent der Befragten keiner regulären Fünf-Tage-Woche nachgehen. Sie arbeiten regelmäßig an Samstagen, Sonn- und Feiertagen, im Schicht-, Nacht- oder



Foto: Fotolia.com

Bereitschaftsdienst. Mehr als jeder Zehnte leidet dabei unter Schlafproblemen.

Als häufigsten Grund gaben die Befragten „allgemeinen Stress“ an, gefolgt von beruflichem Stress und beruflicher Überforderung, dem Nichtabschalten-Können von der Arbeit sowie privaten Sorgen und familiären Problemen. „Ständige Abgeschlagenheit kann ein Warnzeichen für seelische Ausgebranntheit sein“, sagt Karin Hendrysiak, Pressesprecherin des BKK-Landesverbands Nordwest. In den vergangenen fünf Jahren hat sich die Zahl der Krankentage, die nach ärztlichen Verordnungen auf das Burn-out-Syndrom zurückgehen, verzehnfacht. So geht jeder Fünfte kurz vor dem Schlafengehen noch berufsbezogenen Tätigkeiten nach und checkt zum Beispiel dienstliche E-Mails oder SMS. eb/pm

Parlamentarischer Abend

Ethikrat debattiert mit Abgeordneten

Auf seinem zweiten Parlamentarischen Abend hat der Deutsche Ethikrat mit den Abgeordneten des Deutschen Bundestags über die Themen „Intersexualität“ und „Demenz und Selbstbestimmung“ diskutiert.

Michael Wunder, Sprecher der Arbeitsgruppe Intersexualität, berichtete, dem Auftrag der Bundesregierung – eine Stellungnahme zu erarbeiten und den Dialog mit den Betroffenen und ihren Selbsthilfeorganisationen fortzuführen – sei der Ethikrat bereits nachgekommen. Er habe eine Befragung von Betroffenen sowie Wissenschaftlern und Praktikern, eine öffentliche Anhörung

und einen Online-Diskurs durchgeführt.

Die zweite – geplante – Stellungnahme zu Demenz und Selbstbestimmung wird insbesondere darauf abzielen, das Potenzial der Betroffenen herauszuarbeiten und die noch mögliche Selbstbestimmung bei vorangeschrittener Erkrankung zu stärken. Zudem würde nicht nur die Krankheit Demenz in den Blick genommen, sondern auch die psychosoziale Situation von Betroffenen und Angehörigen erfasst, so Wunder. Bundestagsvizepräsident Eduard Oswald ermunterte den Rat, Parlamentarier auch weiterhin kritisch zu beraten. sf/pm

KOMMENTAR

Zu wenig und zu viel Arbeit

Der vor Kurzem veröffentlichte Sozialreport 2011 des Statistischen Bundesamts zeigt unter anderem den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit auf: Der Jobverlust kann krank machen. Die aktuelle BKK-Studie untermauert nun: Auch zu viel Arbeit macht krank. Es ist wohl in der Tat schwierig, die Balance jenseits von Unter- und Überforderung zu finden. Letztlich ist jeder, der sich heute in der Arbeitswelt behaupten muss, selbst dafür verantwortlich. Da bekommt der Begriff Eigenverantwortung, der gerade im Gesundheits-

bereich so gern gebraucht wird, eine ganz andere Konnotation. Die Krux: Gerade die Angst vor dem Arbeitsplatzverlust fördert den Raubbau an der eigenen Gesundheit. Studien belegen, dass sich betriebliches Gesundheitsmanagement, das es oft nur in großen Unternehmen gibt, durch weniger Fehlzeiten rechnet. Doch auch kleineren Betrieben ist es möglich, bei der Gesunderhaltung der Angestellten mitzuwirken, etwa durch steuerlich begünstigte Fitness-Angebote. Denn: Von gesunden Mitarbeitern profitieren alle.

Stefan Grande

Neuer ZahnRat erschienen

Kiefergelenkprobleme im Fokus

Die neue Ausgabe der Patientenzeitschrift „ZahnRat“ (Nr. 72) liegt vor. Sie will Patienten ermutigen, sich für eine zahnärztliche Therapie bei Kiefergelenkproblemen zu entscheiden und den Hauszahnarzt anzusprechen. Der Leser findet Erläuterungen, wie es zu Schmerzen und



Funktionsstörung behandelt werden muss. Eine Bilderserie mit Erläuterungen zeigt Entspannungsbildungsübungen. Das Schlusskapitel ist den Therapiemöglichkeiten des Zahnarztes und möglichen weiterführenden Maßnahmen gewidmet. Gemeinsamer Herausgeber der Patientenzeitschrift sind die

Funktionsstörungen im Kiefergelenk kommt und wie weit der gesamte Körper in Mitleidenschaft gezogen wird. Anhand einer kurzen Checkliste kann der Leser sich selbst überprüfen. Ergänzt wird dies um eine Zusammenstellung der Ursachen, angefangen von Zahnfehlstellungen über Piercing, Angewohnheiten, Stress bis hin zur Überlastung des Gelenks. Es werden Gründe aufgezeigt, warum eine

Zahnärztekammern der Länder Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. pr/pm

■ Der ZahnRat Nr. 72 kann vollständig eingesehen werden unter www.zahnrat.net. Dieser ZahnRat sowie weitere Ausgaben können bestellt werden (zum Beispiel 10 Exemplare für 5 Euro inklusive Versand; 20 Exemplare für 8 Euro inklusive Versand) bei: Verlag Satztechnik Meißen GmbH, Am Sand 1c, 01665 Nieschütz bei Meißen, Fax: 03525/718610, sperling@satztechnik-meissen.de

Vorstoß

HBA kommt in neuen Ländern

Als Ergebnis eines Erfahrungsaustauschs zur rechtlichen Absicherung der ab 2012 eingeführten vollständigen beleglosen Abrechnung im vertragszahnärztlichen Bereich haben sich vier Kammern und KZVen aus den neuen Bundesländern auf die Ausgabe des elektronischen Heilberufsausweises (HBA) verständigt. Wie die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) berichtet, haben die Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Brandenburgs, Mecklenburg-Vorpommerns,

Sachsens und Sachsen-Anhalts die Ausgabe des HBA für Zahnärzte zum 3. Quartal 2012 beschlossen. Die Präsidenten und Vorstände der beteiligten Körperschaften hätten hierzu eine Absichtserklärung verfasst sowie einen Verhandlungspool für Gespräche mit geeigneten Industrie-

partnern gebildet, dem weitere zahnärztliche Körperschaften beitreten können. Andere Kammern und KZVen seien herzlich eingeladen, sich an dem Projekt zu beteiligen, heißt es. Dipl.-

Stom. Jürgen Herbert, Präsident der Landes Zahnärztekammer Brandenburg und Referent im Vorstand der BZÄK für Telematik, und Dr. Thomas Breyer, Vizepräsident der Landes Zahnärztekammer Sachsen, erklärten dazu: „Der Startschuss für ein gemeinsames Vorgehen zur Ausgabe des HBA für Zahnärzte ist gegeben. Wir hoffen, dass wir bis zum Jahresende ein belastbares Signal für die erforderliche Industriebeteiligung zur Umsetzung des Projekts geben können.“ BZÄK



Foto: medisign

US-Hersteller baut Roboter

„Ekso“ lässt Gelähmte wieder gehen

Für manchen Rollstuhlfahrer scheint ein Lebenstraum in greifbare Nähe gerückt: Die ersten Schritte auf eigenen Beinen – ein neuer Roboter soll es möglich machen. Die 43-jährige Amanda Boxtel aus Colorado sitzt seit rund 20 Jahren im Rollstuhl. Jetzt ist sie „Testpilotin“ für einen Roboter, der wie ein äußeres Skelett – ein sogenanntes Exoskelett – auf dem Körper angelegt wird und Querschnittsgelähmten und anderen Patienten wieder eigene Schritte ermöglichen kann. Eine Wunderheilung sei dies aber nicht und die Technik auch nur bei bestimmten Patienten anwendbar, betonen Experten. Mehrere Firmen weltweit arbeiten an solchen Gehhilfen, unter anderem in Israel, in Japan und in Neuseeland. Die US-Firma Ekso Bionics stellte ihren Roboter („Ekso“) Ende Oktober in Mün-



Foto: Ekso Bionics

chen vor. Das Gerät soll nun in amerikanischen und in europäischen Rehakliniken an Querschnittsgelähmten, aber auch an Schlaganfall- und Multiple-Sklerose-Patienten oder an anderen gehbehinderten Menschen getestet und für den heimischen Gebrauch weiterentwickelt werden, kündigte Geschäftsführer Eythor Bender an.

Rund ein halbes Dutzend Roboter sind nach Angaben der Firma schon für die Erprobungsphase ausgeliefert. Im Frühjahr könnten sie auch in Deutschland zum Einsatz kommen. Unter anderem soll dann untersucht werden, ob die Geräte helfen können Wundstellen zu vermeiden, die Durchblutung zu fördern, Osteoporose einzudämmen und Gelenke flexibel zu halten. Experten warnen vor zu hohen Erwartungen. Derartige Gehhilfen seien nicht für alle Patienten geeignet, sagte Rüdiger Rupp, Leiter der Abteilung für experimentelle Neurorehabilitation am Querschnittszentrum des Universitätsklinikums Heidelberg. „Man muss sehr aufpassen mit Vorstellungen, dass das nun die Wunderheilung für alle Patienten ist – das ist es nicht.“ mg/dpa

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin

Senioren sollen gut zu Fuß sein

Wichtig für ältere Menschen ist, sicher auf den Beinen zu bleiben – sowohl in der Wohnung wie als Fußgänger: „Gehvermögen und Ganggeschwindigkeit lassen im Alter nicht zwangsläufig nach“, erklärt Prof. Fölsch von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). Oft seien sie sogar ein Hinweis auf Erkrankun-

gen. Es gebe Untersuchungen, die eine Verbindung zwischen vermindertem Gehtempo und einer langfristig erhöhten Herzkreislauf-Sterblichkeit zeigen. Eine unmittelbare Gefahr geht für ältere Menschen von einem erhöhten Sturzrisiko aus. „Knochenbrüche nach Stürzen, hier vor allem Hüftfrakturen, sind eine

Essanfälle

Teilnehmer für Online-Studie gesucht

Nicht wenige Menschen versuchen ihr seelisches Gleichgewicht durch Essanfälle wiederzufinden. Die Behandlung steht im Zentrum der INTERBED-



Foto: CC

Studie, die eine Arbeitsgruppe zur Verhaltensmedizin unter der Leitung von Prof. Anja Hilbert am Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) Adipositas-Erkrankungen in Leipzig durchführt. Noch werden Teilnehmer gesucht.

Die Studie vergleicht die Wirkungen von kognitiver Verhaltenstherapie und einem Selbsthilfeprogramm im Internet, das von einem Online-Coach unterstützt wird. Männer und Frauen, die an der Studie teilnehmen möchten, werden nach einer ausführlichen Diagnostik einer der beiden Therapieformen per Zufall zugeteilt und kostenlos vier Monate lang individuell am IFB Adipositas-Erkrankungen oder per

E-Mail betreut. Wie aus einer Erklärung der Uni Leipzig hervorgeht, sollen beide Therapien helfen, das Essverhalten zu normalisieren sowie die psychische und die körperliche Lebensqualität zu verbessern. Es handelt sich bei beiden Therapieformen um hoch wirksame und zeitgemäße Behandlungsangebote für Männer und Frauen, die an Essanfällen leiden. Bis zu fünf Prozent der Bevölkerung leiden unter der „Binge-Eating“-Störung (BES) – einer Essstörung, bei der häufig Essanfälle auftreten. Während dieser Anfälle verzehren die Betroffenen große Mengen an Lebensmitteln und haben dabei das Gefühl, die Kontrolle über ihr Essverhalten zu verlieren. Im Gegensatz zu anderen Essstörungen wie der Bulimia Nervosa (Ess-Brech-Sucht) ergreifen die Betroffenen mit BES jedoch kaum übertriebene Maßnahmen zur Gewichtskontrolle wie selbstherbeigeführtes Erbrechen. Die BES geht häufig mit Übergewicht und Fettleibigkeit einher. Außerdem führt die BES zu psychischem Leid – Lebensqualität und Gesundheit sind vielfach beeinträchtigt. Männer und Frauen sind etwa gleichermaßen von der BES betroffen. sf/pm

US-Kinderärzte empfehlen

Kein Fernsehen, kein Gameboy

In einem Positionspapier haben US-amerikanische Kinderärzte das zunehmende „Parken“ von Kleinkindern vor elektronischen Unterhaltungsgeräten kritisiert. Die Ärzte zitieren in dem Papier der American Academy of Pediatrics (AAP) eine Studie, wonach 90 Prozent der Eltern angeben, dass sie ihr Kleinkind, das unter zwei Jahren alt ist, durch eine Form von elektronischen Medien wie Fernseher und Computer oder gar Gameboy, die auch schon für die Kleinsten angeboten werden, unterhalten lassen. Das habe weitaus mehr negative als positive Effekte, schreibt das Autorenteam um Dr. Ari Brown,

Mitglied des AAP-Rates für Kommunikation und Medien. Im Positionspapier wird empfohlen, Kinder unter zwei Jahren komplett von elektronischen Medien – inklusive Fernsehen – fernzuhalten. Frei gestaltetes Spielen sei für die kindliche Gehirnentwicklung weitaus besser als das passive Sitzen vor einem Bildschirm, merken die Autoren an. Durch Spielen würden die Kleinkinder lernen, kreativ zu denken, Probleme zu lösen und argumentative und motorische Fähigkeiten zu entwickeln. Dies könne durch den Konsum elektronischer Medien gestört werden eb/pm

Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde

Jahresbestpreis 2010 vergeben

Zum zweiten Mal wurde anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde in Halle der Jahresbestpreis für die beste wissenschaftliche Publikation in der Zeitschrift „Oralprophylaxe und Kinderzahnheilkunde“ vergeben. Dr. Katrin Bekes nahm diesen für ihre Arbeit „Hat Karies Einfluss auf die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen?“ entgegen. Die Studie hatte zum Ziel, die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ) von Kindern und Jugend-

lichen im Alter von zehn bis 15 Jahren in Abhängigkeit vom Kariesindex zu untersuchen. Die Ergebnisse zeigen, dass jeder Schüler durchschnittlich 10,1 Beeinträchtigungen in Bezug auf seine MLQ angab. Der Kariesindex betrug im Mittel 0,83 ($\pm 1,59$). Die Originalarbeit erschien in der Ausgabe 4/2010 (S. 176-181) der Zeitschrift. Der Preis ist mit 1 000 Euro dotiert, wird vom Deutschen Ärzte-Verlag ausgelobt und soll den wissenschaftlichen Nachwuchs und den Wissensaustausch fördern. sp/pm



Foto: privat

Ethik versus Kosten

Das Institut für Demoskopie Allensbach hat den ersten „Glücksatlas“ Deutschlands vorgelegt. Die Meinungsfragen zeigen, dass für das individuelle Wohlbefinden kein Faktor so entscheidend ist wie die Gesundheit. Dahinter folgen mit großem Abstand Partnerschaft, Einkommen oder die Zufriedenheit am Arbeitsplatz. Nimmt man diese herausragende Bedeutung der Gesundheit, so verwundert es, dass Gesundheitspolitik hierzulande vor allem als Kostendämpfungs- politik betrieben wird. Dass dies auf Dauer nicht ohne Folgen bleiben kann, liegt auf der Hand: Ärzteverbände klagen, dass Rationierung in der medizinischen Versorgung mittlerweile an der Tagesordnung ist.

Die Patienten merken, dass das Versprechen, jeder Versicherte bekomme alles Nötige, längst nicht mehr im vollen Umfang gilt. Wenn Arzttermine an Kassenpatienten erst im nächsten Quartal vergeben werden, ist dies Rationierung. Das Gleiche gilt für die Ausdünnung der Rettungsdienste mit der Folge, dass man in abgelegenen Regionen im Notfall länger auf den Krankenwagen warten muss als früher. Klinikumfragen zeigen überdies, dass in vielen Fällen selbst medizinisch notwendige Leistungen aus Kostengründen nicht immer gewährt werden. Bislang erfolgt die Rationierung schleichend. Eine gesellschaftliche Debatte über dieses heikle Thema lehnt die Politik bisher ab. Altersgrenzen zum Beispiel für Hüft- oder Augenoperationen, wie sie Großbritannien eingeführt hat, gelten hierzulande als unethisch. Doch die Ärzte sind es leid, dass sie ohne klare gesetzliche Regeln von Fall zu Fall entscheiden müssen, welche Leistung noch gewährt werden soll und welche nicht. In der Tat ist diese schleichende Rationierung höchst unfair. Denn je nach dem, an welchen Mediziner man gerät oder in welchem Krankenhaus man liegt, wird groß-



Foto: picture alliance-PhotoAlto

zügiger oder knaueriger verfahren. Unter dem Stichwort der „Priorisierung“ fordern die Ärzteverbände die Debatte darüber, wie eine gerechte Versorgung gestaltet werden kann. Dabei gehe es um rechtliche und um ethische Fragen. An die Stelle von willkür-



Foto: privat

Die Rationierung im Gesundheitswesen schreitet voran, doch die Politik verweigert die Debatte darüber, meint Dr. Dorothea Siems, Politik-korrespondentin der Welt, Berlin.

lichen Entscheidungen soll eine verbindliche Regelung treten, die Medizinerinnen wie Patienten Sicherheit und Transparenz bietet. Priorisierung bedeute nicht den Ausschluss von medizinisch notwendigen Leistungen, betonen die Ärztevertreter. Es gehe vielmehr um eine Abstufung der Leistungsgewährung nach Vorrangigkeitsprinzipien. Vorschläge für Priorisierungen soll ein neuer Gesundheitsrat erarbeiten, in den Theologen, Philosophen, Juristen, Patientenvertreter sowie Mediziner und Vertreter anderer Gesund-

heitsberufe berufen werden. Das Gremium würde alle Leistungen klar festlegen, auf die ein Patient in jedem Fall Anspruch hätte. Darunter fielen etwa lebensnotwendige Operationen oder Medikamente. Andere Leistungen stünden dagegen auf einer niedrigeren Rangstufe und könnten somit bei ausgeschöpften Mitteln später oder gar nicht gewährt werden. Die letzte Entscheidung über die Eingruppierung läge bei der Politik.

Auch ein solches Verfahren löst sicher nicht alle Probleme. Richtig ist jedoch die Erkenntnis, dass in Zukunft das Problem knapper Ressourcen zwangsläufig größer wird. Die Politik muss sich von der Illusion verabschieden, dass die gesetzliche Krankenversicherung jedem Patienten alle medizinisch sinnvollen Leistungen finanzieren kann. Die Alternative zur Priorisierung wäre die pauschale Streichung von Ansprüchen. Populär ist weder die Priorisierung noch die Ausdünnung des Leistungskatalogs. Doch die jetzige, verdeckte Rationierung trifft die Patienten viel härter und bietet keine Möglichkeit, sich gegen die Folgen abzusichern.

Gesundheit ist jedem Einzelnen im wahrsten Sinne des Wortes teuer. Wenn nicht mehr alles von der Solidargemeinschaft finanziert werden kann, sollten die Bürger mitentscheiden dürfen, welche Leistungen für sie unverzichtbar sind.

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

Diskussionen um die Rolle des Patienten

Mündigkeit hat viele Facetten

Die Rolle des Patienten stand im Mittelpunkt der Veranstaltung „KBV kontrovers“ am 26.10.2011 in Berlin. Welche Bedeutung hat das Internet? Was ist vom Patientenrechtegesetz zu erwarten? Ist der Patient wirklich mündig? Zu diesen und weiteren Fragen standen die Experten Rede und Antwort. Lösungen gab es nicht, aber dafür viele Denkanstöße.



Diskutierten die Rolle des Patienten (v.l.n.r.): Dr. Carl-Heinz Müller, Wolfram-Arnim Candidus, Andreas Mihm, Karin Stötzner und Dr. Gerhard Schillinger.



Kritisierten die mangelnde Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen: Wolfgang G. Lange, Dr. Andreas Köhler, Dr. Albrecht Kloepfer, Ingo Kailuweit und Prof. Dr. Rolf Rosenbrock.

Arzt und Patient – wie viel Selbstbestimmung darf's denn sein? Können beide auf gleicher Augenhöhe reden? Oder braucht der Patient wegen des ungefilterten Zugangs zu Informationen nicht umso mehr die Expertise des Arztes? Diese Fragestellungen umriss

der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Köhler zur Einleitung der Diskussionsveranstaltung. Köhler verwies auf die Notwendigkeit von gesicherten Informationen als Voraussetzung zu selbstbestimmten Entscheidungen, vor allem durch das Internet.

Er wies auf Entwicklungen wie das bald zu erwartende Patientenrechtegesetz hin. Dieses werde zwar von der Ärzteschaft begrüßt, dennoch würden Teile davon kritisch gesehen, wie etwa die geplante Kodifizierung des Arzthaftungssystems und die Dokumentationspflicht bei Fehlern, Risiken oder Beinahe-Schäden. „Denn“, so Köhler, „während die Patienten an Autonomie gewonnen haben, finden sich Ärzte immer mehr Restrisiken ausgesetzt, die ihr Handeln fremdbestimmen oder zumindest beeinflussen.“ Diese Aspekte sollte man nicht außer Acht lassen.

Aktiv mitwirken

Die Frage, ob der Patient in Deutschland entmachtet oder souverän sei, beantworteten die Experten der ersten Diskussionsrunde, die von Andreas Mihm, FAZ, moderiert wurde, auf jeweils sehr unterschiedliche Art. Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der KBV, unterstrich, dass der mündige Patient sich mit seiner Krankheit auseinandersetzen müsse. Ein Blick ins Internet reiche aber nicht aus, denn im Dschungel der Informationen sei es problematisch, die richtigen Optionen herauszufiltern. Dabei müsse der Patient natürlich aktiv mitwirken, den eigenen Heilungsprozess zu fördern. Es gelte, die Risikofaktoren der Lebensführung in den Griff zu bekommen.

Selbsthilfe stärken

Karin Stötzner, Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und Patientenbeauftragte für Berlin, betonte, dass der Patient immer mehr die Rolle des Kunden einnehme, der auf dem Gesundheitsmarkt Leistungen einkauft. Das struk-

turelle Ungleichgewicht zwischen ihm und dem Arzt sei immer noch sehr mächtig. Sie plädierte deshalb für andere Formen der Information, die eine vertrauensvolle Form des Miteinanders ermöglichen. Zudem solle die Selbsthilfe gestärkt werden, dort kumulierte sich Expertenwissen in eigener Sache. Wolfram-Arnim Candidus, Präsident der Bürgerinitiative Gesundheit und der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP), kritisierte, dass der Patient dazu erzogen sei, sich systemgläubig zu verhalten, „das System“ werde es schon richten. Man beschäftige sich erst dann mit der Gesundheit, wenn man krank sei. Stattdessen plädierte er dafür, sich schon als Gesunder mit Prävention zu beschäftigen, zum Beispiel seien entsprechende Bildungsangebote in der Schule sinnvoll.

Verlässlich informieren

Für den Vertreter des AOK-Bundesverbands Dr. Gerhard Schillinger, Geschäftsführer Stab Medizin, unterstrich die Wichtigkeit verlässlicher Informationen für Patienten, etwa durch Webseiten oder Hotlines. Hier sieht er die Krankenkassen in der Pflicht, ihre Versicherten in die Lage zu versetzen, mit ihrem Arzt auf Augenhöhe zu kommunizieren. Schillinger verwies auf Internetportale wie den Arztnavigator der AOK, die Angebote der Barmer GEK oder das Projekt Weisse Liste. Statt des bloßen Erstatters solle die Kasse den Fokus des Patienten einnehmen, hier sei ein Wandel eingetreten.

Im zweiten Diskussionspanel ging es um das Thema „Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen“. Es diskutierten KBV-Chef Köhler, Ingo Kailuweit, Vorstandsvorsitzender der KKH-Allianz, Wolfgang G. Lange, Geschäftsführer des MC. B Verlags und Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Leiter der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin, unter der Moderation von Dr. Albrecht Kloepfer, Büro für gesundheitspolitische Kommunikation. Fazit: Viel Schelte für die Regierung und die Gesetzgebung, da die derzeitigen Schritte zur Stabilität im Gesundheitswesen nicht ausreichten, das System sei von einer „Enkeltauglichkeit“ weit entfernt. pr

Wissenschaftskongress

Medizin ringt mit Ökonomie

Zum dritten Mal wurde Mitte Oktober der interdisziplinäre Kongress „Junge Naturwissenschaft und Praxis“ in Berlin abgehalten. In diesem Jahr stand er unter dem Motto „Chancen und Grenzen (in) der Medizin“. Die eingeladenen Nachwuchswissenschaftler präsentierten dem Fachpublikum ihre Projekte, unter anderem zum Arzt-Patienten-Verhältnis.



Foto: Axel Joeress

Bei der hochkarätig besetzten Podiumsdiskussion zum Kongressabschluss bekräftigten die Teilnehmer ihre bekannten Positionen.

Die dominierenden Themen des von der Hanns Martin Schleyer-Stiftung, der Heinz Nixdorf Stiftung und der Charité veranstalteten Kongresses waren Ökonomisierung und Kommunikation und die sich daraus – dem Kongressmotto folgend – ergebenden Chancen und Grenzen der Medizin. Grundtenor der Tagung war, dass „die Ökonomisierung der Medizin“ durch zunehmende monetäre Zwänge Grenzen (Zeit, Budget et cetera) setzt, aber trotzdem Chancen entstehen lassen kann. Die Kommunikationsdebatten wurden von dem neuen Arzt-Patienten-Verhältnis geprägt. Der vor allem durch das Internet vorinformierte Patient will dem Arzt in einem partnerschaftlichen, nicht mehr in einem hierarchischen Verhältnis gegenüberstehen. Darauf muss sich der Mediziner einstellen.

Vertrauen erhalten

In seinem Eröffnungsreferat widmete sich Prof. Giovanni Maio vom Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Freiburg der Ökonomisierung. Für ihn wird Medizin immer mehr zu einem Produktionsprozess, es gehe wie in der Industrie vor allem um die Optimierung von Prozessen.

Dadurch ergebe sich das Problem, dass medizinische Handlungen standardisiert werden, wodurch der Arzt zwangsläufig die persönliche Zuwendung zum Patienten vernachlässige. Die (ethische) Haltung in der (medizinischen) Handlung gehe verloren, so Maio. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient werde durch eine zweckrationale Vertragsbeziehung ersetzt.

Die Ökonomisierung verliere die ärztliche Kunst aus dem Blick und setze auf modularisierte Fertigkeiten, der Arzt werde zum „Ingenieur des Menschen“. Maio zeigte sich aber nicht als reiner Gegner der Ökonomisierung im Medizinbereich: „Weil medizinische Güter knapp sind, ist ökonomisches Denken sogar notwendig.“ Allerdings sollte die Ökonomie eine dienende Funktion gegenüber der Medizin einnehmen – in der Realität sei es aber häufig umgekehrt.

Kompetenz erhöhen

In den anschließenden Arbeitskreisen stellten Jungwissenschaftler ihre aktuellen Forschungsvorhaben vor und diskutierten mit dem Fachpublikum. Im Arbeitskreis „Arzt und Patienten – ein neues Verhältnis?“ drehten sich die vorgestellten Projekte

um das sich verändernde Kommunikationsverhalten zwischen Patient und Mediziner. Das Projekt von Dr. Martin Gartmeier von der Technischen Universität München widmete sich der professionellen Gesprächsführungskompetenz und dem Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Er hat verschiedene Trainingsmethoden entwickelt, um die Gesprächsführungskompetenz von Ärzten zu fördern. Zu diesen Methoden zählen unter anderem Gesprächstrainings mit Schauspielern, die Patientenrollen übernehmen. Nach Aussage Gartmeiers ist sein Projekt sowohl für das Studium als auch für die Fort- und Weiterbildung geeignet. „Die Begegnung mit Patienten ist die zentrale Quelle ärztlichen Wissens und seiner Kompetenz“, bekräftigte er. Deshalb seien Kommunikationstrainings so wichtig.

Auch bei dem Projekt von Dr. Freia De Bock von der Universitätsmedizin Mannheim stand die Kommunikation im Zentrum. Sie vertrat die These, dass Kinderärzte in Zukunft vermehrt kommunikativ-beratend arbeiten müssten. Der Grund: die neuen Morbiditäten wie Adipositas, Bulimie, ADHS und Suchtkrankheiten ließen sich meist nicht pharmakologisch behandeln. Weil diese von demografischen, kulturellen und sozialen Faktoren abhingen, müsse der Kinderarzt über Gespräche auf den Patienten beziehungsweise dessen Eltern einwirken.

Niveau sichern

Am zweiten Tag des Kongresses fand als Abschlussveranstaltung eine Podiumsdiskussion statt. Die prominenten Diskutanten (unter anderem Ärztepräsident Dr. Frank Ulrich Montgomery) referierten aber vor allem bekannte Positionen. Als Rednerin gab Annette Widmann-Mauz (CDU), parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, allerdings noch eine Frage mit auf den Weg, die aus ihrer Sicht die Chancen und Grenzen in der Medizin in den nächsten Jahren bestimmen wird: „Wie können wir die Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau langfristig sichern?“ Eine Antwort darauf zu finden, wird mit Sicherheit auch die kommenden Kongresse noch beschäftigen. eb

Papierlose Abrechnung

Ende der Zettelwirtschaft

Ab Januar 2012 hat der Praxisdrucker öfter Pause. Denn dann muss der Zahnarzt gemäß § 295, SGB V, mit seiner KZV papierlos abrechnen. Das neue Prozedere muss aber nicht in Stress und Strapazen ausarten, im Gegenteil: Es hat auch Vorteile.

Im konservierend-chirurgischen Bereich wird bekanntermaßen längst elektronisch abgerechnet. Auf Druck des Gesetzgebers sollen nun ab dem kommenden Jahr auch die Rechnungen für die übrigen vertragszahnärztlichen Leistungen – Kieferbruch, Kieferorthopädie, Parodontose und ZE – papierlos abgewickelt werden. Umsetzen muss die Regelung die KZBV. „Die an der Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren haben die für die Abrechnung der Leistungen notwendigen Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln“, heißt es wörtlich im Gesetz.

Einfaches Handling

Was auf Beamtendeutsch erstmal hoch kompliziert klingt, ist in der Praxis überschaubar. Die KZBV hat die Umstellung von Papier auf PC sauber vorbereitet, um den Schritt für die Praxen reibungslos zu gestalten, bestmögliche Unterstützung der stellvertretenden Vorsitzenden Dr. Günther E. Buchholz: „Einfaches Handling, leichte Bedienbarkeit und schnelles Abwickeln, so lauten die strikten Direktiven für die Umsetzung.“ Sicher ist, dass abgesehen von kleinen Zusätzen weder mehr noch andere Daten als bisher übermittelt werden müssen. Buchholz: „Auf die Praxen kommt bei der elektronischen Datenerfassung und -versendung unterm Strich kein Mehraufwand zu!“

Zu diesem Zweck haben die Informatiker der KZBV die Module der Praxisverwaltungssoftware im Vorfeld so überarbeitet, dass erstens die Strecke Praxis-KZV elektronisch abgebildet werden kann und zweitens der Zahnarzt und sein Team damit obendrein komfortabel arbeiten können. Eine Lösung für die Einbindung der Laborrechnungen



wurde erarbeitet und getestet. Als Bestandteil der zahnärztlichen Abrechnung sollen nämlich auch sie künftig elektronisch an die KZVen übermittelt werden. Hier waren in erster Linie die Entwickler von Abrechnungsprogrammen für zahntechnische Labore gefragt: Sie mussten ihre Software rechtzeitig an die von KZBV und VDZI festgelegte Struktur der Rechnungsdaten anpassen.

Bislang liefern Labore dem Zahnarzt in der Regel Einzelrechnungen in Papierform. An dieser papierbezogenen Rechnungslegung ändert sich nichts. Der Behandler muss zudem mit dem Labor vereinbaren, dass ihm die Rechnung zusätzlich auch elektro-

nisch zugeschickt wird. Und zwar in dem vereinbarten XML-Format.

Pro Auftrag eine Nummer

Damit diese elektronische Rechnung des Dentallabors dem Patienten und der prothetischen Versorgung zugeordnet werden kann, generiert das Praxisverwaltungssystem schon bei der Auftragserteilung automatisch eine Auftragsnummer. Diese Nummer ist dem Labor zusammen mit dem Antrag zu übermitteln. Hierzu werden die Software-Hersteller die Informationen zur exakten Vorgehensweise mitteilen. Wichtig ist, dass das Labor für die jeweilige elektronische Abrechnung exakt diese Nummer verwendet und die Anweisungen der Softwarehersteller beachtet werden! Nur so kann die Rechnung dem jeweiligen Patientenfall genau zugeordnet werden. zm

INFO

Vorteile der papierlosen Abrechnung

Künftig wird es nicht mehr nötig sein, Abrechnungsbelege auszudrucken oder zu sortieren. Etwaige Ausdrücke sind dann allenfalls noch für den Patienten erforderlich. Die Abrechnung mit der KZV erfolgt anhand der an die KZV übermittelten Daten – ohne Mitsenden von Papier. Grundsätzlich wird es so sein, dass die neue Abrechnung ab dem von der KZV mitgeteilten Datum erfolgt. Beachten Sie hierzu bitte die entsprechenden Rundschreiben Ihrer KZV. ■

Fachgespräch „Der virtuelle Patient“

Elektronische Verunsicherung

Fest steht: Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) kommt. Bis Ende des Jahres sollen rund 7 Millionen Exemplare ausgegeben sein, die bereits seit Oktober formal als gültiger Krankenversicherungsnachweis gelten. Fest steht aber auch: Fernab aller ethischen Bedenken und Diskussionen um Datenschutz verunsichert die neue Technik viele, die ab sofort mit ihr arbeiten müssen.

„Da haben mehrere Falschdarstellungen in der Tagespresse leider zu großen Missverständnissen geführt“, erklärte Rainer Höfer beim Fachgespräch „Der virtuelle Patient“, das die Grünenfaktion Ende Oktober im Paul-Löbe-Haus veranstaltete. Missverständnisse, die der Abteilungsleiter für IT-Systemfragen und Telematik beim GKV-Spitzenverband dringend ausräumen wollte. Weder das Praxispersonal noch der Arzt müssten in Zukunft händisch die auf der Karte gespeicherten Stammdaten bearbeiten, falls ein Patient zum Beispiel umgezogen ist. „Etwaige Änderungen werden allein auf Krankenkassenseite eingegeben“, beruhigte Höfer aufgebrachte Ärzte im Publikum, die den zusätzlichen Zeitaufwand beklagt hatten. „Beim Einstecken in das Praxisterminal wird diese Information per Online-Verbindung auf der eGK aktualisiert.“

Missbrauch ist ein offenes Geheimnis

Weiteres Detail: Nach Abgaben des Bundesgesundheitsministeriums ist diese Online-Aktualisierung der Versichertenstammdaten momentan noch gar nicht vorgesehen. Sie gehört neben der Speicherung von Notfalldaten, Organspendeerklärung, Fallakte und Patientenverfügung zu den geplanten Ausbaustufen. „Und die brauchen wir“, sagt Höfer. „Wir müssen auch Anwendungen haben, die mit der Karte etwas machen können.“ Vorerst beschränkt sich der Unterschied zur alten Gesundheitskarte jedoch einzig auf den europäischen Versicherten-nachweis auf der Rückseite und das Lichtbild auf der Vorderseite der eGK.

Dass Letzteres wirksam den Missbrauch unterbindet, bezweifelt Dr. Ilona Köster-Steinbach vom Verbraucherzentrale Bundesver-

band nicht – sie befürchtet es sogar. „Es ist ja ein offenes Geheimnis, dass es heute solche Betrugsfälle gibt“, sagte sie und mahnt, die Gesellschaft werde sich durch diese technische Neuerung erst recht „soziale Ernstfälle“ einhandeln. Eine Befürchtung, die das Plenum unkommentiert ließ.

Peter Bonerz, Geschäftsführer der Gematik GmbH – die für die Konzeption der eGK und der entsprechenden Praxis-Infrastruktur verantwortlich ist – bestärkte lieber Höfers Ausführungen und erklärte, für den Arzt ändere sich mit der Einführung der eGK „erst einmal überhaupt nichts“. Dann zerstreute er Datenschutzbedenken einzelner anderer Zuhörer. „Der Heilberufsausweis ist das Gegenstück zur eGK“, der es Ärzten und anderen Heilberuflern überhaupt erst möglich mache, die Daten der Karte zu entschlüsseln und auszulesen, berichtigte er anderslautende Äußerungen von Zuhörerseite. Und dieses Auslesen funktioniere auch nur dann, sagte er, wenn der Patient durch Eingabe seiner PIN-Nummer zustimme.

Auch Bedenken von Wolfgang Linder, dem ehemaligen stellvertretenden Bremer Datenschutzbeauftragten, mit Einführung der elektronischen Patientenakte entstünde eine „lebenslange Dokumentation der medizinischen Behandlungsgeschichte von Versicherten“, entkräftete Bonerz: Niemand werde gezwungen, die technischen Möglichkeiten weiterer Ausbaustufen zu nutzen. „Der Patient bestimmt selbst, was in die medizinische Dokumentation aufgenommen wird und wem er es zeigt.“

Dann begann eine ausufernde Diskussion darüber, wie hoch der Zusatznutzen einzelner Ausbaustufen der eGK zu bewerten sei und ob die Neuerung überhaupt Vorteile bringe. Acht Jahre nach dem politischen Beschluss, sie 2006 einzuführen. mg

ZoRa-Forum 2011

Aus der Rolle fallen

Die Schauspielerin und Ärztin Dr. Maria Furtwängler-Burda hat im Sommer 2010 als Schirmherrin der Digitalkonferenz „DLG Women“ in München die „Dekade der Frauen“ ausgerufen. Die Themen berufliche Chancengleichheit, Vereinbarkeit von Familie und Beruf und Auflösung starrer Rollenbilder bestimmen nicht erst seitdem die Debatte. Auch die Zahnärzteschaft ringt um das Megathema: etwa auf der Konferenz „Weimarer Forum für Zahnärztinnen“.



des Berufsstands auch in der Standespolitik spiegeln, appellierte die KZV-Chefin.

Was passiert, wenn sich allein die männlichen Vertreter des Berufsstands in der Standespolitik engagieren, skizzierte der Bundesvorsitzende des FVDZ, Dr. Karl-Heinz

Sundmacher: „Engagieren Sie sich! Wenn die Männer das tun, kommt für sie womöglich nicht das Gewünschte dabei heraus.“

Etablierte Tagung

Blaschkes Fazit zum Weimarer Forum: „Das Weimarer Forum hat sich als bundesweites Netzwerktreffen etabliert und auf der inhaltlichen wie auf der persönlichen Ebene in den vergangenen Jahren weiterentwickelt. Wir bieten jedes Jahr eine breite Palette an fachlichen und betriebswirtschaftlichen Themen, die bei den Kolleginnen sehr gut ankommen.“ Gleichzeitig entstünden immer wieder persönliche Kontakte, über die das Netzwerk in die Fläche getragen werde. Blaschke: „In Zukunft möchten wir verstärkt auch Studentinnen und Berufseinsteigerinnen ansprechen. Viele sind sich über die Vorteile einer Vernetzung im beruflichen und persönlichen Bereich noch nicht im Klaren.“ Hier werde an entsprechenden Strategien gearbeitet. Vorschläge und Wünsche der jungen Zahnmedizinerinnen würden berücksichtigt.

Das Thema Freiberuflichkeit der Zahnärztinnen in Europa wurde mit einer Netzwerkdiskussion rund um den Vortrag von Vesna Barac-Furtinger, Vorsitzende der ERO-Arbeitsgruppe „Women in dentistry“, in den Fokus genommen. „Dies möchten wir auch in Zukunft fortführen“, schloss Blaschke.

Die Erlöse der Kongress-Tombola gingen an die Katja-Ebstein-Stiftung für Projekte zur Förderung sozial benachteiligter Kinder. sf



Fotos: zmv/sf



oben: Dr. Christiane Wagner, Oralchirurgin aus Saarbrücken brachte Tochter Mona mit.
links: Dr. Kerstin Blaschke und Dr. Ute Mayer

für Soziales, Jugend und Bildung der Stadt Weimar. „Das ist mühsam, aber es lohnt sich“, versprach sie. Nötig sei vor allem die institutionalisierte Vernetzung – etwa in Verbänden und Vereinen. Oft gehe es dabei um handfeste Interessen, wie Macht und Geld. „Aber grenzen Sie die Männer dabei nicht aus“, warnte de Rudder. Unterschiedliche Interessen müssten als gleichwertig anerkannt werden.

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind am Ende des Tages nicht so groß, wie wir meinen.

Dr. Maria Furtwängler-Burda

Ein Beitrag zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf seien beispielsweise Betreuungsmöglichkeiten auf Tagungen und Kongressen, propagierte Dr. Ute Mayer, Vorsitzende des Vorstands der KZV Baden-Württemberg. Grundsätzlich müsse sich die Feminisierung

Dort konstatierte die Stellvertretende Bundesvorsitzende des FVDZ, Vorsteherin des ZoRa-Kompetenz-Netzwerks und Initiatorin des „Weimarer Forum für Zahnärztinnen“, Dr. Kerstin Blaschke: „Das ZoRa-Forum möchte Zahnärztinnen ermutigen, die berufliche und private Zukunft in die eigene Hand zu nehmen.“ Dazu gehöre auch, dass sich die Frauen gegebenenfalls vom Bild der Übermutter freimachten und die Männer mit einbinden, sprich bereits im engsten privaten Umfeld effizient netzwerken. Anders als Männer hätten Frauen erst kürzlich damit begonnen, sich außerhalb von Familie und Freunden aktiv zu verbinden, berichtete Janna de Rudder, Beigeordnete

52. Bayerischer Zahnärztetag

Fokussiert: Praxisreife Innovationen

Sind praxisreife Innovationen, moderne Behandlungsmethoden und andererseits wirtschaftliche Bedingungen, die auf eine 24 Jahre alte GOZ aufsetzen, ein unüberwindbarer Widerspruch? Nein, meint Bayerns Landeszahnärztekammer: Gerade schwierige wirtschaftliche Verhältnisse erfordern den Einsatz neuer Methoden. Die hohe Besucherzahl beim 52. Bayerischen Zahnärztetag (20. bis 22.10.2011 in München) gab dem Veranstalter Recht.

Die Faustformel ist bekannt: Medizinisches Wissen hat heute eine Halbwertszeit von nur noch zehn Jahren. Diesen Hinweis zum Sinn zahnärztlicher Fortbildung ergänzte Prof. Dr. Christoph Benz auf dem Eröffnungsfestakt des Zahnärztetages durch die Darstellung des Wandels im zahnärztlichen Berufsbild. Heute werden, so verdeutlichte Bayerns Kammerpräsident, bereits 39 Prozent der Praxen von Zahnärztinnen geführt: „Wir brauchen keine Quoten, sondern Aspirantinnen.“ Benz warnte vor dem Einreißen „französischer Verhältnisse“, in denen Zahnärzte mangels gut ausgebildeten zahnmedizinischen Fachpersonals – quasi im Wohnzimmer der eigenen Wohnung – ohne Unterstützung ausgebildeten Personals alles allein machen. Hier sei inzwischen Nachholbedarf erkennbar.

Aber damit nicht genug: Statt vorrangig zu „bohren“ habe der Zahnarzt heute ein deutlich breiteres Aufgabengebiet, das von der Vorsorge bei Kindern bis zur zahnmedizinischen Betreuung von Patienten selbst im Stadium der Altenpflege reicht.

Angesichts dieses Leistungsspektrums vermisst Benz allerdings den gesellschaftlichen Respekt für Deutschlands Zahnärzte. Seine Kritik mit Blick auf die unzulängliche GOZ-Novelle: Wenn „nicht einmal die Teuerungsrate“ der letzten Jahre gewährt werde, habe das mit Wertschätzung wenig zu tun.



Fotos: Bayerische Landeszahnärztekammer



Bayerns Zahnärztetag bot nicht nur Innovatives für die Praxis, sondern auch Kritik von Kammerpräsident Christoph Benz und Minister Markus Söder gegen die Gesundheitspolitik der Bundesregierung.

Dass er diese Haltung nicht pauschalisiert, zeigte er durch seinen Dank an die bayerische Landespolitik. Sowohl Bayerns Ministerium für Wissenschaft wie auch das Gesundheitsministerium hätten sich auf Bundesebene mehrfach für die Zahnärzteschaft verwendet.

Bayerns besondere Wege

Dr. Markus Söder bestätigte auf dem Zahnärztetag – noch in seiner Aufgabe als Gesundheitsminister –, dass man sich im Einvernehmen mit der Zahnärzteschaft im

Bundesrat gegen die Öffnungsklausel der GOZ, aber auch für eine Angleichung des GOZ-Punktwerts an den der ärztlichen Gebührenordnung eingesetzt habe. Die Punktwertangleichung habe aber, so der Minister in seinem Grußwort, im Rat keine

Mehrheit gefunden. Söder konstatierte, dass es in vielen anderen Bundesländern keine so gut funktionierende Kooperation zwischen Zahnärzteschaft und Staatsregierung gibt.

Dass man in Bayern bereit ist, besondere Wege zu gehen, zeigte auch die Ankündigung, dass der kommende Zahnärztetag 2012 in Zusammenarbeit mit der Bayerischen KZV organisiert

wird. Bayerns KZV-Vorsitzender Dr. Janusz Rat betonte die Wichtigkeit des Zusammenspiels wissenschaftlicher und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen.

Eine entsprechende Mischung bot das gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Computergestützte Zahnheilkunde entwickelte Programm, das den praxisbezogenen Wissensstand von Themen wie Chairside-CAD/CAM, 3-D-Röntgen, Nanocomposites oder Implantologie bis

zur Darstellung künftiger Möglichkeiten der Stammzellforschung in der Zahnmedizin oder der Darstellung von Verträglichkeitsverfahren und Datenbanken über das allergene Potenzial restaurativer Materialien, insbesondere aktuelle Erkenntnisse über die Toxikologie von Kompositen, umfasste.

Praxisnahe Methoden zur Raucherentwöhnung durch das zahnärztliche Team oder auch die konkrete Darstellung von Notfallmedizinischen Maßnahmen ergänzten das Fortbildungsprogramm ebenso wie der Kongress „Praxiswissen von A bis Z“ für das zahnärztliche Praxispersonal. mn

Vertragszahnärztetag Westfalen-Lippe

Von den Besten lernen

Qualitätsförderung und -sicherung nehmen aufgrund von gesetzlichen Vorgaben und der darauf fußenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) einen stetig wachsenden Raum in der Vertragszahnheilkunde ein. Grund genug für die KZV Westfalen-Lippe, den diesjährigen Vertragszahnärztetag am 15.10.2011 in Rheda-Wiedenbrück ganz diesem Thema zu widmen. Hochkarätige Referenten boten einen Überblick über die Thematik und luden die Teilnehmer zur Auseinandersetzung mit der Materie ein.

Wie findet man einen pragmatischen Umgang mit der Qualität in der Vertragszahnheilkunde? Wie kann das Spannungsfeld zwischen Verpflichtung und Pragmatik gestaltet werden? Was erwarten die Zahnmedizin, die Patienten oder die Öffentlichkeit? Zu diesen Fragen hatte die KZV Westfalen-Lippe (KZVWL) unter dem Motto „Lernen von den Besten“ zu einer vertragszahnärztlichen Fortbildung geladen. In seiner Begrüßung forderte der Vorstandsvorsitzende der KZVWL, Dr. Bernhard Reilmann, die Teilnehmer auf, sich mit Qualität im Spannungsfeld von Richtlinien und praktischer Umsetzung auseinanderzusetzen. Denn, so Reilmann, „Wissen schafft Kompetenz und Kompetenz baut Ängste ab“.

Blick in die Praxis

Über Qualität in der Endodontologie referierte Prof. Dr. Claus Löst, Ärztlicher Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung Tübingen und Präsident der European Society of Endodontology (ESE). Er erläuterte, dass Qualität sich nicht alleine aus einer fachgerechten Behandlung ergebe. Vielmehr sei die Schaffung langfristiger gesunder Verhältnisse am behandelten Zahn und dem umliegenden Gewebe das Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Und dies sei mehr als nur die Erhaltung des Zahnes. Er räumte ein, dass der Evidenzgrad für eine gute Qualität in der Endodontologie derzeit nur unteres oder mittleres Niveau habe, doch hätten sich die „Quality Guidelines“ der ESE als Leitfaden zur Hilfestellung für die Praxis bewährt. Kieferorthopädische Aspekte brachte PD Dr. Anton Demling, Vorstandsmitglied des Landesverbands Niedersachsen im Bundes-

verband der Kieferorthopäden, ein. Er erläuterte Qualitätsmerkmale in der KFO-Behandlung. Demling sah es als problematisch an, dass durch fehlende Studien eine niedrigere Evidenz vorliegt. Im Gegensatz dazu existieren jedoch gute Erfahrungen im praktischen klinischen Bereich. Die Praxis



Fotos: M. Schauer-KZVWL

zeige also ein vollkommen anderes Bild als die Wissenschaft. Wichtig sei, dass ein gutes Qualitätsmanagement zu einer Verbesserung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität führt. Dazu gehöre es jedoch auch, Erfahrungen in Form eines Fehlermanagements zu verarbeiten.

Dr. Franziska Diel, MPH, Leiterin des Dezernats „Sektorenübergreifende Qualitätsförderung und -darstellung“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, stellte die Entwicklung und den Einsatz von Qualitätsindikatoren dar. Sie machte deutlich, dass Qualität nicht unwesentlich auch von subjektiven Faktoren bestimmt wird. So habe Qualität viel mit „GMV – gesundem Menschenverstand“ zu tun. Qualitätsindikatoren (QI) würden aus Leitlinien entwickelt, müssten aber hohen Gütekriterien entsprechen, bevor sie zur Messung eingesetzt

werden. Wichtig sei dabei, die Ziele zur Nutzung von QI zu definieren und deren Einsatz zu evaluieren. Die Messung von Qualität mittels QI könne dabei nur Hinweise bieten, aber nie absolutes Maß sein. Daher müsse den „Risiken und Nebenwirkungen“ beim Einsatz von QI fortlaufend entgegengewirkt werden.

Wettbewerb gewollt

Der Unparteiische Vorsitzende des G-BA, Dr. Rainer Hess, stellte den Sachstand der Entwicklung von Regelungen zur Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bun-

Regen Zulauf zum Thema Qualitätssicherung verbuchte der Vertragszahnärztetag der KZVWL in Rheda-Wiedenbrück.

desausschuss für die vertragszahnärztliche Versorgung dar. Er erläuterte, dass die Qualitätsförderung und -sicherung nach der wettbewerblichen Ausrichtung des Gesundheitssystems rapide an Bedeutung gewonnen habe. Qualität sei für Krankenkassen wie auch für Leistungserbringer mittlerweile zum Wettbewerbsinstrument geworden. Der G-BA habe die Aufgabe, hierzu einheitliche und transparente Regelungen zu schaffen. Hess betonte die Besonderheiten in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Daher seien die bestehenden Richtlinien nicht ohne Weiteres zu übertragen, sondern es bedürfe eigener modifizierter Regelungen, an denen derzeit gearbeitet wird. In der vertragszahnärztlichen Versorgung gebe es darüber hinaus bereits schon etablierte Qualitätssicherungsmechanismen. Sein Fazit war, dass durch den G-BA Regelungen



Die QS-Experten (v.l.n.r.): Prof. Dr. Claus Löst, Dr. Harald Strippel, Dr. Rainer Hess, Dr. Bernhard Reilmann, Dr. Dr. Reinhard Hoischen (Vorstandsbeauftragter der KZVWL für QS-Fragen), Dr. Jürgen Fedderwitz und Dr. Anton Demling

zur Qualitätsförderung und -sicherung nicht aufgedrückt, aber organisiert werden. Auf jeden Fall werde durch den G-BA die Qualität transparent gemacht.

Dr. Harald Strippel, M.Sc., Fachgebietsleiter Zahnmedizinische Versorgung beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) führte aus, dass Qualität sich letztendlich immer auf das Ergebnis der Behandlung beziehe. Wichtig sei jedoch, wem das Ergebnis zuzuschreiben ist. Der Weg dorthin sei die Risikoadjustierung. Als einen Indikator dazu beschrieb er die sogenannte „Compliance“, also die Mitarbeit des Patienten. Um diesen Faktor in die Bewertung eines Ergebnisses einbeziehen zu können, müsse dieser valide erhoben und verarbeitet werden. Dies könne dadurch geschehen, dass der Zahnarzt die

persönlichen Umstände des Patienten je nach Erkrankung und Behandlung mehr oder weniger detailliert erhebt.

Die Teilnehmer des Zahnärztetages hielten diese Vorgehensweise für zu theoretisch. Der Aufwand für die Erhebung des „Compliance-Indikators“ sei zu hoch und würden zu einer Überwachung des sozialen Status und der Lebensführung des Patienten führen.

Aus Sicht der Vertragszahnärzteschaft referierte der KZBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz. Er ordnete die zahnärztliche Qualitätssicherung im Spannungsfeld von Evidenz, Leitlinien und Richtlinien ein. Fedderwitz erläuterte die Unterschiede zwischen Leitlinien und Richtlinien und deren Wechselwirkungen. Je höher die Evidenz einer Leitlinie sei, desto verbindlicher werden ihre wissenschaftlichen Aussagen.

Bei hoher Evidenz können die wissenschaftlichen Aussagen als Richtlinie zum Steuerungselement in der Versorgung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung werden. Aber nicht nur die Art der Qualität und deren Sicherung in der Versorgung sollten durch Richtlinien geregelt werden. Richtlinien hätten die Funktion, Qualität mit Wirtschaftlichkeit zu verbinden und damit das Leistungsspektrum in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu beschränken. Letztendlich verlange das Verhältnis von Qualität, Gerechtigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit nach praktikablen Kompromissen.

*Martin Schüller
Leiter Abteilung Koordination Gemeinsamer
Bundesausschuss der KZBV
Universitätsstr. 73, 50931 Köln*

Planspiel an der Universität Lüneburg

Erstsemester bauen neues Gesundheitssystem

Es ist ein Spiel der Superlative, das Mitte Oktober 1 800 Studenten der Leuphana-Universität in eine ungewöhnliche Lage versetzte: Sie waren aufgefordert, ein neues Gesundheitssystem für Deutschland zu entwickeln. Rechtsgrundlage lieferte ein frei erfundenes Urteil des Europäischen Gerichtshofs. Für ihre Mammutaufgabe bekamen die Erstsemester jedoch Hilfe – von rund 140 Vorständen, Führungskräften und Experten aus der echten Gesundheitswirtschaft.

Ausgangssituation des Planspiels: Für den Aufbau des neuen Gesundheitssystems bleiben den Studierenden nur fünf Tage Zeit. Dazu wird die Gruppe der Erstsemester ohne Rücksichtnahme auf Vorkenntnisse und Fachrichtung in drei Kohorten zu je 600 Studierenden aufgeteilt. Jede Kohorte bildet wiederum 40 gleichstarke Arbeitsgruppen. Deren Ziel: im Entwicklungsprozess jeweils eine real existierende Interessengruppe des deutschen Gesundheitswesens zu vertreten.

Position ihre Planspielgruppe im neu zu schaffenden Gesundheitswesen einnimmt – und welche Bedürfnisse und Probleme im Einigungsprozess mit anderen Arbeitsgruppen zu berücksichtigen sind. „Wir haben unser Briefing von Dr. Jürgen Peter, dem Vorstandschef der AOK Niedersachsen bekommen“, erklärt Lehramtsstudent Roman Kalex, der später den Siegerentwurf aller drei Kohorten vor der fünfköpfigen Jury präsentieren wird.

des Planspiels was sagt – und warum. Dazu hatte Holm Keller, hauptamtlicher Vizepräsident der Universität, quasi als Nachhilfeunterricht, wie versteckte Einflussnahme und Interessenvertretung in der Praxis aussehen können, am ersten Tag des Planspiels eine Vortragsveranstaltung organisiert. Geladen vor das Plenum der Studienanfänger waren zu diesem Zweck Prof. Peter T. Sawicki, Chef des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IGWiG), Ethiker Prof. Nils Ole Oermann und Arthur Brothag vom Londoner Private-Equity-Unternehmen Apex Partners, die jeweils ausführlich ihre Perspektive auf das deutsche Gesundheitssystem darstellten. „Und das jeder für sich schlüssig und nachvollziehbar – aber völlig überlappungsfrei“, sagt Keller.



Im Hörsaal 2 der Leuphana-Universität artete die Endabstimmung der Kohorte A darüber, welche beiden Entwürfe für ein neues Gesundheitssystem der Jury vorgestellt werden sollten, phasenweise in eine höchst emotionale Diskussion aus – mit Erfolg. Letztlich formulierte sie den Siegerentwurf.

Egal, ob Apotheker, Kassenärztliche Vereinigungen, Wohlfahrtsverbände oder gesetzliche Krankenkassen – jede größere Lobbygruppe der Leistungserbringer- wie auch der Kostenträgerseite wird in dem Planspiel berücksichtigt.

Besonderheit: Rund 140 Fachleute dieser Interessengruppen reisten nach Lüneburg, um den Studierenden Praxiserfahrungen zu vermitteln und zu informieren, welche

Vorher muss er mit den 14 Kommilitonen seiner Arbeitsgruppe aus der Perspektive der Ortskrankenkassen eine erste Grobkonstruktion des neuen Gesundheitssystems entwerfen. „Dazu haben wir von Herrn Peter gute Infos erhalten, worauf es ankommt“, sagt Kalex. „Dabei hat er uns gefühlt wirklich nur wenig beeinflusst.“ Sie seien schließlich vorgewarnt worden, aufzupassen, welcher der Multiplikatoren in der Informationsphase

Erst im Anschluss an diese Lektion, den Expertenmeinungen stets mit einer gesunden Portion Skepsis zu begegnen, wurden den Studierenden die Gesundheitssysteme der engsten Nachbarstaaten Deutschlands erklärt. Dann gingen die 120 Gruppen an die – für sie ungewohnte – Arbeit. „Hinter allem steckt die Idee, dass junge Menschen erfahren, dass sie in dieser Gesellschaft einen Unterschied machen und Dinge mit-

INFO

Experiment mit Tradition

Die Universität Lüneburg wurde 1946 als Pädagogische Hochschule gegründet und 1978 nach ersten Jahren als Abteilung der Pädagogischen Hochschule Niedersachsen zu einer selbstständigen wissenschaftlichen Hochschule mit Promotions- und Habilitationsrecht. In den 80er-Jahren kamen die Fachbereiche Wirtschafts-, Sozial- und Kulturwissenschaft hinzu, in den 90er-Jahren schließlich noch der Fachbereich Umweltwissenschaft (heute Nachhaltigkeit). 2003 wird die Universität zur Stiftung öffentlichen Rechts, fusioniert 2005

mit der Fachhochschule Nordostniedersachsen und nennt sich ab 2006 nach dem Vorschlag einer Werbeagentur „Leuphana“ – dem Namen einer römischen Stadt zur Zeit der Besetzung Germaniens, dessen geografische Position in Lüneburg vermutet wird, aber höchst umstritten ist. Aktuell sind etwa 7 000 Studierende eingeschrieben. Rund 1 800 von ihnen nahmen an dem Planspiel der interdisziplinären Startwoche teil, die seit 2007 mit jährlich wechselnden Themen für die Erstsemester veranstaltet wird. ■

entwickeln können“, sagt Keller, „und das, obwohl sie auf diesem Gebiet keine Experten sind.“ Ganz bewusst konstruiere man für die Studierenden der verschiedensten Fachrichtungen vom Lehramts- bis zum BWL-Studenten mithilfe des komplexen Themas und dem künstlichen Zeitdruck ein schier unlösbares Problem.

„Wenn Sie am Beginn ihres Studiums sowas auf den Tisch bekommen, die Aufgabe aber trotzdem lösen können, ist das ein Riesenerfolgslebnis“, erklärt der Vizepräsident. „Dabei versuchen wir das Thema so zu wählen, dass es für jeden Einzelnen unmittelbar

relevant ist.“ Deshalb gehe es diesmal also ums deutsche Gesundheitssystem. Das könne schließlich frische Ideen gebrauchen, findet der ehemalige McKinsey-Unternehmensberater. „Durch ihren Blick von außen stellen die Studierenden endlich die Fragen, die sich viele Systemteilnehmer schon vor 20 Jahren abgewöhnt haben“, schwärmt er, „und wundern sich ernsthaft über die historisch gewachsenen Partikularinteressen.“

Um das Gelingen der Startwoche zu garantieren, enthielten die Vorgaben des Projekts ein paar „dramatische Vereinfachungen“, die es den studentischen Vertretungen der

realen Interessengruppen erlaubten, so manchen, in der Realität unmöglichen Kompromiss zu schließen. Keller: „Damit allen auch zu jedem Zeitpunkt klar ist, dass es sich um ein Planspiel handelt, haben wir die Namen der beteiligten Organisationen leicht verändert.“

Studium beginnt mit riesiger Herausforderung

So arbeitete Kalex beispielsweise nach der Einführung von Dr. Jürgen Peter in der Gruppe 12 der Kohorte A mit dem Namen „AOK Nordland“ – die später zur Keimzelle des Siegerentwurfs wurde. „Unser Grundgedanke war, einen Leistungskatalog zu definieren, der alles beinhaltet, was medizinisch notwendig und ethisch vertretbar ist“, beschreibt er. Die Lösung: Eine für jeden verpflichtende Basisversicherung, deren Beitragslast gleichmäßig auf Arbeitnehmer und -geber verteilt wird (siehe Kästen) und die das ureigene Geschäftsfeld der gesetzlichen Krankenversicherungen ist.

„Die PKV spielt aber trotzdem weiterhin eine große Rolle“, sagt Kalex. „Sie ist künftig der alleinige Anbieter von Zusatzleistungen.“ Von diesem Gedanken überzeugten der Lehramtsstudent und seine Mitstreiter nach und nach immer mehr der anderen 39

Gruppen ihrer Kohorte. „Erst haben wir uns mit den anderen Krankenkassen zusammengetan, dann im Laufe der Woche andere Partner gewonnen und gemeinsam mit ihnen die Idee weiter entwickelt“, sagt Kalex. Solange, bis 380 der etwa 600 Stimmberechtigten der Kohorte A schließlich den Entwurf unterstützten.

Dieses Ergebnis musste Moderator Jakob von Weizsäcker den Studierenden bei der Abstimmung im Hörsaal 2 der Leuphana-Universität jedoch mühsam abringen. Immer wieder verwickelten Zwischenrufer aus Minderheitsbündnissen sowie einzelne Querulanten den studierten Volkswirt und SPD-Politiker in argumentative Schaukämpfe. Kalex: „Zugegeben, es ging zwischenzeitlich relativ hoch her. Er hatte ja auch den unbequemen Auftrag, alle Meinungen auf zwei konsensfähige Entwürfe zu reduzieren.“ Sichtlich erschöpft quittierte Weizsäcker den erfolgreichen Abschluss dieser Aufgabe: „Jetzt haben sie mal am eigenen Leib miterlebt, wie mühsam es ist, Politik zu machen.“

Publikum prämiert Sieger per SMS

Dass sich die Mühe gelohnt hat, zeigte der Freitagvormittag. Der zweite, von Kalex vorgestellte, Entwurf der Kohorte A überzeugte nicht nur die fünfköpfige Jury um Peter Clever. Während sich der Ministerialdirektor a.D., der heute in der Geschäftsführung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) arbeitet, mit Ursula Engelen-Kefer, Axel Heinemann, Jürgen Kluge

INFO

Fettsteuer speist Basisversicherung für alle

■ Der von Jury und Zuschauern prämierte Entwurf für ein neues deutsches Gesundheitssystem sieht eine Basisversicherung der gesetzlichen Krankenversicherungen vor, in der künftig alle Deutschen pflichtversichert sind. Der Leistungsumfang bleibt zunächst weitgehend erhalten, wird aber vom gemeinsamen Bundesausschuss jährlich angepasst.

■ Der je nach Einkommenhöhe gestaffelte Beitragsatz soll künftig wieder zu gleichen Teilen von Arbeitgeber und -nehmer getragen werden. Versichertenseitig soll dabei das gesamte, zu versteuernde Einkommen zugrunde gelegt werden – wozu zum Beispiel auch Einnahmen aus Kapitalvermögen oder Vermietungen gehören.

■ Zusätzliche Einnahmen erhält das neue Gesundheitssystem aus der Besteuerung von Alkohol, Tabak und anderen Genussmitteln. So planen die Studierenden zum Beispiel die Einführung einer Steuer auf gesättigte Fette in Lebensmitteln, wie es bereits in Dänemark gibt.

■ Das Geschäftsfeld der privaten Kranken-

versicherungen beschränkt sich künftig darauf, Zusatzversicherungen anzubieten.

■ Um die Transparenz zu erhöhen, bekommen Patienten im Anschluss an jede Behandlung eine Art Kostenvoranschlag des Arztes, den sie abzeichnen, um zu bestätigen, dass alle abgerechneten Leistungen auch erbracht wurden.

■ Regelmäßig veröffentlichte Rankings sollen den Wettbewerb unter Kliniken und Ärzten stärken und zu einem höheren Spezialisierungsgrad führen.

■ Die Position des Hausarztes soll gestärkt und Landärzten sollen gegebenenfalls Praxen oder Dienstwagen gestellt werden. Gleichzeitig sprechen sich die Studierenden für die Einführung von Gesundheitszentren aus, in denen sich Ärzte zusammenschließen und ambulante Operationen durchführen können.

■ Es wird ein Präventionsfonds eingeführt, der über die Unfallversicherung von Arbeitgebern, die Rentenversicherungen und die Krankenversicherungen gemeinsam finanziert wird.

und Raimund Becker zur Abstimmung zurückzog, wählte eine deutliche Mehrheit der 1800 Erstsemesterstudenten per SMS-Abstimmung Kalex' Entwurf als ihren Favoriten. Einigkeit herrschte vor allem über den Ansatz, eine Grundversorgung einzurichten, in der jeder Bundesbürger Pflichtmitglied ist und deren Beitrag paritätisch finanziert wird. Kalex: „Darüber waren wir uns schon von Beginn an mit allen späteren Koalitions-

partnern einig: Wir brauchen ein solidarisches Gesundheitssystem. Und darum mussten wir einiges verändern, denn das bisherige Modell ist nicht solidarisch.“

Für diesen Ansatz bekamen die Studierenden von allen Seiten dickes Lob: So hob Engelen-Kefer die „werteorientierte Diskussion“ hervor und sagte: „Ganz wichtig war, dass ihr euch bei der Abstimmung nicht in den Grabenköpfen der Institutionen verzettelt habt.“ Als Preis haben die 600 Studierenden der Siegerkohorte einen Kurztrip nach Brüssel gewonnen, wo sie kommenden Frühsommer ihren Entwurf einer Vertretung der EU-Kommission vorstellen.

Auch im Gesundheitsministerium will man sich nun vertieft mit den Ergebnissen des Planspiels auseinandersetzen. Staatssekretär Thomas Ilka lobte, dass von den Studierenden etliche „neue und sehr bemerkenswerte Vorschläge“ zur Reform des Gesundheitswesens gemacht worden seien. „Man muss nicht alle Vorschläge befürworten“, sagt er, „aber sicher alle diskutieren.“ mg



Foto: mg

Juryvorsitzender Peter Clever moderierte die finale Präsentation des Planspiels und entschied sich in Abstimmung mit Raimund Becker, Prof. Ursula Engelen-Kefer, Prof. Jürgen Kluge und Dr. Axel Heinemann (v.l.) für den zweiten Entwurf der Kohorte A – der auch den Publikumspreis gewann.

Fachtagung in Berlin

Neues Leitbild für die Gesundheitswirtschaft

„Soziale Gesundheitswirtschaft – von der Anbieter- zur Patientenorientierung“, so lautete der Titel einer Fachtagung der Friedrich-Ebert-Stiftung und der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di am 27.10.2011 in Berlin. Zu diesem Thema haben beide Organisationen ein neues Konzept vorgestellt. Zur Umsetzung forderten die Experten der Runde die Unterstützung der Politik, finanziert werden soll das Ganze über eine Bürgerversicherung.

Laut Konzept kann die Gesundheitswirtschaft politisch so gestaltet werden, dass die Versorgung besser, effizienter und gerechter wird und die Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen attraktiver. Dem bisher dominierenden Leitbild einer anbieterorientierten Gesundheitswirtschaft wolle man ein neues, bedarfs- und patientenorientiertes Leitbild entgegensetzen, hieß es bei der Vor-

durch ergäben sich neue Impulse und Anregungen, um sich in die gesundheitspolitische Debatte einzuklinken.

Birgit Mickley, Geschäftsführerin der Gesellschaft für ganzheitliche Gesundheitslösungen, Berlin, und Mitautorin der Studie, verwies auf den Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen. Die Gesundheitswirtschaft habe sich zu einer Wachstumsbranche und

des Instituts Arbeit und Technik der Fachhochschule Gelsenkirchen, ebenfalls Mitautor der Studie, ein. Er unterstrich die Rolle von Gesundheitsregionen und nannte als Beispiel das Ruhrgebiet, wo durch den Strukturwandel im Gesundheitsbereich zahlreiche neue Arbeitsplätze entstanden seien. Gleiche Versorgung für alle sei hinsichtlich der immer älter werdenden Gesellschaft und der Probleme mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen ein zentrales Ziel, Instrumente dazu seien die integrierte Versorgung und Multiprofessionalität. Außerdem ergäben sich aus dem Gesundheitsbereich Brückenschläge hinein in andere Bereiche wie Wohnungswirtschaft, Sozial- oder Bildungsarbeit. Die Gesundheitsbranche entwickle sich immer mehr zu einer Leitbranche für andere Bereiche wie Wohnen (Modelle für Seniorenbetreuung), Reisen (Wellness-Tourismus) oder Freizeit (Angebote für die Generation 50+).

Herbert Weisbrod-Frey, Bereichsleiter Gesundheitspolitik beim Bundesvorstand von ver.di, kommentierte das Thema aus gewerkschaftlicher Sicht. Etwa 1700 Tarifverträge würden im Gesundheitswesen betreut. Gute Patientenversorgung könne man nicht mit schlechten Arbeitsbedingungen erreichen. Nach Ansicht von Armin

Lang, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratischen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen, Saarbrücken, erfordere es einen neuen Schub, um das Gesundheitssystem zu finanzieren. Er plädierte für das von der SPD favorisierte Modell einer Bürgerversicherung.

Positionen der Leistungserbringer- und Arbeitgeberseite kamen auf der Tagung so gut wie nicht zur Sprache. pr

■ **Josef Hilbert, Birgit Mickley, Michaela Evans:** „Soziale Gesundheitswirtschaft – Mehr Gesundheit – gute Arbeit – qualitatives Wachstum“, Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn, 2011. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/08567.pdf>



Foto: Reiner Zensen

Birgit Mickley, PD Dr. Josef Hilbert, Moderator Dirk Engelmänn (vom Parteivorstand der SPD), Armin Lang und Herbert Wesbrod-Frey bei der Vorstellung des Konzepts in Berlin (v.l.n.r.)

stellung des Papiers in Berlin, das auf Basis einer zweijährigen Arbeit in zahlreichen Workshops entstanden ist. Zentrale Punkte seien der Ausbau der integrierten Versorgung, Prävention und die Finanzierung der Leistungen durch eine Bürgerversicherung. Ein leistungsfähiges Gesundheitssystem zahle sich auch wirtschaftlich aus und biete Chancen in allen Politikbereichen.

In ihrer Begrüßung machte Ruth Brandherm, Leiterin des Gesprächskreises Arbeit und Qualifizierung der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES), deutlich, dass die Studie Handlungsfelder aufgezeigt habe, um eine soziale Gesundheitswirtschaft umzusetzen, die am Wohle des Patienten ausgerichtet ist. Da-

zu einem Jobmotor entwickelt. Nun gelte es, mit dem Konzept Pflöcke einzuschlagen und eine Handlungsperspektive hin zu mehr Patientenorientierung zu schaffen. Dazu gehöre die Schaffung qualifizierter Arbeitsplätze, eine faire Entlohnung, der Abbau von Gerechtigkeitslücken und eine solidarische Finanzierung. „Was braucht der Patient vor Ort wo?“ – so müsse die Fragestellung einer bedarfsorientierten Versorgung lauten. Dazu sei es wichtig, Multimorbidität und komplexe Versorgungsstrukturen im Blick zu behalten, denn Prävention und Gesundheitsförderung seien Querschnittsaufgaben.

Auf die Versorgung vor Ort ging auch PD Dr. Josef Hilbert, Geschäftsführender Direktor

Zwischen Hoffen und Banken

Stefan Grande

Man muss kein Hellseher sein, um die Attraktivität von Zahnmedizinern als Kundenstamm in der Finanzwelt zu taxieren: Beim internen Image-Ranking der Banken dürften sie weit oben angesiedelt sein. Kein Wunder, bei Krediten von einigen Hunderttausend Euro, mit denen sich Zahnärzte an sie binden. Dafür gehen die Banken, abgesichert, aber stellvertretend, ins Risiko.

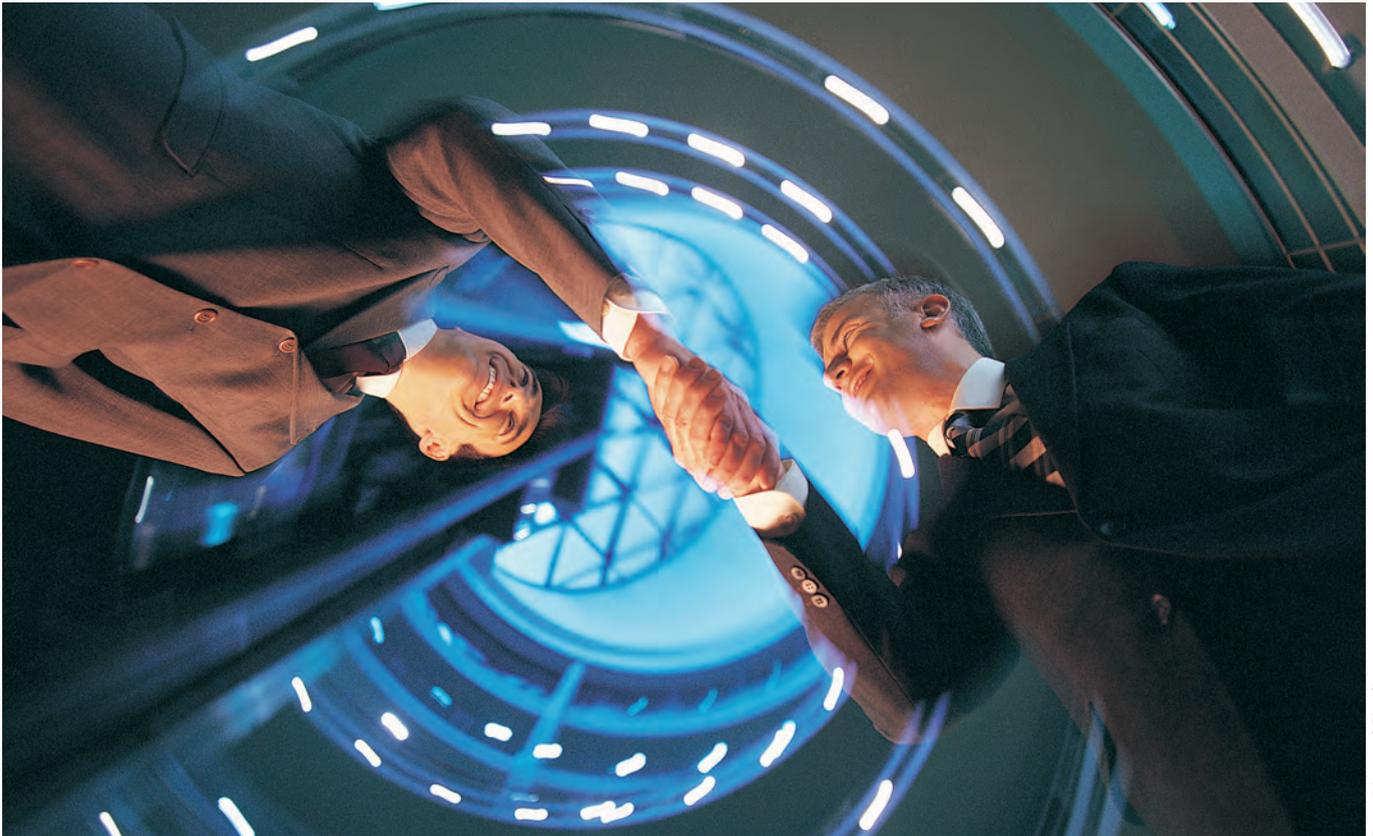


Foto: Diamond F1online

Der Beginn einer langen Freundschaft inmitten turbulenter Zeiten? So zumindest wünschen es sich sowohl die Mediziner als auch die Banken, wenn es um die gemeinsame Zusammenarbeit geht.

Mit Zahnärzten macht eine Bank bessere Geschäfte als mit anderen Arztgruppen. Nimmt man etwa die Abschreibungsstatistik der Deutschen Bank für Investitionen im medizinischen Bereich für 2008, so liegen die Zahnärzte zwar hinter Radiologen, Kardiologen oder Urologen, doch noch vor Orthopäden, Hautärzten und Allgemeinmediziner. Und die zahnärztlichen Investitionen können sich sehen lassen. Dies

bestätigt auch eine Existenzgründungsanalyse, die das Institut der Deutschen Zahnärzte gemeinsam mit der Apotheker- und Ärztebank (apoBank) Ende September dieses Jahres vorstellte. Demnach mussten Existenzgründer im vergangenen Jahr für die Neugründung einer Einzelpraxis bis zu 400 000 Euro einkalkulieren. Die Finanzierungskosten für die Übernahme einer Einzelpraxis beliefen sich auf bis zu 307 000 Euro.

Je zentraler die Praxis, desto höher die Investition

Neben dem Alter als Investitionsaspekt – Jüngere riskieren mehr – fand die Studie zudem heraus, dass auch die Standortwahl das Investitionsverhalten beeinflusst. So war die Neugründung einer Einzelpraxis in einer Kleinstadt mit 412 000 Euro deutlich teurer als in anderen Lagen. Bei der Einzelpraxis-

übernahme musste das höchste Finanzierungsvolumen für eine Praxis in großstädtischer Lage aufgebracht werden: 314 000 Euro. Das Durchschnittsalter der Existenzgründer, so die Studie, lag 2010 in den alten Bundesländern bei 35 1/2 Jahren, in den neuen Bundesländern bei knapp über 34 Jahren. Es zeige sich, dass immer mehr junge Zahnärzte mittlerweile zunächst ein Angestelltenverhältnis wählen, bevor sie die Existenzgründung ins Auge fassen, heißt es in der Untersuchung.

Und die Aussicht, existenzgründungswillige Mediziner mittels kurzfristiger Starthilfen oder nachhaltiger Kredite mehr oder minder lang an die Bank zu binden, ist für die Institute ein gutes Geschäft. Bisweilen wohl auch eine große Verlockung: Nicht umsonst kursiert immer wieder die Geschichte eines Kriminellen, der unter dem Anschein, Mediziner zu sein, Banken betrogen hat. Wie etwa „Dr. dent. Gerrit B.“: Mit falschem Namen, unerlaubter Titelverwendung, fingierter Biografie und getürkten Bonitätsbescheinigungen soll er sich bei Banken in ganz Deutschland einige Zigtausend Euro an Krediten erschlichen haben. Allein der Zahnarzt-Anschein reichte aus: Angesichts der Aussicht auf Provisionen und Investitionen brannten die bankinternen Sicherungen durch – oder gingen gar nicht erst an.

Lieber Kariesbehandlung als Dispoberatung

Zahnärzte wissen: Im Allgemeinen ist der Besuch in der Praxis für die meisten Patienten nicht ganz so verlockend wie der einer Ausstellungseröffnung. Dennoch gehen die Deutschen lieber zum Zahnarzt als zu ihrem Bankberater. Dies berichtete zumindest kürzlich die FAZ unter Berufung auf eine Untersuchung des Fondsbranchenverbands BVI. Demnach vereinbarten 88 Prozent der Befragten regelmäßig einen Termin beim Zahnarzt, während nur elf Prozent ihren Bank- oder Finanzberater konsultieren. Auch wenn hier Äpfel mit Birnen verglichen wurden, wird hier populistisch mit dem Misstrauen gespielt, das viele (mittlerweile) der Finanzwelt entgegenbringen.

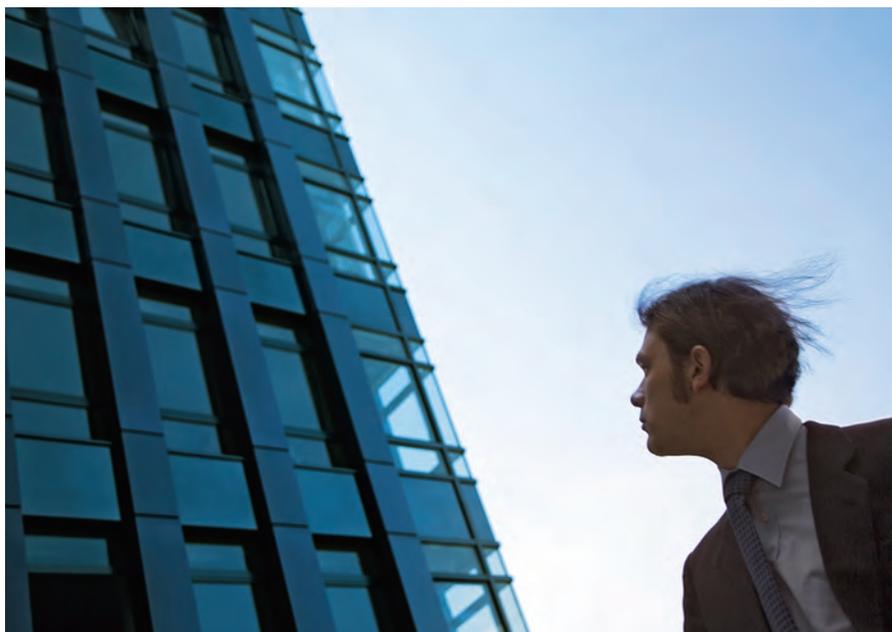


Foto: CC

Kafka lässt grüßen: Von vielen Ärzten, die in finanziellen Engpässen stecken und Kredite zurückzahlen müssen, wird die Bank als übermächtige Trutzburg gesehen.

Misstrauen gegenüber der Finanzwelt

Aktuell spiegelt sich dies in der sogenannten Occupy-Bewegung wider, bei der überall auf der Welt mit zivilem Protest, wie Sitzblockaden vor Banken, die Institute an ihren Teil der Verantwortung für die seit Jahren existente Finanz- und Wirtschaftskrise erinnert werden. Im Mai dieses Jahres schilderte der „Welt“-Autor Alan Posener seine eigenen Erfahrungen bei einem Besuch in seiner Bank und den – so Posener – „Irrsinn einer Beratung“: Zwei Mitarbeiter derselben Bank rieten ihm jeweils das Gegenteil dessen, was der Kollege empfahl. Fazit von Posener: „Lieber zum Zahnarzt als zur Bank? Kein Wunder!“ Selbst in der bereits zitierten brancheninternen BVI-Untersuchung ist davon die Rede, dass rund 20 Prozent der Befragten schlechte Erfahrungen mit Finanzgeschäften gemacht haben.

Dabei sieht anfangs alles so hoffnungsvoll aus. Fachlich versiert schließen die Mediziner das Studium ab, immer noch viele davon mit dem Wunsch, dem Beruf in einer Einzelpraxis nachzugehen. Da in der universitären Ausbildung betriebswirtschaftliche Belange jedoch nach wie vor eher nur rudimentär vermittelt werden und weil vor

allem in den meisten Fällen die finanziellen Voraussetzungen für eine Existenzgründung fehlen, wenden sich die meisten angehenden Zahnärzte an Banken, Steuer-, Finanz- oder Unternehmensberater.

Gesundheitsbranche als Jobmotor

Es gibt viele Banken, die Kredite an Mediziner vergeben, wobei erkennbar ist, dass sich der Markt in den vergangenen Jahren erheblich erweitert hat und das Werben aggressiver geworden ist. War bei Heilberuflern die apoBank in ihrer Marktführerschaft bislang alternativlos, so wird mittlerweile mit viel Verve und Einsatz um deren Gunst gebuhlt. Auch andere Institute wie die Deutsche Bank, die Commerzbank, die Hypo-Vereinsbank oder die Volksbanken öffnen ihre Türen ganz weit für diese Klientel. Ebenso kommen Sparkassen, die Deutsche Kredit Bank und andere Institute als Vertragspartner infrage. Allesamt haben sie ihr Portfolio für den Bereich Gesundheit erweitert, schließlich gilt dieser als Jobmotor der Wirtschaft und verspricht aufgrund der Demografie, des medizinisch-technischen Fortschritts und der erhöhten finanziellen Patientenbeteiligungen zur Er-



Ob Intraoralkamera oder ...

haltung der (Zahn-)Gesundheit unternehmerische Gewinne und hohe Renditen.

Branche steht hoch im Kurs

Die Banken ihrerseits untersuchen den Gesundheitsmarkt mit Akribie, um eine Einschätzung dieses Wirtschaftsbereichs zu erhalten. So heißt es etwa im Trendreport „Gesundheitsmarkt 2010“ der Hypo-Vereinsbank über Zahnärzte: „Die Zahnärzte können sich unterdessen bestens behaupten – trotz hoher Zahnarztdichte und parallel dazu schrittweiser, aber stetig schrumpfender Katalogleistungen. Der Fall der Zulassungsbeschränkungen im Jahr 2007 ist auf eine unternehmerisch gut vorbereitete Zahnärzteschaft getroffen und hat das Unternehmertum in diesem Sektor weiter gefördert.“

In dem von der Bank herausgegebenen newsletter „Med News“ vom September dieses Jahres ist zudem zu lesen, mit welchen Zahlen die Bank operiert und an ihre Geschäfte geht: „Eine neu gegründete Praxis kann im Mittel einen Überschuss von knapp 100 000 Euro erzielen, bei einem Umsatzvolumen von etwa 340 000 Euro (rund 60 Prozent auf KZV-Einnahmen, rund

40 Prozent Selbstzahler). Das heißt, die Umsatzrendite vor Steuern kann zu Beginn der Selbstständigkeit bei etwa 20 Prozent liegen, sie steigt später auf bis zu 33 Prozent und erreicht in der Spitze sogar mehr als eine Million Euro im Jahr.“

Zum Vergleich: Die KZBV ermittelt in ihrem Geschäftsbericht 2010/2011 folgende Zahlen: Der Durchschnitt des Einnahmen-Überschusses lag 2009 in den alten Bundesländern bei 114 560 Euro, in Ostdeutschland betrug er 88 980 Euro. Dies zeigt, dass die Banken den zahnärztlichen Berufsstand relativ nahe an der Wirklichkeit eintarieren – und für sich beziehungsweise ihre Transaktionen ihre Schlüsse daraus ziehen.

Auch wenn es zeitraubend ist, sollte man vor Festlegung auf ein bestimmtes Kreditangebot auf jeden Fall verschiedene Offerten einholen und sie vergleichen. Wer sich für eine Geschäftsbank entschieden hat, kann zusätzlich Mittel von öffentlichen

Banken beantragen, zum Beispiel von der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) oder den Landesbanken.

Das Angebot der Institute

Die zm schrieben die wichtigsten Banken an und baten sie um Informationen hinsichtlich ihrer Angebote für Mediziner und speziell für Zahnärzte. Dazu sollten die Institute Auskunft und Einschätzung zur gegenwärtigen Investitionssituation geben. Ergebnis: Die Marktführer apoBank, Deutsche Bank und Hypo-Vereinsbank sandten umfangreiches Infomaterial, aus denen die



... eine neue Behandlungseinheit – zahnärztliche Investitionen schlagen oft kräftig zu Buche.

Fotos: proDente e.V.

Bemühungen der Banken um die medizinische Klientel deutlich hervorgehen (siehe Kasten Bankenangebote S. 39).

Auch zu der Frage, ob die internationale Finanzkrise Auswirkungen auf die Kreditvergabe der jeweiligen Bank hatte, ein Umstand, der unter dem Stichwort Kreditklemme diskutiert wurde und wird, wurde um Auskunft gebeten.

Kreditklemme bei Banken unbekannt

Der Vorstandssprecher der apoBank, Herbert Pfennig, äußerte sich hierzu im Juni 2011 in einem Interview der Mitgliederzeitschrift des Bundes Freier Berufe „BFB-Kompakt“: „Unsere Kunden waren zu keiner Zeit

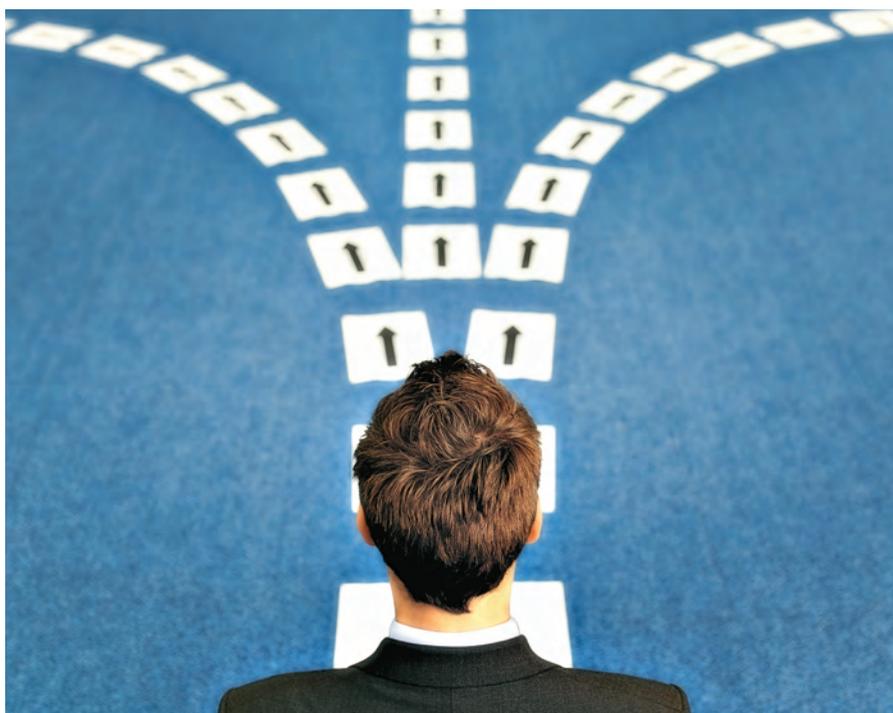


Foto: Diamond F1online

Kreditnehmer - wohin des Wegs? Die Angebote der Banken sind vielfältig, ein Vergleich lohnt sich, um das passende Finanzierungsmodell zu finden.

mit der viel beklagten Kreditklemme konfrontiert. 2010 haben wir den Heilberuflern vier Milliarden Euro an Neuausleihungen zur Verfügung gestellt – rund zwei Milliarden Euro davon haben wir für Investitions- und Existenzgründungsfinanzierungen ausgereicht.“

Hier kommt klar der Wettbewerbsvorteil zum Tragen, den die apoBank hat. Sie ist die einzige Bank, die sich ausschließlich auf die

Betreuung der Heilberufler, also der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Tierärzte, spezialisiert hat und dies seit mehr als 100 Jahren. Als Genossenschaftsbank wird sie von den Medizinern gern als „ihre“ Bank verstanden und identifiziert. Dementsprechend hat sie seit jeher die Pole-Position inne und kennt wohl die spezifischen Bedürfnisse und Wünsche ihrer Kunden sehr genau. Seit 2009 bildet sie nach eigenen Angaben ihre

Vertriebsmitarbeiter in Kooperation mit der Frankfurt School of Finance and Management speziell zu zertifizierten Finanzberatern im Gesundheitswesen aus. Ende 2010 hatten mehr als 120 Mitarbeiter dieses Zertifikat erworben, so die Bank.

Auch die Leiterin der Heilberufe-Beratung bei der Deutschen Bank, Caroline Roos, kennt keine Kreditklemme für ihre Kunden. Roos: „Das Gesundheitswesen ist eine gute Wachstumsbranche. Die positive Branchenentwicklung sowie das attraktive Durchschnittseinkommen der Zahnärzte ermöglichen uns, unseren Kunden gute Konditionen anzubieten.“ 180 auf Heilberufe spezialisierte Berater kümmern sich laut Roos um die Klientel, schon vor vier Jahren schulte die Bank das Beratungspersonal auf die Heilberufsgruppe.

Starke Bereitschaft zur Selbstständigkeit

Nach den Erfahrungen der Deutschen Bank ist die Bereitschaft zur Selbstständigkeit bei Zahnärzten stärker ausgeprägt als bei Ärzten, mit dementsprechenden Investitionen. „Bei niedergelassenen Zahnärzten unterscheiden wir zwischen Ersatz- und Erweiterungsinvestitionen. Insgesamt sehen wir eine solide Investitionsbereitschaft bei Ersatzinvestitionen“, so Roos. Dabei beobachtet die Bank, dass kleinere Investitionen, wie etwa ein Sterilisator, in der Regel über den Cash-Flow oder Leasing finanziert werden, bei größeren Investitionen, wie beispielsweise dem Austausch von Behandlungseinheiten, nutzen Zahnärzte eher Investitionskredite oder öffentliche Fördermittel.

Erweiterungsinvestitionen würden sehr unterschiedlich in Anspruch genommen. Bedarf bestehe beispielsweise bei Geräteinvestitionen zur Schaffung neuer Praxisangebote in Kooperationen oder in Filialen. Auch die Hypo-Vereinsbank kleckert nicht in diesem Kundensegment, sondern klotzt: In vier ausgewiesenen Niederlassungen betreuen 150 Heilberufe-Experten mit spezieller Qualifikation an 70 Standorten bundesweit die Kundschaft. Seit über 20 Jahren engagiert sich das Institut im Gesundheitsbereich, mit ebenfalls speziell auf die Mediziner zugeschnittenen Produkten.

INFO

Bankenangebote

Die Banken halten umfangreiches Infomaterial vor, anhand dessen sich die Kunden orientieren können. Broschüren über die diversen Produkte sind obligatorisch, Investitions- und Kostenberatungsanalyse sowie Checklisten für Existenzgründer, mit denen man seine Voraussetzungen ausloten kann, ebenfalls. Auch spezielle Kontenmodelle, Angebote zur Altersvorsorge sowohl für den Arzt als auch fürs Praxisteam. Mitgliederzeitungen und Newsletter zählen zum Standard.

Achten sollte man – nicht nur als Berufsanfänger – darauf, ob die Bank spezielle Seminare zur Karriereplanung oder zur Optimierung des wirtschaftlichen und/oder ganzheitlichen Praxisablaufs anbietet. Gegebenenfalls sollte man nach speziellen Infos zu Praxisk Kooperationen fragen.

■ Tipp: Derzeit sind die Zinsen recht gering und werden über kurz oder lang steigen. Wer jetzt Kredite abschließt sollte daher eine möglichst lange Zinsbindung vereinbaren.



Foto: MEV

Während die Gebäude der Skyline von Frankfurt unverdrossen in den Himmel wachsen, sank das Vertrauen gegenüber der Geldwirtschaft in den Keller.

Wenn der Plan nicht funktioniert

Aber das Hochglanzpapier der Broschüren und der Angebote ist geduldig. Entwickelt sich die Praxis anders als geplant, können Probleme in der Kommunikation mit der Bank auftauchen. Sinkt etwa wegen ausbleibender Patienten der in Aussicht gestellte Praxisgewinn, entstehen Schwierigkeiten, die Kredite der Bank zurückzuzahlen. Als Folge können umfangreiche Bankgespräche anstehen, bei denen die Banken aus ihrer Sicht verständlichen Druck auf die Mediziner ausüben.

So kann der König Kunde schnell zum Bittsteller werden. Das Vertrauen ist gestört, der Konflikt ist da. Schlimmstenfalls eskaliert die Situation: Aus dem Helfer wird der Gegner. Während sich Banken öffentlich gern als Partner darstellen, die mit dem Kreditnehmer auf Augenhöhe agieren, sind die Institute meist mächtiger. Aus Sicht des Kreditnehmers gilt dann das Prinzip David gegen Goliath.

Der Clou: Ganze Kanzleien haben sich bereits auf genau diese Situation kapriziert und dort ihr Geschäftsmodell entwickelt. Sie bieten gegen Honorar an, als Mittler in

diesen Konflikt einzugreifen und die verhärteten Fronten zu klären.

In einer Anzeige heißt es etwa: „Die Kanzlei xy (Name bekannt) mit ihren Erfahrungen im Finanzierungsbereich und Haftungsrecht von Banken setzt in solchen Fällen verschiedene Berufsgruppen ein, um eine Lösung für das Problem des Arztes zu finden.“

Auch in den zsm bieten im Kleinanzeigen-Teil Unternehmen ihre Hilfe zur Streit-schlichtung wegen Kreditrückzahlungsschwierigkeiten oder etwa bei Insolvenzfällen an.

Mediziner und Banker im Clinch

Dass der Zoff von Zahnärzten mit Banken keine Erfindung von Kanzleien und Anwälten ist, beweisen auch Gesprächsforen im Internet. So ist unter <http://www.f-sb.de/forumneu> zu lesen: „Insgesamt belaufen sich die Forderungen der Bank auf 465 000 Euro. Ich habe elf Jahre lang geackert – nur für die Bank. Nun bin ich auf dem Weg zum Sozialamt. Na ja – für Banken gehört es ja zum Tagesgeschäft, Existenzen zu zerstören. Sie bekommen sogar staatliche Unterstützung dafür.“

Und im Blog „bognition.de“ schreibt „Romeo“: „Selbst bei einer guten Beratung von der Bank gibt es ein Problem: Sie wollen mein Geld behalten und nicht hergeben. Schon mal versucht, 10 000 Euro vom Tagesgeldkonto abzuheben und in bar mitzunehmen? Unmöglich.“

Beidseitige Suche nach Sicherheit

Auch wenn die Beratungskompetenz hier und da zu wünschen übrig lässt und die Sicherheiten-Anforderungen der Banken schnell den Eindruck entstehen lassen, als Kreditnehmer einseitig die Hosen runterlassen zu müssen, ist die Situation doch ambivalent: Auch die Bank sucht – genauso wie der Kreditnehmer – schlicht nach Sicherheit. Dafür gehen die Institute, gerade in der Anfangszeit einer Praxisgründung, ein mehr

INFO

Rating als Aspekt der Kreditvergabe

Rating (englisch für einschätzen, bewerten) ist eine Methode von Banken, um ein Risiko möglichst objektiv einschätzen zu können. Ein Kreditrating schätzt die Wahrscheinlichkeit ein, mit der Kreditnehmer ihre Kredite störungsfrei zurückzahlen und wie hoch ein möglicher Kreditausfall sein kann. Für das Rating sammelt die Bank Daten und Informationen wie etwa Branchenanalysen, eine Auswertung der letzten drei Einnahmen-/Ausgabenrechnungen und/oder der

Analyse der Vermögensverhältnisse des Kreditnehmers sowie auch zur bisherigen Kontoführung. Die Daten werden gewichtet und das Ergebnis wird durch eine „Benotung“ abgebildet. Faustregel: Je besser die Zahlungsfähigkeit eingeschätzt wird, desto positiver ist die Benotung, also das Rating. Ein gutes Rating verbessert die Basis für die Kreditverhandlungen.

Quelle: <http://www.beratung-heilberufe.de>



Bankgespräch unter vier Augen: Wer hierbei unsicher ist, dem sei empfohlen, eine Person seines Vertrauens mitzunehmen.

Gleichzeitig bedeutet der Rückzahlungsdruck auch eine gewisse Ökonomisierung des Praxisalltags. Natürlich sagt das so offen kein Zahnarzt, mit der Bank möchte man es sich schließlich nicht verscherzen. Aber hinter vorgehaltener Hand ist im Berufsstand immer wieder zu hören, dass der Rückzahlungsdruck der Kreditsumme auch Einfluss auf das zahnärztliche Praxisgeschehen nimmt und sich der Finanzierungsplan auch auf das zahnmedizinische Behandlungsspektrum auswirken kann. Vetter: „Der betroffene Zahnarzt ist in der Tat gezwungen, seine strategische Ausrichtung hinsichtlich Privatpatientengewinnung, Optimierung des Kostenmanagements sowie der Aufbau- und Ablauforganisation der Praxis zu professionalisieren.“

Auch privates Wirtschaften im Visier

Laut Vetter würde darüber hinaus das Thema der Privatentnahmen bei Bankgesprächen regelmäßig problematisiert. „Das heißt, dass neben den Auswirkungen auf die Praxis auch das private Finanzverhalten beeinflusst wird“, so der Experte. Der Rückzahlungsdruck zeige sich laut Vetter auch dadurch, dass Banken bei Überziehungen des Kontokorrentkredits auf dem Praxiskonto zunehmend empfindlicher reagieren und etwa Lastschriften ohne Kontodeckung teilweise nicht mehr einlösen würden. ■

oder minder hohes Risiko ein. Was nützen der Bank all die Sicherheiten, wenn die Praxis einfach nicht läuft und sich der wirtschaftliche Erfolg partout nicht einstellen will?

Die Internetseite www.beratung-heilberufe.de schildert die Situation der Banken wie folgt: „Wenn ein Kreditnehmer über ein Spitzen-Rating [siehe Kasten S. 40] verfügt, wird die finanzierende Bank nur wenig eigenes Geld einsetzen müssen. Sie kann mit ihren eigenen Mitteln nun noch vielen anderen Kunden mit Krediten zur Verfügung stehen.“ Wenn aber ein Kreditnehmer eine schlechte Ratingbewertung hat, müsse die Bank dieses rechnerisch höhere Risiko mit mehr Eigenkapital unterlegen. Dieser Nachteil bleibe dann am Kunden hängen, der höhere Kreditzinsen bezahlen muss. Sollte eine Bank viele schwache Kredite in ihrem Bestand haben, schränkt sie so ihre Kreditvergabemöglichkeit ein oder muss zusätzlich teures Eigenkapital am Markt einkaufen.

Kredite erzeugen Refinanzierungsdruck

Zahnmedizinern, die einen Kredit aufnehmen, muss klar sein: Der Zwang der Rückzahlungen erzeugt einen bestimmten Druck. Der Journalist und Unternehmensberater Michael Vetter, der als Ökonom

lange Zeit selbst im Bankenwesen tätig war und der heute viele Zahnärzte betriebswirtschaftlich betreut, bestätigt: „Durch das sogenannte Kreditmanagement der Bank als Kreditgeber erfolgt auch eine gewisse Überwachung des Engagements während der Kreditlaufzeit. Somit ist der Zahnarzt gezwungen, sich regelmäßig und nicht nur sporadisch mit seinen Kosten und Einnahmen auseinanderzusetzen.“ Dieser Bankeneinfluss kommt durchaus nicht immer gut an. Vetter kennt Fälle von Zahnärzten, denen die ständigen Rückfragen nach Kostenentwicklung, Einnameschätzungen und Patientenanzahl auf Dauer lästig werden.

INFO

Globalzession zur Kreditabsicherung

Zur Sicherung des Kredits verlangen Banken oft eine Abtretung verschiedener Forderungen in Form der sogenannten Globalzession, bei der der Kunde seine aktuellen und künftigen Forderungen an die Bank abtritt. Nach wie vor aber ist der Mediziner berechtigt, die Zahlungen zu vereinnahmen, damit seine Praxis zu betreiben und seinen Gewinn zu erlangen. Erst wenn der Arzt die Kredite nicht mehr bedienen kann, darf die Bank diesen kündigen und auf die Globalzession zugreifen. Sie kann die Abtretung offenlegen, so dass nicht mehr der

Arzt seine Zahlungen eintreibt, sondern die Bank. Die Internetseite anwalt.de macht darauf aufmerksam, dass die Abtretung von Privatpatienten-Forderungen nicht ohne Weiteres wirksam ist. So habe etwa der Bundesgerichtshof entschieden, dass dem Arzt zumindest so viel verbleiben muss, dass er die Patienten weiter versorgen kann. Vereinnahmung eine Bank alle Zahlungen, so könne der Arzt seinem Versorgungsauftrag nicht mehr nachkommen. Das Wohl des Patienten müsse vorgehen.

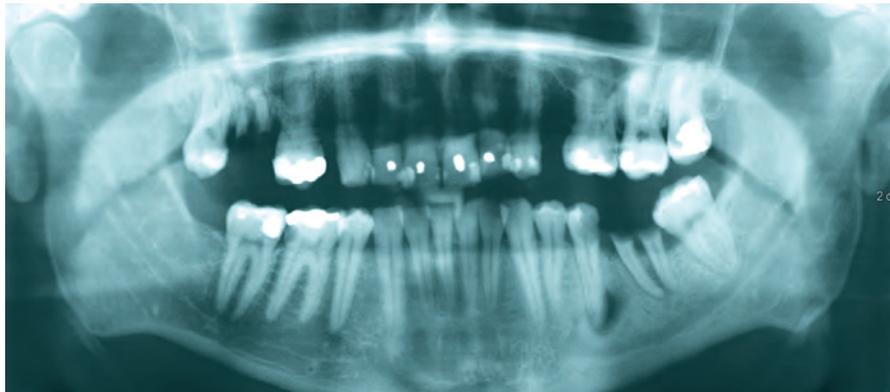
Quelle: www.anwalt.de

Der besondere Fall

Subduralempyem infolge einer odontogenen Infektion

Stefanie Fröbisch, Stefan Schultze-Mosgau

Odontogene Infektionen treten in der Regel lokal begrenzt und selbstlimitierend auf. Liegt eine ausgeprägte Virulenz der Erreger beziehungsweise eine reduzierte Abwehrlage des Patienten aufgrund von Komorbiditäten vor, ist eine Ausbreitung der Entzündung per continuitatem entlang anatomischer Strukturen oder auch im Sinne einer hämatogenen Dissemination möglich. Eine entsprechend resultierende auf- beziehungsweise absteigende Infektion stellt eine lebensbedrohliche Notfallsituation dar, die frühzeitig erkannt werden muss und ein interdisziplinäres Behandlungskonzept erfordert.



Fotos: S. Fröbisch

Abbildung 1: Das Orthopantomogramm zeigt einen chirurgisch, konservierend und prothetisch sanierungsbedürftigen Zahnstatus mit Wurzelresten Regio 17 und 36, multiplen kariösen Läsionen sowie periapikalen Aufhellungen Regio 16 und 35.

Ein 30-jähriger Patient gab anamnestisch erstmals vor etwa zwei Monaten aufgetretene Zahnschmerzen im Oberkiefer rechtsseitig an, die nach einigen Tagen spontan sistierten. Im weiteren Verlauf traten grippeähnliche Symptome mit Schnupfen, leichten Kopfschmerzen und Schwindelgefühl auf. Bei konservativem Ansatz zeigte sich eine Progredienz der Schmerzsymptomatik frontal rechtsseitig mit Druckschmerz beim Vornüberbeugen im Bereich der rechten Kieferhöhle und über dem rechten Auge. Nach Konsultation verschiedener Fachdisziplinen (Hausarzt, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Zahnarzt) erfolgte eine Überweisung des Patienten zum niedergelassenen Oralchirurgen zur Extraktion des Zahnes 16 sowie des Wurzelrests 17 bei Pussekretion aus dem Parodontalspalt und dem Verdacht einer odontogenen Sinusitis maxillaris und

frontalis rechtsseitig. Vor Beginn dieser Behandlung kollabierte der Patient in der Zahnarztpraxis, und es kam zu zweimaligen generalisierten Krampfanfällen, die spontan sistierten. Daraufhin wurde er in der Zentralen Notaufnahme des Universitätsklinikums Jena vorgestellt. Der Patient war wach, kontaktfähig und orientiert ohne fokalneurologisches Defizit, reagierte jedoch auffällig verlangsamt. Paraklinisch bestanden eine Erhöhung des C-reaktiven Proteins auf 97 Milligramm pro Liter sowie Fieber bis 39 Grad Celsius. Das angefertigte Computertomogramm sowie das Magnetresonanztomogramm des Kopfes zeigten einen raumfordernden kontrastmittelaufnehmenden Erguss rechts frontal im Sinne eines subduralen Empyems. Zusätzlich fanden sich eine subtotale Verschattung der Stirnhöhle beidseits, der Ethmoidalzellen rechts betont sowie eine

komplette Verlegung der rechtsseitigen Kieferhöhle mit Kontrastmittel-positivem Erguss. Dies sprach für eine eitrige Sinusitis maxillaris, die odontogen fortgeleitet und nach intrakraniell durchgebrochen schien.

In einer interdisziplinären Operation erfolgte die notfallmäßige Entlastung des subduralen Empyems über eine frontale Kraniotomie rechts durch die Kollegen der Klinik für Neurochirurgie sowie aus mund-, kiefer- und gesichtschirurgischer Sicht die Extraktion der Zähne 17 und 16 mit Entfernung des apikalen Granuloms Regio 16 und scharfer Kieferhöhlenfensterung zur Entlastung des Empyems der Kieferhöhle. Des Weiteren erhielt der Patient eine primär kalkulierte antibiotische Begleittherapie mit Vancomycin, Metronidazol und Ceftriaxon. Diese wurde nach Erhalt des mikrobiologischen Befunds (überwiegend Streptococcus constellatus und Metronidazol-resistente Bacteroides-Stämme) auf Ampicillin/Sulbactam und Ceftriaxon umgestellt. Im postoperativen Verlauf zeigten sich bei täglicher Spülung der Kieferhöhle rückläufige Entzündungsparameter sowie in den Röntgenverlaufskontrollen eine zunehmend verbesserte Transparenz im Bereich des Sinus frontalis beidseits und des Sinus maxillaris rechtsseits mit Rückgang der polypoiden Schleimhautschwellung.

Nachdem sich an drei aufeinanderfolgenden Tagen im Rahmen der Spülung klares Sekret entleerte, erfolgten die operative Entfernung des noch vorhandenen Granulationsgewebes und eine lokalplastische Deckung der Kieferhöhle rechtsseitig. Zusätzlich wurde der Wurzelrest Regio 36 entfernt.

Auch das Magnetresonanztomogramm zeigte im Verlauf einen Rückgang der entzündlichen Veränderungen im Bereich des Frontalhirns, so dass der Patient nach einem stationären Aufenthalt von 23 Tagen in eine Rehabilitationsklinik verlegt wurde. Die Antibiose wurde aus neurochirurgischer Indikation oral für weitere acht Wochen fort-

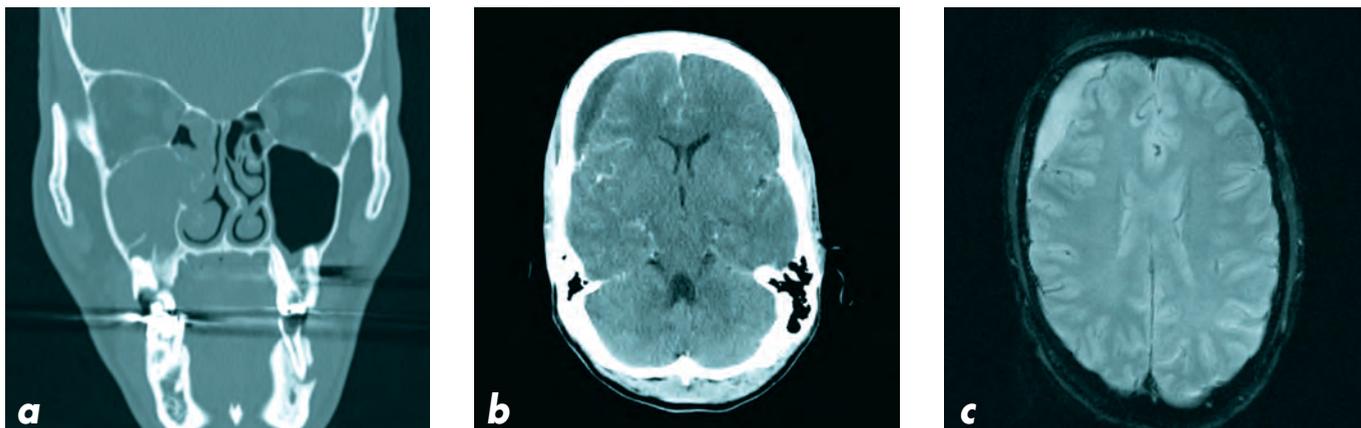


Abbildung 2: Das koronare CT / Knochenfenster (a) zeigt eine komplette Verlegung der Kieferhöhle und eine subtotale Verschattung der Ethmoidalzellen rechtsseitig. Das axiale CT / Weichteilfenster (b) sowie das MRT zeigen einen raumfordernden kontrastmittelaufnehmenden Erguss rechts frontal im Sinne eines subduralen Empyems.

geführt und der Patient anschließend ohne Anhalt eines verbleibenden neurologischen Defizits und bei Beschwerdefreiheit im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich stufenweise in seine berufliche Tätigkeit wieder eingegliedert.

Die abschließende Röntgenverlaufskontrolle belegt eine vollständige Ausheilung der Sinusitis maxillaris und frontalis beidseits. Eine konservierende Versorgung und die Planung der prothetischen Rehabilitation wurden beim Hauszahnarzt des Patienten begonnen.

Diskussion

Unbehandelt können odontogene Infektionen in seltenen Fällen als Folge einer aufsteigenden Infektion nach intrakraniell fortgeleitet

werden und zu lebensbedrohlichen Komplikationen im Sinne eines Epiduralemphyems, eines Subduralemphyems oder eines Hirnabszesses führen. Während dentogene Kieferhöhlenabszesse keine Seltenheit darstellen, ist eine Fortleitung dieser nach intrakraniell in der Literatur nur spärlich beschrieben [Nathoo et al., 1999; Sprott et al., 1981]. Bei der größten publizierten Studie mit 699 Fällen bezüglich des Auftretens eines Subduralemphyems waren lediglich fünf dieser Fälle (0,7 Prozent) als Folge einer odontogenen Infektion zu verzeichnen. Häufigste Ursache eines Subduralemphyems stellten mit etwa 65 Prozent rhinogene Sinusitiden dar, gefolgt von Meningitiden, Otitiden und Traumatata [Nathoo et al., 1999]. In 62 Prozent der Fälle waren Männer in der zweiten und in der dritten Lebensdekade betroffen.

In der Mehrzahl der beschriebenen Fälle mit Fortleitung nach intrakraniell ist eine Beteiligung des Sinus frontalis belegt [Kanu et al., 2011]. Es besteht die Vermutung, dass die erhöhte Komplikationsrate beim Auftreten einer Sinusitis im Erwachsenenalter durch die fortgeschrittene Pneumatisierung der Stirnhöhle und eine ausgeprägte Vaskularisierung der Spongiosa des Schädelknochens durch die Venae diploicae begünstigt wird [Fountas et al., 2004]. Als klinische Symptome werden plötzlich auftretende lokalisierte oder generalisierte Kopfschmerzen, Fieber, Übelkeit, Erbrechen, Bewusstseinsstrübung, Krampfanfälle, Hirnnervenausfälle, kontralaterale Hemiparesen und Aphasie beschrieben [Silverberg et al., 1985; Fountas et al., 2004]. Als prädisponierende Faktoren für Komplikationen im Rahmen einer odontogenen

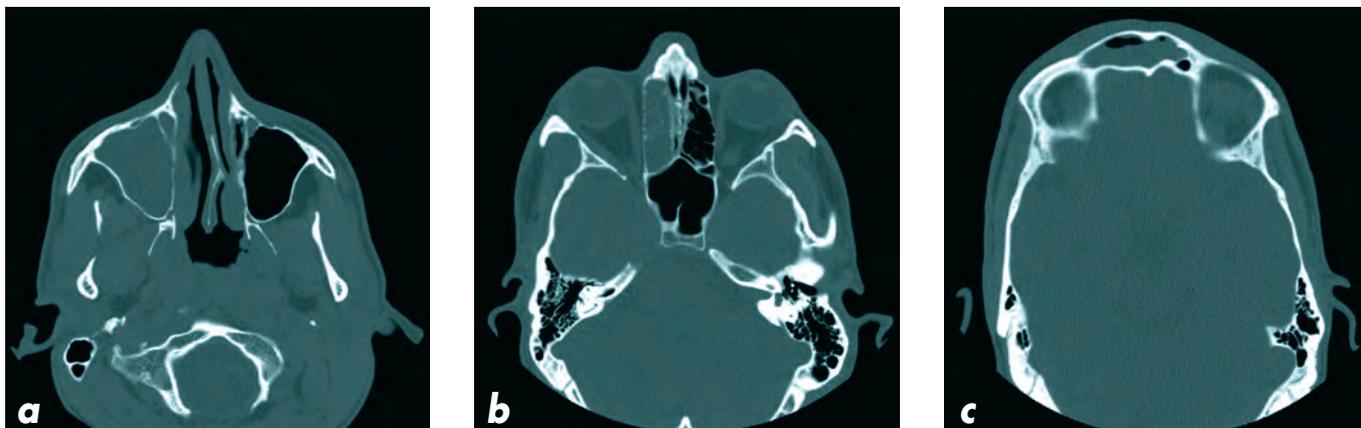


Abbildung 3: Die axialen Schichten des CT (a bis c) verdeutlichen die aufsteigende dentogene Infektion über Sinus maxillaris rechtsseitig, Cellulae ethmoidales rechtsbetont und Sinus frontalis beidseitig.

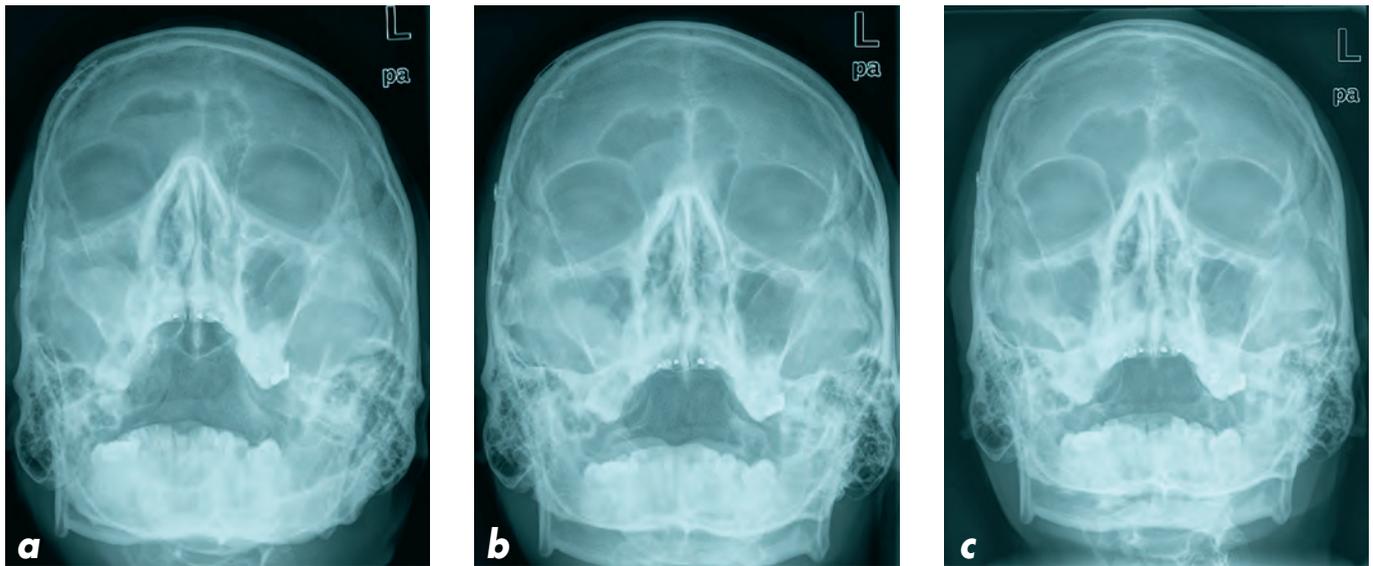


Abbildung 4: Nasennebenhöhlenaufnahmen (a bis c) mit zunehmend verbesserter Transparenz im Bereich des Sinus frontalis beidseitig und des Sinus maxillaris rechtsseitig mit Rückgang der polypösen Schleimhautschwellung nach Empyementlastung und bei täglicher Spülung der Kieferhöhle rechts.

Infektion werden in der Literatur neben den Wirtsfaktoren (Alter, Systemerkrankungen, Immunsuppression, Mangelernährung, Alkoholabusus, Nikotinabusus, Drogenabusus) auch lokale anatomische Voraussetzungen und soziale Umstände des Patienten diskutiert [Green et al., 1996; Wong et al., 2000; Chidzonga et al., 2005; Riggio et al., 2007]. Da bei dem genannten Patienten kein Anhalt einer systemischen Erkrankung oder Immuninkompetenz besteht, ist von einer hohen Virulenz der Erreger, ungünstigen lokalen anatomischen Voraussetzungen in Kombination mit Nikotinabusus und reduzierter Compliance des Patienten als Ursache des fulminanten Verlaufs der odontogenen Infektion auszugehen.

Die Diagnostik erfolgt anhand klinischer und radiologischer Untersuchungen, wobei die Spezifität der Magnetresonanztomografie mit 97 Prozent, der Computertomografie mit 87 Prozent und der klinischen Untersuchungen mit 82 Prozent angegeben wird. Die Sensitivität der Computertomografie und der Magnetresonanztomografie für die Erkennung intrakranieller Abszesse liegt bei 92 beziehungsweise 100 Prozent [Younis et al., 2002]. Hierbei bietet das Computertomogramm die beste Darstellung knöcherner Strukturen sowie die kostengünstigste Möglichkeit zur Diagnostik eines intrakraniellen Abszesses. Das Magnetresonanztomogramm dient jedoch der Unterscheidung zwischen einem epiduralem und einem subduralem

Empyem sowie der Darstellung einer möglichen Verbindung zu benachbarten extrakraniellen Strukturen [Fountas et al., 2004; Pradilla et al., 2009] und gilt somit als diagnostisches Mittel der Wahl [Brennan et al., 1995].

Die Behandlung sich ausbreitender odontogener Infektionen folgt einem allgemein anerkannten Protokoll, das die Eliminierung der Entzündungsursache, die Drainage des Abszesses und eine hoch dosierte antibiotische Begleittherapie umfasst. Hierbei ist initial eine kalkulierte, parenteral applizierte Stoffkombination mit breitem Wirkspektrum im aeroben und im anaeroben Bereich sowie mit adäquater Penetration in das Zentralnervensystem indiziert [Savitz et al., 1988].

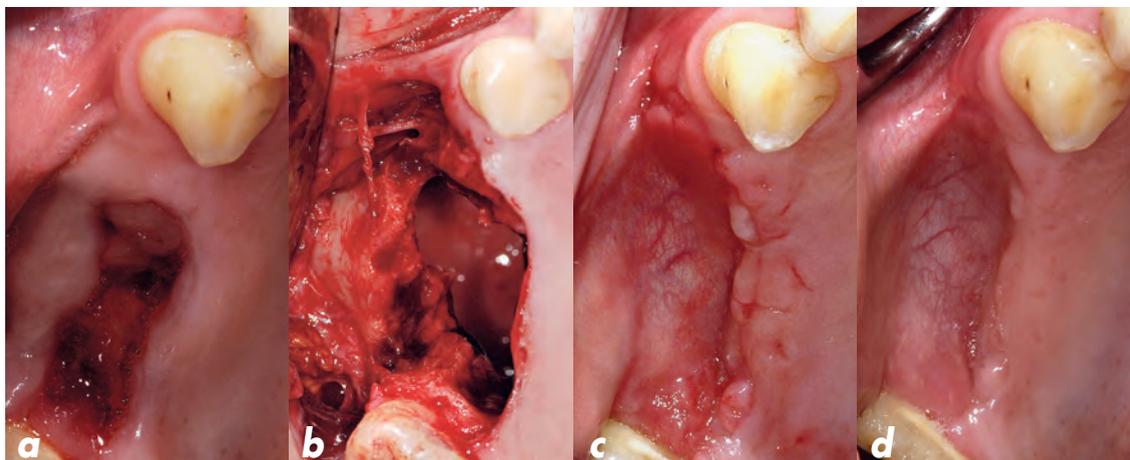


Abbildung 5: Klinische Situation vor (a), bei (b), zehn Tage nach (c) und vier Wochen nach (d) selektiver Kieferhöhlenrevision und lokalplastischer Deckung der rechtsseitigen Kieferhöhle



Abbildung 6: Das Orthopantomogramm (a) und die Nasennebenhöhlenaufnahme (b) im Rahmen der postoperativen Röntgenverlaufsuntersuchung zeigen einen physiologischen Befund des Sinus maxillaris und frontalis beidseits sowie einen Rückgang der periapikalen Aufhellung Regio 35 nach begonnener endodontischer Behandlung durch den Hauszahnarzt.

Nach mikrobiologischer Untersuchung und Erstellung eines Antibiotogramms erfolgt die entsprechende resistenzgerechte Umstellung der Antibiose. Aus neurochirurgischer Sicht ist eine Fortführung dieser für einen Zeitraum von bis zu acht Wochen in Abhängigkeit des Therapieverlaufs empfohlen [Kombogiorgas et al., 2007]. Bei odontogenen Infektionen folgt die Wahl des Antibiotikums den aktuellen Empfehlungen der Paul-Ehrlich-Gesellschaft [Lode et al., 2006; Scholz et al., 2002]. In diesem Sinne wird bei Erwachsenen die Kombination eines Aminopenicillins und eines Beta-Lactamase-Inhibitors empfohlen [Lode et al., 2006; Al-Nawas, 2002]. Bei bestimmten Resistenzlagen hat sich zusätzlich

die parenterale Applikation von Ceftriaxon bewährt [Boffano et al., 2011].

Die Mortalitätsrate ist in der Literatur trotz frühzeitiger chirurgischer Intervention mit etwa zwölf Prozent angegeben [Nathoo et al., 1999].

Eine frühzeitige Diagnosestellung, eine aggressive chirurgische Intervention mit Beseitigung der Entzündungsursache sowie eine resistenzgerechte, hoch dosierte, intravenös applizierte Antibiose sind bei der Behandlung einer dentogen fortgeleiteten Infektion mit Ausbildung eines Subduralempyems zur Vermeidung anhaltender neurologischer Defizite entscheidend [Nathoo et al., 1999].

Tipps für die Praxis

- Auch bei jungen Patienten ohne Komorbiditäten ist bei ausgeprägter Virulenz der Erreger und bei ungünstigen lokalen Voraussetzungen ein fulminanter Verlauf odontogener Infektionen möglich.
- Als Symptome einer aufsteigenden Infektion gelten plötzlich auftretende lokalisierte oder generalisierte Kopfschmerzen, Fieber, Übelkeit, Erbrechen, Bewusstseinstörungen, Krampfanfälle, Hirnnervenausfälle, kontralaterale Hemiparesen und Aphasie.
- Bei der Therapie fortgeleiteter odontogener Infektionen sind eine frühzeitige Einweisung in eine entsprechende Fachklinik zwecks konsequenter chirurgischer Intervention und eine hoch dosierte antibiotische Begleittherapie prognostisch entscheidend.

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



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

Differenzialdiagnose von Schwellungen des Alveolarkammes

Extraossäres Ameloblastom

Maximilian Krüger, Peer Kämmerer, Christian Walter

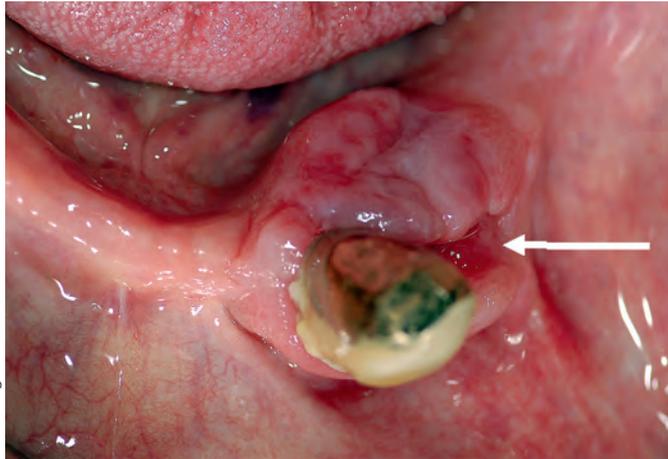


Abbildung 1:
Klinisches Bild zum Zeitpunkt der Erstvorstellung bei Zustand nach Probeexzision (Pfeil) durch den Überweiser:
Zu erkennen ist eine rötlich-gräuliche Gewebsvermehrung distal des gelockerten Zahnes 33.

Fotos: Krüger/Kämmerer/Walter

Ein 86-jähriger Patient wurde mit Mundschleimhautveränderung distal des letzten Zahnes 33, dem Alveolarkamm aufliegend (Abbildung 1), nach Überweisung durch seinen Hauszahnarzt vorstellig.

Allgemeinanamnestisch gab der Patient neben multiplen kardiovaskulären Erkrankungen die Resektion eines malignen Melanoms am Rücken zwei Jahre zuvor an.

In der klinischen Untersuchung zeigte sich eine – bei ansonsten unauffälliger Mundschleimhaut – etwa ein mal ein Zentimeter große, leicht rötlich-gräuliche, nicht druckschmerzhafte, derbe Weichgewebsvermehrung ohne Ulzeration mit einzelnen faltigen Einziehungen an der Oberfläche.

Der in unmittelbarer Nachbarschaft stehende Zahn 33 war avital und zweitgradig gelockert. Sensibilitätsstörungen im Ausbreitungsgebiet des Nervus alveolaris inferior bestanden nicht.

Korrespondierend zum klinischen Befund lag in der Panoramaschichtaufnahme eine glatte, partiell sklerotisch abgegrenzte, wannenförmige Osteolyse crestal in regio 34 vor (Abbildung 2).

In einer bereits zur Erstvorstellung vorliegenden Histologie war die Diagnose eines Ameloblastoms gestellt worden.

In einem operativen Eingriff wurden der nicht erhaltungswürdige Zahn 33 extrahiert

und das Ameloblastom unter Glättung der Knochenkanten exziiert.

In der histopathologischen Aufbereitung zeigte sich ein teils trabekulär, teils solide wachsender Tumor mit Ausbildung polygonaler, unregelmäßig verzweigter konfluierender Zellnester, die mit breiter Invasionsfront an den basal gelegenen Knochen heranreichten und diesen oberflächlich erodierten, aber nicht infiltrierten (Abbildungen 3 und 4). Gegenüber der Schleimhaut entstand der Eindruck als fusionierten die neoplastischen Proliferate mit dem Oberflächenepithel der Gingiva beziehungsweise schienen von diesem auszugehen.

Diskussion

Das Ameloblastom ist ein langsam wachsender, lokal invasiver, odontogener Tumor, den die WHO unter anderem aufgrund des



Abbildung 2:
In der präoperativ durchgeführten Panoramaschichtaufnahme zeigt sich eine wannenförmige, glatt begrenzte Osteolyse distal des Zahnes 33 mit direktem Kontakt zum Eckzahn.



unterschiedlichen klinischen und prognostischen Verhaltens in das solide oder multizystische, das desmoplastische, das unizystische und das, wie in diesem Fall vorliegende, periphere Ameloblastom unterteilt [Barnes et al., 2005; Reichart et al., 2004].

Für das periphere Ameloblastom werden in der Literatur zahlreiche Synonyme gebraucht wie zum Beispiel das extraossäre, das Weichgewebsameloblastom oder auch das gingivale Ameloblastom. In der Gruppe der Ameloblastome, die insgesamt zu den häufigsten odontogenen Tumoren gehören, stellt das periphere Ameloblastom mit nur etwa zwei Prozent den kleinsten Anteil unter den Ameloblastomen und ist, für sich gesehen, eine relativ seltene Tumorart [Reichart and Philipsen, 2004].

Der Erkrankungsgipfel liegt zwischen der fünften bis siebenten Lebensdekade mit Präferenz für das männliche Geschlecht [Reichart and Philipsen, 2004].

Aufgrund des klinischen Erscheinungsbildes wird das periphere Ameloblastom bis zur definitiven histologischen Untersuchung häufig als Epulis oder als peripheres odontogenes Fibrom fehlinterpretiert. Eine eindeutige Diagnose lässt sich nur durch die histologische Untersuchung stellen. Typisch

Fotos: Babaryka

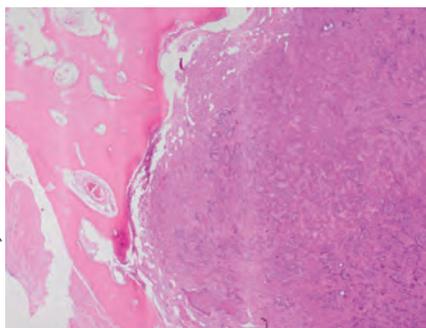


Abbildung 3: In der Übersichtsaufnahme ist rechts der Tumor zu erkennen, der den Knochen links arrodiiert, ohne ihn zu infiltrieren.

[Die histopathologischen Präparate wurden freundlicherweise von Dr. Gregor Babaryka zur Verfügung gestellt.]

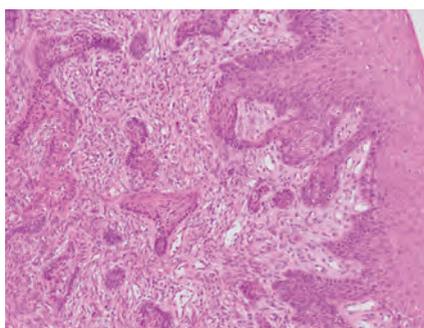


Abbildung 4: Die histologische Übersicht zeigt den deutlichen Bezug des Ameloblastoms links zum Oberflächenepithel rechts. Es wirkt, als wachse das Ameloblastom aus der Gingiva heraus beziehungsweise in sie hinein. Zu erkennen sind kleine Zellnester mit palisadenförmiger Anordnung der Kerne.

sind ein follikuläres und ein plexiformes Wachstumsmuster mit konfluierenden Zellnestern odontogenen Gewebes mit meist palisadenförmiger Abgrenzung gegenüber dem Bindegewebe. In der mikroskopischen Ansicht erweckt der Tumor den Anschein, als ginge er vom Epithel aus. Eine Knochenarrosion kann auftreten, bei einer ossären Infiltration kann der Tumor nicht mehr als peripheres Ameloblastom gewertet werden.

Fazit für die Praxis

- Das periphere/extraossäre Ameloblastom ist ein selten vorkommender Typ des Ameloblastoms.
- Das periphere Ameloblastom liegt dem Alveolarkamm auf, kann diesen arrodieren, aber nicht infiltrieren.
- Das typische radiologische Bild des peripheren Ameloblastoms ist die wannenförmige Osteolyse des Alveolarkamms.
- Therapie der Wahl ist die konservative Exzision des Tumors.

Im Gegensatz zum soliden/multizystischen Ameloblastom, das infiltrativ wächst, wird beim peripheren Ameloblastom therapeutisch die lokale Exzision empfohlen, ohne dass größere Anteile des Knochens mit entfernt werden müssten. Maligne periphere Ameloblastome beschränken sich in der Literatur auf nur einzelne Fallberichte [Reichart and Philipsen, 2004]. Bei einer zu den anderen Ameloblastomvarianten vergleichsweise niedrigen Rezidivrate von 16 bis 19 Prozent ist die postoperative Nachsorge dennoch obligat.

Der vorliegende Fall verdeutlicht die Wichtigkeit, unklare Befunde histologisch abzuklären. Erst mit dem Wissen der richtigen Diagnose ist eine adäquate Therapie möglich.

Dr. Maximilian Krüger
 Dr. Dr. Peer Kämmerer
 PD Dr. Dr. Christian Walter
 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und
 Gesichtschirurgie – Plastische Operationen
 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-
 Universität Mainz
 Augustusplatz 2
 55131 Mainz
 walter@mkg.klinik.uni-mainz.de

Literatur

Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D (2005): World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. ed. Lyon: IARC Press.

Reichart P, Philipsen HP (2004): Odontogenic Tumors and Allied Lesions. ed. London: Quintessence.



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

Die klinisch-ethische Falldiskussion

Kollegialer Umgang zwischen Kieferorthopädin und Zahnarzt

Gereon Schäfer, Brigitte Utzig, Hans-Otto Bermann, Dominik Groß

Der nachfolgende Fall widmet sich der Frage nach dem angemessenen kollegialen Verhalten einer Kieferorthopädin gegenüber dem vorbehandelnden Hauszahnarzt in Anbetracht (vermeintlich) unzureichender Maßnahmen.



Sollte die betreffende Fachzahnärztin den Patienten zur nötigen konservierenden Versorgung an den Hauszahnarzt zurück überweisen – ungeachtet der Befürchtung, dass dieser keine fachgerechte Sanierung durchführen wird? Wie sollte in einem solchen Fall die Kommunikation mit dem Hauszahnarzt und mit dem Patienten ablaufen? Und ist es begründbar oder vielleicht sogar geboten, trotz der (noch) unversorgten kariösen Defekte eine kieferorthopädische Behandlung zu beantragen?

Der Fallbericht:

TS, ein 17-jähriger, gesetzlich versicherter junger Mann mit tadellosem Auftreten, stellt sich in Begleitung seiner Mutter erst-

mals in der Gemeinschaftspraxis der Dres. K vor. Herr Dr. FK behandelt allgemein Zahnärztlich, seine Frau Dr. EK kieferorthopädisch. Die Untersuchung von TS durch EK ergibt nicht nur einen kieferorthopädischen Behandlungsbedarf – weshalb der Patient eigentlich überwiesen wurde –, sondern offenbart auch kariöse Läsionen an ausnahmslos allen Molaren und Prämolaren, die zum Teil in die Tiefe gehen und mit Substanzverlusten verbunden sind. Zwei Zähne besitzen Füllungen, die offensichtlich ohne gründliche Exkavation der Karies gelegt

wurden. Versiegelungen sind nicht vorhanden. TS und seine Mutter versichern, dass er seit frühester Kindheit regelmäßig jedes halbe Jahr den Hauszahnarzt HH besucht habe. Er habe allerdings „immer mal wieder“ Schmerzen gehabt. Die individualprophylaktischen Maßnahmen, die TS noch in derselben Sitzung demonstriert werden, sind diesem nach eigenem Bekunden „vollkommen neu“. EK sieht in der Beantragung und der Durchführung der kieferorthopädischen Therapie mit MBB-Apparatur des Patienten kein Problem. Sorgen machen ihr aber die zahlreichen unversorgten kariösen Defekte – umso mehr, als sie sich zum wiederholten Mal mit insuffizienten Behandlungsmaßnahmen von HH konfrontiert sieht.

EK überlegt: Soll sie den Patienten zur nötigen konservierenden Versorgung zum Hauszahnarzt zurück überweisen – trotz der Befürchtung, dass dieser keine fachgerechte Sanierung durchführen wird? Oder darf EK den Patienten explizit bitten, sich bei einem anderen Kollegen – oder gar in der eigenen Gemeinschaftspraxis – therapieren zu lassen? Welches Licht würde gerade der letztgenannte Vorschlag unter dem Aspekt der zahnärztlichen Kollegialität auf EK werfen? Und sollte sie mit dem Patienten fairerweise besprechen, dass ein niedergelassener Zahnarzt eventuell nicht alle Seitenzähne in einem Quartal behandeln wird, auch wenn die Sanierung im vorliegenden Fall sehr dringend ist? Sollte EK die kieferorthopädische Behandlung trotz der zahlreichen kariösen Defekte jetzt schon beantragen, da die Therapie im Rahmen der GKV beim volljährigen Patienten nicht mehr beantragt werden kann?

Dominik Groß



Foto: hatti – Fotolia.com

Eine Frage der Fairness: Die Kieferorthopädin sollte dem Patienten nahelegen, einen Zahnarzt aufzusuchen, der ihn schnell und effektiv versorgt. Denn der Patient hat einen Anspruch auf eine zahnärztliche Behandlung. So wird es im SGB V Kap. 3 § 11 und § 27 formuliert.

Kommentar 1

Die Kieferorthopädin Dr. EK wird mit einem Problem konfrontiert, das die meisten Kollegen in ähnlicher Konstellation sicherlich schon erlebt haben:

Ein äußerlich gepflegter 17-jähriger Patient mit multipler Karies im Seitenzahnbereich stellt sich zur kieferorthopädischen Beratung vor und berichtet anamnestisch von regelmäßigen Zahnarztbesuchen seit frühester Kindheit. Zusammen mit den weiteren Hinweisen (fehlende Versiegelungen, zwei Zähne mit Karies unter der Füllung, rezidivierende Schmerzen, keine Kenntnisse des Patienten über adäquate Mundhygienemaßnahmen, Überweisung ähnlicher Fälle durch den Kollegen) drängt sich bei EK der Verdacht auf, dass der betreuende Hauszahnarzt HH seine zahnärztlichen Pflichten seit Jahren vernachlässigt.

Auf der anderen Seite stellt ein zahnärztlicher Befund eine Momentaufnahme dar, die keine verlässlichen Informationen über den Verlauf der Behandlung und der früheren Zahnarzt-Patienten-Kontakte bietet.

In der Tat liefert der Fallbericht Hinweise und vor allem Lücken, die die Situation vollkommen anders deuten ließen. So könnte die Tatsache, dass sich der Patient TS erst mit 17 Jahren zur kieferorthopädischen Beratung vorstellt, umgekehrt ein Indiz dafür sein, dass sich dessen Interesse an der eigenen Mundgesundheit möglicherweise erst in jüngster Vergangenheit entwickelt hat und die Compliance bis dahin – positiv ausgedrückt – nur unzureichend war.

Vielleicht hat TS die IP-Sitzungen bislang teilnahmslos über sich ergehen und lediglich sichtbare kariöse Defekte im Frontzahnbereich behandeln lassen. Haben sich die Eltern wirklich um die Mundgesundheit ihres Sohnes gekümmert? Was haben sie unternommen, wenn wiederholt Zahnschmerzen aufgetreten sind? Sind die beiden Zähne, die Karies unter der Füllung aufweisen, etwa das Ergebnis einer zweizeitigen CP-Behandlung, bei der die geplante Revision nie stattgefunden hat? Warum dachten die Eltern nicht früher an einen kieferorthopädischen Behandlungsbedarf, zumal das

Thema bei 11- bis 14-jährigen quasi omnipräsent ist? Oder haben sie in der Vergangenheit sogar eine kieferorthopädische Behandlung ihres Sohnes verhindert und geben nun dem Druck des erwachsen werdenden 17-jährigen nach?

Durchaus nachvollziehbar wäre, dass eigene Versäumnisse in der anamnestischen Schilderung zu Unrecht dem Hauszahnarzt angelastet werden. Wenn EK von ihrem Kollegen HH bereits mehrfach ähnliche Patienten überwiesen bekam, könnte dies auch mit einer besonderen Patientenstruktur der betreffenden Praxis zusammenhängen.

Bereits diese kurze Schilderung zeigt, dass die im Fallbericht dargestellte Situation eine objektive Beurteilung der fachlichen Kompetenz des Kollegen HH ohne weitere Anstrengungen nicht zulässt. Kollegialität setzt fachliche Kompetenz voraus.

Im Kontext der zahnärztlichen Berufsausübung wird Kollegialität vor allem negativ definiert – dadurch, was nicht kollegial ist (Bundeszahnärztekammer 2010, Musterberufsordnung § 8):

■ herabsetzende Äußerungen über die Person, die Behandlungsweise oder das berufliche Wissen eines Kollegen

■ Verdrängung eines Kollegen aus seiner Behandlungstätigkeit durch unlautere Handlungen

■ Ausdehnung einer Vertretung, einer Notfall- oder Überweisungsbehandlung oder einer Begutachtung über den begrenzten Auftrag und die notwendigen Maßnahmen hinaus.

Umgekehrt kann die Kritik an einem Kollegen, dessen Handeln (oder Nicht-Handeln) nicht mit der Fachkompetenz vereinbar ist, nicht unkollegial sein. Diese Kritik ist sogar – um der Kollegialität willen – erforderlich. Unter den gegebenen Umständen stellt EK allerdings die fachliche Kompetenz von HH aufgrund einseitiger Wertungen und Vorannahmen in Frage, ohne dessen Tätigkeit nach objektiven Kriterien zu beurteilen und die Komplexität der Zahnarzt-Patient-Beziehung zu berücksichtigen.

Um sich einen objektiven Überblick über die Krankengeschichte und die Behandlungssituation zu verschaffen, sollte EK vielmehr mit dem überweisenden Kollegen kommunizieren und die offenen Fragen klären. Erst dann kann sie beurteilen, ob HH den Patienten TS fachgerecht behandelt hat oder nicht. Das Gespräch wird ihr aber auch wichtige Hinweise zur Einschätzung der Compliance ihres Patienten geben.

Sollte HH im vorliegenden Fall bestätigen, dass TS seit Jahren regelmäßig bei ihm in Behandlung ist, und sollte er darüber hinaus die Ansicht vertreten, dass bei TS kein konservierender Behandlungsbedarf besteht, läge tatsächlich eine konflikthafte Situation vor.

Im Folgenden soll von eben dieser Situation ausgegangen werden. Welche Verpflichtungen hätte EK bei dieser Sachlage gegenüber ihrem Patienten? Eine Betrachtung des geschilderten Falles anhand der Prinzipien mittlerer Reichweite soll helfen, die unterschiedlichen Aspekte herauszustellen (Beauchamp/Childress, 2009):

Im Hinblick auf den **Respekt vor der Patientenautonomie** schuldet sie TS die vollständige Aufklärung über die erhobenen Befunde und über die daraus resultierenden

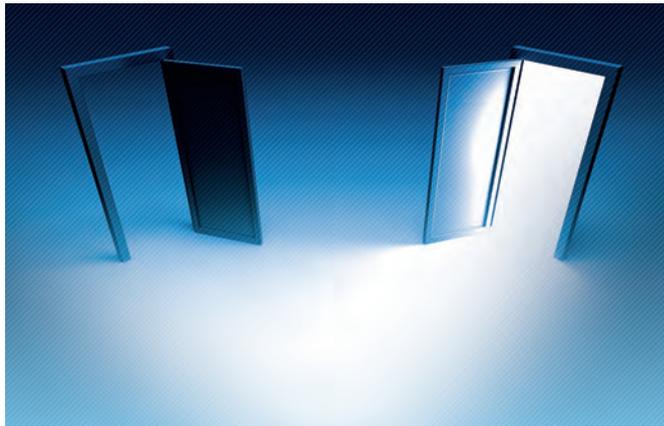


Foto: soulofautumn – Fotolia.com/Meinardus-zm

Die nächste Tür ist nicht immer die richtige: Von der konservierenden Behandlung in der eigenen Gemeinschaftspraxis ist dringend abzu-sehen. Zu groß ist die Gefahr der unterstellten Abwerbung.

notwendigen therapeutischen Maßnahmen. Ebenfalls ist der Patient darüber zu informieren, dass die kontinuierliche eigene Mitarbeit eine Grundvoraussetzung für eine kieferorthopädische Behandlung ist. Hierzu gehört auch eine dauerhaft etablierte ausreichende Mundhygiene (Bundesausschuss, 2003). Schließlich muss EK den Patienten darauf hinweisen, dass sich die gesetzliche Krankenkasse nur dann an den Kosten der kieferorthopädischen Behandlung beteiligt, wenn diese vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wird (Bundesausschuss, 2003). Hierbei sollte sie auch das Versäumnis des Patienten (beziehungsweise das der Eltern) ansprechen, die kieferorthopädische Beratung nicht rechtzeitig in Anspruch genommen zu haben, und ihn darüber aufklären, dass sich bei der Behandlungsplanung

aus medizinischen Gründen (etwa Etablierung der Mundhygiene, Vorbehandlung der kariösen Zähne) Verzögerungen einstellen können, die möglicherweise zum Verlust des Krankenkassenzuschusses führen.

Im Hinblick auf die Notwendigkeit der konservierenden Vorbehandlung muss sie den Patienten über die Aussage des Hauszahnarztes HH in Kenntnis setzen, dass dieser im Gegensatz zu ihr keinen Behandlungsbedarf sieht. Da HH die objektiv gebotene Therapie verweigert, sollte EK ihrem Patienten TS nahelegen, einen anderen Zahnarzt aufzusuchen. Hierzu ist sie nach dem **Prinzip der Benefizienz** verpflichtet. Eine solche Empfehlung stellt keine unkollegiale Handlung dar, da HH objektiv nachvollziehbar seine zahnärztliche Pflicht verletzt, denn: Der Patient hat einen Anspruch auf zahnärztliche Behandlung, der formuliert ist in SGB V Kap. 3 (Leistungen der Krankenversicherung) in § 11 und § 27. „Diese Leistungen sind den Versicherten nicht nur ‚in natura‘ zu gewähren, sondern auch schnell und effektiv. Das hebt § 17 SGB I für alle Versicherungsträger besonders hervor“ (Plagemann/Niggehoff, 2000).

Ob die kieferorthopädische Behandlung geplant und beantragt werden soll, obwohl noch unversorgte kariöse Defekte vorliegen, lässt sich anhand der **Prinzipien der Benefizienz** und der **Non-Malefizienz** erörtern: Auch die Kieferorthopädin steht in der Pflicht, ihrem Patienten eine indizierte und notwendige Behandlung zukommen zu lassen, sofern dessen Mitarbeit gewährleistet ist. Eine abgeschlossene Versorgung

INFO Glossar

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

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

der kariösen Läsionen als Voraussetzung für die Beantragung einer kieferorthopädischen Behandlung wird in den kassenzahnärztlichen Richtlinien nicht vorgegeben (Bundesausschuss, 2003). Daher ließe sich eine Verzögerung der Antragstellung allenfalls für den Fall begründen, dass die kieferorthopädische Planung von der Erhaltungsfähigkeit einzelner Zähne abhängt. Die Fallbeschreibung liefert jedoch keine Hinweise dafür, dass der Erhalt einzelner Zähne gefährdet ist. Solange nicht zwingende medizinische Gründe vorliegen, Planung und Antragstellung auf die Zeit nach Vollendung des 18. Lebensjahres zu verschieben, würde dem Patienten ein unnötiger finanzieller Schaden zugefügt.

Allerdings darf die Ausschlussregelung umgekehrt nicht dazu führen, dass die Kieferorthopädin wegen der Frist auf die notwendige Sorgfalt in der Planung verzichtet und hierdurch dem Patienten ein gesundheit-

licher Schaden droht. In diesem Fall hätte sich der Patient durch die zu späte Konsultation der Kieferorthopädin den finanziellen Schaden selbst zuzuschreiben. Das **Prinzip der Gerechtigkeit** erfordert vielmehr eine Gleichbehandlung von gesetzlich Versicherten im Hinblick auf die vorgegebenen Richtlinien der Behandlung.

Wie sollte sich die Zahnärztin gegenüber dem überweisenden Zahnarzt verhalten? Zunächst sollte EK den überweisenden Zahnarzt HH über die erhobenen Befunde und die empfohlene Therapie schriftlich in Kenntnis setzen. Mit Verweis auf das Telefongespräch und seine Weigerung, die notwendige konservierende Behandlung durchzuführen, sollte sie dabei auch ihre Überweisung des Patienten TS an einen weiteren Kollegen ankündigen.

In diesem Zusammenhang ist auch die Frage nach dem Umgang mit der Rationierung anzusprechen, die zwar gegenüber der

Öffentlichkeit von der Politik und Vertretern der GKV bisweilen geleugnet wird, mit der aber de facto jeder Kassenzahnarzt konfrontiert ist: Die Sanierung sämtlicher Seitenzähne in einem Quartal würde im Normalfall den Fallkostendurchschnitt des behandelnden Zahnarztes derart in die Höhe treiben, dass für ihn Regressforderungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung wahrscheinlich würden, obwohl die individuelle Behandlung selbst nicht unwirtschaftlich wäre. Würden die Füllungen aber über einen längeren Zeitraum verteilt, wäre das gleichbedeutend mit dem Zustand, den die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht als „unerwünschte Einwirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis“ beschreibt: „Rationierung führt zu einer Beeinträchtigung des medizinischen Standards.“ Es heißt dort weiter „[...] Patienten müssen über bestehende Differenzen zwischen ökonomischen Vorgaben im sozialrechtlichen

Bereich und dem medizinisch gebotenen Standard vom behandelnden Arzt informiert werden.“ (DGMR, 2003).

Auf keinen Fall sollte der Patient in der eigenen Gemeinschaftspraxis konservierend behandelt werden. Denn damit signalisierte EK allen Kollegen im Einzugsbereich, dass überwiesene Patienten „abgeworben“ würden. Dieses Handeln würde das Vertrauensverhältnis zwischen der kieferorthopädischen Praxis und den Überweisern und damit die eigene wirtschaftliche Grundlage langfristig gefährden.

Da Kollege HH offensichtlich wiederholt und objektivierbar die notwendige fachgerechte Behandlung seiner eigenen Patienten unterlässt, ist im Interesse der Patienten, aber auch der Zahnärzteschaft zu überprüfen, ob HH noch über die physische und psychische Befähigung zur Ausübung der zahnärztlichen Tätigkeit verfügt. Daher sollte EK den Vorfall bei der zuständigen Zahnärztekammer schildern.

Gereon Schäfer und Brigitte Utzig



Kommentar 2

Im vorliegenden Fall scheinen zwei Aspekte diskussionsbedürftig – zum einen das angemessene Verhalten gegenüber einem fachlich kritikwürdigen Kollegen und zum anderen die Frage, ob sich ärztliches Handeln an Erstattungs-Normen orientieren darf.

Es scheint sinnvoll, bei der nachfolgenden ethischen Analyse die vier Prinzipien nach Beauchamp/Childress (2009) anzuwenden:

Respekt vor der Autonomie des Patienten:

Der Patient kann nur autonom oder selbstbestimmt handeln, wenn er über die gestellte/n Diagnose/n vollständig informiert ist. Insofern ist es die unabdingbare Pflicht des Arztes, über alle Befunde zu informieren, die für ein autonomes Handeln notwendig sind.

Nichtschadensgebot:

Nicht über die Diagnose aufzuklären und zu einer fachgerechten Therapie zu raten, würde dem „Nicht-Schadens-Prinzip“ zuwiderlaufen. In diesem Fall besteht also eine Pflicht zur Aufklärung.

Gebot des Wohltuns:

Gemessen an den Unannehmlichkeiten einer Karies-Therapie sind die Unannehmlichkeiten, die eine Nichtbehandlung nach sich ziehen würde, ungleich höher einzuschätzen. Das heißt, dass das dringliche Anraten einer lege artis durchgeführten Therapie bei allen Unannehmlichkeiten alternativlos ist.

Gerechtigkeit/Fairness:

Zum Ersten stellt sich hier die Frage danach, wie weit Kollegialität gehen oder eingefordert werden darf:

Angesichts der Erfahrungen, die der Behandler mit dem Hauszahnarzt gemacht hat und dem, was der Patient und seine Mutter berichten, darf das Bemühen um Kollegialität nicht dazu führen, zweifelsfreie Befunde zu „übersehen“. Eine zweite Frage ist die, ob ärztliches Handeln und der Zeitpunkt ärztlichen Handelns von rechtlichen Bestimmungen abhängig gemacht werden dürfen. Wenn das dazu führt, dass notwendige Vorbehandlungen nicht (zeitnah)

durchgeführt werden, muss das verneint werden, auch wenn dem Patienten dadurch erhebliche Kosten entstehen.

Denkbar wäre folgendes Vorgehen: Es sollte zum Einholen einer Drittmeinung bei einer Stelle, deren Expertise unzweifelhaft ist – etwa einer Universitätszahnklinik – geraten werden. Damit würde eine unmittelbare Bewertung der fachlichen Qualifikation des Hauszahnarztes vermieden.

Um eine Erstattung durch die GKV zu ermöglichen, könnte man die KFO-Behandlung sofort beantragen – verbunden mit dem Hinweis, dass mit der Therapie erst nach Abschluss der Vorbehandlung begonnen werden kann. Unabhängig davon, ob ein solches Vorgehen den Richtlinien entspricht, würde es den eigenen Konflikt lösen. Wie die zuständige GKV dann entscheiden würde, hätte der Behandler nicht zu verantworten.

Hans-Otto Bermann

Korrespondenzadressen:

*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
Wendlingweg 2
52074 Aachen
gte-med-sekr@ukaachen.de*

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

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



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

Praxiskonzept Implantologie

So sollte jeder Patient behandelt werden

Rainer Buchmann, Gerhard Kochhan

Wie in der Orthopädie, der Kardiologie oder der Gefäßmedizin sind Implantate unverzichtbar zur Rehabilitation, insbesondere bei fortgeschrittenen Organ- oder Funktionsschäden. Diese aus der Medizin seit vielen Jahren bekannten Sachbezüge sind die Basis für eine indikationsgerechte Zahnmedizin. Aus Patientensicht ist eine nachvollziehbar kostenbewusste Behandlung wünschenswert.

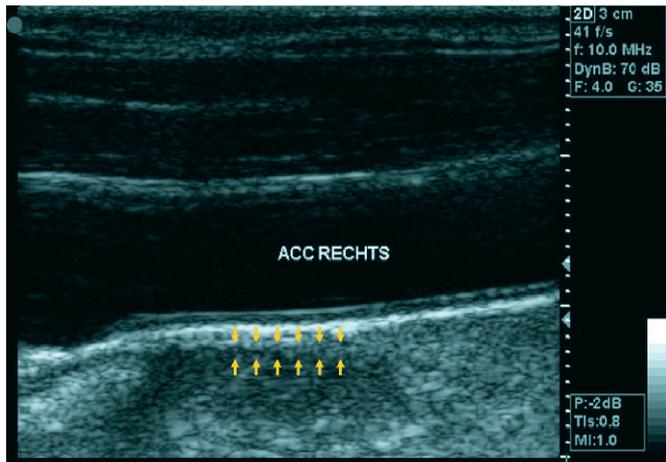


Abbildung 1: Farbcodierte Duplex-Sonografie der rechten Carotis mit unauffälligem arteriellen Gefäßstatus und günstiger Intima-Media-Dicke (Horizontalmessung): Es besteht eine Korrelation zwischen Lipid-Profil und Dicke der Intima-Media.

Foto: Preventon GmbH

Voraussetzung für eine komplikationslose Arzt-Patienten-Beziehung ist nicht die Umsatzerwartung, sondern die richtige Einschätzung des Patientenwunsches. Informationen über die Möglichkeiten, die Erwartungshaltung des Patienten und die Aufklärung über die Behandlung und deren Kosten sind Kernleistungen im Tagesgeschäft. Die Verantwortung für den Mund und das Bewusstsein für die Bedeutung eines gesunden Mundes sind in der Zahnärzteschaft fest verankert.

Die Neuentwicklungen aus Praxis, Wissenschaft und Industrie und das durch die globalen Märkte entstandene forcierte wirtschaftliche Umdenken machen eine systematische Behandlung auf medizinischer und wirtschaftlicher Grundlage notwendig. Therapiesicherheit, Kostenbewusstsein und ein strukturiertes Vorgehen sind Voraussetzungen für den Erfolg der Behandlung. Die Kernaufgabe ist es, dem Patienten eine klare, medizinisch verständliche und wirtschaftlich attraktive Lösung anzubieten. Zu koordinieren sind Patientenwunsch, Erkran-

kungsumfang, Therapie und resultierende Kosten.

Praxisgerechte Implantologie

Die fachlichen Weiterentwicklungen in der Implantologie vollziehen sich in drei Teilbereichen:

- medizinische Indikationsstellung
- Behandlungskonzeption
- mikrochirurgische Realisation

Die Integration und Vernetzung dieser Bereiche in das Praxiskonzept Implantologie ist eine kreative Herausforderung, die dann Spaß macht und gelingt, wenn die wirtschaftliche Abhängigkeit der Praxis oder die Profitmaximierung nicht ausschließlich auf implantologischer Grundlage ruhen.

Die Aufnahme der Medizin in das Praxiskonzept wird erfüllt durch:

1. Einbindung des parodontalen Behandlungsspektrums vor der Implantation. Die wirtschaftliche Realisation gelingt durch Konzentration des Therapiefokus auf die

Molarenstützungen. Dabei gelten zwei Grundregeln:

2. Vermeidung von herausnehmbarem Zahnersatz bei prothetisch bislang unversorgten Patienten
3. Entlastung parodontal schadhafter Pfeilerzähne nach langjähriger prothetischer Tragezeit durch gezielte Pfeilervermehrung (Wiederherstellung der Einzelzahnversorgung durch Implantation)

Die mikrochirurgische Umsetzung (Defensivtherapie) umfasst folgende Eckpunkte:

4. Frühzeitige Implantation zur Vermeidung kostenintensiver patientenbelastender Augmentationen
5. Realisation periintegrativer Maßnahmen (Volumenunterstützung durch Weichgewebsmanagement) während der Implantation oder bei Freilegung (meistens)
6. Anwendung von Mikroinzisions- und Nahttechniken

Die Einhaltung des genannten Strukturfadens (Behandlungslogik) mit konsequenter Umsetzung der genannten Zielbausteine vor der Implantation (1), während der Implantatplanung (2 bis 3) und der intraoperativen Durchführung (4 bis 6) ermöglicht eine medizinisch sinnvolle, wirtschaftlich vernünftige und patientengerechte Integration der Implantologie in die Gesamtanierung [Stefanac und Nesbit, 2006].

Parodontologie und Implantologie

Eine praxisgerechte Implantologie vereint die medizinisch sinnvolle Zahnerhaltung mit einer Implantation zur Pfeilervermehrung.

Herausnehmbarer Zahnersatz soll zugunsten einer besseren Lebensqualität durch eigene Zähne oder Implantate vermieden werden. Darauf sollte der Zahnarzt bereits in der parodontalen Grunduntersuchung hinweisen und dem Patienten entsprechende Therapie-möglichkeiten darstellen.

Therapiefokus Medizin

Parodontitis ist eine chronische Erkrankung des Mundraums mit vielschichtigen Ur-

sachen- und Entwicklungsfaktoren (50-Plus-Patienten) verlangsamt sich infolge des reduzierten Zell-Turnovers die Körperabwehr. Eine Parodontalbehandlung wird immer wichtiger.

2. Biofilm: Bakteriengifte und ihre Zerfallsprodukte gelangen direkt in den Körper (Bakteriämie) oder werden indirekt über den Darm (Resorption) aufgenommen. Neben der Antikörperbildung sind Schwachstellen wie Herzklappen, Implantate und das an Übertragungsprozessen im Gehirn beteiligte



Abbildung 2:
Kombinierte
Furkationsdefekte
mit vertikalem
Knochenschaden
sollten parodonto-
logisch durch „Medi-
zinische Therapie =
SRP“ behandelt
werden. Keine mikro-
chirurgische Revision,
frühzeitig Implan-
tation anraten

sachen- und Entwicklungsfaktoren. Dazu zählen in Analogie zu chronischen Erkrankungen des Körpers die Dispositionen für Entzündungen, Stress, Rauchen und die lokale Erregerlage. Ein erhöhter Blutzuckerspiegel, Hypertonie, hohe Blutfettwerte und Übergewicht sowie die durch langjährige Entzündungen bedingte perivaskuläre Ansammlung von Gewebeflüssigkeit (Ödeme) sind weitere Belastungsfaktoren. Die Therapie fortgeschrittener und schwerer Parodontalerkrankungen erhält unter dem Fokus Entzündung mit der daraus resultierenden Negativbilanz auf die Gefäßdurchlässigkeit, die Organperfusion (Durchblutung) und die Stoffwechsellage eine unmittelbare praktische Bedeutung.

Die Medizinrelevanz des Fachgebiets Parodontologie besteht aus vier Kernbausteinen, und ist eine empfehlenswerte Vorbereitung für die spätere Implantation:

1. Entzündung: Entzündungsfelder im Körper führen zu einer Vielzahl von Staugebieten wie Ödemen, chronischen Flüssigkeitsräumen und mehr und belasten das Immunsystem durch Rückresorption. Mit zuneh-

endem Lebensalter (50-Plus-Patienten) verlangsamt sich infolge des reduzierten Zell-Turnovers die Körperabwehr. Eine Parodontalbehandlung wird immer wichtiger.

3. Gefäßschäden: Die Gefäßbelastung durch Antigene, Gifte, Fette und Reaktionsprodukte des Immunsystems resultiert in einer chronischen Entzündung der Gefäßwände, zunächst mit erhöhter Durchlässigkeit und perivaskulären Staufeldern. Später entsteht als Gegenreaktion der Gefäßmedia eine Verdickung (Ablagerung) und Verhärtung – Initiatoren der arteriellen Hypertonie (Abbildung 1).

4. Prävention von Allgemeinerkrankungen: Die eigentliche Wertschöpfung der Parodontologie besteht in der Kontrolle organbedingter Entzündungen, der Verbesserung des Biofilms und der Verminderung der vorschnellen Gefäßalterung als wesentlicher präventivmedizinischer Therapiekomplex zur Förderung der Allgemeingesundheit.

Zu den Kernkompetenzen moderner Zahnheilkunde gehört es, dem Patienten die genannten medizinrelevanten Einflussgrößen bewusst zu machen und sie bedarfsbezogen

Behandlungsplanung Implantologie I

Extraktion / Implantation, *Privatleistung*

Entscheidungsfindung (frühzeitig):

A. OK-Molaren:

Knochenabbau $\geq 50\%$ röntgenologischer Wurzellänge

A. UK-Molaren:

Horizontaler Furkationsbefall Grad III



Behandlungsplanung Implantologie II

- ZE-Versorgung OK UK bis zum 1. Molaren.
- Pfeilervermehrung durch Implantation.
- OK: 2. und 3. Molaren rechtzeitig entfernen.
- UK: 2. Molaren belassen, nicht in ZE-Versorgung integrieren.
- OK: Prämolaren und 1. Molar erhalten, bei Furkationsbefall Grad III Extraktion mit Sinusbodenelevation.
- Regenerationschirurgie zusammen mit Implantation.



Abbildung 3:
Bei Furkationsbefall erfolgt die Entscheidung zur Implantation bei natürlichen unversorgten Zähnen zurückhaltend. Bei prothetisch behandelten Pfeilerzähnen mit Knochenschäden fällt die Indikationsstellung frühzeitig

Abbildung 4:
Die defensive Implantologie ermöglicht eine medizinisch sinnvolle, wirtschaftlich vernünftige und patientengerechte Integration in die Gesamtanierung und schafft die gewünschten Synergieeffekte.

grund der guten Konstitution und geringen Defektgrößen alle Möglichkeiten der Regenerationstherapie ausgeschöpft werden.

Achtung: Regenerationseffekte sind in der Vorhersage unsicher und stellen sich langfristig ein. Bei umfangreichen Substanzdefekten mit endodontischer Beteiligung ist die Implantation sicherer und aus Kostengründen zu befürworten. Endodontie, gegebenenfalls Revision, adhäsive Stiftversorgung und Zahnersatz sind aufwendiger.

■ Bei erwachsenen und älteren Patienten mit langjähriger Tragedauer von festsitzendem Zahnersatz findet sich in der Praxis häufig ein altersgemäßer horizontaler Knochenabbau, kombiniert mit Vertikalschäden auf prothetischen Pfeilerzähnen. Der Horizontalabbau kann nicht behandelt werden. Die Ursache der Vertikaldefekte liegt in einer Überlastung der Prothetikpfeiler. Eine alters- und gebrauchsbegleitende Biss-Senkung, Fehlfunktionen durch Habbits (Pressen, Knirschen) und eine Überalterung des Zahnersatzes sind die Kernursachen der Vertikalschäden. Eine parodontale Regenerationsbehandlung ist daher wenig aussichtsreich. Die Behandlungskonzeption umfasst eine gezielte Extraktion mit Pfeilervermehrung durch Implantation und einer aus wirtschaftlicher Sicht funktionell verkürzten Zahnreihe.

Für die Therapieentscheidung zur Extraktion bei Furkationsbefall muss ebenfalls zwischen prothetisch unversorgten und überkronten Pfeilerzähnen unterschieden werden. Die nachfolgenden Empfehlungen gelten für natürliche Zähne (Abbildung 2):

in die zahnärztliche Behandlung zu integrieren. Dies bedeutet Kommunikation, Transparenz und eine defensive Therapiewahl im Sinne der Zahnerhaltung. Therapiefokus ist die Lebensqualität.

Die medizinischen Sachkenntnisse sind je nach Interesse und persönlichen Vorerfahrungen durch sorgfältige Beobachtungen des Lebensalltags, beginnend in der eigenen Familie, und durch das Studium medizinischer (nicht zahnärztlicher) Fachliteratur in einem Zeitfenster von einem halben bis zu zwei Jahren erlernbar. Die praktischen Details zum Ablauf der parodontalen Zieltherapie sind bereits mehrfach publiziert [Buchmann, 2006, 2008, 2010] und als Fachbuch zusammengestellt [Buchmann, 2010].

Extraktion und Implantation

Es gilt zu unterscheiden zwischen prothetisch nicht versorgten Patienten und Personen mit langjähriger Tragedauer von festsitzendem Zahnersatz:

■ Prothetisch unversorgte Patienten sind häufig junge Menschen mit gutem Allgemeinzustand, unauffälliger Medikation und Reaktionslage. Zunächst müssen auf-

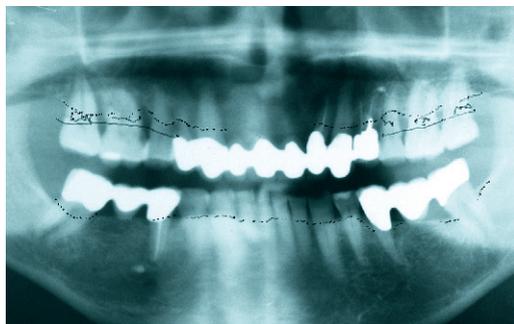


Abbildung 5: Überlastung der Prothetikpfeiler mit alters- und gebrauchsbegleitender Biss-Senkung, Parodontalschäden an den Zähnen 17, 16, 35, 45, Fehlfunktionen durch Habbits (Pressen, Knirschen) und Überalterung des Zahnersatzes



Abbildung 6: Ziel der Behandlungskonzeption im Unterkiefer ist die Wiederherstellung der ursprünglichen Einzelversorgung durch Separation der Brückenglieder, Pfeilervermehrung mittels Implantation regio 36, 46 und zeitgleicher Regeneration der Zähne 35, 45.

Oberkiefer: Ab mehr als 50 Prozent an horizontalem Knochenabbau gilt Implantationsempfehlung, da Furkationseingänge freiliegen, eine korrekte Reinigung durch den Patienten nicht mehr möglich ist, und auch bei guter Knochendichte die Entzündung unterhalb des Zahnfleisches weiter fortschreitet (Abbildung 3). Vor Implantation erfolgt eine Ausheilzeit von vier bis sechs Monaten, da die Implantation der parodontal erkrankten Oberkiefer-Prämolaren und Molaren häufig mit einem Sinuslift kombiniert werden muss.



Abbildung 8: 43-jährige Patientin mit typischem Sanierungsziel im linken Oberkiefer nach endodontischem Misserfolg und ungünstiger Vertikalrelation



Abbildung 10: Darstellung des KH-Zugangs durch Kieferkamm-Schnittführung mit Vertikalentlastung und Papillenerhaltungstechnik regio 26, 27



Abbildung 12: Entfernung des Knochendeckels mit Blick auf die angehobene Nasennebenhöhlen-Schleimhaut (Schneidersche Membran)

Behandlungsplanung Implantologie		
■ 1. Termin:	IMP-Grunduntersuchung OPG, Breite Kieferkamm, Kostenplan KV, DVT (nur red. KNO)	(30 Min.)
■ 2. Termin:	ZE-Separation (KV befürwortet)	(30 Min.)
■ 3. Termin:	a. Implantation* + Sinuslift + Augmentation	(1 Std.) (1 Std.) (2 Std.)
	b. PAR-Regeneration	(30 Min.)
■ 4. Termin:	Nachkontrolle	(2 Wochen) (10 Min.) (Abrech IMP-Chirurgie)
■ 5. Termin:	Einzelversorgung IMP / Zähne	(UK 4, OK 6 Monate)
* Front oder Seite je Kiefer		

Abbildung 7: Ein strukturierter Behandlungsablauf (Logik) erleichtert die wirtschaftliche Umsetzung der Implantattherapie, erhöht die Patientensicherheit und schafft Transparenz für das Team.



Abbildung 9: präoperativer OPG-Befund mit vertikaler Restknochenhöhe regio 24 von sieben mm; Indikation zum externen Sinuslift mit simultaner Implantation



Abbildung 11: lateraler KH-Zugang durch Knochendeckelpräparation mit Piezosurgery; auffällige, nur im DVT (3-D-Bild) präoperativ erkennbare vestibuläre Atrophie der lateralen KH-Wand



Abbildung 13: simultane Implantation regio 24 mit Augmentation des Kieferhöhlenbodens durch Mischung aus partikuliertem Knochen und Fremdmaterial

Unterkiefer: Bei Furkationsbefall Grad III (durchgängig) und schlitzförmiger Wurzelmorphologie bis in Apexnähe, häufig bei zweiten Molaren, sinkt die Zahnprognose drastisch. Karies in der Wurzelteilungsstelle, Seitenkanäle im Furkationsgebiet oder Kanalobliterationen erschweren die Behandlung. Betroffene Zähne sind in der Vorbehandlung zu entfernen.

Bei ZE-versorgten Zähnen, insbesondere Brückenfeilern, gelten aus Zugangsgründen (Kronenrandlage), funktioneller Sicht (Überlastung) oder Substanzschäden (Kronenkaries, Schwächung durch Stiftversorgung) strengere Empfehlungen. Hier kann bereits bei Furkationsbefall Grad II zum Schutz von Nachbarzähnen, bei Raumbeengung oder aus Hygienegründen eine Exzision sinnvoll sein [Lundgren et al., 2008; Cochran et al., 2009; Popelut et al., 2010; Walter et al., 2010].

Behandlungsplanung Implantologie

Eine strukturelle Voraussetzung hierfür ist die frühzeitige Information und Aufklärung der Patienten. Sind die anatomischen Verhältnisse des Knochens und des Weichgewebes zum Zahnerhalt aussichtsreich, erfolgt wie in der Medizin die Prolongation der Erkrankung und die Sicherung des Zahnbestands durch Parodontaltherapie. Bei fortgeschrittenen Schäden von mehr als 50 Prozent Knochenverlust und Befall der Wurzelteilungsregion leidet der Patientenkommfort, werden die Behandlungs-



Abbildung 14: durch Mikroinzisions- und Mikronahttechnik reizfreie Ausheilung unter Verzicht auf unterstützende Antibiose



Abbildung 15: Zustand sechs Monate nach Implantation und KH-Augmentation regio 24 mit physiologisch bedingter periimplantärer Knochenmodellation

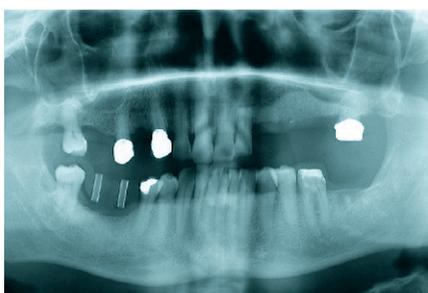


Abbildung 16: 57-jähriger Patient mit multiplen Zahnverlusten, durchgeführter Sinusbodenelevation im linken OK, fortgeschrittenem Knochenverlust regio 46, 47 und eingesetzter Messschablone



Abbildung 17: langjährig prothetisch unversorgter, funktionell nicht belasteter rechter Unterkiefer mit Alveolarfortsatzatrophie



Abbildung 18: vertikale Augmentation durch subperiostale Tunnellierung des Implantationsgebiets

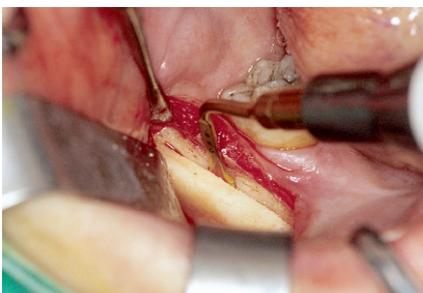


Abbildung 19: retromolare Präparation des Knochenblocktransplantates durch piezos chirurgische Schnittführung



Abbildung 20: basale Präparation des Blocktransplantats unter maximaler Weichgewebsschonung durch mikrochirurgische rotierende Trennung

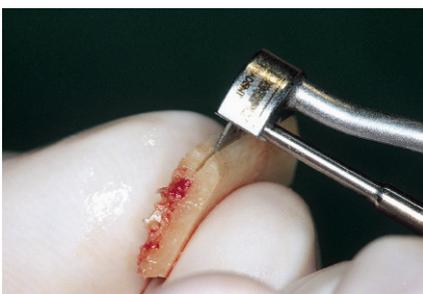


Abbildung 21: extraorale Separation des Knochenblocks zum Bone-Shield zwecks Vergrößerung der Anlagerungs- und Augmentationsfläche

prognosen unsicher und die Nachkontrollen häufiger [Faggion et al., 2007].

Hier fällt die Entscheidung zur Fortsetzung des Zahnerhalts für Patienten, die chronisch krank sind, Implantate ablehnen oder sich bewusst für medizinische Defensivlösungen entscheiden.

Für den Normalpatienten ist auf Basis der schlechten Knochenprognose bei fortgeschrittenen Parodontalschäden im Oberkiefer eine rechtzeitige Aufklärung zur Entfernung der zweiten und der dritten Molaren angezeigt: Implantation und prothetische Versorgung erfolgen in den Kernbereichen bis zum ersten Molaren. Im Unterkiefer können die zweiten Molaren aufgrund der günstigeren Knochenanatomie belassen werden. Sie sollten restauriert, jedoch nicht in die Implantatplanung integriert werden. Nach Entfernung des ersten Molaren im Oberkiefer ist die Implantation mit Sinusbodenelevation erforderlich. Wird an Nachbar- oder strategisch wichtigen Zähnen eine parodontale Regenerationschirurgie notwendig, erfolgt diese zeitgleich mit der Implantattherapie. So wird die operative Belastung für den Patienten reduziert.

Daraus ergibt sich folgende Therapieplanung mit konzeptionell verkürzter Zahnreihe, die sich in der Praxis seit Jahren bestens bewährt (Abbildungen 4, 5, 6) [Luthardt et al., 2000; Jivraj und Chee, 2006]:

- prothetische Neuversorgung OK, UK bis zum ersten Molaren
- OK-, UK-Pfeilvermehrung durch Implantation
- UK: zweiten Molaren belassen, restaurieren, nicht in die ZE-Planung integrieren
- OK: Prämolaren und ersten Molar erhalten, bei Furkationsbefall Grad III Extraktion mit Sinusbodenelevation
- Langzeitprovisorien (Kosten!) nur bei beabsichtigter Veränderung der Vertikaldimension (Bisshöhe)
- Regenerationstherapie auf klinisch feste (Pfeiler-)Zähne beschränken
- Prothetikpfeiler unter herausnehmbarem Zahnersatz belassen, restaurieren, nicht für regenerative Chirurgie vorsehen

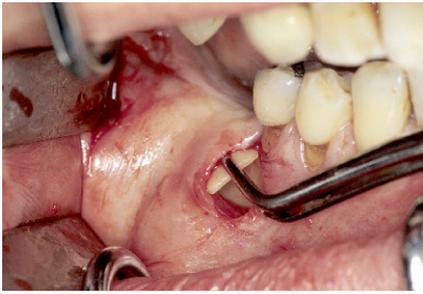


Abbildung 22: Einlagerung des horizontalen Bone-Shields in den subperiostalen Tunnel

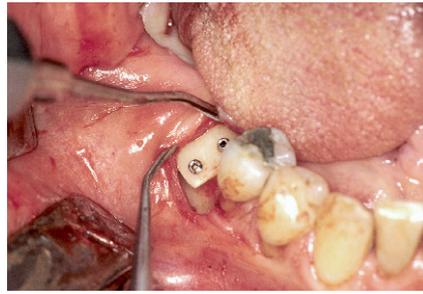


Abbildung 23: Befestigung des Bone-Shields mit Mikro-Fixationsschrauben

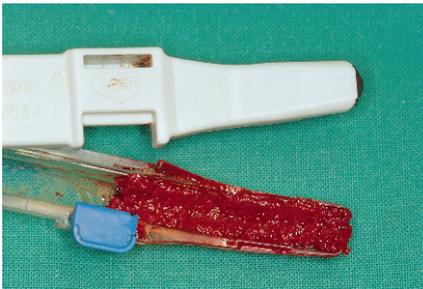


Abbildung 24: Von der retromolaren Entnahmestelle mit dem Safescraper gewonnener partikulärer Knochen



Abbildung 25: Einbringen des partikulierten Knochens unter das horizontale Bone-Shield

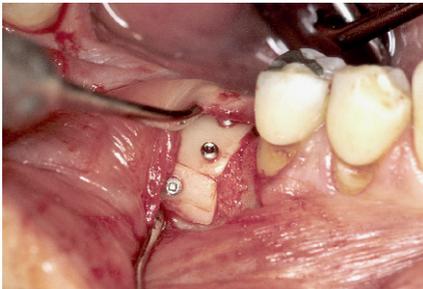


Abbildung 26: Fixierung des lateralen Bone-Shields mit mesialen und distalen Micro-Screws



Abbildung 27: postoperativer OPG-Befund nach kortiko-spongiöser Knochenaugmentation im UK rechts

Spezielle Implantologie

Langjährige atrophische Knochenverhältnisse und parodontale Defizite erfordern zusätzliche augmentative Lösungen. Aufgrund mangelnden Knochenvolumens ist eine Primärimplantation häufig nicht möglich, was für Patient und Zahnarzt einen sechs- bis achtmonatigen Zeitverzug in der Therapie bedeutet. Wie in der Parodontologie ist der Einsatz von Fremdmaterialien (Nanobone, BioOss) in der Augmentation nur bei kleinen Volumenschäden medizinisch empfehlenswert. Der Füllanteil des partikulierten Kno-

chens, gewonnen mit Bone-Trap, Bone-Scraper oder Knochenmühle sollte immer mehr als 50 Prozent betragen. In Anbetracht der komplexen chirurgischen und technischen Anforderungen an den Zahnarzt und das OP-Team, verbunden mit hohen Implantationskosten, ist für den Behandlungsablauf Implantologie/Augmentation folgende Behandlungskonzeption ratsam (Abbildung 7):

1. Hinweis auf erforderliche Implantatversorgung mit Nennung des/r Implantationsgebiete/s in parodontaler Basisuntersuchung. Vorläufige Preisangaben helfen bei der Entscheidungsfindung.

Grunduntersuchung Implantologie: Nach erfolgter PAR-Therapie und/oder Zahnentfernung erfolgen Definitivplanung mit präoperativem OPG, Beurteilung der Kieferkammbreite (Schieblehre) und Erstellung des Kostenvoranschlags IMP, Abformung für Messschablone, DVT (Kosten!) nur bei kritischem Knochenangebot oder Anatomie [Walter et al., 2009].

2. Revision des vorhandenen Zahnersatzes (Trennung, gegebenenfalls Provisorien) im IMP-Bereich nach Erstellung des Kostenvoranschlags (Abbildungen 5 und 6)

3. Die Implantation erfolgt in der Regel in Lokalanästhesie, auf Patientenwunsch und bei zeitintensiver Augmentation in ambulanter intravenöser Sedierung mit Dormicum (nur bei ausreichender Erfahrung, sonst Anästhesist), ansonsten in ambulanter Intubationsnarkose. Aus Zeitgründen, Kräftenmangel und Patientenrücksichtnahme sollte die Implantation auf das Front- oder Seitenzahnggebiet pro Kiefer beschränkt werden.

4. Die externe Sinusbodenelevation ist mit lateraler Knochendeckelentnahme mittels Piezosurgery durchzuführen. Die Augmentation sollte mit Knochenchips plus Füller (weniger als 50 Prozent) erfolgen (Abbildungen 8 bis 15). Eine geringe Perforation der Sinusschleimhaut ohne Augmentation ist unschädlich. Perforationen bei Augmentation des Sinus durch Nahtverschluss und/oder Abdeckung mit Kollagenmembran (BioGide) versorgen. Eine simultane Implantation bei Restknochenhöhen von mehr als vier mm ist möglich [Listl und Faggion, 2010]. Zeitgleich erfolgt die parodontale Regenerationschirurgie an den Nachbarzähnen im OP-Gebiet.
5. Bei Volumendefizit ist die laterale Augmentation mit retromolarem Knochenblock (Piezosurgery, Mectron; FRIOS MicroSaw, Dentsply Friadent), kortikalem Bone-Shield, Distanzfixierung mit Stoma Micro-Screw-Set und Auffüllung mit partikuliertem Knochen nötig [Khoury, 2009]. Der Volumenaufbau ähnelt einem kortiko-spongiösem Augmentat (Abbildungen 16 bis 27). Wichtig: Die Implantation sollte aufgrund der Resorptionsgefahr bereits nach drei Monaten erfolgen.

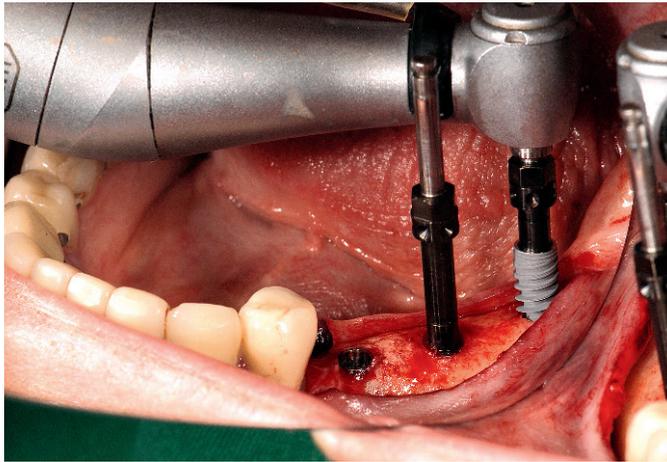


Abbildung 28:
Implantations-
entscheidung für
kurze Implantate
bei Nervnähe
im Unterkiefer



Abbildung 29:
OPG-Befund nach
Implantatversorgung
im UK links

6. Nach langandauerndem Eingriff mit Augmentation (meist mehr als zwei Stunden) sollten Solu-Decortin H 250 mg, zehn Tabletten (Wirkstoff: Prednisolon-21-hydrogensuccinat, antiinflammatorisch, immunsuppressiv) und Cindamycin 600 mg, 20 Tabletten oder Amoxicillin 1000 mg, 20 Tabletten verordnet werden.

7. Keine Belastung des Augmentats in der Einheilphase (drei Monate), Prothesen dürfen nicht getragen werden. Eingliederung von temporärem Ersatz auf verbleibenden oder parodontal schadhafte, später zu entfernenden Zähnen, alternativ temporäre Implantate zur funktionellen Abstützung (Kosten!)

8. Periintegration: Die vertikale Breitenverbesserung erfolgt durch Edlan-Mejchar-OP im Unterkiefer, im Oberkiefer durch apikalen Verschiebelappen während der Implantation. Alternativ dient ein freies Schleimhauttransplantat in der Einheilphase. Bei lateralem Volumendefizit: Roll-

lappentechnik, Bindegewebsstransplantation zusätzlich je nach Erfordernis.

Aufgrund des vitalen Knochenmaterials unterliegt das kortiko-spöngjöse Augmentat geringen Volumenschwundungen. Bei Augmentation innerhalb der Knochenkontur sind die Resorptionen gering, außerhalb der Kontur aufgrund der funktionellen Belastung (Muskelzüge) größer. Dies gilt ebenso für den Seitenzahnbereich (gering) und das Kinn (größer). Geringe Resorptionen werden durch einen kleineren Implantatdurchmesser, eine weitere orale Implantation – sofern prothetisch möglich – und die Angulation des prothetischen Abutments kompensiert.

Kurze Implantate

Aufgrund natürlicher biologischer Resorptionen, Probleme in der Einheilung und Dauerstabilität des Knochenblocks sind komplexe Knochenaugmentationen medi-

zinisch risikoreicher, zeitaufwendiger und kostenintensiver. In anatomischen Grenzsituationen oder in ästhetisch wenig anspruchsvollen Situationen sind daher kurze Implantate eine Alternative zur chirurgischen Augmentation (Abbildungen 28, 29). Eine schlechte Knochenqualität (D3/D4), vestibuläre Knochendefizite und hohe mechanische Belastungen gelten als Kontraindikationen. Für die Überlebensdauer sind wie bei konventionellen Versorgungen die horizontale Breite des Kieferkammes als Grundlage für die funktionelle Sicherung, die Vaskularisation sowie die Ernährung ausschlaggebend.

Zusammenfassung

Die Implantologie ergänzt das Therapiespektrum, wenn die Zahnerhaltung nicht aussichtsreich ist. Aufklärung und Entscheidung zur Implantation sollten frühzeitig erfolgen, um aufwendige und therapieunsichere kostenintensive Augmentationen zu vermeiden. Sofern Parodontologie und Implantologie keine Eigenwege beschreiten, erzielen sie durch Synergieeffekte kompakte, nachvollziehbare Lösungen für den Patienten. Komplikationen werden reduziert, wenn erweiterte medizinische Kenntnisse mit einer patientengerechten Behandlungskonzeption koordiniert werden. Mit der Integration der Medizin, der Mikrochirurgie und einer defensiven Implantologie, kurzen Anfahrtswegen und einer guten Patientenbindung steigen die Chancen der Zahnärzteschaft, den traditionell hohen Vertrauensvorsprung in der Bevölkerung gegenüber Spezialisten und Zahnkliniken weiter auszubauen.

Prof. Dr. Rainer Buchmann
Fachzahnarzt Parodontologie
Dr. Gerhard Kochhan
Fachzahnarzt Oralchirurgie
Königsallee 12, 40212 Düsseldorf
info@rainer-buchmann.de
praxis@dr-kochhan.de

zm Leser-
service

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



Zahl der Erkrankungen steigt stetig

Diabetiker-Welle im Anmarsch

Rund sieben bis acht Prozent der Menschen hierzulande sind Diabetiker. Das aber ist nur die halbe Wahrheit, denn die Dunkelziffer ist hoch. So haben viele Mitbürger bereits eine diabetische Stoffwechsellage entwickelt, ohne davon zu wissen. Tatsächlich dürfte die Prävalenz des Typ-2-Diabetes bei etwa zwölf Prozent liegen, so die Zahlen, die jetzt beim Deutschen Diabetes-Kongress in Leipzig bekanntgegeben wurden. Inzidenz und Prävalenz steigen zudem ungebremst weiter. „Es droht ein Diabetes-Tsunami“, warnte in Leipzig Prof. Dr. Thomas Danne aus Hannover als Präsident der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG).

Werden nicht bald einschneidende Maßnahmen eingeleitet, so droht Deutschland „an einer Diabetes-Epidemie zu ersticken“, mahnte Danne. Er forderte eine nationale Diabetes-Strategie, die die Interessen der Patienten, der Ärzte und auch der gesunden Bürger bündelt. Die Strategie sollte dabei fünf Handlungsfelder umfassen:

- die primäre Prävention des Diabetes,
- die Früherkennung des Typ-2-Diabetes,
- die Epidemiologie und den Aufbau eines Diabetesregisters,
- die Versorgungsforschung und den Aufbau von Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung,
- die Patienteninformation, -schulung und das Patientenempowerment.

Die Dringlichkeit solcher Maßnahmen zeigt sich am besten anhand der zu erwartenden Entwicklung. So prognostiziert eine Modellrechnung des Düsseldorfer Diabetes-Zentrums bis zum Jahr 2030 eine Zunahme der Diabetes-Prävalenz in der Gruppe der 55- bis 74-jährigen Männer um rund 79 Prozent. Bei den Frauen ist der Anstieg etwas geringer, liegt aber auch bei 47 Prozent. Damit dürfte die Zahl der Menschen mit Diabetes in Deutschland in

diesem Zeitraum wohl um etwa eineinhalb Millionen steigen. Verhindern lässt sich dies, so hieß es in Leipzig, nur durch präventive Maßnahmen wie eine allgemein bessere Ernährung, eine Gewichtsreduktion und einen insgesamt gesünderen Lebensstil.

Thema Kostenfaktor

Vor dem Hintergrund der steigenden Prävalenz wird der Diabetes mellitus nach Prof. Dr. Andrea Icks, Düsseldorf, zunehmend auch zu einem gesundheitsökonomischen Problem. Schon im Jahr 2001 mussten für Diagnostik und Therapie der

Erkrankung 14,6 Milliarden Euro aufgewandt werden. „Das entspricht 6,8 Prozent der Gesundheitsausgaben“, betonte die Medizinerin. Hinzu kommen nach ihren Aussagen Diabetes-assoziierte Kosten in Höhe von rund fünf Milliarden Euro pro Jahr.

Mehr Augenmerk muss vor diesem Hintergrund vor allem auf die kostenträchtigen Folgekomplikationen des Diabetes gerichtet werden. Ziel der Behandlung ist dabei eine möglichst normgerechte Blutzuckereinstellung, die jedoch nicht mit einer Gewichtszunahme und nicht mit vermehrten Hypoglykämien erkaufte werden darf.



Messen und eventuell Insulin spritzen vor jedem Essen wird demnächst viel mehr Menschen „treffen“ als bisher, denn die Zahl der Diabetiker steigt derzeit explosionsartig.

Foto: Bayer Vital GmbH

Hypoglykämien vermeiden

Das Vermeiden von Hypoglykämien bei der Diabetestherapie war eines der zentralen Themen beim diesjährigen Diabetekongress. Denn althergebrachte Antidiabetika wie die Sulfonylharnstoffe senken zwar den Blutzucker, sind aber auch mit einem nicht unerheblichen Hypoglykämierisiko behaftet. Noch gravierender ist dieses Risiko, wenn die Patienten mit Insulin behandelt werden. Studien der vergangenen Jahre aber haben gezeigt, dass das vermehrte Auftreten von Unterzuckerungen das kardiovaskuläre Risiko der Typ-2-Diabetiker, das per se schon hoch ist, noch weiter steigert.



Foto: MEV

Zu viel Zucker und zu viel Fett sind für Diabetiker weiterhin tabu.

Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass Menschen mit häufigen Hypoglykämien ein erhöhtes Risiko tragen, eine Demenz zu entwickeln.

Fast unisono sprachen die Diabetologen sich beim Kongress daher für moderne Behandlungsstrategien aus, die die körperlichen Regulationsmechanismen über das Glucagon-like-Peptid-1, kurz GLP-1, nutzen. Das Hormon wird nach der Nahrungsaufnahme im Darm gebildet und kurbelt die Insulinfreisetzung im Pankreas an. Es wirkt streng glukoseabhängig. Konkret bedeutet das: Ist keine Glukose vorhanden, so wird auch keine Insulinausschüttung angeregt und es droht somit keine Hypoglykämiegefahr.

Inzwischen gibt es Wirkstoffe mit unterschiedlichen Angriffspunkten, um die GLP-1-Wirkung zu nutzen. So kann durch GLP-1-Analoga die Wirkung des Darmhormons nachgeahmt werden, während

DPP-4-Hemmer den GLP-1-Abbau hemmen. Beide Substanzklassen senken den Nüchternblutzucker sowie die postprandialen Blutzuckerwerte und auch das HbA_{1c} als Ausdruck der langfristigen Qualität der Glukoseeinstellung. Ein substanzspezifisches Hypoglykämierisiko gibt es nicht und die Wirkstoffe haben einen positiven Nebeneffekt. Sie führen, anders als beispielsweise Insulin, nicht zu einer Gewichtszunahme, vielmehr lassen speziell die GLP-1-Analoga als „Nebenwirkung“ sogar noch einige Pfunde purzeln.

Diabetes und Depression – gegenseitige Beeinflussung

Unabhängig von der Glukoseeinstellung gibt es beim Diabetes mellitus weitere Probleme, die oft noch unterschätzt werden. Immerhin leidet jeder dritte Typ-2-Diabetiker unter depressiven

Verstimmungen oder einer manifesten klinisch fassbaren Depression, berichtete Prof. Dr. Johannes Kruse, Gießen, in Leipzig.

Diabetes und Depressionen sind nach seinen Angaben eng miteinander assoziiert und beeinflussen sich gegenseitig. So haben psychosomatische Faktoren Auswirkungen auf den Diabetes und umgekehrt kann ein Diabetes über endokrinologische und neuroimmunologische Prozesse Depressionen den Weg bahnen. Die Zusammenhänge sollen nunmehr im Forschungsverbund DIAMAND des Kompetenznetzes Diabetes näher untersucht werden. Die Forschungen sind nach Kruse bedeutsam, da Menschen mit Diabetes plus Depressionen eine erheblich eingeschränkte Lebensqualität aufweisen, in hohem Maße medizinische Hilfen in Anspruch nehmen und ein deutlich höheres Risiko tragen, arbeitsunfähig zu werden, als Diabetiker ohne begleitende Depressionen.

*Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln*

Endodontie

Verschlussfähigkeit von provisorischen Füllungsmaterialien in der Endodontie

In dieser Studie sollte sowohl die temporäre Verschlussfähigkeit einer Materialkombination von Ketac und Cavit als auch diejenige der Materialien DuoTemp, Ketac und Cavit untersucht werden.

Um eine Wurzelkanalbehandlung erfolgreich abzuschließen, ist es zwingend notwendig, die Zugangskavität des trepanierten Zahnes zwischen den einzelnen Sitzungen oder bis zur Fertigstellung der Wurzelkanalfüllung dicht zu verschließen. Damit soll eine Rekontamination des Wurzelkanalsystems durch Mikro-

Füllungsmaterialien, die im Rahmen der Endodontie eingesetzt werden, folgende Eigenschaften besitzen:

- Stabilität gegen thermische und mechanische Einflüsse
- nicht toxisch
- Die Haftung der später eingesetzten restaurativen Materialien sollte nicht negativ beeinflusst werden.

Vorangegangene Studien haben gezeigt, dass Ketac im Vergleich zu Cavit mechanisch sehr stabil ist. Cavit weist allerdings deutlich bessere Verschlusseigenschaften auf als Ketac. Weitere Studien untersuchten eine Kombinationstechnik aus Cavit und IRM. Günstige Eigenschaften aus dieser Kombination konnten zwar beobachtet werden. Allerdings enthält IRM Eugenol, dies wirkt sich negativ auf die Haftung später verwendeter Restaurationsmaterialien aus und ist somit nicht empfehlenswert.

Für die hier vorgestellte Studie wurden 100 kariesfreie Molaren aus dem Unterkiefer verwendet. Diese Zähne wurden in vier Versuchsgruppen (n = 20) aufgeteilt. Darüber hinaus wurden zwei Kontrollgruppen (n = 10) gebildet. Die Kronenmindesthöhe der Studienzähne sollte zehn Millimeter betragen. In vestibulo-oraler Richtung sollte die Krone eine Breite von mindestens acht Millimetern haben. In jeden Versuchszahn wurde eine Zugangskavität mit einer Dimension von acht mal fünf

Millimetern² präpariert. Bei den Zähnen der ersten Kontrollgruppe wurden Zugangskavitäten präpariert, die nicht provisorisch versorgt wurden. Die Zähne der zweiten Kontrollgruppe blieben unversehrt. Die präparierten Versuchszähne wurden apikalwärts mit Wattepellets ausgelegt. Anschließend wurden die Zähne mit den verwendeten provisorischen Materialien nach Herstellerangaben versorgt. Dabei wurde darauf geachtet, dass eine Mindestschichtstärke von vier Millimetern eingehalten wurde. Nachdem die Zähne gefüllt waren, wurden sie von der Wurzel getrennt. Ein Studienmodell (bestehend aus einem Reagenzglasröhrchen und dem dazugehörigen sterilen Reagenzglasröhrchen) wurde hergestellt. Dabei wurde auf dem sterilen Röhrchen die abgesägte Probe mit Methylmethacrylat angebracht. Zusätzlich wurde die Probe mit Cyanoacrylat versiegelt. In das Reagenzglasröhrchen

wurde ein Nährboden mit sterilen Pipetten eingefüllt. So präpariert wurde das Modell mithilfe von Ethylenoxidgas sterilisiert. Im Versuchsablauf wurden die Proben zweimal täglich dem Bakterium *Streptococcus mutans* ausgesetzt. Die Proben wurden über die Dauer der Studie bei 37 °C und 100 Prozent Luftfeuchtigkeit gelagert. Ob der Versuchszahn bakterienundurchlässig ist, wurde über die Eintrübung der Nährlösung im Reagenzglasröhrchen bestimmt. Als positiv durchlässig, somit bakterienundicht, wurden jene Proben bezeichnet, deren Nährböden sich über die Zeit der Studie trüb einfärbten. Dabei wurden nach sieben, 14, 21 und 28 Tagen die Proben auf Trübheit überprüft. Nach sieben Tagen zeigten 14 von 20 Ketac-Proben (70 Prozent) Undichtigkeiten; im Vergleich dazu kam es nur bei sechs von 20 Cavit-Proben zu Undichtigkeiten (30 Prozent). Gleiches konnte für die Verwendung der



Fachleute präsentieren wichtige aktuelle Forschungsergebnisse aus internationalen Fachzeitschriften, die auch für den Praxisablauf relevant sind.

organismen vermieden werden. Einige hierfür klinisch häufig verwendete Materialien sind Cavit (3M Espe, Kalziumsulfat-Zinkoxid-Basis), Ketac (3M Espe, Glasionomerzement) und IRM (Dentsply, Zinkoxid-Eugenol-Basis, Polymethylmethacrylat-verstärkt). Neu und erst seit Kurzem erhältlich sind sogenannte DuoTemp-Materialien (Coltène/Whaledent). DuoTemp-Materialien sind dualhärtende Zinkoxid/Zinksulfat-basierte Materialien. Diese sind eugenolfrei und mit Methacrylaten modifiziert. Zusätzlich enthält DuoTemp Natriumfluorid.

Neben der Fähigkeit, den optimalen Verschluss zu gewährleisten, sollten provisorische



Temporäre Füllungsmaterialien

Foto: Lukas Treven, Chanté

Zahnerhaltung

Klinische Bewertung zweier fließfähiger Komposite

Kombination aus Ketac und Cavit verzeichnet werden. Duo-Temp schnitt nach sieben Tagen mit nur zwei von 20 undichten Proben am besten ab (10 Prozent). Nach 14 Tagen waren alle Ketac-Proben undicht (100 Prozent). Die Ketac-Cavit-Proben waren nach 14 Tagen zu 80 Prozent undicht. Dies galt ebenfalls für die Cavit- und für die Duo-Temp-Proben (70 Prozent). Nach dem 14. Versuchstag konnte keine weitere Veränderung der Ergebnisse beobachtet werden. Aus dieser In-vitro-Studie geht hervor, dass keines der getesteten Materialien nach 14 Tagen undurchlässig ist. Über 60 Prozent der Proben zeigten Undichtheiten nach 14, 21 und 28 Tagen. Cavit und DuoTemp schnitten dabei deutlich besser ab als alle anderen verwendeten Materialien.

Zusammenfassend sollte darauf geachtet werden, dass nach beendeter endodontischer Behandlung der Zahn innerhalb kurzer Zeit definitiv versorgt wird; Recall-Intervalle innerhalb der endodontischen Behandlung sollten kurz gehalten werden, wenn Materialien zum provisorischen Verschluss keine ausreichende Qualität haben.

Quelle: Hartwell GR, Loucks CA, Reavley BA: Bacterial leakage of provisional restorative materials used in endodontics. Quintessence

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

Zweck dieser Studie war es, über einen Zeitraum von drei Jahren die klinischen Eigenschaften von fließfähigen Kompositen, verwendet als Restaurationsmaterial für Klasse-I-Kavitäten, zu untersuchen.



Es gibt jede Menge fließfähige Komposite auf dem Markt.

Fließfähige Komposite werden seit 1995 klinisch eingesetzt. Sie haben im Vergleich zu herkömmlicherweise verwendeten Hybridkompositen einen geringeren Füllstoffanteil und/oder einen erhöhten Zusatz an verdünnenden Matrixbestandteilen. Daraus resultiert ein fließfähiges Material, das eine leichte Restauration von kleinen, auch oft sehr schwer zugänglichen Kavitäten ermöglicht. Dies sind Eigenschaften, die klinisch oft von Vorteil sind. Aber genau diese Eigenschaften führen letztlich auch zu schlechteren mechanischen Festigkeitswerten, erhöhtem Materialverschleiß und zu einer höheren Polymerisationsschrumpfung. Somit sind fließfähige Komposite mit einer Reihe von negativen Materialeigenschaften vergesellschaftet.

Aus bisher veröffentlichten Studien geht hervor, dass fließfähige Komposite im Vergleich zu konventionell verwendeten, nicht fließfähigen Kompositen sogar

vergleichbare Schrumpfungseigenschaften haben. Außerdem wird ein reziprokes Verhältnis zwischen Füllstoffanteil und Schrumpfungsspannungen in der Literatur beschrieben. Zusätzlich weisen unterschiedliche fließfähige Komposite unterschiedliche Schrumpfungseigenschaften auf.

23 Patienten nahmen an der hier vorgestellten Studie teil. Sie wurden aufgrund folgender Kriterien ausgesucht:

- Mindestbedarf von zwei Füllungen
- Die zu füllenden beziehungsweise zu behandelnden Zähne standen in Kontakt zu ihren Antagonisten.
- Das Füllungsausmaß / die Kavitätendimension entsprach mindestens einer halben beziehungsweise einer Viertel-Breite des Interkuspidal-Abstands in orofazialer Richtung.
- Der Studienteilnehmer sollte mindestens 20 oder mehr Zähne haben.

Ausschlusskriterien waren:

- Schwerwiegende Erkrankungen
- Xerostomie
- Chronische Parodontitis
- Bruxismus, Pressen
- Non-Okklusion
- Gefahr der Pulpaeröffnung nach Präparation
- Zähne mit apikaler Aufhellung

Es wurden 31 Klasse-I-Füllungen mit Estet-X-Flow (Dentsply/Caulk) und 32 Klasse-I-Füllungen mit Tetric Flow (Vivadent) gelegt. Als Adhäsiv wurde Prime&Bond NT (Dentsply) für beide verwendeten Füllungsmaterialien verwendet. Jeder Teilnehmer bekam mindestens zwei Füllungen, jedoch nicht mehr als fünf. Dem Zufallsprinzip wurde überlassen, welches Material für welchen Zahn verwendet wurde; auch die Verteilung der Studienteilnehmer auf die Behandler erfolgte zufällig. Die Präparation selber wurde mit hochtourigen, wassergekühlten Instrumenten durchgeführt. Jede Präparation wurde abgeformt (Aqualis, Dentsply/Caulk) und in Gips (DieKeenGreen, Heraeus Kulzer) ausgegossen. Im Anschluss daran wurde die Präparationsausdehnung mit einer digitalen Schiebelehre am Situationsmodell erfasst. Nachdem die Kavität ausgemessen wurde, wurde das Restaurationsvolumen ermittelt. Die fließfähigen Materialien wurden nach der Inkrementschichttechnik verarbeitet, wobei jede Schicht für 20 Sekunden lichtpolymerisiert wurde (Polymerisationslampe,

Foto: Lukas Treven, Charité

Dentsply/Caulk, Lichtintensität mindestens 600 mW/cm²). Daraufhin wurden die Patienten nach einer Woche und nach drei, sechs, zwölf und 36 Monaten untersucht. Ebenso wurden die gelegten Füllungen fotografiert. Die von Ryge (1971) festgelegten Kriterien zur Evaluation von zahnärztlichen Füllungsmaterialien wurden herangezogen, um die gelegten Füllungen zu bewerten. Folgende Kriterien flossen in die Bewertung mit ein: Retention, Farbe, Randschluss, Form, Randverfärbungen, Polierbarkeit und Sekundärkaries der Füllung. Positiv hervorzuheben ist, dass sich sowohl die Retention als auch die anatomische Form der Füllungen über die Dauer der Studie nicht signifikant verändert haben. Über die Dauer von drei Jahren konnte keine Bildung von Sekundärkaries beobachtet werden. Für die Farbveränderung im Randbereich der Füllungen konnte jedoch ein signifikanter Unterschied verzeichnet werden. Der Randschluss der Füllungen wurde bereits nach nur sechs Monaten signifikant schlechter. Nach drei Jahren waren nur noch 51,7 Prozent der Füllungen mit Tetric Flow beziehungsweise 65,5 Prozent derjenigen mit Esthet-X-Flow randständig. Für den Politurgrad konnte bereits nach dem zwölften Monat eine signifikante Verschlechterung dokumentiert werden. Die Farbe beziehungsweise die Farbanpassung der Füllungen korrelierte stark negativ mit der Restaurationsgröße. Je größer die Kavität war, desto schlechter war das Farbergebnis der Füllung. Die Materialien unterschieden sich hinsichtlich der Ergebnisse letztlich jedoch kaum. Dennoch

konnte eine deutliche Qualitätsveränderung der Füllungen beziehungsweise beider Materialien über den Zeitraum von drei Jahren beobachtet werden. Diese Ergebnisse waren nicht überraschend, hält man sich die bereits erwähnten negativen Eigenschaften von fließfähigen Kompositen vor Augen. Man kann daraus schließen, dass fließfähige Komposite sehr wohl zur Füllung von Klasse-I-Kavitäten eingesetzt werden können. Allerdings kann ein Langzeiterfolg – ob der kurzen Dauer der Studie – schlecht abgeschätzt werden. Zusätzlich konnte ein Zerfall der Füllungen bereits nach kurzer Zeit beobachtet werden. Fließfähige Komposite sollten daher lediglich zur Restauration von Kavitäten verwendet werden, deren Ausdehnung nicht mehr als ein Viertel des interkuspidalen Abstands beträgt, um einer doch sehr rasch deutlich werdenden Desintegration des Randspalts entgegenzuwirken.

Quelle: Gallo JR, Burgess JO, Ripps AH, Walker RS, Maltezos MB, Mercante DE. Three-year clinical evaluation of two flowable composites. Quintessence Int 2010;41(6):497-503

*ZA dr. med. dent. Lukas Treven
Charité-Universitätsmedizin Berlin
CharitéCentrum 3 für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde
Abteilung für Zahnerhaltungskun-
de und Parodontologie
Alßmannshäuser Str. 4-6
14197 Berlin
lukas.treven@charite.de*

EU-Recht und das deutsche Gesundheitssystem



Burkhard Tiemann:

Die Einwirkungen des Rechts der Europäischen Union auf die Krankenversicherung, Gesundheitsversorgung und Freien Heilberufe in der Bundesrepublik Deutschland.

Duncker & Humblot, 2011.

ISBN: 978-3-428-13474-8

118 Euro

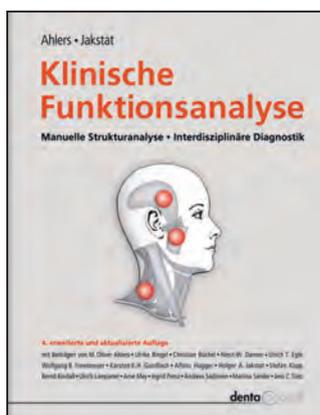
In den von Prof. Dr. Helge Sodan, Berlin, herausgegebenen Schriften zum Gesundheitsrecht ist als Band 22 die Untersuchung „Die Einwirkungen des Rechts der Europäischen Union auf die Krankenversicherung, Gesundheitsversorgung und Freie Heilberufe in der Bundesrepublik Deutschland“ von Prof. Dr. Burkhard Tiemann, Köln, erschienen. Nach einer ausführlichen Darstellung des vertragsrechtlichen und institutionellen Rahmens europäischer Gesundheits- und Sozialpolitik im ersten Kapitel werden im zweiten Kapitel die Einwirkungen des Unionsrechts auf die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung und die Rechtsstellung der Versorgungs- und Finanzierungsträger behandelt. Das dritte Kapitel ist der Rechtsstellung der Freien Heil-

berufe und ihrer Selbstverwaltung in Europa gewidmet. Schließlich werden im vierten Kapitel die Zukunftsperspektiven der Europäisierung des Gesundheitswesens für die Krankenversicherung und die Heilberufe untersucht. Ohne jede Einschränkung ist zu sagen, dass die von Tiemann veröffentlichte Arbeit zum unionsrechtlichen Einfluss auf das deutsche Gesundheitssystem und dessen Ausgestaltung sowie die Freien Heilberufe einen ganz hervorragenden Überblick über die dieses Spannungsverhältnis betreffenden rechtlichen und tatsächlichen Fragen gibt. Die rechtlichen Zusammenhänge zwischen der fortschreitenden Europäisierung des Gesundheitswesens und der damit einhergehenden Veränderung und Anpassung nationaler

Strukturen werden fundiert und erschöpfend behandelt. Darüber hinaus setzt sich Tiemann intensiv damit auseinander, welche zukünftigen Auswirkungen die fortschreitende Europäisierung des Gesundheitswesens in den Bereichen grenzüberschreitender Leistungsnachfrage und -erbringung, der Gesetzgebung sowie des Verständnisses und Selbstverständnisses der Freien Heilberufe hat. Für das Begreifen der zunehmenden Einbettung des deutschen Gesundheitswesens in das Unionsrecht und der damit verbundenen rechtlichen und tatsächlichen Implikationen ist das Werk von Tiemann unverzichtbar.

Winfried Boecken, Konstanz

Praxistaugliches Therapiemanagement



Ahlers M.O., Jakstat H. A.:

Klinische Funktionsanalyse.

Manuelle Strukturanalyse –

Interdisziplinäre Diagnostik.

DentaConcept Verlag, 2011.

ISBN-13: 978-2-933465-03-0

168 Euro

Die 4., erweiterte und aktualisierte Auflage des Fachbuchs zur Klinischen Funktionsanalyse ist da. Auf 680 Seiten mit 560 Abbildungen gelingt es den Herausgebern, PD Dr. M. Oliver Ahlers und Prof. Dr. H. A. Jakstat die komplexe Problematik der craniomandibulären Dysfunktionen (CMD) dem praktisch tätigen Zahnarzt ebenso wie Studierenden oder Vertretern anderer Fachdisziplinen verständlich nahezubringen. Die Kapitel bauen sinnvoll aufeinander auf und dennoch ist es möglich, sich jedes in sich abgeschlossene Kapitel auch

selektiv zu erarbeiten. Um dem multifaktoriellen Geschehen der CMD gerecht zu werden, wird neben der zahnärztlichen klinischen Funktionsanalyse vor allem die interdisziplinäre Zusammenarbeit berücksichtigt. Dazu gehören psychische Faktoren ebenso wie die Orthopädie, die Physiotherapie, bildgebende Untersuchungen, Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgische Differenzialdiagnosen, HNO-ärztliche Befunde, die Schmerzchronifizierung sowie die zahnärztliche Gesprächsführung. Über die instrumentelle Funktionsdiagnostik wird zur Therapie der CMD

übergeleitet und ein praxistaugliches Behandlungsmanagement dargestellt. Die Darlegungen sind prägnant und in sich schlüssig und durch die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse untermauert.

Den Herausgebern ist es gelungen namhafte Autoren zu gewinnen und dennoch ein Arbeitsbuch zu konzipieren, das aus einem Guss geschaffen ist und durch seine systematische Darstellung in Wort, Bild und Grafik besticht.

Ingrid Peroz, Berlin

Deutschlandstipendien

Studentenhilfe mit Startproblemen

Seit dem Sommersemester 2011, also seit etwa einem halben Jahr, läuft das Programm Deutschlandstipendium des Bundesbildungsministeriums (BMBF). Ressortchefin Annette Schavan ist zufrieden: „Deutschland ist auf einem guten Weg zu einer Stipendienkultur.“ Studierendenschaft und Wissenschaftler üben indes Kritik an dem Projekt.

Das Prinzip des Deutschlandstipendiums ist relativ simpel. Ein Förderer (eine Privatperson, eine Stiftung oder ein kleineres Unternehmen) entscheidet sich für eine Hochschule, an der das Stipendium vergeben werden soll. Er kann auch Fachbereich und Studienfach bestimmen. Der Förderer gibt 150 Euro monatlich, der Staat schießt nochmals 150 Euro zu und verdoppelt damit die Fördersumme. Das Geld erhält ein Student der vom Förderer bestimmten Hochschule. Darüber, wer das Stipendium bekommt, entscheiden gute Noten. Aber auch gesellschaftliches Engagement und persönliche Leistungen wie das Überwinden von Hürden in der Bildungsbiografie werden berücksichtigt. Ziel der Stipendien ist laut BMBF, dem steigenden Bedarf des Arbeitsmarkts an Akademikern zu begegnen und mehr jungen Menschen einen Hochschulabschluss zu ermöglichen.

Zufriedenstellende Bilanz

Kürzlich zog Annette Schavan eine erste Bilanz des Deutschlandstipendiums – und zeigte sich zufrieden. Die Hochschulen hätten einen Kulturwandel in Gang gesetzt, der den Wissenschaftsstandort Deutschland nachhaltig verändern werde, sagte die Ministerin laut Mitteilung.

Die Zahlen, die das BMBF dazu veröffentlichte, klangen vielversprechend: Knapp drei Viertel der 388 deutschen Hochschulen nutzen bereits Deutschlandstipendien; seit Beginn des Sommersemesters wurden Fördermittel für fast 4 800 Stipendien eingeworben, hinzu kommen die vergleichbaren 2 600 NRW-Stipendien in Nordrhein-Westfalen; insgesamt konnten 8,6 Millionen Euro an privaten Mitteln eingetrieben werden.

Bereits bei der Vorstellung des Deutschlandstipendiums Anfang des Jahres zeigte sich Schavan ähnlich euphorisch: „Eine neue Stipendienkultur wird Deutschlands Hochschulen noch attraktiver machen.“

Kein Grund zur Euphorie

Betrachtet man die Zahlen des BMBF jedoch genauer, scheint eine euphorische Bewer-



Foto: (M) Karen Roach-Igor Tarasov-Fotolia.com/zm

Mit 300 Euro monatlich zum erfolgreichen Studienabschluss? Ob das Deutschlandstipendium einen nachhaltigen Effekt auf die Hochschul-landschaft haben wird, sehen Befürworter und Kritiker unterschiedlich.

tung des Deutschlandstipendiums zumindest verfrüht – in der Praxis hapert es bei der Umsetzung. Nur 112 der 388 beteiligten Hochschulen hatten bis September ihr Kontingent ausgeschöpft. An der Berliner Humboldt-Universität wurden nach Informationen von „Spiegel online“ bislang 34 Stipendien vergeben – von 122 möglichen. Der Freie Zusammenschluss von Student-Innenschaften (fzs), Dachverband der Studierendenschaften in Deutschland, kritisiert das Deutschlandstipendium aus einer anderen Richtung. Es bilde keinerlei Anreiz, ein Studium aufzunehmen, sagte fzs-Vorstandsmitglied Moska Timar laut Mitteilung. Außerdem unterliege es einem intransparenten

und von Hochschule zu Hochschule unterschiedlichen Auswahlverfahren.

Prof. Gerhard de Haan, erziehungswissenschaftlicher Zukunftsforscher an der FU Berlin, hält die Stipendien zwar grundsätzlich für „eine gute Idee“, hat aber auch Bedenken. Aktuell gelinge es den Hochschulen noch, ihren Anteil am Stipendienbeitrag einzuwerben. Langfristig müsse man diesbezüglich jedoch skeptisch sein. Auch „die Versuche etlicher deutscher Hochschulen, eine Ausweitung der Alumni zu etablieren, die den Hochschulen großzügiger spenden, sind hierzulande nicht in Sicht. Die Bindung an die Hochschule ist offensichtlich nicht so groß wie in den USA“, urteilt de Haan.

Nach Meinung des Wissenschaftlers bieten die Stipendien kaum Anreize für junge Leute aus weniger begüterten Schichten, ein Studium zu beginnen. „Vor diesem Hintergrund ist es auch wenig einsichtig, dass sich mit dem Stipendium in nennenswertem Maß die Zahl der Studierenden ausweiten lässt. Die Quote der Studierwilligen aus den gehobenen gesellschaftlichen Schichten scheint eher ausgeschöpft. Dagegen ist eine Förderung der sozial Schwachen, ihre Entlastung (BAFöG reicht nicht) in Hinblick auf die Verbindung zwischen Job und Studium, eine echte Herausforderung.“ eb

■ www.deutschland-stipendium.de

Zahnärztekammern

LZK Sachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Akupunktur
Thema: Mundakupunktur – Therapie mittels westlicher Akupunktur-Systeme (MAPS)
Referent: Dr. med. Jochen Gleditsch – Wien (A)
Termin: 10.12.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Fortbildungsakademie der LZK Sachsen, Dresden
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: D 217/11
Kursgebühr: 210 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Bisshebung des Erosionsgebisses mit direkter Adhäsivtechnik. Die Phase zwischen der Schiene und der permanenten Restauration: ein praktischer Übungskurs
Referenten: Prof. Dr. Thomas Attin – Zürich (CH), Dr. med. dent. Uwe Blunck – Berlin
Termin: 13.01.2012: 14.00 – 20.00 Uhr, 14.01.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Fortbildungsakademie der LZK Sachsen, Dresden
Fortbildungspunkte: 18
Kurs-Nr.: D 01/12
Kursgebühr: 510 EUR

Auskunft u. schriftliche Anmeldung:
 Fortbildungsakademie der LZK Sachsen
 Schützenhöhe 11
 01099 Dresden
 Tel.: 0351/8066-101
 Fax: 0351/8066-106
 E-Mail: fortbildung@lzk-sachsen.de
 www.zahnaerzte-in-sachsen.de

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Fachgebiet: Vertragswesen
Thema: Zahnersatz – Abrechnung nach BEMA und GOZ unter Berücksichtigung der Festzuschüsse – Teil 3 (Seminar für ZÄ und Praxismitarbeiter)
Referenten: ZA Lothar Marquardt – Krefeld, Dr. Hans Werner Timmers – Essen
Termin: 02.12.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11324
Kursgebühr: ZA 30 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Darstellung eines parodontologischen Behandlungskonzepts
Referent: Dr. Hermann Derks
Termin: 02.12.2011: 14.00 – 18.00 Uhr, 03.12.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 13
Kurs-Nr.: 11130
Kursgebühr: ZA 330 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Dental English 2
Referentin: Sabine Nemeč – Langenselbold
Termin: 03.12.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11104
Kursgebühr: ZA 180 EUR

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: BEMA – Fit
 Die ab 1. Januar 2004 geltenden Abrechnungsbestimmungen im konservierend-chirurgischen Bereich (Seminar für ZÄ und Praxismitarbeiter)
Referenten: ZA Andreas Eberhard Kruschwitz – Bonn, Dr. Hans Joachim Lintgen – Remscheid
Termin: 07.12.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 11333
Kursgebühr: ZA 30 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Temporärer Zahnersatz umd prä-implantologische Therapie mittels Mini-Implantaten
Referent: Dr. Benedict Wilmes – Düsseldorf
Termin: 07.12.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 11131
Kursgebühr: ZA 160 EUR

Anzeige

Fachgebiet: Infektiologie
Thema: Organisation des Infektschutzes in der Zahnarztpraxis (Teamkurs)
Referenten: Dr. Richard Hilger – Kürten, Ruth Knülle – Düsseldorf
Termin: 10.12.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11116
Kursgebühr: ZA 240 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 75 EUR

Fortbildung für ZFA

Thema: Röntgenkurs zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RöV § 24 Absatz 2 Nr. 3 und Nr. 4 vom 30. April 2003
Referenten: Dr. Regina Becker – Düsseldorf, Prof. Dr. Jürgen Becker – Düsseldorf, Dr. Andreas Künzel – Hilden
Termin: 02.12.2011: 08.30 – 17.45 Uhr, 03.12.2011: 08.30 – 17.45 Uhr, 04.12.2011: 08.30 – 11.45 Uhr
Kurs-Nr.: 11259
Kursgebühr: (ZFA) 240 EUR

Thema: Röntgeneinstelltechnik (Intensivkurs mit praktischen Übungen)
Referentin: ZMF Gisela Elter – Verden
Termin: 07.12.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
Kurs-Nr.: 11277
Kursgebühr: (ZFA) 95 EUR

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Endodontie heute: sicher – einfach – praxisnah. Alternativen zu rotierenden Aufbereitungssystemen und Wurzelfüllungen mit einfachen Applikationstechniken
Referent: Dr. Jörg Weiler – Köln
Termin: 09.12.2011: 14.00 – 19.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 11135
Kursgebühr: ZA 240 EUR

Thema: Röntgenkurs zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RöV § 24 Absatz 2 Nr. 3 und Nr. 4 vom 30. April 2003
Referent: Prof. Dr. Dr. Peter Schulz – Köln
Termin: 09.12.2011: 09.00 – 18.15 Uhr, 10.12.2011: 09.00 – 18.15 Uhr, 11.12.2011: 09.00 – 12.15 Uhr
Kurs-Nr.: 11291
Kursgebühr: (ZFA) 240 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Kofferdam in 100 Sekunden (Teamkurs)
Referenten: Dr. Johannes Müller – Wörth a. d. Isar
Termin: 10.12.2011: 10.00 – 15.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 11132
Kursgebühr: ZA 290 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 140 EUR

Thema: Hygienische Aufbereitung von Medizinprodukten in der Zahnarztpraxis (Fortbildungsangebot für zahnmedizinisches Hilfspersonal mit abgeschlossener Berufsausbildung)
Referentin: Ass. jur. Katharina Dierks – Köln
Termin: 10.12.2011: 09.00 – 19.00 Uhr
Kurs-Nr.: 11266
Kursgebühr: (ZFA) 280 EUR

Thema: Prophylaxe beim Kassenpatienten nach IP1 bis IP4 (Seminar mit Demonstrationen und praktischen Übungen)
Referenten: ZA Ralf Wagner, ZMF Daniela Zerlik – beide Langerwehe
Termin:
 10.12.2011: 09.00 – 17.00 Uhr,
 11.12.2011: 09.00 – 13.00 Uhr
Kurs-Nr.: 11273
Kursgebühr: (ZFA) 220 EUR

Thema: Röntgenkurs zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RöV § 24 Absatz 2 Nr. 3 und Nr. 4 vom 30. April 2003
Referenten: Dr. Regina Becker – Düsseldorf, Prof. Dr. Jürgen Becker – Düsseldorf, Dr. Andreas Künzel – Hilden
Termin:
 16.12.2011: 08.30 – 17.45 Uhr,
 17.12.2011: 08.30 – 17.45 Uhr,
 18.12.2011: 08.30 – 11.45 Uhr
Kurs-Nr.: 11293
Kursgebühr: (ZFA) 240 EUR

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

ZÄK Bremen



Fortbildungsveranstaltungen

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: Fortbildungsinstitut der Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 11228
Gebühr: 1 050 EUR (ZÄ), 845 EUR (ZFA)

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

Fachbereich: Praxismanagement
Thema: 2. Bremer Curriculum Praxisführung
Referent: diverse
Start: 20./21.01.2012
Ort: Fortbildungsinstitut der Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 13 je Wochenende
Kurs-Nr.: 12501 – 12510
Gebühr: auf Anfrage

Fachbereich: Prophylaxe
Thema: Grundlagen der Prophylaxe –Der erste Schritt
Referenten: Dr. Jan Peter Reineke, Sabine Mack, Sabine Lapuks
Termin: 18.02.2012:
 09.00 – 14.30 Uhr
Ort: Fortbildungsinstitut der Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Kurs-Nr.: 12009
Gebühr: 115 EUR

Fachbereich: Prophylaxe
Thema: Grundlagen der Prophylaxe –Der zweite Schritt
Referentin: Sabine Mack
Termin: 22.02.2012:
 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Fortbildungsinstitut der Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Kurs-Nr.: 12010
Gebühr: 109 EUR

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

KZV Baden-Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsinstitut Freiburg

Fachgebiet: Psychologie
Thema: Wie ticken wir eigentlich unbewusst?
Referent: Dr. Johannes Reissfelder – Freiburg
Termin: 03.12.2011
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 365 EUR
Kurs-Nr.: 11/125
Fortbildungspunkte: 7

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

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Das neue Bestellsystem
Referent: Hans J. Schmid – Veitshöchheim
Termin: 25.01.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 175 EUR (ZA), 150 EUR (ZFA/Mitarbeiterin)
Kurs-Nr.: 12/300
Fortbildungspunkte: 5

Fachgebiet: Psychologie
Thema: Shaolin Power – Bewusstsein für Erfolg
Referent: Gerhard Conzelmann – Hadamar
Termin: 03./04.02.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 730 EUR (ZA), 700 EUR (ZFA/Mitarbeiterin)
Kurs-Nr.: 12/301
Fortbildungspunkte: 18

Fachgebiet: ZFA
Thema: ZMV and more – Workshop für Zahnmedizinische Verwaltungsassistentinnen
Referent: Dipl.-Psych. Bernd Sandock – Berlin
Termin: 03./04.02.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 295 EUR
Kurs-Nr.: 12/501

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Periimplantitis – Die große Herausforderung in den nächsten Jahren
Referent: Prof. Dr. Reiner Mengel – Marburg
Termin: 04.02.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 375 EUR
Kurs-Nr.: 12/100
Fortbildungspunkte: 8

Fachgebiet: ZFA
Thema: Professionelle Umgangsformen – Zielgerichtete Gesprächsführung – Umgang mit Beschwerden
Referentin: Gundi Brockmann – Weiden
Termin: 10.02.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 12/400

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Frontzahnästhetik in Perfektion mit Keramikveneers – ein praktischer Arbeitskurs
Referent: Prof. Dr. Jürgen Manhart – München
Termin: 10./11..02.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 525 EUR
Kurs-Nr.: 12/101
Fortbildungspunkte: 17

Fachgebiet: ZFA
Thema: Von Anfang an ... – Eine Fortbildung für Auszubildende in der Zahnarztpraxis
Referentin: Gundi Brockmann – Weiden
Termin: 11.02.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 12/401

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Manuelle Funktions- und Strukturanalyse
Referent: Prof. Dr. Axel Bumann – Berlin
Termin: 24.02. – 26.02.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 1 280 EUR
Kurs-Nr.: 12/102
Fortbildungspunkte: 30

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

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Direkte Ästhetik mit Kompositfüllungen (Intensiver Hands-on-Kurs)
Referent: ZA Wolfgang-M. Boer – Euskirchen
Termin:
 02.12.2011: 14.00 – 19.00 Uhr,
 03.12.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 4016.7
Kursgebühr: 545 EUR

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: 16. Berliner Prophylaxetag
Referenten: Prof. Dr. med. dent. Joachim Stefan Hermann – Zürich-Nänikon, Dr. Steffen Rieger – Stuttgart, Prof. Dr. Joachim Klimmek – Gießen, Dipl.Hdl. Joachim Brandes – München
Termin: 03.12.2011:
 09.00 – 16.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 3100.0
Kursgebühr: 119 EUR

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Refresher 2011: Endodontie
Referenten: Dr. Johannes Cujé – Hamburg, Prof. Dr. Michael Hülsmann – Göttingen, Dr. Dr. Frank Erhard Sanner – Frankfurt
Termin: 03.12.2011:
 09.00 – 16.30 Uhr
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 4039.1
Kursgebühr: 285 EUR

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Curriculum Endodontie
Moderator: Prof. Dr. Michael Hülsmann (Göttingen)
Erster Termin:
 13.01.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
 14.01.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
 (12 Veranstaltungstage)
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 96
Kurs-Nr.: 4036.2
Kursgebühr: Frühbucherrabatt möglich

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Curriculum Parodontologie
Moderator: Prof. Dr. Dr. Sören Jepsen (Bonn)
Erster Termin:
 20.01.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
 21.01.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
 (12 Veranstaltungstage)
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 91
Kurs-Nr.: 0419.2
Kursgebühr: Frühbucherrabatt möglich

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Curriculum für Hypnose und Kommunikation in der Zahnmedizin
Moderator: Dr. Horst Freigang (Berlin)
Erster Termin:
 10.02.2012: 14.00 – 20.00 Uhr,
 11.02.2012: 09.00 – 18.00 Uhr
 (12 Veranstaltungstage)
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 96
Kurs-Nr.: 6030.4
Kursgebühr: Frühbucherrabatt möglich

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Strukturierte Fortbildung: Funktionsanalyse und -therapie für die tägliche Praxis
Referent: Dr. Uwe Harth (Bad Salzfluren)
Erster Termin:
 09.03.2012: 09.00 – 18.00 Uhr,
 10.03.2012: 09.00 – 18.00 Uhr
 (6 Veranstaltungstage)

Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 45
Kurs-Nr.: 1001.8
Kursgebühr: Frühbucherrabatt möglich

Fachgebiet: Homöopathie
Thema: Strukturierte Fortbildung: Homöopathie für Zahnärzte
Moderator: Prof. Dr. Heinz-Werner Feldhaus (Hörstel)
Erster Termin:
 23.03.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
 24.03.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
 (8 Veranstaltungstage)
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 60
Kurs-Nr.: 6055.1
Kursgebühr: Frühbucherrabatt möglich

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

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

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 Praxishaber
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin: 16.11.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 118122
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS in der praktischen Anwendung – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem in der Umsetzung
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin: 23.11.2011: 14.00 – 17.00 Uhr
Ort: Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 118306
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS-EDV-Grundlagen – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem in der Umsetzung
Referent: Dr. Holger Dausch
Termin: 23.11.2011: 17.15 – 20.00 Uhr
Ort: Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 118307
Kursgebühr: 80 EUR

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Abrechnungs-Grundkurs für Anfänger und Wiedereinsteiger
Referentin: Brigitte Conrad
Termin: 25.11.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 118232
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Oralchirurgisches Kompendium: Navigation in der dentalen Implantologie – wann, warum und wie?
Referent: Dr. Mischa Krebs
Termin: 30.11.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 118116
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Implantologie/ Abrechnung
Thema: Setzen Sie Ihr erstes Implantat – Frauen-Chirurgie-Seminar mit Hands-on
Referentinnen: Dr. Petra Rauch, Brigitte Conrad
Termin: 03.12.2011: 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 12
Kurs-Nr.: 118136
Kursgebühr: 270 EUR

Fachgebiet: Homöopathie
Thema: Grundlagen der Homöopathie
Referentin: Dr. Elvira Antonini-Rumpf
Termin: 07.12.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 118264
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Arbeitssicherheit
Thema: BuS-Workshop Arbeitssicherheit für das Team
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin: 07.12.2011: 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 118222
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: ZFA
Thema: Prophylaxe-Kompakt-Seminar für ZFA
Referentinnen: PD Dr. Dr. Christiane Gleissner, Dr. Birgül Azrak, Christa Haas, Dr. Anke Steinhoff-Schattenberg, Brigitte Conrad, Petra Schüle, Dr. Judith Jacob
Termin: 12.12. – 17.12.2011 (ganztägig)
Ort: Mainz
Kurs-Nr.: 118218
Kursgebühr: 860 EUR

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

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Bewährte Möglichkeiten der Diagnostik und initialen Therapie von Funktionsstörungen mit Aufbissbehelfen (Seminar für ZA und Zahntechniker)
Referentin: Theresia Asselmeyer
Termin: 18.11.2011: 14.00 – 18.00 Uhr, 19.11.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: Z 1184
Kursgebühr: 295 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Endodontie heute: sicher – einfach – praxisnah
Referent: Dr. Jörg Weiler
Termin: 19.11.2011: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: Z 1183
Kursgebühr: 286 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Power-Workshop Endodontie-Revision
 Tag 1: Endodontische Diagnostik & Aufbereitung von Wurzelkanalsystemen, Tag 2: Endodontische Obturation & Immunologie, Tag 3: Endodontische Revision
Referent: Prof. Dr. Norbert Linden
Termin: 24.11. – 26.11.2011: jeweils 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 24
Kurs-Nr.: Z 1186
Kursgebühr: 960 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Interdisziplinäre Fallplanung bzw. Möglichkeiten und Grenzen der Kieferorthopädie in der ästhetischen Zahnheilkunde
Referent: Prof. Dr. Martin Baxmann
Termin: 03.12.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: Z 1189
Kursgebühr: 175 EUR

Auskunft und Anmeldung:

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

ZÄK Sachsen-Anhalt



Fortbildungsinstitut „Erwin Reichenbach“

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Trainingskurs: Professionelle Zahnreinigung – Check up
Referentin: Genoveva Schmid – Berlin
Termin: 01.12.2011: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Kurs-Nr.: H-54-2011
Gebühr: 180 EUR

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Profession. Zahnreinigung
Referentin: Genoveva Schmid – Berlin
Termin: 02.12.2011: 15.00 – 19.00 Uhr, 03.12.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: H-55-2011
Gebühr: 240 EUR

Fachgebiet: Alterszahnheilkunde
Thema: Die Zahnpraxis 60+
Referentin: Christine Baumeister – Haltern
Termin: 03.12.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Magdeburg,
 im Reichenbachinstitut der ZÄK,
 Große Diesdorfer Str. 162
Kurs-Nr.: H-56-2011
Gebühr: 145 EUR

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Notfallmaßnahmen
 in der zahnärztlichen Praxis
Wissenschaftlicher Leiter:
 Univ.-Prof. Dr. Dr. Klaus Louis
 Gerlach – Magdeburg
Termin: 03.12.2011:
 09.00 – 14.00 Uhr
Ort: Magdeburg,
 im Büro- und Tagungscenter
 Magdeburg, Rogätzer Str. 8
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: Z/2011-SV
 (Gemeinsame Veranstaltung
 der ZÄK Sachsen-Anhalt mit der
 Sanofi-Aventis Deutschland GmbH)

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Stress lass nach –
 „Schwierige“ Situationen
 meistern, Arbeit clever planen,
 Behandlung optimieren
Referent: Manfred Just –
 Forchheim
Termin: 09.12.2011:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Magdeburg,
 im Reichenbachinstitut der ZÄK,
 Große Diesdorfer Str. 162
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: Z/ZH 2011-049
Gebühr: ZA 230 EUR,
 ZH 190 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Hilfe für QM-Beauftragte
 in der Zahnarztpraxis –
 Gemeinsam durch QM
Referentin: Andrea Kibgies –
 Magdeburg
Termin: 09.12.2011:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Halle (Saale),
 im Ankerhof Hotel, Ankerstr. 2a
Kurs-Nr.: H-57-2011
Gebühr: 75 EUR

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Curriculum Allgemeine
 Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
 Wochenendkurs: Thema III –
 Prothetik
Referenten: Univ.-Prof. Dr. Jürgen
 Setz, PD Dr. Arne Boeckler – beide
 Halle (Saale)
Termin:
 09.12.2011: 14.00 – 18.00 Uhr,
 10.12.2011: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Halle (Saale),
 in der Universitätsklinik, Harz 42a
Fortbildungspunkte: 11
Kurs-Nr.: Z/2011-072
Gebühr: 165 EUR
 (Kurspaket 2000 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@zahnaerztekam-
 mer-sah.de oder
 einecke@zahnaerztekammer-sah.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 Sparkassen-
 akademie, 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 Zahnarzt-
 praxis
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?
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 pro-
 thetischen 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. Kongress-
 zentrum, 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

ZÄK Mecklenburg- Vorpommern



Fortbildungsveranstaltungen

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.-Rathe-
 nau-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 Dentalfoto-
 grafie – Basiswissen Dentalfoto-
 grafie 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

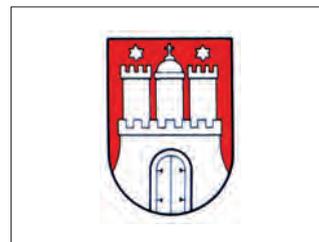
Fachgebiet: Kommunikation
Thema: Dental Treatment Made
 Easy for Patients
Referentin: Dipl.-Wirtsch.-Ing.
 Sabine Nemeč
Termin: 26.11.2011:
 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: TriHotel am Schweizer Wald,
 Tessiner Str. 103
Kurs-Nr.: 43
Gebühr: 270 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Okklusionsschienen zur Prä-
 vention 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 Moral“,
 Stempelstr. 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
 (Stichwort: Fortbildung)

ZÄK Hamburg



Fortbildungsveranstaltungen

Wissenschaftlicher Abend
Thema: Möglichkeiten der
 Kariesexkavation
Referent: Dr. Klaus Neuhaus – Bern
Termin: 05.12.2011:
 20.00 – 21.30 Uhr
Ort: Hörsaal A, Universität Ham-
 burg, Edmund-Siemers-Allee 1,
 20146 Hamburg
Fortbildungspunkte: 2
Kurs-Nr.: 48 kons

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Vorhersagbarer
 endodontischer Erfolg
Referentin: Dr. Edith Falten –
 Hamburg
Termin:
 09.12.2011: 14.00 – 18.00 Uhr,
 10.12.2011: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: ZÄK Hamburg
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 40232 kons
Gebühr: 440 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Praxisorientierte Implan-
 tologie – Ein Konzept für die
 allgemein zahnärztlichen Praxen
Referent: Dr. Peter Borgmann MSc
 – Hamburg
Termin: 14.12.2011:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Praxis Dr. Peter Borgmann
 MSc, Eppendorfer Baum 35,
 20249 Hamburg
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 50071 impl
Gebühr: 150 EUR

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Warme vertikale
 Kondensationstechnik
Referentinnen: Dr. Edith Falten, Dr.
 Karin Kremeier – beide Hamburg
Termin: 17.12.2011:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: ZÄK Hamburg
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: 40233 kons
Gebühr: 310 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

Kongresse

■ November

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@lzk.de

www.lzk.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: -2

info@youvivo.com

■ Dezember

16. Berliner Prophylaxetag

Fachkongress mit Dentalausstellung

Veranstalter:

LZK Berlin/Brandenburg

Termin:

Workshops: 02.12.2011,

Vortragsblock: 03.12.2011

Referenten: Prof. Dr. Joachim Stefan

Hermann – Zürich-Nänikon,

Dr. Steffen Rieger – Stuttgart,

Prof. Dr. Joachim Klimek,

Joachim Brandes – München

Fortbildungspunkte: 8

Gebühr: 119 EUR

Auskunft:

info@pfaff-berlin.de

44. Jahrestagung der DGFD

Thema: CMD – interdisziplinäre

Diagnostik und Therapie

Veranstalter: Deutsche Gesell-

schaft für Funktionsdiagnostik

und -therapie in der DGZMK

Hauptreferenten: Prof. Dr. Olaf

Bernhardt – Greifswald,

Prof. Dr. Antoon de Laat – Leuven,

Prof. Dr. von Piekartz – Osnabrück

Termin: 02./03.12.2011

Ort: Bad Homburg,

Maritim Kurhaushotel

Kongressorganisation:

MCI Berlin

Landy Siemssen / Alexandra Glasow

Tel.: 030/20459-0

dgfdt@mci-group.com

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
Zeißstr. 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

24. Jahrestagung AKPP

Veranstalter: Arbeitskreis Psychologie und Psychosomatik in der DGZMK

Thema: Psychosomatik im Wandel der Demografie

Termin: 03./04.02.2012

Ort: Gästehäuser der Berliner Stadtmission, Lehrter Str. 68, 10557 Berlin

Anmeldung: PD Dr. Anne Wolowski
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Albert-Schweitzer-Campus 1, W 30
48149 Münster
Tel.: 0251/8347-079
Fax: 0251/8347-083
wolowsk@uni-muenster.de

DGP-Frühjahrstagung

Thema: Evidenzbasierte Parodontologie – ein synoptisches Behandlungskonzept für die Praxis
Termin: 10./11.02.2012

Ort: München, Ehrensaal des Deutschen Museums

Referenten: Dr. Rino Burkhardt, Prof. Dr. Niklaus P. Lang, Prof. Dr. Bjarni Pjetursson

Anmeldung: Deutsche Gesellschaft für Parodontologie
www.dgparo.de ->Fortbildung

Februartagung der Westfälischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.

Hauptthema: Mundschleimhauterkrankungen

Termin: 11.02.2012

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, 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, Implantatchirurgie

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

Komturstr. 18

12099 Berlin

Tel.: 030/76180-626

Fax: 030/76180-693

kongress@quintessenz.de

www.quintessenz.de/berliner

kongresse

■ März

41. Internationale Kieferorthopädische 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: Ärztezentrale Med.Info

Helferstorferstr. 4

A-1014 Wien

Tel.: +43/1/53116-38

Fax: +43/1/53116-61

azmedinfo@media.co.at

www.oegkfo.at

Kongress „Zahnheilkunde 2012“

Veranstalter: LZK Rheinland-Pfalz

Termin: 09./10.03.2012

Ort: Mainz

Auskunft: LZK Rheinland-Pfalz

Frau Wepprich-Lohse

Langenbeckstr. 2

55131 Mainz

Tel.: 06131/96136-62

Fax: 06131/96136-89

wepprich-lohse@lzk.de

www.lzk.de

58. Zahnärztetag der Zahnärztekammer 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.bruemmmer@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

Komturstr. 18

12099 Berlin

Tel.: 030/76180-624

Fax: 030/76180-693

kongress@quintessenz.de

www.quintessenz.de

19. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag

Termin: 24.03.2012:

08.30 – 17.00 Uhr

Ort: Neumünster,

Hostenhallen 1, 3-5, Foyer

Auskunft:

KZV Schleswig-Holstein

Frau Ludwig

Tel.: 0431/3897-128

■ 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: Ärztezentrale Med.Info
 Helferstorferstr. 4
 A-1014 Wien
 Tel.: +43/1/53116-38
 Fax: +43/1/53116-61
 azmedinfo@media.co.at

■ Mai

12. Kärntner Seensymposium

Veranstalter: ÖGZMK Kärnten, gemeinsam mit dem Zahnärztlichen Interessenverband (ZIV)
Termin: 03.05. – 06.05.2012
Ort: Casino Velden, Wörthersee
Themen: Erfolgreich durch sinnvolle Fortbildung:
 Implantatfixierung abnehmbaren Zahnersatzes, gaumenfreier OK-Prothesen, Zirkonoxidprothesen; Die Sinusbodenelevation – Eine Methode für Ihre Praxis?; Lösungen nach Zahnextraktionen; ...
Kongresspräsidenten:
 DDr. Martin Zambelli (ÖGZMK Kärnten), DDr. Franz Tuppy (ZIV)
Information:
 Zahnärztekammer Kärnten
 Karin Brenner
 Tel.: ++43(0)505119020
 brenner@ktn.zahnaerztekammer.at

Hochschulen

Hochschule Fresenius

Arbeitsgruppe Zahnärztliche Schlafmedizin Hessen (Rhein-Main)

Fachgebiet: Schlafmedizin
Thema: Schlafmedizin ohne Grenzen: eine interdisziplinäre Herausforderung
Referenten: Prof. Dr. S. Kopp, Prof. Dr. h.c. med. Volk, Dipl.-Psych. M. Specht, Dr. B. Hoch, Dr. K. Berndsen, RA J. Peitz, Prof. Dr. H. J. Wilhelm, u. a.
Termin: 23.11.2011:
 14.00 bis 21.00 Uhr
Ort: Hochschule Fresenius gem. GmbH Idstein, Haus B, Räume B_E.04 + B_E.05, Erdgeschoss, Foyer rechts, 65510 Idstein, Limburger Str. 2
Fortbildungspunkte: 8
Gebühr: 50 EUR
 (Lizenzlabor und Studenten frei)

Anmeldung:
 Fax: 06126/953857
 info@agzsh.de

RWTH Aachen

CEREC-Seminar

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Intensives HandsOn-Training im gesamten CEREC-Chairside-Indikationsbereich
Referent: Prof. Dr. drs. 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. 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 Dysfunktion: Präzise Diagnostizieren, Dokumentieren und Therapieren
Termin: 09./10.12.2011
Referenten: Gert Groot Landeweer – Gundelfingen
Ort: Poliklinik für Kieferorthopädie, Zentrum für ZMK, Schlangenzahl 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
 Schlangenzahl 14
 35392 Gießen
 Tel.: 0641/9946121
 Fax: 0641/9946119

Universität Düsseldorf

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Mini-Implantate in der Kieferorthopädie
 Kurs I für Einsteiger: Indikationen, Konzepte und Risiken
Termin: 14.01.2012:
 09.00 – 17.00 Uhr
Referenten: Prof. Dr. Dieter Drescher (Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie), PD Dr. Benedict Wilmes (Oberarzt der Poliklinik für Kieferorthopädie)
Ort: Uni-Klinik Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 8
Teilnahmegebühr: 380 EUR (Assistenten 280 EUR) zzgl. MwSt.

Auskunft:

Dr. Benedict Wilmes
 Poliklinik für Kieferorthopädie
 Westdeutsche Kieferklinik, UKD
 Moorenstr. 5
 40225 Düsseldorf
 Tel.: 0211/8118-671 oder -160
 Fax: 0211/8119510

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-Restauration
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

ICCMO

International College of Cranio-Mandibular Orthopedics Sektion Deutschland e.V.

Fortbildungsveranstaltung

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: CMD und Schmerzen – was die Myozentrik leisten kann
Referenten: Dr. Brigitte Losert-Bruggner, Rainer Schöttl D.D.S. (USA)
Termin: 07.01.2012:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin, Hotel Abacus Tierpark
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 169 EUR

Auskunft: ICCMO e. V.
 Schuhstr. 35
 91052 Erlangen
 Tel.: 09131/9790992
 sekretariat@iccmo.de
 www.iccmo.de

ÖGZMK

Österreichische Gesellschaft für ganzheitliche Zahnmedizin

Fortbildungsveranstaltung

Thema: Interdisziplinäre Aspekte der ganzheitlichen Zahnmedizin
Referenten: Simma, Gleditsch, Busch, Pranschke, Hecht, Weise u.a.
Termin: 21.01. – 27.01.2012
Ort: Zürs am Arlberg – Robinsonclub Alpenrose
Fortbildungspunkte: 48 ZFP
Kursgebühr: 900 EUR

Anmeldung und detailliertes Programm:
 dr.i.simma@aon.at
 www.simma.at
 (Hotelreservierung bis 15.11
 alpenrose@robinson.de)

DZOI

Deutsches Zentrum für orale Implantologie e.V.

Fortbildungskurse

Thema: CMD-Fälle – Wenn neuer Zahnersatz der Auslöser für viele Probleme wird: geeignete Untersuchungen zur Diagnostik (1-Tagesworkshop)
Termin: 28.01.2012:
 10.00 – 16.00 Uhr
Ort: Praxis Dres. von Landenberg, Pastor-Klein-Str. 9, 56073 Koblenz
Leitung: Dr. Patricia von Landenberg, DZOI-Ausschussvorsitzende CMD
Kursgebühr: DZOI-Mitglieder 240 EUR, Nichtmitglieder 290 EUR

Thema: Der Einsatz von Lachgas und oralen Sedativa in der zahnärztlichen Praxis (1-Tagesworkshop)
Termin: 1. Quartal 2012
Ort: Praxis Dres. von Landenberg, Pastor-Klein-Str. 9, 56073 Koblenz
Leitung: Dr. Jochen Scopp – Berlin, DZOI-Ausschussvorsitzender
Kursgebühr: DZOI-Mitglieder 240 EUR, Nichtmitglieder 290 EUR

Auskunft: DZOI
 Rebhuhnweg 2
 84036 Landshut
 Tel.: 0871/6600934
 Fax: 0871/9664478
 office@dzoide.de
 www.dzoide.de

Freie Anbieter

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

Die Redaktion

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Erfolgreich mit dem Team. Die Integration von Teambesprechungen
Veranstalter: Initiative Zahngesundheit
Referent: Hans J. Schmid
Dauer: 3 inspirierende Stunden
Ort: in Ihrer Praxis
Kursgebühr: 399 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Initiative Zahngesundheit
 Kerzenleite 12
 97209 Veitshöchheim
 Tel.: 0931/2076262
 Pr@xiserfolg.co

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Die Patientenqualifizierung: Vom Einmalpatient zum Langzeitkunden
Veranstalter: Initiative Zahngesundheit
Referent: Hans J. Schmid
Dauer: 3 inspirierende Stunden

Ort: in Ihrer Praxis
Kursgebühr: 399 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Initiative Zahngesundheit
 Kerzenleite 12
 97209 Veitshöchheim
 Tel.: 0931/2076262
 Pr@xiserfolg.com

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: Funktionslehre
Thema: Funktionslehre – Workshop
Veranstalter: IFG
Referent: Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer
Termin: 18./19.11.2011
Ort: Hamburg
Anmeldung: IFG
 Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH
 Wohldstr. 22
 23669 Timmendorfer Strand
 Tel.: 04503/779933
 Fax: 04503/779944
 info@ifg-hl.de
 www.ifg-hl.de/kurse

Thema: Netzwerk-Symposium CMD
Veranstalter: Netz-Werk-Medizin Gesellschaft mbH
Referenten: Dr. Erich Würhr, Univ.-Prof. (em) Dr. Rainer Breul, Dr. med. Gregor Pfaff, Dr. med. Ulrich Randoll
Termin: 19.11.2011
Ort: Regensburg
Anmeldung: Netz-Werk-Medizin Gesellschaft mbH
 Schulstr. 26
 44623 Herne
 Tel.: 02323/147531-616
 Fax: 02323/147531-633
 www.netz-werk-medizin.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Der große Praxistag 2011! Unsere Patienten, mein Chef und ich
Veranstalter: IFG
Referent: Hans-Uwe L. Köhler
Termin: 23.11.2011
Ort: Hamburg
Anmeldung: IFG
 Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH
 Wohldstr. 22
 23669 Timmendorfer Strand
 Tel.: 04503/779933
 Fax: 04503/779944
 info@ifg-hl.de
 www.ifg-hl.de/kurse

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Einführung in die Manuelle Funktions- bzw. Strukturanalyse (MSA I)
Veranstalter: IFG
Referent: Prof. Dr. Axel Bumann
Termin: 25./26.11.2011
Ort: Berlin
Anmeldung: IFG
 Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH
 Wohldstr. 22
 23669 Timmendorfer Strand
 Tel.: 04503/779933
 Fax: 04503/779944
 info@ifg-hl.de
 www.ifg-hl.de/kurse

Fachgebiet: Marketing/Kommunikation
Thema: Wie Sie Ihre Patienten für die Prophylaxe begeistern – ein Leitfaden für das professionelle Beratungsgespräch
Veranstalter: Training – Seminare für die Zahnarztpraxis / Andrea M. Thees
Referentin: Andrea M. Thees
Termin: 03.12.2011:
 10.00 – 16.30 Uhr
Ort: Morbach

Kursgebühr: 195 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Andrea M. Thees
 Birkenfelder Str. 18
 54497 Morbach
 Initiative Zahngesundheit
 Tel.: 06533/2955969
 info@za-praxistraining.de
 www.za-praxistraining.de

Fachgebiet: Kommunikation
Thema: Patientenkommunikation Live
Veranstalter: IFG
Referent: Dr. Bernhard Saneke
Termin: 09./10.12.2011
Ort: Wiesbaden
Anmeldung: IFG
 Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH
 Wohldstr. 22
 23669 Timmendorfer Strand
 Tel.: 04503/779933
 Fax: 04503/779944
 info@ifg-hl.de
 www.ifg-hl.de/kurse

Fachgebiet: Psychologie
Thema: Shaolin Training – Stufe I
Veranstalter: IFG
Referenten: Gerhard Conzelmann, Shi Yan Yan
Termin: 09./10.12.2011
Ort: Stuttgart
Anmeldung: IFG
 Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH
 Wohldstr. 22
 23669 Timmendorfer Strand
 Tel.: 04503/779933
 Fax: 04503/779944
 info@ifg-hl.de
 www.ifg-hl.de/kurse

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Praktisches Training der intraoralen Positionierungstechnik (wahlweise mit Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA)
Veranstalter: Edulogicum GbR
Referent: Dipl.-Ing. Gerald König
Termin: 13.01.2012:
 13.00 – 18.00 Uhr
Ort: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 12.1_DVT.1_7_PTP.01
Kursgebühr: 139 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Fax: 040/81951237
 www.edulogicum.de

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Erwerb der Fach- und Sachkunde für die digitale Volumetomografie (Neuanwender)
Veranstalter: Edulogicum GbR
Referent: Dr. med. dent. Andreas Fuhrmann
Termin:
 14.01.2012: 09.00 – 17.00 Uhr,
 14.04.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 21
Kurs-Nr.: 12.1_DVT.1_3_EFS.01
Kursgebühr: 1 100 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Fax: 040/81951237
 www.edulogicum.de

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: DVT Anwendertreffen
Veranstalter: Edulogicum GbR
Referent: Dr. med. dent. Andreas Fuhrmann
Termin: 18.01.2012:
 14.30 – 17.30 Uhr
Ort: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 12.1_DVT.1_2_AnT.01
Kursgebühr: 35 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Fax: 040/81951237
 www.edulogicum.de

Fachgebiet: Hygiene
Thema: Hygiene- und Qualitätsmanagement
Veranstalter: Edulogicum GbR
Referent: Mathias Lange
Termin: 20.01.2012:
 14.30 – 18.30 Uhr
Ort: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 12.05HYG.HYG-QM.02
Kursgebühr: 59 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Fax: 040/81951237
 www.edulogicum.de

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Minimalinvasive Mini-druckknopfimplantate für den zahnlosen Kiefer
Veranstalter: Dr. med. Dr. med. dent. Heinrich Bültmann-Hagedorn
Termin: 21.01.2012:
 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Bremen
Fortbildungspunkte: 10
Kursgebühr: 295 EUR
Auskunft: Praxis Dr. Dr. Bültmann-Hagedorn und Dr. Thieme Faulenstr. 54
 28195 Bremen
 Tel.: 0421/382212
 Fax: 0421/39099532
 Praxis@MKG-HB.de

Verlust von Kammerausweisen

LZK Baden-Württemberg

Dr. Dr. Angelika Huppert
 Rüttenbergstr. 12
 79650 Schopfheim
 geb. am: 20.6.1956
 Ausweis gültig seit: 16.10.2008

Dr. Klaus Lührsens
 Jahnstr. 3
 21279 Hollenstedt
 geb. am: 31.12.1939

Matthias Storch
 Hauptstr. 11
 76571 Gaggenau
 geb. am: 15.11.1960
 Ausweis gültig seit: 25.1.1990

Kontakt:

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

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

ZÄK Niedersachsen

Nr. 6682
 Dr. Ira Leonhard

Nr. 5117
 Andrea Priegnitz

Nr. 3058
 Dr. Rolf Erik Flier

Nr. 6831
 Wolfgang Hoßdorf

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

Abrufkredit

Kontoüberziehung maßgeschneidert

Die Überziehung des Girokontos kostet nach wie vor viel Geld. Für den bequemsten Kredit zahlen die Bankkunden inzwischen meistens deutlich mehr als zehn Prozent Zinsen. Dabei gibt es Wege, wie sich kurzfristige Engpässe deutlich preiswerter finanzieren lassen. Im günstigsten Fall hilft ein Abrufkredit, der sich genau auf die Bedürfnisse des Kunden zuschneiden lässt.



Foto: Deutsche Post

Richtungsweisende Entscheidung: Wer von den hohen Zinsen seines Dispokredits die Nase voll hat, kann zu einem Ratenkredit mit günstigeren Zinsen wechseln.

Die kleine Volksbank Randerath-Immendorf hat sich eine Spitzenstellung unter Deutschlands Geldhäusern erarbeitet. Sie verlangt für die Überziehung des Girokontos stolze 18,25 Prozent, so das Ergebnis einer Umfrage der Stiftung Warentest (Finanztest 10/11). Mit 14,7 Prozent hält sich auch die Targobank (ehemals Citibank) in den oberen Rängen. Im Schnitt liegen die Konditionen für die Überziehung bei 12,4 Prozent. Die Institute schämen sich nicht, derart hohe Zinsen zu kassieren, obwohl das allgemeine Zinsniveau extrem niedrig ist. Auf dem Tagesgeldkonto geparktes Geld bringt derzeit circa 1,75 Prozent Zinsen. Da verdienen sich manche Institute eine goldene Nase. Das können sie aber nur, weil ihre Kunden diese Konditionen akzeptieren. Zwar können und werden nicht alle Vielzahler zur günstigsten Bank wechseln können

und wollen. Wer sein Institut mit Bedacht ausgewählt hat, braucht sich vielleicht nicht nach Alternativen umzusehen. Dazu gehören sicherlich gewiefte Online-Kontoführer. Sie kennen die Deutsche Skatbank, die sich mit sechs Prozent für die Kontoüberziehung zufriedengibt. Dabei handelt es sich keineswegs – wie der Name vielleicht vermuten lässt – um eine Zockerbank. Die kleine Volksbank hat ihren Sitz in Altenburg, wo man Anfang des 19. Jahrhunderts das Skatenspiel erfunden hat. Sie arbeitet als Direktbank und bietet ihre Dienste online an.

Teures Vergnügen

Abgesehen von solchen Ausnahmen müssen Kunden für die Überziehung ihres Kontos viel Geld zahlen. Der Dispokredit ist der teuerste Kredit, den Banken vergeben. Jedem,

der über regelmäßige Geldeingänge verfügt, räumt die Bank einen Überziehungskredit ein. Meist gibt sie sich beim Kreditrahmen besonders großzügig und verführt so den Kunden zu Ausgaben, die er sonst nicht machen würde. Sinnvoll aber ist die Überziehung nur in solchen Fällen, wenn zum Beispiel eine Anschaffung ansteht und das Konto nur für wenige Tage überzogen wird. Der Zinssatz kann sich jederzeit ändern. Hüten sollten sich Disponenten davor, den eingeräumten Rahmen zu sprengen. Wer mehr als den Dispo ausgibt, zahlt noch höhere Zinsen, in der Spitze über 20 Prozent.

Um auch als Kunde einer weniger verbraucherfreundlichen Bank in den Genuss günstiger Konditionen zu gelangen, wenn das Geld auf dem Girokonto für eine bestimmte Zeit nicht mehr reicht, gibt es verschiedene Ausweichmöglichkeiten. Welche die jeweils beste ist, hängt stark von den Bedürfnissen des Kunden ab. Wer es beispielsweise nicht schafft, den überzogenen Betrag auf Dauer deutlich zu reduzieren, läuft Gefahr, bei der Quartalsabrechnung horrenden Summen an Überziehungszinsen zahlen zu müssen. Der Kredit erhöht sich damit automatisch.

Ratenkredit günstiger

Für ihn eignet sich die Übertragung der überzogenen Summe in einen Ratenkredit. Dazu schließt der Kunde einen separaten Kreditvertrag mit einer Bank. Das muss nicht die Hausbank sein, er kann sich vielmehr das günstigste Angebot suchen. Das Darlehen zahlt er über einen bestimmten Zeitraum in gleichmäßigen Raten zurück. Sondertilgungen sind nicht möglich. Die Konditionen aber liegen meist deutlich unter denen des Dispos. So verlangt beispielsweise die

Targobank für einen Online-Kredit über 5 000 Euro, Laufzeit zwölf Monate, einen Effektivzins von 3,45 Prozent. Die monatliche Rate beträgt 424,37 Euro. Die ING-DiBa berechnet 5,95 Prozent effektive Zinsen, die Rate liegt bei 429,86 Euro.

Mit diesen Zinssätzen lässt sich Geld sparen. Allerdings sollten aufgeklärte Bankkunden das Kleingedruckte des Kreditvertrags genau prüfen, bevor sie unterschreiben. Denn ehe sie sich versehen, hat ihnen der Bankberater noch schnell eine Restschuldsicherung verkauft. Damit sichern sich die Institute gegen Zahlungsausfälle ab, wenn der Kunde seine Tilgungsraten nicht mehr zahlen kann. Die Kosten dafür verteuern den Kredit. In manchen Fällen kann eine derartige Absicherung durchaus Sinn machen, wenn der Betroffene zum Beispiel arbeitslos wird oder eine Krankheit in den finanziellen Engpass führt. Allerdings sollte der Kunde genau über die Kosten sowie

über den Sinn und Unsinn einer Restschuldsicherung aufgeklärt werden. Das ist die ureigenste Pflichtaufgabe des Beraters.

Beratung ungenügend

Dass dies häufig nicht geschieht, wissen die Verbraucherschützer. Andrea Heyer, Referatsleiterin für Finanzdienstleistungen bei der Verbraucherzentrale Sachsen in Leipzig, berichtet von den Erfahrungen ihrer Kunden: „Verbraucher haben uns immer wieder berichtet, dass ihnen der Abschluss der Versicherung gar nicht bewusst war, weil zum Beispiel schon ein Kreuzchen an bestimmten Stellen gesetzt war. Oder es wurden Ängste geschürt und der Vertrag wurde ihnen besonders nahegelegt.“ Besonders häufig beobachtet die Verbraucherschützerin den Verkauf von Restschuldsicherungen bei der Targo- und bei der Santander-Bank.

Viel flexibler und ebenfalls zu günstigen Konditionen können Kreditnehmer über geliehenes Geld verfügen, wenn sie sich einen Abrufkredit einrichten lassen. Er verbindet die Vorteile des Dispos und des Ratenkredits. Und so funktioniert er: Bei einem Abrufkredit richtet die Bank ihrem Kunden ein Kreditkonto ein, auf dem ihm eine bestimmte Summe zur Verfügung steht. Diesen Betrag kann er nutzen, wie und wann er will. Die Zinsen zahlt er jedenfalls nur für die in Anspruch genommene Summe. Dafür verlangen die Institute zwischen etwa fünf und circa zwölf Prozent Zinsen, meistens deutlich weniger als für den Dispo.

Auch der Abrufkredit basiert auf variablen Zinsen. Die Banken richten sich dabei nach einem Leitzins wie zum Beispiel dem Euribor. Steigt der, heben auch die Banken meistens die Konditionen an. Wie bei einem Ratenkredit überprüft die Bank



Foto: Fotolia.com - Stefan Rafjewski

Es empfiehlt sich, den Kontoauszug genau unter die Lupe nehmen, die Höhe der Dispozinsen wird nämlich gern überlesen.

vor der Kreditvergabe die Bonität des Kunden. Entsprechend räumt sie ihm eine Kreditsumme ein.

Diverse Anbieter

Zu den günstigen Anbietern gehört die Volkswagen Bank. Für ihren online vergebenen ComfortCredit verlangt sie zurzeit 8,18 (8,49 Prozent effektiv) Prozent Zinsen, Bearbeitungsgebühren und Bereitstellungszinsen fallen nicht an. Die Kreditsumme sollte zwischen 2 500 und 25 000 Euro liegen. Der Kunde zahlt monatlich mindestens 50 Euro oder zwei Prozent des genutzten Betrags. Interessanter noch ist das Angebot der ING-DiBa. Sie verlangt für einen Kredit zwischen 5 000 und 25 000 Euro nur 6,74 Prozent (6,95 Prozent effektiv) Zinsen für die in Anspruch genommene Summe und verzichtet ebenfalls auf Bearbeitungsgebühren und Bereitstellungszinsen. Wie bei der Volkswagen Bank bekommen auch Freiberufler hier problemlos einen Abrufkredit. Für sie manchmal die einzige Möglichkeit, sich Geld zu leihen.

Ebenfalls aufgeschlossen gegenüber Freiberuflern zeigt sich die PSD Bank Hannover. Sie wirbt mit einem Zins von 6,55 Prozent

(6,71 Prozent effektiv) für maximal 25 000 Euro. Die Rückzahlung liegt bei mindestens zwei Prozent des in Anspruch genommenen Betrags. Weitere Gebühren fallen nicht an. Eine Restschuldversicherung ist schon eingerechnet. Der Nachteil des attraktiven Angebots: Es gilt nur regional. Deutlich teurer fällt der Rahmenkredit der Deutschen Bank aus. Der Geldriese verlangt für das flexible Darlehen effektiv 13,80 Prozent. So viel kostet bei manchem Konkurrenten nicht einmal der Dispo. Außerdem berechnet das Institut eine Bearbeitungsgebühr von einem Prozent pro Verfügung. Die Rückzahlung des beanspruchten Betrags liegt bei mindestens 25 Euro beziehungsweise zwei Prozent des genutzten Kredits.

Sondertilgungen möglich

Ein großer Vorteil gegenüber den üblichen Ratenkrediten ist die Möglichkeit, mit Sondertilgungen den Kredit so schnell wie

möglich wieder zurückzuzahlen. Das bietet vor allem Freiberuflern, die häufig über unregelmäßige Einkünfte in unterschiedlicher Höhe verfügen, die Möglichkeit, den Kredit bequem zu managen. Ein direkter Vergleich zwischen den Kreditangeboten ist schwierig, weil der Kunde über die Höhe der Tilgungsrate und die Dauer der Rückzahlung selbst entscheidet. Auch wenn es so manchem ein gutes und sicheres Gefühl bereitet, immer noch die Reserve für unvorhergesehene Ausgaben in der Hinterhand zu haben – wenn er sie nutzt, kostet sie Geld. Doch bevor das Konto häufig im roten Bereich verweilt und sein Besitzer dafür teure Dispo-



Foto: Fotolia.com - Barbara Dudzinka

Nicht einfach zahlen, nachrechnen lohnt sich. Viele Abrufkredite sind günstiger als Dispokredite.

zinsen bezahlen muss, lohnt sich die Einrichtung eines Abrufkredits. Allerdings ist er kaum bekannt und nur wenige Banken bieten ihn an. Doch es ist egal, wo man sein Abrufkonto führt. Per Überweisung wandert der angeforderte Betrag aufs Girokonto. Und ein Dauerauftrag über einen kleinen Betrag auf dem umgekehrten Weg hilft, den genutzten Kreditbetrag möglichst klein zu halten. Auf den Dispo bei der Hausbank kann man dann vielleicht verzichten. Jedoch beide Kreditarten gleichzeitig zu nutzen, kann verhängnisvolle Folgen haben. Denn wer den Überblick verliert, gerät unter Umständen in die Schuldenfalle.

Marlene Endruweit
Wirtschafts-Fachjournalistin
m.endruweit@netcologne.de

Forderungsdienstleistungen

Patient in Verzug

Viele Zahnärzte haben mit säumigen Patienten zu kämpfen, um die Zahlungsmoral steht es nicht immer zum Besten. Verschiedene Dienstleister übernehmen für den Zahnmediziner die nötigen Schritte, damit er doch noch an sein Geld kommt.

Für privat Versicherte, Beihilferechtigte sowie für außervertragliche Leistungen bei gesetzlich Versicherten muss der Zahnmediziner seinen Patienten eine Rechnung über privatärztliche Leistungen ausstellen. Nach erbrachter Arbeit hat er das Recht, dass seine Rechnung nach Fälligkeit und Zugang sofort bezahlt wird. Doch häufig werden seine Forderungen eben nicht abgegolten, obwohl der Patient nach § 286 BGB nach 30 Tagen in Verzug gerät und für alle Schäden, die sich aus der verspäteten Zahlung ergeben, aufkommen muss.

Dann sollte der Zahnarzt Maßnahmen ergreifen, um das ihm zustehende Geld zu erhalten. Dazu können Mediziner, außer selbst aktiv zu werden oder einen Anwalt einzuschalten, verschiedene Dienstleistungen in Anspruch nehmen.

ZA, PVS und Factoring

Ein Teil der Zahnärzte nutzt zahnärztliche Abrechnungsgesellschaften (ZA) oder privat(zahn)ärztliche Verrechnungsstellen (PVS), die die Buchhaltung und Abrechnungen, aber auch Mahnungen und Einforderungen gegenüber zahlungsunwilligen Patienten übernehmen.

„Circa 30 Prozent der Zahnärzte nutzen das Angebot von Abrechnungsgesellschaften ganz oder teilweise. Davon wiederum 60 Prozent rechnen ihre Privatumsätze vollständig über einen Dienstleister ab“, schätzt Dr. Susanne Woitzik, Geschäftsführung Kommunikation der Zahnärztlichen Abrechnungsgesellschaft eG in Düsseldorf. Zu den Angeboten der ZA gehört auch das „Factoring“ genannte Forderungsmanagement. Dabei tritt der Zahnarzt seine Forderungssumme gegen einen festen, sofort leistbaren Kaufpreis an einen Dienstleister ab, der alle Rechten und Pflichten über-



Foto: Gina Sanders – Fotolia.com

Wenn die Zahnarztrechnung kommt und das Geld nicht reicht, bezahlen manche Patienten die erbrachte Leistung einfach nicht.

nimmt. Damit ist das Schuldverhältnis zwischen dem Mediziner und dem nicht zahlenden Patienten abgeschlossen. Die Schuld wird nun von dem Unternehmen eingetrieben, das Kosten und Risiken trägt. Die Gefahr, eine ausstehende Summe nicht zu erhalten, lässt sich ein Factor meist mit einer Gebühr von zwei bis drei Prozent der Forderungssumme bezahlen. Die Durchsetzungsquote ist laut Woitzik mit 99 Prozent sehr hoch, weil der Dienstleister im Vorfeld eine Risikoprüfung vornimmt.

Variierend nach der Lage der Praxis (Bundesland, Stadt, et cetera) müssen nach Woitziks Angaben 20 bis 40 Prozent der privatärztlichen Rechnungssummen durch die erste von insgesamt drei Mahnstufen, die sogenannte „freundliche Erinnerung“, eingetrieben werden. Bei der zweiten Mahnstufe sind es 10 bis 20 Prozent, bei der dritten, der letzten Mahnung, noch 5 bis 10 Prozent. Vor Gericht landen 1 bis 3 Prozent.

Für den Zahnarzt hat Factoring laut Woitzik den Vorteil, dass „die ZA dem Zahnarzt das komplette Rechnungsmanagement abnimmt, also das komplette kaufmännische und gerichtliche Mahnwesen, den Patienten die Möglichkeit von Teilzahlungen einräumt und Hilfestellung bei Auseinandersetzungen mit Kostenerstattern bietet“.

Wichtig: Allerdings muss vor der erbrachten privatärztlichen Leistung eine Einverständniserklärung vom Patienten unterschrieben worden sein, dass die Forderung abgetreten werden kann, ansonsten liegt beim Factoring ein Verstoß gegen die Schweigepflicht vor.

Inkassounternehmen

Zahnärzte, die kein Factoring betreiben, können sich an ein Inkassounternehmen wenden, um ihre Forderungen durchzusetzen. Im Gegensatz zum Factoring bleibt

der Mediziner dabei Inhaber der Forderung.

Die Unternehmen verlangen, neben einer Auftragsgebühr, meist eine Provision zwischen fünf und zehn Prozent der Forderungssumme, wenn der Patient im außergerichtlichen Verfahren seine Rechnung bezahlt. Geht der Fall vor Gericht, können sich die Kosten für den

Arzt deutlich erhöhen. Allerdings verlangen die meisten Inkassounternehmen vom Schuldner auch Mahnzinsen, die dem Mediziner zugute kommen. Diese liegen fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz. Das wären zurzeit (Stand: September 2011) 5,37 Prozent.

Der Einzug von ausstehenden Patientenzahlungen sei „durchaus ein relevanter Markt“ für die Firmen, sagt Marco Weber, Sprecher des Bundesverbands Deutscher Inkasso-



Foto: Daniel Ernst – Fotolia.com

Unternehmen (BDIU). „Man muss bei Forderungen von Ärzten an Patienten aber sicher anders herangehen als beispielsweise bei Schwarzfahrern“, gibt Weber zu bedenken. „Hier sind Diskretion und Fingerspitzengefühl gefragt.“ Auch, weil das Inkassounternehmen aus Datenschutzgründen nichts über die Krankengeschichte des Patienten wisse.

Eine Vielzahl von Inkassobüros, die sich auf den Forderungseinzug bei Patienten spezia-

liert haben, bieten zum Beispiel im Internet ihre Dienste an. Zur Orientierung kann der Zahnarzt auf das vom TÜV vergebene Siegel „geprüftes Inkasso“ achten, das nur an Unternehmen mit hohen qualitativen Standards vergeben wird – und er nicht an halbseidene Firmen gerät.

Nach Angaben des Unternehmens Medizin Inkasso zahlen

97 Prozent der Patienten spätestens nach der dritten Mahnung. Von den restlichen drei Prozent zahlen drei Viertel nach weiteren Maßnahmen der Firma. Dazu zählen Gespräche mit den Betroffenen.

Gestörtes Vertrauen

Der Berliner Rechtsanwalt Thomas Hübner, Fachanwalt für Medizinrecht, weist darauf hin, dass durch solche Honorarstreitigkeiten

Bekommt der Zahnarzt die Mitteilung, dass seine Rechnung nicht bezahlt wurde, kann er, um seine Forderung geltend zu machen, verschiedene Dienstleister einschalten.



Foto: Cultura Images-Flonline

die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient nachhaltig gestört wird. „Ich habe zahlreiche Fälle, bei denen auf beiden Seiten, also Patienten und Behandler, insbe-

sondere wegen des gestörten Vertrauensverhältnisses, großes Unverständnis entsteht“, berichtet Hübner. Der Arzt des Vertrauens könne nicht mehr unbefangen

zu Rate gezogen werden. Ein Problem sieht der Rechtsanwalt vor allem dann, wenn eine noch laufende Behandlung abgebrochen wird.

„Der Vergütungsanspruch besteht nur, wenn es sich um nützliche Leistungen handelt, welche letztlich auf Initiative des Patienten aufgrund einer vorherigen Vereinbarung erbracht werden. Den Nachweis für die Voraussetzung der Vergütungspflicht trägt der, der sich darauf beruft, also der Behandler“, gibt Hübner zu bedenken. Bei Privatpatienten unterstützt nach Meinung des Rechtsanwalts oft gar die PKV den Patienten bei der Argumentation, dass die Behandlung nicht notwendig gewesen sei und deshalb nicht vergütet werden müsse.

Schwankende Zahlungsmoral

BDIU-Sprecher Weber sieht die Zahlungsmoral von Patienten insgesamt zu einem erheblichen Grad von der herrschenden Wirtschaftslage abhängig. Bei guter Konjunktur wird bereitwilliger gezahlt als bei einer wirtschaftlichen Baisse – weil dann durchschnittlich mehr Geld in den Haushalten vorhanden ist.

Nach Meinung von Woitzik reicht „Zahlungsmoral alleine jedoch nicht aus, wenn der Patient nicht die finanziellen Mittel hat, seine Forderungen auch termingerecht zu begleichen. In Anbetracht der Tatsache, dass mittlerweile jeder zehnte Deutsche übermäßig verschuldet ist, wundert es nicht, dass teilweise doch erhebliche Zeit ins Land geht, bis die Rechnungen vollständig beglichen sind, und Teilzahlungsangebote sich immer größerer Beliebtheit erfreuen.“

Insbesondere jüngere Jahrgänge scheinen dem Thema Finanzierung offener gegenüberzustehen, vermutet Woitzik. Dies sei sicherlich auch auf die normal gewordene bargeldlose Zahlung zurückzuführen. Denn dabei sei es ungleich schwerer, den Überblick über die Finanzen zu behalten. Daneben senke vermutlich auch die intensive Werbung für Verbraucherkredite die Finanzierungshemmschwelle. „Es scheint immer normaler zu werden, ‘auf Pump’ zu leben.“ eb

INFO

Was die Rechnung enthalten muss

Nach Vorgaben der GOZ müssen konkrete formale Anforderungen erfüllt werden, damit Forderungen rechtlich verbindlich durchgesetzt werden können. Nach den Bestimmungen des § 12 GOZ muss eine Rechnung folgende Bestandteile enthalten:

1. das Datum der Erbringung der Leistung,
2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistungen einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
3. bei Gebühren für stationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Mindestrechnungsbetrag nach § 7,
4. bei Wegegeld nach § 8 den Betrag und die Berechnung,
5. bei Ersatz von Auslagen nach § 9 den Betrag und die Art der einzelnen Auslage sowie Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis verwendeter Legierungen,
6. bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten Art, Menge und Preis verwendeter Materialien.

Sterben, Tod und Trauer

Wenn Trost notwendig wird

Auch jahrelange Berufserfahrung und fachliche Routine machen nicht jede Praxissituation beherrschbar. Die Nachricht vom Tod eines Patienten oder die Kenntnis einer schweren Krankheit sind Momente, in denen der Alltag still steht und Wissen nicht weiterhilft, sondern Beistand und Unterstützung gefragt sind. Wie aber reagiert man als Praxisteam?



Foto: ddbstock

Schwere Schicksalsschläge können jeden treffen. Auf Empathie und Taktgefühl der Mitmenschen kommt es dann besonders an.

Zur Beantwortung der Frage, wie man in der Praxis mit den Themen Tod, Sterben und Trauer angemessen und pietätvoll umgeht, kann es hilfreich sein, sich einmal selbst zu fragen, wie man zum Sterben steht und welche Bedeutung es für einen hat. Klarheit über die persönliche Einstellung und über die eigenen Gefühle zum Tod befähigt erst dazu, diese Situation bei anderen nachzuempfinden. So wird einfühlsames Verständnis möglich.

Und erst dieses Verständnis für den anderen lässt uns auch handeln und aktiv Anteilnahme zeigen. In anderen Lebensbereichen helfen wir gerne und spontan, bezeugen Mitleid und Solidarität, haben Verständnis und spenden Trost. Doch bei diesen Themen ist das weitaus schwieriger, eine „vornehme“ Zurückhaltung, Scheu oder auch

Verlegenheit sind sehr verbreitet. Doch die meisten Menschen hoffen gerade in solch schwierigen Situationen auf ein vertrautes Wort oder eine mitfühlende Geste. Wenn es gar gelungen ist, zu seinem Patienten ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, sind das Hilfebedürfnis auf der einen und die Erwartungshaltung auf der anderen Seite vielleicht umso stärker.

Therapie plus Empathie

Wo liegt der Schlüssel zu einem natürlichen oder – allgemein gesagt – guten Umgang mit dem Thema Tod? Auch die individuelle Art der Lebensführung entscheidet mit darüber, wie „gut vorbereitet“ jemand auf Schicksalsschläge reagieren kann. So hilft es, das Abschiednehmen zu trainieren, denn

ein gelungener Abschied beendet einen gelebten (auch einen gemeinsam erlebten) Lebensabschnitt und öffnet die Tür für Neues, ohne das Vergangene unvollendet – und ungewürdigt – zu lassen. Auch das Gefühl, lebenssatt – in einem erfüllten Sinn – aus dem Leben zu gehen, erleichtert die Akzeptanz gegenüber Sterben und Tod, „bewusst leben“ meint dann ausprobieren, genießen, eben Erfüllung im Erleb(t)en zu suchen. Andererseits sollte man sich nicht dagegen wehren, das eigene Alter mit allen Fähigkeiten und Einschränkungen anzunehmen. Gegengewichte schaffen kann man, indem man Freude gegen das Leid setzt, sich also nicht in Schwierigkeiten oder Krankheiten vergräbt.

Neben einem persönlich erfüllten Lebensweg ist – für den Seelenfrieden – auch ein gelungenes Verhältnis zu den Mitmenschen erstrebenswert. Es gilt, Eltern, Kinder, Partner als Individuen anzuerkennen und loszulassen, wenn sie eigene Wege einschlagen wollen. Das Klären von Beziehungen trägt ebenfalls dazu bei, den Tod besser akzeptieren zu können: Dank und Liebe aussprechen, Bedrückendes und offene Rechnungen klären, sich selbst und anderen verzeihen. Man hat dann das Gefühl, „die Dinge in Ordnung gebracht zu haben“. So ist es möglich, Schmerzen, Krisen und Verluste auch positiv als Chance zu sehen, sich weiterzuentwickeln und einen Blick für das Wesentliche im Leben zu bekommen. Dann kann man Frieden schließen mit dem Schicksal, mit dem eigenen nahenden Tod oder mit dem Verlust eines geliebten Menschen. Kraft geben können dabei Rituale. Das Finden von neuen und alten Ritualen zur Bewältigung von Tod und Trauer und ihr Zelebrieren erhöhen das Verständnis, die Akzeptanz und die Fähigkeit zum Weiter-

leben. Denn Rituale wirken ohne Umweg, Kontrolle und Filtration über den Verstand direkt auf das Gefühl. Das ist wesentlich.

Zuhören und Gefühle zulassen

Was bedeuten diese Dinge für die Zahnarztpraxis? Manchmal stehen wir unvermittelt in einer Situation, die uns sprachlos macht: Ein Angehöriger kommt und erzählt, dass der Partner vor zwei Wochen gestorben ist, oder ein Patient hat gerade von seiner weit fortgeschrittenen Krebserkrankung erfahren. Es macht dann einen großen Unterschied, ob man reagiert, als wenn man nichts gehört hätte, oder ob man sich schon mit dem Thema beschäftigt hat und auf die Person eingehen kann. Auch Mitarbeiter, Nachbarn, der Praxisvermieter und andere Menschen im Umfeld können betroffen sein. Falls bei einer Zusammenarbeit mit der Polizei eine Identifizierung stattfindet, gilt es auch hier, die besonderen Umstände zu bewältigen. Im Umgang mit Trauernden, die von sehr verschiedenen Gefühlen bewegt werden, ist Zuhören wichtig: aktiv, vorurteilsfrei, konzentriert, teilend, Antworten werden kaum erwartet. Menschen sind durch unterschiedliche Lebenserfahrungen individuell geprägt, reagieren anders. Geduld und die Erlaubnis für Todkranke und trauernde Angehörige, den Prozess in der ihnen eigenen Geschwindigkeit zu bewältigen, sind von großem Wert. Tränen sind ein natürlicher Reinigungs- und Heilungsmechanismus.



Foto: f1online

Eine kleine Geste reicht aus, um Mitgefühl zu zeigen und Trost zu spenden.

Falls das Weinen dem Trauernden peinlich ist, ist es gut, deutlich zu machen, dass Gefühle recht haben und sein dürfen. Es genügt oft schon, die Hand zu reichen oder im Stuhl die Hand auf den Unterarm zu legen. Mitunter verfallen Trauernde jedoch in selbsterstörerische Verhaltensweisen: Alkohol, überhöhter Tablettenkonsum, Sich-Isolieren, Depressionen. Wenn der Zahnarzt dieses ungesunde Verhalten bemerkt, stellt sich die Frage, ob er die Betroffenen offen darauf ansprechen sollte und unter Umständen Familienangehörige einschalten muss. Das ist natürlich auch vom persönlichen Verhältnis untereinander abhängig.

Zwischen Anteilnahme und Abgrenzung

Jeder steht in einem ständigen Balanceakt: Wie viel Verantwortung übernehme ich bei wem, was ist „Pflicht“, was ist zu viel oder zu wenig? In welchem Maß möchte ich begleiten, stimmt das mit dem überein, was man von mir erwartet, wo ist das für mich gesunde Maß? Inwieweit richte ich mich danach? Die Fähigkeit der inneren Abgrenzung ist bei Trauerprozessen besonders gefragt, speziell die Wahrnehmung fremder und eigener Gefühle, ohne darunter zu leiden. Alle Kollegen mit der Berufskrankheit Perfektionismus seien aber vehement darin bestärkt, sich im Kontakt mit Schwerkranken und Sterbenden lieber mal ungeschickt zu verhalten, als die Zuwendung aus Angst vor Fehlern vollkommen zu unterbinden. Fehlende Kommunikation ist in einem weit höheren Maß „verkehrt“, als eine aus der Situation entstehende holprige Mitmenschlichkeit.

Eine Anlaufstelle für Unterstützung sind Hospize. Hier werden Ausbildungen für Trauerbegleitung angeboten, für Betroffene gibt es Trauergruppen, in denen sie sich austauschen können.

Verarbeitung in Raten

Sterbeforscherinnen wie Elisabeth Kübler-Ross haben festgestellt, dass die Akzeptanz des Todes für den Sterbenden in bestimm-



Foto: allesalltag

Auch Mediziner werden in Anspruch genommen, wenn man etwas loswerden will.

ten Phasen abläuft. Dass diese auch für Angehörige gelten, darauf machte unter anderem die Psychologin Prof. Verena Kast aufmerksam.

Die Phase des Nicht-Wahrhaben-Wollens

Der Betroffene glaubt nicht an den Tod seines Angehörigen, ist selbst starr und empfindungslos. Die Tränen sind noch nicht da, das Gefühl ist so überwältigend, dass der Körper sich durch den Schockzustand gewissermaßen schützt.

Der Helfende braucht ein gutes Gefühl für Nähe und Distanz: Gibt es Arbeiten, die er für den Trauernden erledigen kann oder möchte dieser es selbst tun? Reicht es, einfach nur da zu sein, oder möchte der andere gerade jetzt körperliche Wärme und in den Arm genommen werden? Alle Gefühle sind „richtig“, auch die Tränen des Helfers oder der HelferIn.

Die Phase der aufbrechenden Emotionen

Wut, Trauer, Freude – alles kann da sein, wechselt teilweise vollkommen überraschend. Schuldzuweisungen an andere oder eigene Schuldgefühle, Zorn, Angst und Ohnmacht werden besonders häufig erlebt, wenn der Tod „vor seiner Zeit“ eingetreten ist.

Als Begleiter kann man diese Gefühle nur zur Kenntnis nehmen, Abschwächen hilft nichts. Zuhören und Da-Sein sind gefragt. Das Chaos der Emotionen ist durchzuhalten, es ist ein Bild für das Weichen von Altem und das Werden von Neuem.

Die Phase des Suchens und Sich-Trennens

Der Tote wird gesucht zur Auseinandersetzung. Was wird von ihm mitgenommen in den neuen Lebensabschnitt ohne ihn, was bedeutet(e) er für den Angehörigen? Innere Zwiesprache finden statt, „gemeinsame“ Orte werden noch einmal aufgesucht, das Loslassen versucht.

Der Helfende sollte nicht drängen das Suchen einzustellen, sondern die Geduld aufbringen, sich die immer wiederkehrenden Fantasien und Geschichten anzuhören.

Die Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs

Der Verstorbene ist zur „inneren Figur“, zu einer Erinnerung geworden, er wird nicht mehr als Person im Außen gesucht. Der

Diese vier Phasen der Akzeptanz und der Verarbeitung von Tod und Trauer laufen manchmal auch in einer anderen Reihenfolge ab, auch die Dauer variiert. „Störungen“ im Trauerprozess können sich in psychosomatischen Erkrankungen genauso äußern wie in Verzögerungen der einzelnen Phasen.

Handlungsfähig bleiben

Für den eigenen natürlichen Umgang mit dem Tod hilft das bewusste Leben in der Gegenwart, im Hier und Jetzt. Dennoch sollte man darüber nicht vergessen, sich vorher – bevor die Nachricht einen ereilt – einmal mit dem Thema Tod auseinanderzusetzen. Ein wenig „Vorbereitung“ kann im Moment der Trauer die Handlungsfähigkeit erhöhen. Einfacher ist sicherlich, sich in Zeiten, in denen man sich lebendig und stark fühlt, einerseits zu informieren und andererseits emotional mit diesem Lebensbereich zu beschäftigen. Wenn es im beruflichen Alltag, Familien- oder Freundeskreis soweit ist,

INFO

Kondolenzschreiben

Eine freundliche Geste bei langjährigen Patienten, zu denen sich ein persönliches gutes Verhältnis aufgebaut hat, besteht im Schreiben von Kondolenzbriefen. Diese sollten grundsätzlich so schnell wie möglich gesendet werden. Zu Beginn oder am Ende des Briefes könnte ein schöner Spruch stehen. Anregungen hierfür findet man beispielsweise in Traueranzeigen. Weniger Worte sind mehr, der Stil ist abhängig von der Nähe der Bekanntschaft. Neutrales Papier oder sorgfältig

ausgesuchte Karten statt Geschäftspapier und Handschriftliches statt Computerdruck sind vorzuziehen.

Beim Ausdruck des Beileids sollten Floskeln vermieden werden, gerne kann man das erwähnen, was man an diesem Menschen geschätzt hat, wie etwa den Humor, der den Arbeitsalltag auflockerte, oder die Geduld, die der Verstorbene aufbringen konnte. Auch für Briefe gilt: Es gibt keine Rezepte, die immer wirken und für jeden gut sind.

Trauernde wird wieder selbstständiger, geht wieder auf andere Menschen zu und sucht neue Beziehungen. Der Verlust ist akzeptiert. Teilweise treten noch „Rückfälle“ in vorliegende Phasen auf, sie halten nur kurz an. Die Freude am eigenen Leben stellt sich wieder ein. Man denkt mehr als früher über den Sinn des Lebens nach, lebt vielleicht bewusster als vorher.

ist man hilflos genug, weiß aber zumindest, wo man welche Unterstützung finden kann.

*Ute Jürgens
Diplompädagogin/Kommunikationstrainerin
Peter-Sonnenschein-Str. 59
28865 Lilienthal*

*Literatur:
Klaus Onnasch, Ursula Gast: Trauern mit Leib und Seele – Orientierung bei schmerzlichen Verlusten. Fachratgeber Klett Cotta 2011.*

Leitsatzurteil

Zufallsbefunde beachten

Ärzte müssen bei der Auswertung von Röntgenaufnahmen alle Auffälligkeiten beachten. Sie müssen auch Zufallsbefunde berücksichtigen, selbst wenn diese über die eigene Disziplin hinausgehen. So urteilte der Bundesgerichtshof (BGH) in einem Leitsatzurteil.

Eine Frau wurde im März 2003 in einem Krankenhaus am Meniskus operiert. Rein vorsichtshalber ließ ein angestellter Anästhesist im Rahmen der Operationsvorbereitung eine Röntgenaufnahme ihrer Lunge erstellen. Er war mit dem Befund zufrieden und die Operation wurde erfolgreich durchgeführt. Der Arzt beachtete jedoch nicht einen etwa zwei Bildzentimeter umfassenden sogenannten Rundherd im rechten Lungenflügel. Bei der Patientin wurde ein Jahr später dort ein Adenokarzinom festgestellt, woran sie nach weiteren acht Monaten verstarb.

erhebungsfehler vor, denn das strittige Röntgenbild wurde ja erstellt. Vielmehr lag ein Diagnosefehler vor: Der Anästhesist übersah den Rundherd, verkannte die Gefahr eines Lungentumors und leitete deshalb keine weiteren Untersuchungen zur Abklärung dieses auffälligen Befunds ein.

Ein Diagnosefehler hat für die Arzthaftung gewisse Konsequenzen: Zunächst ist zu klären, ob der beklagte Arzt überhaupt nach seinem Fachbereich für eine vollständige Diagnostik beziehungsweise Auswertung der erhobenen Befunde zuständig war. Im Ausgangsfall ist deshalb zu hinterfragen, ob ein zur Ermittlung der Narkosefähigkeit angefertigtes Röntgenbild der Lunge durch den Anästhesisten oder durch den zuständigen Radiologen ausgewertet werden muss.

Ein Diagnoseirrtum hat zudem Auswirkungen auf die Gewährung einer Beweis-

lastumkehr. Im Arzthaftungsrecht muss normalerweise der Patient einen Behandlungsfehler sowie dessen Ursächlichkeit für die eingetretenen Gesundheitsschäden darlegen und beweisen. Gelingt es jedoch, dem Arzt einen groben Behandlungsfehler nachzuweisen, muss der Arzt nachweisen, dass sein Fehlverhalten nicht für die eingetretenen Gesundheitsschäden verantwortlich ist. Passiert dem Arzt also ein Fehler, der einfach nicht passieren darf, kommt es zur Umkehr der Beweislast.

Bei einem Diagnoseirrtum setzen die Richter die Schwelle für einen groben Diagnosefehler jedoch sehr hoch. Erforderlich ist dann ein „schwerer Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst“ oder ein „fundamentaler Irrtum“. Damit berücksichtigen die Richter, dass jede Diagnose mehr oder weniger zwangsläufig mit Unsicherheiten behaftet ist.

Die Richter konnten im Ausgangsfall kein Überschreiten die-

■ Einen Arzt verpflichten auch die Ergebnisse solcher Untersuchungen zur Einhaltung der berufsspezifischen Sorgfalt, die medizinisch nicht geboten waren, aber trotzdem – beispielsweise aus besonderer Vorsicht – veranlasst wurden.

■ Der für die Auswertung des Befunds im konkreten Fall medizinisch verantwortliche Arzt hat all die Auffälligkeiten zur Kenntnis und zum Anlass für die gebotenen Maßnahmen zu nehmen, die er aus berufsfachlicher Sicht seines Fachbereichs unter Berücksichtigung der in seinem Fachbereich vorausgesetzten Kenntnisse und Fähigkeiten sowie der Behandlungssituation feststellen muss. Vor in diesem Sinn für ihn erkennbaren „Zufallsbefunden“ darf er nicht die Augen verschließen.

Die Richter begründeten diese umfassende ärztliche Fürsorgepflicht damit, dass das

„Wohl des Patienten oberstes Gebot und Richtschnur jeden ärztlichen Handelns ist“. Damit hätte im vorliegenden Fall das Röntgenbild also vollständig und sorgsam ausgewertet werden müssen. Auch wenn es „nur“ um die Feststellung der Narkosefähigkeit der Patientin im Vorfeld einer Meniskusoperation ging, hätte der verdächtige Rundherd den beteiligten Medizinern auffallen müssen.

BGH
Urteil vom 21.12.2010
AZ: VI ZR 284/09



Foto: MEV



Die Ehemann der Patientin verklagte das Krankenhaus auf Schadensersatz und Schmerzensgeld. Er vertrat die Ansicht, dass der Anästhesist grob fehlerhaft den Rundherd verkannt habe, der ein deutliches Anzeichen für einen Lungentumor sei. Das Krankenhaus hingegen vertrat die Auffassung, dass die Röntgenaufnahme nur aus reiner Vorsicht gemacht worden und medizinisch gar nicht geboten gewesen sei.

Im Ausgangsfall lag nach Ansicht der Richter kein Befund-

Studierende

Werbungskosten korrekt ansetzen

Bereits 2009 hat der Bundesfinanzhof (BFH) entschieden, dass Aufwendungen für ein Studium nach abgeschlossener Berufsausbildung als vorweggenommene Werbungskosten absetzbar sind. Das Finanzgericht (FG) Baden-Württemberg hatte über den Umfang und über die Voraussetzungen dieser Werbungskosten zu entscheiden.

Im vorliegenden Fall ging es um die Berücksichtigung der Fahrt- und Unterkunftskosten sowie um die Abzugsfähigkeit der Kosten eines Fahrraddiebstahls.

Dazu führte das Gericht aus: Die Kosten eines Studenten für die Wohnung am Studienort sowie für die Fahrten von der elterlichen Wohnung zu seiner Wohnung am Studienort beziehungsweise zur Hochschule sind

Euro im Kalenderjahr berücksichtigt werden.

Ist der Diebstahl eines Fahrrads so gut wie ausschließlich beruflich bedingt, sind die verursachten Kosten als Werbungskosten zu berücksichtigen. Wird hingegen der Verlust eines Fahrrads wesentlich durch den Steuerpflichtigen privat veranlasst, ist ein Abzug der Aufwendungen nicht möglich. Deshalb dürfen



Foto: MEV

als vorweggenommene Werbungskosten zu berücksichtigen, wenn die Voraussetzungen einer doppelten Haushaltsführung vorliegen. Diese liegen nicht vor, wenn der Student fortwährend das Zimmer in der Wohnung der Eltern nutzt und in den elterlichen Haushalt integriert ist, ohne dass er sich an den Kosten des Haushalts beteiligt oder die Haushaltsführung mitbestimmt. In dem Fall können die abzugsfähigen Aufwendungen nicht als Werbungskosten, sondern nur als Sonderausgaben bis zu 4 000

die Aufwendungen nicht steuer-mindernd angesetzt werden, wenn der Diebstahl des Fahrrads eines Studenten aus dem Fahrradkeller der Privatwohnung erfolgt.

*BFH
Urteil vom 18.06.2009
AZ: VI R 14/07*

*FG Nürtingen
Urteil vom 16.12.2009
AZ: 1 K 3933/09*

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

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

	Pat. Init. 	Geburtsdatum 	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Schwangerschaftsmonat:	◀ Graue Felder nicht ausfüllen! ▼
Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation):					
lebensbedrohlich: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
aufgetreten am: _____ Dauer: _____					
Arzneimittel/Werkstoff:	Dosis, Menge	Applikation	wegen	BfArM-Nr.	
1.					
2.					
3.					
4.					
Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel ① ② ③ ④		dieses früher gegeben ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		vertragen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
				ggf. Reexposition neg. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/>	
Allgemeinerkrankung:					
behandelt mit:					
Anamnestische Besonderheiten: Nikotin <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Kontrazeptiva <input type="checkbox"/>					
Sonstiges:					
Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gegen:					
Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:					
Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung: wiederhergestellt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit Defekt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Exitus <input type="checkbox"/> (ggf. Befund beifügen) Todesursache:					
Weitere Bemerkungen (z. B. Klinikeinweisung, Behandlung durch Hausarzt/Facharzt, Befundbericht, Allergietestung etc.):					
Bericht erfolgte zusätzlich an: BfArM <input type="checkbox"/> Hersteller <input type="checkbox"/>				sonstige <input type="checkbox"/>	
				Beratungsbrief erbeten <input type="checkbox"/>	
Name des Zahnarztes (evtl. Stempel)		Klinisch tätig? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Datum:	
Unterschrift					

Mundhygiene unter drei Jahren

Mundpflege spielend leicht

Andrea Thumeyer, Almut Makuch

Verschiedene elterliche Verhaltensweisen fördern die Freude von Kindern unter drei Jahren an der Mundpflege. Dabei erläutern die Autorinnen, wie Eltern ihrer Verantwortung für einen gesunden Kindermund spielend leicht nachkommen können.



Foto: Fotex-BW&W

Interaktive Freude: Der liebevolle Blick der Mutter dient dem Kind als Hinweisreiz für etwas Angenehmes, wodurch es die Mundpflege von Anfang an positiv erlebt.

Der frühe Beginn der Zahnpflege gilt neben dem frühen Zahnarztbesuch und dem Trinken aus dem offenen Becher als signifikanter Faktor für lebenslange Zahngesundheit [Yüksel, 2010].

Mundpflege sollte von Anfang an ein selbstverständlicher Teil der Körperpflege eines Kindes sein. Eltern sollten neugierig schauen

und fühlen, was im Mund ihres Babys passiert (siehe Kasten unten). Durch das Beobachten und Vergleichen werden sie zu „Experten“ für den Mund ihres Kindes.

INFO

Kieferkamm-Massage

■ Das Prophylaxeteam sollte sich nicht scheuen, dem Laien die Kieferkamm-Massage zu erklären, zu zeigen und diese zu üben. Das „Arbeiten“ im fremden Mund ist für alle zahnmedizinisch Tätigen Alltag, für alle anderen jedoch eine motorisch-pflegerische Leistung, die nach dem „tell-show-do-Prinzip“ erlernt werden muss.

■ Die Informationen zum Schauen und Fühlen (Kieferkamm-Massage) sollten Teil der zweiten zahnärztlichen Vorsorge (fünfter bis achter Monat) in der Schwangerschaft sein.

■ Das Prophylaxeteam sollte Schwangeren anbieten, bei Unsicherheiten in der Umsetzung der Kieferkamm-Massage, mit dem Säugling zum Üben in die Praxis kommen zu können.



Foto: Thumeyer

sprechen wie selbstverständlich überbetont in einer höheren Tonlage, langsamer und deutlicher, machen Pausen und begleiten die eigene Sprache mit einer ausgeprägten Mimik. In der Literatur werden hierfür die Begriffe „gerichtete Sprache“, „Ammensprache“ oder auch „Baby Talk“ [IFP, 2010] verwendet.

Was sehen die Eltern beziehungsweise Bezugspersonen im Kindermund? Am Lebensanfang ist der Kieferkamm des Kindes eine dünne, bewegliche, nicht keratinisierte und weiche Schleimhautfalte. Nach etwa sechs Wochen ist daraus ein breiter, harter und keratinisierter Kieferkamm geworden. Die unter der Schleimhaut stehenden Milchzahnkronen erkennt man an den Vorwölbungen. Zwischen dem Ende des vierten und dem Ende des zehnten Monats erscheinen im Durchschnitt die ersten Milchzähne. Im Oberkiefer schieben sie sich nach labial durch den Kieferkamm, im Unterkiefer

stülpt sich der Kieferkamm in der Mitte ein und die Zähne erscheinen unter dem Niveau des Kieferkamms. Bis man sie sehen kann, vergehen einige Wochen.

Eltern als Partner des Prophylaxeteams

Eltern sind nach den modernen Bildungskonzepten Experten für ihr Kind. Sie sind nicht mehr Konsumenten von (zahnmedizinischen) Dienstleistungen, sondern gleichwertige und gleichberechtigte Partner bei Fragen der Bildung und der Erziehung ihres Kindes [Textor, 2010].

Das Prophylaxeteam ist bei einem Kind unter drei Jahren auf die Eltern angewiesen, da diese die Zahngesundheit ihres Kindes erhalten. Zwar bringt das Prophylaxeteam seine zahnmedizinische Fachkompetenz ein, doch kann es ohne die Hilfe der Eltern keine Lösung eines zahnmedizinischen

Problems erreichen. Die Umsetzung der Mundpflege eines Kindes ist deswegen immer auch eine Erziehungsfrage, die in Abhängigkeit der sehr unterschiedlichen Einstellungen und Gewohnheiten der Eltern beantwortet werden muss.

Trotz aller Unterschiedlichkeit haben alle Eltern ein Konzept von sich selbst und ihrer Selbstwirksamkeit [Makuch, 2011]. Eltern mit einer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung putzen die Zähne ihrer Kinder nicht, weil sie von sich selber glauben, dass sie nicht kompetent sind, das Ergebnis „Zahngesundheit“ bei ihrem Kind zu bewirken. Sie halten das Prophylaxeteam und später ihr Kind für kompetent, zuständig und wirksam.

Deswegen ist es wichtig mit den Eltern die Kieferkamm-Massage und später die Pflege der Kinderzähne zu üben. Im Üben liegt für die Eltern der Beweis ihrer Kompetenz. Durch die positive und freudige Reaktion ihres Kindes werden sie in ihrem Verhalten bestärkt.



Foto: Thumeyer

Von Anfang an soziale Wesen: Kinder lernen Mundpflege, indem sie andere beobachten und nachahmen.

Das Spiel mit der Zahnbürste zulassen

Das sensomotorische Spiel ist die früheste Form des Spielens und charakteristisch für Kinder von null bis drei Jahren. Säuglinge berühren und erforschen dabei zunächst eigene Körperteile und später auch Gegenstände. In den ersten vier Monaten ertasten und erschmecken sie ihre Umwelt vor allem mit dem Mund. Sie erkunden Gegenstände an unterschiedlichen Stellen mit den Lippen und der Zunge. Der Mund ist der erste Erfahrungsraum und bleibende Erkenntnisraum eines Kindes, durch ihn lernt es, Form, Gestalt und erste Begrenzungen zu erfassen [Makuch, 2011]. Erst danach gewinnt die Exploration mit den Händen Priorität: Säuglinge und Kleinkinder werden zu aktiven Forschern und Entdeckern. Sie sind motiviert, sich neues Wissen anzueignen, und haben besonderen Spaß am Lernen, wenn sie selbst Einfluss auf das Spiel nehmen können.

Für die Mundpflege heißt das: Kinder sollten mit einer Zahnbürste spielen dürfen. Eltern beziehungsweise Bezugspersonen sollten ihnen das Spiel ermöglichen. Im Spiel entwickelt das Kind Freude an seiner Zahnbürste. Diese Freude sichert das Aufrecht-

erhalten der Mundpflege, auch später in belastenden Lebensumständen. Zahnpflege wird zur Lust, statt Last zu sein. Nach Makuch [2008] sollte die Zahnbürste spielerisch in das Pflegeverhalten einbezogen werden, noch bevor Zähne vorhanden sind. Denn: Wird dieser Zeitpunkt verpasst und die Zahnbürste rein zweckgebunden eingesetzt, kann dies beim Kind bereits Abwehr erzeugen. Dies erklärt unter anderem, warum ein Teil der Kinder sich gegen die Zahnpflege durch die Eltern wehrt.

Kleinkinder lernen durch Nachahmung

Schon Neugeborene können mimische Gesten nachahmen. Kinder lernen zum einen durch die Imitation ihrer Bezugspersonen, sie brauchen aber auch ihresgleichen, um sich gemeinsam Wissen anzueignen und Bedeutungen zu erforschen. Für die Mundpflege heißt das: Eltern sollten ihre eigene Zahnpflege dem Kind sichtbar machen. Das Lernen durch Nachahmung wird durch Kindertageseinrichtungen unterstützt, wenn hier die Zahnpflege zur Alltagsroutine gehört [Thumeyer, 2011].

In der Gruppe kann zudem für alle Kinder unabhängig von ihrem familiären Hintergrund die „soziale Norm Mundpflege“ gesetzt [Thumeyer, 2005] werden. Die pädagogischen Fachkräfte und die anderen Kinder haben dabei eine prägende (Vorbild-) Funktion.

Kinder brauchen neben einer sicheren Bindungsbeziehung eine feste Struktur und bekannte vorhersehbare Abläufe [Papousek et al., 1987]. Kinder ab etwa sechs Monaten können bereits einfache Zusammenhänge erfassen. Abweichungen von diesen Reihenfolgen rufen oft große Unruhe und Protest in Form von Weinen und Schreien hervor. Für die Mundpflege heißt das: Eltern sollten die Mund- beziehungsweise Zahnpflege in das tägliche Körperpflegeritual integrieren. Beim Windeln morgens und nach dem Waschen abends bekommt das Kind seine Zahnbürste, damit es darauf herumkauen kann. Morgens und abends integrieren die Eltern die Kieferkamm-Massage oder das Sauberputzen der Milchzähne in die Körper-

pflege. Wenn diese nur wenige Sekunden dauernde Pflegehandlung in festen und vorhersehbaren Abläufen integriert ist, wird das Kleinkind diese von sich aus einfordern.

Musik fördert die Freude an der Mundpflege

Von Anfang an haben Kinder ein großes Interesse an Reimen, Laut- und Sprachspielen und Liedern. Musik aktiviert das limbische System: Wir fühlen, bevor wir denken. Des Weiteren ermöglicht das limbische System über direkte neuronale Verschaltungen die Abspeicherung im Langzeitgedächtnis [Kapteina, 2011].

Für die Mundpflege heißt das: Eltern beziehungsweise Bezugspersonen sollten bei der Mundpflege singen – etwa das Zahnputz-Zauberlied (erhältlich beim Verein für Zahnhygiene Darmstadt oder „Zahnputz zauber“ auf www.youtube.de). Nach Makuch [2000] stellt das Lied eine inhaltliche, zeitliche und emotionale Stütze für Kinder und Eltern dar. Am Anfang ist das Zahnputzlied nur ein eindeutiges Signal für die Pflegehandlung im Kindermund [Thumeyer, 2009]. Das Lied dient der emotionalen Kopplung der Mundpflege bei der Abspeicherung im Langzeitgedächtnis. Im zweiten und im dritten Lebensjahr werden Kinder durch das Lied musikalisch an die Zahnpflege erinnert. Durch den vierten Vers („Jetzt ist meine Mama dran, fängt bei mir zu putzen an, hin und her, rundherum,

INFO

Broschüren

Gegen einen mit 1,45 Euro frankierten und adressierten Rückumschlag können Muster der Elternbroschüren/Poster „Hurra, ich bin da!“ und „Elterntipps für die Mundpflege im ersten Lebensjahr ... spielend leicht“ angefordert werden.

Adresse:
Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Hessen
Rhonestr. 4
60528 Frankfurt



Foto: Thumeyer

*Zwei Zahnbürsten – ein Kind:
Mit der einen putzen die Eltern, auf der anderen darf das Kind kauen.*

wische aus, jetzt ist aller Schmutz heraus“) fordern Kinder ihre Eltern ganz selbstverständlich zur Zahnpflege auf [Thumeyer, 2011].

Dies reduziert wiederum Verweigerungssituationen bei der Zahnpflege und fördert die Freude der Kinder auf das Zähneputzen durch die Eltern. Nach Makuch [2000; 2008] soll die Zahnpflege durch die Eltern einen Belohnungscharakter für das Kind haben.

Das Kauen auf der Zahnbürste bleibt die altersgemäße Form der Mundpflege eines zwei- bis dreijährigen Kindes.

Thumeyer et al.

Für die Mundpflege heißt das: Erwachsene lassen das Kauen auf der Zahnbürste zu, denn sie unterstützen damit die Freude des Kindes an der Mundpflege, die Ritualisierung und die soziale Beteiligung.

Zwei Zahnbürsten für ein Kind

Man sollte Eltern dafür zwei Zahnbürsten empfehlen: eine zum Kauen für das Kind (Kinderzahnbürste) und eine funktions-tüchtige für die Eltern zum Sauberputzen der Kinderzähne (Elternzahnbürste). Beide Zahnbürsten sollten alle drei Monate gewechselt werden.

Beim Erlernen der KAI-Zahnpflegesystematik im zweiten und im dritten Lebensjahr sind der motorische und der kognitive Entwicklungsstand zu berücksichtigen. Wie neurobiologische Forschungen belegen, sind motorische Leistungen auf Reifungsprozesse im Gehirn zurückzuführen. Erst wenn das Gehirn eine bestimmte motorische Leistung freigegeben hat, kann sie durch Üben weiterentwickelt und verfeinert werden. Nachgeahmt werden kann also nur, wozu das Kind motorisch und kognitiv in der Lage ist [Bandura, 1975; Makuch et al., 2011].

Die Investition in frühe Bildung in den ersten fünf Lebensjahren hat langfristig den höchsten volkswirtschaftlichen Nutzen. Der positive Nutzen ist jedoch von einer hohen Qualität des pädagogischen Angebots abhängig. Festzuhalten bleibt: Frühe institutionelle Bildung von Kindern kombiniert mit einer lebendigen Bildungs- und Erziehungspartnerschaft mit den Eltern, in Kindertageseinrichtungen und in zahnärztlichen Praxen gibt allen Kindern die gleiche Chance auf einen gesunden Kindermund [Thumeyer, 2010; 2011].

*Dr. Andrea Thumeyer
Rhonestr. 4
60528 Frankfurt*

■ Eine Langversion des Textes ist unter www.kindergartenpaedagogik.de/2215.pdf im Netz eingestellt.

FDI-Kongress in Mexico City

Konzepte in Zeiten der Sinnkrise

Der diesjährige FDI-Kongress fand vom 14. bis zum 17. September 2011 in Mexico City im modernen Centro Banamex statt. Zwar gab es eine fruchtbare und konstruktive Sacharbeit, die Organisation der FDI selbst steckt jedoch in einer tiefen innerverbandlichen Finanz- und Führungskrise, die jetzt aufgearbeitet werden soll.

Die Teilnehmerzahl von 5 000 Zahnärzten, Zahnarzhelferinnen, Dental Hygienists und Zahnmedizinstudenten lag weit unter den Erwartungen der Veranstalter und hat negative Auswirkungen auf die ohnehin schon angegriffene finanzielle Lage der FDI. Dafür war die Dentalausstellung, die eintrittsfrei angeboten wurde, mit 27 000 Besuchern sehr gut besucht. Sie war eine der größten Ausstellungen der FDI der letzten Jahre – jedoch in keiner Weise zu vergleichen mit der IDS in Köln. Die deutsche Dentalindustrie war wieder unter einem gemeinsamen Dach „Made in Germany“ – organisiert vom Verband der Deutschen Dentalindustrie (VDDI) – gut und repräsentativ vertreten.

Das Centro Banamex in Mexico City – hier fand der FDI-Kongress statt.



Foto: Centro Banamex

Das viertägige wissenschaftliche Programm unter dem Generalmotto „Neue Horizonte in der Mundgesundheitsversorgung“ bot 112 wissenschaftliche Vortragsblöcke mit 128 Referenten aus 29 Ländern, 59 Kurzvorträgen und 121 wissenschaftlichen Postern. Die Vorträge behandelten ein breites Themenspektrum von oralen Erkrankungen als nicht übertragbare Krankheit bis hin zu Kariesmanagement, von Patientensicherheit bis hin zu Speicheldiagnostik, von Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie bis hin zu Kiefer-

orthopädie – das gesamte Spektrum der aktuellen Diskussion in Wissenschaft und Praxis wurde thematisiert. Die Vorträge waren, wie bei FDI-Kongressen häufig, von hervorragender bis mittelmäßiger Qualität. Dennoch gibt es immer genug interessante Vorträge, Referenten und Diskussionen, die den Besuch eines FDI-Kongresses lohnen.

Prozess des Nachdenkens

Allerdings war die Teilnehmerzahl der internationalen Gäste mit deutlich unter 1 000 enttäuschend, aus Deutschland waren gerade mal um die 30 Teilnehmer angereist. Nachdem schon der letzte Kongress 2010

in Salvador, Brasilien, schlecht besucht war und dieser in Mexico City jetzt wieder – trotz der hohen Zahnärztezahlen in beiden Ländern – ist bei der FDI ein Prozess des Nachdenkens über die Zukunft der FDI-Kongresse in Gang gekommen, über den in der Generalversammlung und in den Offenen Foren berichtet und diskutiert wurde.

Nach beinahe 100-jährigem Bestehen der Kongresse – der Mexiko-Kongress war der 99. Kongress in der 111-jährigen Geschichte der FDI – wurde eine gründliche Überprü-

fung der Konzeption vorgenommen: Bisher war der Kongress das Kernstück der FDI-Aktivitäten und wichtige Einnahmequelle. Nun wurde ein Congress Committee Task Team eingesetzt, in dem der deutsche Delegierte Prof. Dr. Elmar Reich als Vorsitzender des Fortbildungskomitees mitarbeitete. Das Gremium nahm eine Analyse der vergangenen Kongresse vor und erarbeitete Vorschläge zur Veränderung. Die Teilnehmerzahlen – sowohl der internationalen als auch der nationalen Besucher – waren in den letzten Jahren ständig zurückgegangen, weniger als 0,2 Prozent aller Zahnärzte weltweit nehmen heute an einem FDI-Kongress teil, obwohl die meisten Länder der Erde, beinahe 150, Mitglied in der FDI sind.

Fundierte Analyse

Auf der Basis einer Stärken-und-Schwächen-Analyse (SWOT = Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) wurden fünf Szenarios zur zukünftigen Gestaltung von FDI-Ereignissen entworfen und zur Diskussion gestellt:

- 1. Verbesserung des bestehenden Modells
- 2. Einstellung des Jahresweltkongresses, stattdessen Unterstützung anderer Veranstaltungen und Organisation von Fortbildungsveranstaltungen in verschiedenen Ländern
- 3. Zusammenlegung mit einer anderen internationalen Konferenz
- 4. Überführung in ein Forum für Meinungsführer in der Zahnmedizin
- 5. eine Mischung aus 2 + 4

Zur Verbesserung des bestehenden Modells wurden verschiedene Maßnahmen vorgeschlagen, unter anderem soll über den Kongressort vorrangig unter finanziellen Aspekten entschieden werden, die Zahl der ständig wiederkehrenden internationalen Teilnehmer soll gesteigert werden, der Industrie soll eine angemessene Plattform geboten werden, es soll mehr internationales Flair, mehr Austausch und Networking geben, dabei soll die FDI die volle Kontrolle über die Veranstaltung haben. Ein solch



Foto: Reich

Die deutsche Delegation (v.l.n.r.), ein Team aus Wissenschaft, KZBV und BZÄK: Prof. Dr. Elmar Reich, Prof. Dr. Georg Meyer, Dr. Jürgen Fedderwitz, Barbara Bergmann-Krauss, Dr. Michael Sereny, Ralf Wagner, Mary Hommel van Driel, Florian Lemor, Prof. Dr. Wolfgang Sprekels und Dr. Peter Engel

professionell durchgeführter Kongress sollte aber nur noch alle zwei Jahre veranstaltet werden.

Option 2 würde bedeuten, dass internationale Veranstaltungsmodulare an nationale Meetings andockt werden könnten, ohne dass die FDI mit der Organisation etwas zu tun hätte. Und das FDI-Parlament, also die Geschäftssitzungen der FDI, könnte zusammen mit einem Treffen eines nationalen Zahnarztverbands zu null Kosten durchgeführt werden.

Bei Option 3 wird ein Zusatznutzen für beide internationalen Konferenzen, die zusammengelegt werden, erwartet.

Option 4 schlägt vor, ähnlich wie das Davoser Weltwirtschaftsforum, ein Weltzahngesundheitsforum zu etablieren, indem ein einzigartiges, konkurrenzloses Event geschaffen wird, ein Diskussionsforum für Politik und Strategie auf höchstem Niveau. Hier sollten Führungspersonlichkeiten der nationalen Zahnärzterverbände, der WHO, von Nichtregierungsorganisationen, Politiker, Gesundheitsminister und leitende Industrievertreter zusammenkommen. Dies würde auch gut zum Kernauftrag der FDI „Leading the world to optimal oral health“ passen.

Zur Diskussion gestellt

Diese fünf Optionen wurden in einem Offenen Forum den Delegierten zur Diskussion gestellt. Ergebnis war, dass das jetzige Modell eines FDI-Kongresses nicht der Mission der FDI im Jahr 2011 entspricht, es den Bedürfnissen der Mitgliedsverbände nicht

genügt und darum eine Änderung für notwendig gehalten wird. Allerdings sehen die Delegierten auch Probleme bei den Optionen 2 und 4 (Einstellung des Kongresses und Weltforum), da dann die fachliche Arbeit in den Komitees nachrangig und die Politik in den Vordergrund treten würde. Letztlich sprachen sich die meisten Diskussionsteilnehmer dann doch für eine Verbesserung des bestehenden Modells aus. Damit hat das Fortbildungskomitee die schwierige Aufgabe, nachhaltige Änderungsvorschläge für die nächsten Kongresse zu erarbeiten. Für den nächsten – den 100. – FDI-Kongress vom 30.08. bis zum 04.09.2012 in Hongkong, konnten bereits international renommierte Referenten gewonnen werden, ein Schwerpunkt wird das Kariesmanagement in der Zahnarztpraxis sein.

Gute fachliche Arbeit

Vorgesaltet und zeitgleich mit dem wissenschaftlichen Programm des FDI-Kongresses fanden die Geschäftssitzungen der verschiedenen Gremien, Komitees und Sektionen statt, in denen die Politik und die fachliche Ausrichtung des Weltzahnärzterverbands diskutiert und beschlossen wurden. In den Komitees wurden im letzten Jahr gute fachliche Arbeit geleistet und für die Zahnärzte der Welt wichtige Themen vorbereitet, zum Beispiel die Initiative, orale Erkrankungen als nicht übertragbare Krankheit bei den Vereinten Nationen in den Katalog der wichtigsten nicht übertragbaren Krankheiten aufzunehmen. Damit soll den weit

verbreiteten oralen Erkrankungen weltweit die angemessene politische Aufmerksamkeit gewidmet werden, damit entsprechende Maßnahmen der Prävention und Bekämpfung in allen Ländern ergriffen werden. Weiteres Beispiel für die inhaltlich gute Arbeit der FDI ist die Verabschiedung eines neuen Kariesklassifikationssystems (siehe nachfolgenden Bericht Seite 114f.).

Führungs- und Finanzprobleme

So positiv die fachliche Arbeit der FDI sich entwickelt, so krisenhaft ist allerdings die Situation in der Führung der FDI und bei den Finanzen. Der FDI-Kongress 2010 in Salvador, der ein finanzieller Misserfolg war, ist noch nicht abgerechnet, 700 000 Euro schuldet der brasilianische Zahnärzterverband, der dies jedoch bestreitet, noch der FDI. Die renommierte Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Pricewaterhouse Coopers wurde eingeschaltet. Die Aufklärung der Verantwortlichkeiten und Sachverhalte erwies sich als schwierig, Vorwürfe wurden erhoben, Ausreden und Ausflüchte gemacht, Interessenkonflikte vorgeschoben und Ehrenerklärungen abgegeben. Das Ganze gleiche – so analysierte BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel in einem kritischen Redebeitrag – eher einer Seifenoper als einer seriösen Aufklärung von Sachverhalten.

Das Bemühen der Mitglieder der Generalversammlung um klare Antworten war deutlich und es besteht die Hoffnung, dass mit der neuen Führung unter Präsident Orlando Monteiro da Silva, Portugal – die Präsidentschaft des Brasilianers Dr. Roberto Vianna endete mit der Generalversammlung B in Mexico City – die Arbeit der FDI wieder vertrauenswürdig und transparent wird. Auch die Ratsmitglieder sollen in Zukunft besser informiert und mehr in die Arbeit der Exekutive einbezogen werden. Bei der Klärung der verworrenen Situation trat die deutsche Delegation sehr klar, aktiv und konstruktiv auf.

Barbara Bergmann-Krauss
Universitätsstr. 73
50931 Köln

das Praxisteam beeinflusst werden. Dazu braucht es aber eine Bestimmung der Risikofaktoren. Wichtig für die Ätiologie der Karies sind auch die Übertragungswege der kariesauslösenden Bakterien bei kleinen Kindern. Klinisch führen diese neuen Erkenntnisse zu der Konsequenz, zahn-schonend oder minimal-invasiv therapieren zu können, mit der Möglichkeit die Karies zu stoppen und frühe Läsionen zu remineralisieren.

Zum Hintergrund:

- Karies ist eine multifaktorielle Erkrankung, die man verhüten kann.
- Durch den Erkrankungsprozess kommt es zum Mineralverlust in der Zahnoberfläche und in darunter liegenden Schichten, was später zur Kavitätenbildung führt.
- Die Erkrankung ist vorhanden, ehe es zur Kavitätenbildung kommt.
- Die Erkrankung kann in frühesten Phasen behandelt und geheilt werden. Eine frühe Diagnose und ein Stoppen durch Remineralisation ist in vielen Fällen möglich, ohne eine Füllung legen zu müssen.
- Wird allerdings nicht präventiv/minimal-invasiv vorgegangen, kommt es zu irreversiblen Schäden am Zahn (Kavitation) mit den lebenslangen Konsequenzen der Re-Restaurations.
- Die modifizierbaren und nicht modifizierbaren Risikofaktoren sind wichtige Faktoren der Kariesentstehung.
- Soziale Faktoren spielen eine wichtige Rolle in der Kariesrisikobestimmung, deren Behandlung und dem Management der Läsion.
- Die Klassifikation der Karies basiert auf den fünf Kavitätenformen, ohne Berücksichtigung des Stadiums oder der Größe der Läsion.
- Jede neue Form der Kariesklassifikation sollte das Stadium, die Aktivität und die Größe der Läsion berücksichtigen, sowohl für Primär- wie für Sekundärkaries von Restaurationen und Versiegelungen.
- Jede neue Kariesklassifikation sollte idealerweise für Milch- wie bleibende Zähne anwendbar sein und auch die systemischen Konsequenzen unbehandelter Karies berücksichtigen.



Schmelzkaries ohne Kavität (ICDAS: a und b, links) und frühe okklusale Dentinkaries (ICDAS: c, rechts)

Fotos: Reich

- Jede neue Kariesklassifikation sollte es Entscheidungsträgern ermöglichen, den Gesundheitsstatus der Bevölkerung zu erkennen und den Behandlungsbedarf und Prioritäten in der zahnärztlichen Versorgung zu identifizieren sowie die bisherige Versorgung darzustellen.
- Jede neue Kariesklassifikation sollte die Notwendigkeit des frühen präventiven Vorgehens und den Stopp der Läsion berücksichtigen und das Monitoring der präventiven Behandlung ermöglichen, bis hin zur Planung restaurativer Maßnahmen.

- Das Kariesmanagement und die Überwachung der Kariesprogression sollte lokale Faktoren berücksichtigen, aber auch den allgemeinen Gesundheitszustand, die Ernährung und das Umfeld des Patienten.

Prof. Dr. Elmar Reich
Leiter des Aus- und Fortbildungskomitees
der FDI
Rolf-Keller-Platz 1
88400 Biberach
ereich@t-online.de

INFO FDI-Beschluss

Antrag zur Matrix für Karieskategorisierung und Kariesmanagement, verabschiedet von der FDI-Generalversammlung am 16.09.2011 (federführend: deutsche Delegation bei der FDI)

Hiermit wird beschlossen, dass

- die Kariesprophylaxe als wirksames Mittel zur Verbesserung der Gesundheit das Leitprinzip der Matrix für Karieskategorisierung und Kariesmanagement ist, sowie dass
- die Matrix für Karieskategorisierung und Kariesmanagement, wie sie vom FDI-Wissenschaftskomitee entwickelt und grafisch aufbereitet wurde, eine Grundlage für die Risikoabschätzung und Überwachung, die Vorbeugung von Krankheiten und die Förderung der Gesundheit darstellt, sowie dass
- die Matrix für Karieskategorisierung und Kariesmanagement in weltweite Initiati-

ven zur Verbesserung der Gesundheit aufgenommen werden sollte, damit Zahnärzte eine Schlüsselrolle in der interdisziplinären und berufsübergreifenden medizinischen Versorgung und im Gesundheitssystem spielen können, wobei soziale Umgebungsfaktoren, die Grundsätze des Ansatzes der gemeinsamen Risikofaktoren und die soziale Verantwortung der Gesundheitssysteme die Grundlage bilden, sowie dass

■ der Entwurf der Matrix für Karieskategorisierung und Kariesmanagement, wie er am Montag, dem 12. September 2011, der Generalversammlung vorgelegt wurde, geeignet ist, den Zahnärzten als Hilfe für individuelle Entscheidungen über die zahnmedizinische Behandlung des Patienten und für die Beurteilung der damit verbundenen Risiken zu dienen. FDI

zm – Zahnärztliche Mitteilungen

Herausgeber: Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.ö.R.

Anschrift der Redaktion:

Redaktion zm
Behrenstraße 42
D-10117 Berlin
Tel.: +49 30 280179-40
Fax: +49 30 280179-42
E-Mail: zm@zm-online.de
www.zm-online.de

Redaktion:

Egbert Maibach-Nagel,
Chefredakteur, mn; E-Mail: e.maibach-nagel@zm-online.de
Gabriele Prchala, M.A., Stellvertretende Chefredakteurin/
Chefin vom Dienst (Politik, Zahnärzte), pr;
E-Mail: g.prchala@zm-online.de
Susanne Priehn-Küpper, Assessorin d. L. (Wissenschaft,
Dentalmarkt), sp; E-Mail: s.priehn-kuepper@zm-online.de
Stefan Grande M.A. (Praxismanagement, Finanzen, Recht), sg;
E-Mail: s.grande@zm-online.de
Claudia Kluckhuhn, M.A. (Politik, EDV, Technik, Leitung Online), ck;
E-Mail: c.kluckhuhn@zm-online.de
Sara Friedrich, M.A. (Wissenschaftspolitik, Prophylaxe,
soziales Engagement), sf; E-Mail: s.friedrich@zm-online.de
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 Verfassernamen gezeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Gekennzeichnete Sonderteile liegen außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken, sowie das Recht der Übersetzung sind vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion und des Verlages. Bei Einsendungen wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Für unverlangt eingesendete Manuskripte, Abbildungen und Bücher übernimmt die Redaktion keine Haftung.

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

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

Diese Zeitschrift ist der 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 Anzeigentel:

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

Leiterin Anzeigenmanagement Stellen-/Rubrikenmarkt:

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

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt:

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

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen:

Verkaufsgebiete Nord/Ost: Götz Kneiseler
Uhlandstr 161, 10719 Berlin
Tel.: +49 30 88682873, Fax: +49 30 88682874,
Mobil: +49 172 3103383, E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

Verkaufsgebiet Mitte: Dieter Tenter
Schanzenberg 8a, 65388 Schlangenbad
Tel.: +49 6129 1414, Fax: +49 6129 1775,
Mobil: +49 170 5457343, E-Mail: tenter@aerzteverlag.de

Verkaufsgebiet Süd: Ratko Gavran
Racine-Weg 4, 76532 Baden-Baden
Tel.: +49 7221 996412, Fax: +49 7221 996414,
Mobil: +49 179 2413276, E-Mail: gavran@aerzteverlag.de

Herstellung:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln
Vitus Graf, Tel. +49 2234 7011-270
E-Mail: graf@aerzteverlag.de
Alexander Krauth, Tel. +49 2234 7011-278
E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Druckerei:

L.N. Schaffrath, Geldern

Konten:

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

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

Auflage Lt. IVW 2. Quartal 2011:

Druckauflage: 85 633 Ex.

Verbreitete Auflage: 84 467 Ex.

101. Jahrgang

ISSN 0341-8995

Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete (HDZ)

Förderung für Flüchtlinge

Das HDZ engagiert sich dank der finanziellen Unterstützung der deutschen Zahnärzteschaft für gemeinnützige Projekte an vielen Plätzen dieser Welt. Zugleich richtet sich sein Fokus stets auch auf soziale Brennpunkte vor der Haustür. So unterstützt das Hilfswerk etwa Förderunterricht für junge Flüchtlinge.



Wege zur Integration: Über die Sprache gelingt Flüchtlingen der Zugang in die deutsche Gesellschaft.

Die Unterstützung ist langfristig ausgelegt. Daher hilft das HDZ bereits seit vielen Jahren mit einer Spende dem Verein Ausbildung statt Abschiebung (A.s.A.) in Bonn und seinem Projekt Avanti. In diesem Jahr liegt die Fördersumme bei 15 000 Euro. Erst im Mai dieses Jahres wurde der Verein im Rahmen eines Wettbewerbs vom Bündnis für Demokratie und Toleranz ausgezeichnet (www.buendnis-toleranz.de). Die Hilfe für junge Flüchtlinge wurde als vorbildlich eingestuft. Zur Arbeit des Vereins gehören

neben dem Förderunterricht auch Bewerbungstrainings, sportliche Angebote und Demokratieschulungen.

Erschwerte Integration

Zum Hintergrund: Momentan sind die Lebensperspektiven jugendlicher – insbesondere unbegleiteter minderjähriger – Flüchtlinge in Deutschland unbefriedigend. Sie haben praktisch keine Chance, einen gesicherten Aufenthaltsstatus zu erhalten. Der ungesicherte Aufenthalt in Verbindung mit den derzeit geltenden Arbeitsbeschränkungen macht es den jungen Flüchtlingen fast unmöglich, einen Ausbildungsplatz zu finden und einen erfüllten Alltag zu erleben. Der Förderunterricht hat das Ziel, individuell auf die Defizite einzugehen, die sich bei den jugendlichen Flüchtlingen durch den Quereinstieg in das deutsche Schulsystem ergeben haben.

Die Förderung findet als Einzelunterricht oder in Kleingruppen durch ehrenamtliche Pädagogen und Studenten statt. Zusätzlich gibt es eine gezielte Sprachförderung.

Abgesehen vom A.s.A. ist die Liste der vom HDZ im Jahr 2011 unterstützten Projekte lang. Größere Spenden flossen an zwei von Naturkatastrophen heimgesuchte Regionen: zum einen in die vom Hochwasser betroffenen Gegenden in Pakistan (105 000 Euro). Zum anderen leistete das HDZ Soforthilfe für die Erdbebenopfer in Japan (100 000 Euro). Die größte Fördersumme floss in den Bau eines Krankenhauses in Kenia. Das mit 275 000 Euro geförderte Projekt zur Errichtung des St. Mulumba Hospitals soll wahrscheinlich im Frühjahr 2013 abgeschlossen sein. Der Bettentrakt für 80 Patienten wird aller Voraussicht nach im Herbst 2012 eingeweiht. Qualifizierte einheimische Ärzte und Krankenschwestern werden die Arbeit vor Ort leisten. Auch an die Behandlung von mittellosen Menschen wurde gedacht: Es gibt eine betriebswirtschaftlich errechnete Anzahl von Privatbetten. Diese werden die vorgehaltenen Plätze für die armen Patienten gegenfinanzieren.

Dr. Klaus Winter
Vorsteher der Stiftung HDZ
Postfach 1351
37423 Bad Lauterberg
www.hilfswerk-z.de

Spendenkonto:
ApoBank Hannover
Konto für Zustiftungen: 0604444000
BLZ: 25090608



Fotos: HDZ

Im Rohbau: Das St. Mulumba Hospital in Kenia soll Platz für 80 Betten bieten.

Zahnärztliches Hilfsprojekt im Norden Äthiopiens

Zur Wiege der Menschheit

Im Gepäck eine mobile Einheit und zwei Alu-Kisten voller Medikamente und Materialien – so erreichten die Zahnärzte Marc Pallasch und Götz Riemann aus Florstadt und Bad Homburg den Flughafen von Addis Abeba. Trotz guter Vorbereitung und mit maximaler Unterstützung der äthiopischen Botschaft ein schwieriges Unterfangen – und eine unvergessliche Erfahrung.



Teamwork: Um die vielen Schmerz-Patienten erfolgreich behandeln zu können, ist eine reibungslose Zusammenarbeit mit den Helfern vor Ort essenziell.



Kontrastreich: Äthiopien changiert zwischen alpiner Hochebene und heißen unwirtlichen Senken. Zeugnis jahrtausendealter Kultur sind die elf Felsenkirchen von Lalibela – Unesco-Weltkulturerbe.



Fotos: Marc Pallasch

Sie kamen als Pioniere. Vor ihnen waren noch nie deutsche Zahnärzte in Lalibela – einer 20 000-Einwohner-Stadt, vorwiegend aus Rund- und Wellblechhütten bestehend. Es gibt nur wenige größere Gebäude dort. Auch das örtliche Krankenhaus ist kaum als solches zu erkennen. Pallasch und Riemann dürfen sich in zwei leer stehenden Räumen ihre Arbeitsplätze einrichten. Ein kleiner Tisch und eine Liege sind alles, was sich für sie auftreiben lässt. „Aber schließlich haben

wir ja auch unser gesamtes Werkzeug selber mitgebracht“, sagt Pallasch rückblickend. Wenigstens ein Stromanschluss ist vorhanden. Das Wasser tröpfelt ihnen langsam, aber stetig aus dem Hahn entgegen. Die Lage am ersten Morgen: „Kurz nach acht bahnten wir uns einen Weg durch eine Menge von etwa 300 wartenden Menschen“, erinnert sich Pallasch. Die beiden sehen außerordentlich viele zerstörte Zähne. Einige können sie durch Füllungen

retten – dank der mobilen Solus-Einheit. Hauptsächlich sind die Männer damit beschäftigt, zerstörte und schmerzhafte Zähne zu extrahieren – ein Segen für die wartenden Menschen. Am Nachmittag bietet sich wieder das gleiche Szenario vor dem Krankenhaus. In den nächsten Tagen nimmt die Zahl der Patienten stetig zu. Es herrscht hektische Unruhe unter den Wartenden. Pallasch und Riemann müssen Einzelne trösten. Zu groß ist der Andrang. Die lokalen Helfer, Schwestern und Pfleger des Krankenhauses kommen mit dem Sterilisieren der benutzten Instrumente kaum nach. Je vier Sterilvorgänge am Vor- und am Nachmittag sind inzwischen die Regel. Die Akkus der Kopflampen sind die einzige Beleuchtung. Sie müssen ständig getauscht und nachgeladen werden. Nicht zu vergessen: Der Ort liegt 2 500 Meter über dem Meeresspiegel. Behandelt wird im Stehen. Das ist ungewohnt und kostet die Zahnärzte Kraft und Kondition.

Pallasch blickt zurück: „Am Wochenende hatten wir dafür die Chance, die traumhaften, monolithischen Felsenkirchen zu besichtigen. 1 500 Jahre alte Zeugen vergangener Handwerkskunst und eine architektonische Meisterleistung.“

Nach zwei Wochen saßen mehrere hundert Patienten auf dem Behandlungsstuhl. Leider nur ein Tropfen auf den heißen Stein, berichten die Zahnärzte. Gewürdigt wurde die Arbeit dennoch: Das äthiopische Regionalfernsehen war vor Ort, um über das Projekt zu berichten. Die Firma Sabana stellte das vor Ort benötigte Nahtmaterial.

Dr. Marc Pallasch
Kirchgasse 29
61197 Florstadt

INFO Helfer gesucht

Der Einsatz in Äthiopien wurde von dentists and friends e. V. organisiert und soll wiederholt werden. Dafür werden noch engagierte Zahnärzte gesucht. Für die kostenfreie Unterbringung in einem lokalen Hotel in Lalibela ist gesorgt.

■ www.dentists-and-friends.de

Zahnärzte ohne Grenzen

Grenzenloses Engagement

Die Stiftung Zahnärzte ohne Grenzen (Dentists without Limits Foundation, DWLF) hat mit Hilfseinsätzen in der Mongolei inzwischen eine Tradition begründet. Während des Sommers 2011 behandelten 65 europäische DWLF-Helfer in gemischten Vierergruppen an 14 Standorten kostenlos über 9 200 bedürftige Patienten. Unter dem Strich sind das 27 000 (!) Einzelleistungen – ein Rekord.



Manpower ist wichtiger als „Moneypower“: Gemäß diesem Credo ist die DWLF in Zusammenarbeit mit den Regierungen und Universitäten der Gastländer im Einsatz, um das Gemeinwohl zu stärken.

Besonders erfreulich ist aus Sicht der Organisation die Zusammenarbeit mit Procter & Gamble Deutschland GmbH (Oral B). Denn die Firma hat den Erlös einer „Charity-Aktion“ für die Einrichtung einer stationären Zahnstation sowie für eine mobile DWLF-Zahnklinik gespendet. Die Einweihung wurde mit Behörden- und Medienvertretern aus der 223 Kilometer entfernten Hauptstadt Ulaanbaatar gefeiert.

Gewöhnlich verfügt die mongolische Landbevölkerung über eine sehr rudimentäre zahnmedizinische Versorgung. Somit kommt den DWLF-Zahnstationen, die alle den mitteleuropäischen Standard erfüllen, besondere Bedeutung zu.

Die Helfer kommen aus vielen Ländern und gehören unterschiedlichen Religionen an. Sie kommen aus Österreich, der Schweiz, Polen, Russland, Vietnam, dem Iran, der Mongolei, Bulgarien, Frankreich, Griechenland und in der Mehrzahl aus Deutschland.

Neben den beruflichen Erfahrungen tauchen die Helfer auch in den mongolischen Alltag ein. Zum Beispiel kulinarisch: So ist es für die Helfer zunächst ungewohnt, drei Wochen lang Stutenmilch und Milchtee zu trinken. In diesem Jahr engagierten sich für die DWLF zahlreiche Menschen von 22 bis 70 Jahren im Sinne des Ehrenamts.

Kontinuierliche Hilfe

Auch für 2012 sind neue Einsätze geplant: Entlang der transmongolischen Eisenbahn, in der Wüste Gobi und im Gebiet der Schamanen werden Helfer gesucht. Die Einsätze beginnen am 29. Juli 2012 und dauern bis zum 19. August 2012 an.

Die DWLF sucht noch einen Vertreter einer Hochschule, der sich den karitativen Ambitionen anschließen würde und als Euro-

päischer Botschafter zum Treffen „The 10th International Conference of Asian Academy of Preventive Dentistry“ reisen möchte, um dort einen Vortrag zu halten. Die Konferenz tagt vom 14. bis zum 16. September 2012 in Ulaanbaatar. „Ein europäischer Referent würde hoch geschätzt werden“, erklärt Kolmann Deuerlein, DWLF-Pressesprecher. Interessierte Hochschulvertreter können sich über die Mailadresse cnd60@hotmail.com an Herrn Tsenddorj wenden. Er spricht fließend Deutsch.



Die DWLF will über die zahnmedizinische Hilfe ihren Beitrag zu einer friedlichen Staatengemeinschaft leisten.

Spendenkonto:
Zahnärzte ohne Grenzen
Ev. Kreditgenossenschaft eG, Kassel
Konto: 5302471
BLZ: 52060410

INFO

Freiwillige vor

Die Anmeldung für die Mitarbeit bei „Zahnärzte ohne Grenzen“ erfolgt per Mail an:

■ info@dentists-without-limits.org

Das Kontingent ist beschränkt. Erfahrungsberichte aus dem Jahr 2011 sind eingestellt auf:

■ www.dwlf.org

Fotos: DWLF

Zahnarzt Dr. Panthenius

Seit 27 Jahren Hilfe für Bedürftige

Seit 27 Jahren engagieren sich der Zahnarzt Dr. Wolfgang Panthenius und seine Ehefrau Liesel für bedürftige Menschen auf der ganzen Welt. Über die „Minderer Hilfe für Burkina Faso e.V. und weltweit“ verschickt das Ehepaar Hilfsgüter. Im August konnte die 100. Containerlieferung auf den Weg gebracht werden. Gespendete Rollstühle, Rollatoren, medizinische Instrumente und Kleidungsstücke wurden ins argentinische Quilmes verschickt. Anlässlich des Jubiläums fand sich zu einem Festakt neben dem Vizepräsidenten der

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe (ZKWL), Jost Rieckesmann, auch der argentinische Botschafter Victorio Tacetti ein. Dem Engagement von Panthenius und seiner Frau gebühre allerhöchste Anerkennung, sagte Rieckesmann. Sie hätten vor 27 Jahren einfach angefangen zu helfen und dabei nicht nach der Hilfe des Staates gefragt. eb/pm



Foto: Barbara Moellers-Middendorf

Eine Chance für Kinder

Labor und Zahnärzte helfen Familien

Seit einigen Monaten sammelt das Orthos Fachlabor in Oberursel gemeinsam mit Zahnärzten unter dem Motto „Lücki sammelt für Kinder“ Spenden für die Stiftung „Eine Chance für Kinder“.

Die Stiftung organisiert unter anderem den Einsatz von Familienhebammen für Frauen/Familien und Kinder in schwierigen Lebenssituationen. Mit der Etablierung des Systems der „aufsuchenden Hilfe“ für junge Mütter und ihre Kinder durch Familienhebammen soll

die Vernachlässigung von Kindern vermieden werden. Durch das System konnte „Eine Chance für Kinder“ zunächst in Niedersachsen und jetzt auch in anderen Bundesländern bereits vielen Müttern, Kindern und auch Vätern helfen. Das Orthos Fachlabor erklärte sich darüber hinaus bereit für jeden erhaltenen Auftrag einen Euro an die Stiftung zu spenden. Mittlerweile sind mehrere Tausend Euro eingegangen. eb/pm



■ www.eine-chance-fuer-kinder.de

Industrie und Handel

M.I.S. Implants

Neues Implantat C1

Bei M.I.S. bereitet man sich auf die Markteinführung von C1 vor, mit dem das Unternehmen einen vollkommen neuen Implantatansatz präsentiert. „C1 stellt die etablierten Paradigmen hinsichtlich gängiger Bohrmethoden in Frage“, erklärt Marc Oßenbrink. „Die weiterentwickelte konische Verbindung von C1 reduziert Mikrobewegungen und minimiert die Knochenresorption am Implantatthals. „Im Zusammenspiel mit den farbkodierten Plattformen von C1, dem sog. ‚Platform Switching‘, das ein besseres Wachstum des Weichgewebes



ermöglicht, und dem dazugehörigen, speziell gestalteten Einweg-Finalbohrer, wird nicht nur eine einfachere, sicherere und sterile Implantologie ermöglicht, sondern auch die Erfolgsrate nachweislich verbessert.“

MIS Implants Technologies GmbH
Simeons carré 2
32423 Minden
Tel.: 0571 972762-0,
Fax: 0571 972762-62
www.mis-implants.de
E-Mail: service@mis-implants.de

Acteon

Mehr Licht – bessere OP-Sicht



Sichtbar mehr Präzision, wenn beste Sicht unverzichtbar ist: Nach der Markteinführung des ImplantCenter 2 zur IDS 2009 hat Satelec (Acteon Group) den leistungsstarken Generator für implantatchirurgische Eingriffe weiterentwickelt und bietet ihn ab sofort mit drei autoklavierbaren Licht-Handstücken an: So überzeugt ImplantCenter 2 LED

erstmalig durch eine stets perfekte Ausleuchtung des Operationsgebietes bei allen konventionellen oder chirurgischen Maßnahmen – ob mit dem Piezotome- beziehungsweise Newtron-Ultraschall-Handstück oder jetzt auch mit dem robusten Handstück des Mikromotors I-Surge. Gleichzeitig profitiert der Anwender des Hightech-Chirurgiegeräts der zweiten Generation von der hohen Präzision und der selektiven Schnittqualität.

Acteon Germany GmbH
Industriestrasse 9
40822 Mettmann
Tel.: 02104 956510
Fax: 02104 956511
Kundenservice: 0800 7283532
www.de.acteongroup.com
E-Mail: info@de.acteongroup.com

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

Servicekupon
auf Seite 128

BEYCODENT

Terminplaner für schnelle Übersicht

Die optimale Terminplanung bringt eindeutig Zeitgewinn für den Praxisablauf. Stress und Ärger werden vermieden.

Aktuell ist das Terminplaner-System von BEYCODENT für 2012. Die speziell für Zahnarztpraxis und Kieferorthopädie konzipierten Terminplaner basieren auf einer breiten Auswahl von 15 verschiedenen Einteilungen. Die

Einsatzmöglichkeit deckt die Anforderungen von einer „normalen“ Zahnarztpraxis bis zum „Klinikbetrieb“ ab.

Wahlweise ist der Terminplaner als Spiralbuch oder Ringbuch-System einzusetzen, die Formate liegen bei ca. 30 x 30 cm und Großformat DIN A3 quer (30 x 42 cm). Auf Wunsch stellt das Unternehmen individuell eine

kostenlose Mustermappe zur Verfügung. Für einen ersten Eindruck lohnt sich ein Besuch der Homepage von BEYCODENT.

BEYCODENT-Verlag
Wolfsweg 34
57562 Herdorf
Tel.: 02744 92000
Fax: 02744 766
www.beycodent.de
E-Mail:
service@beycodent.de



VOCO

Nano-Hybrid Stumpfaufbaumaterial

VOCO ergänzt mit Grandio Core Dual Cure die Grandio-Produktlinie um ein fließfähiges dualhärtendes Komposit speziell für den Stumpfaufbau und die Befestigung von Wurzelstiften. Als Nano-Hybrid-Komposit verfügt es über gute Material- und optimale Handlingeigenschaften.

Mit seinen physikalischen Parametern bei einem Füllstoffgehalt von 77 Gew.-Prozent sorgt das Komposit für langlebige Restaurationen. Grandio Core Dual Cure legt sich dank seiner Fließfähigkeit direkt an die Grenzen der Zahnhartsubstanz und der Matrixe, so dass ein Stopfen des Materials nicht erforderlich ist. Das Komposit ist dualhärtend und da-

mit auch für die sichere Befestigung von Wurzelstiften geeignet. Grandio Core Dual Cure lässt sich mit



allen modernen Schmelz-/Dentin-Adhäsiven anwenden, die für dualhärtende Komposite freigegeben sind.

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

CompuGroup Medical

Niederlassung auch in Berlin



Ende Oktober eröffnete CGM Dentalsysteme GmbH (Koblenz), ein erfolgreicher Anbieter von zahnärztlicher Software, eine Niederlassung in Berlin. Kundennähe und der Wunsch, den unmittelbaren Dialog mit den Anwendern weiter zu verstärken, waren maßgeblich für diesen Schritt (Foto: Berliner Team). Mehr als 100 Kunden und Interessenten waren der Einladung

gefolgt und profitierten von einer Eröffnung, die ebenso Zeit für den kollegialen Austausch als auch für ein interessantes Workshop-Angebot bot. Im Süden Berlins, mit bester Anbindung an die politisch geprägte Mitte der Hauptstadt, hat CGM Dentalsysteme die Räume im Gebäude von Lauer & Fischer bezogen. Der Marktführer für Apotheken-Software gehört seit kurzem ebenfalls zur CompuGroup Medical AG.

*CompuGroup Medical
Dentalsysteme GmbH
Maria Trost 25
56070 Koblenz
Tel.: 0261 80001900
Fax: 0261 80001922
www.cgm-dentalsysteme.de*

Dreve Dentamid

Sichere Pflege für Schienen

„Wie pflege ich meine Schiene?“ Auf diese wichtige Patienten-Frage gibt es jetzt eine einfache Antwort: mit MaxiFresh.

Selten war die professionelle Reinigung und die hygienische Pflege von Schienen und Sportmundschutze einfacher und schonender. Mit Millionen von Mikrobällchen säubert MaxiFresh alle Oberflächen hygienisch und bringt täglich angenehme Frische ohne Zusatzgeschmackstoffe zurück.

Die Akzeptanz des Schienentragens steigt dadurch spürbar an. So unterstützt MaxiFresh den erfolgreichen Behandlungsverlauf. Für Zahnarztpraxen mit einem Prophylaxe-Shop hält das Unter-



nehmen die neue MaxiFresh-PromoBox inklusive Patientenflyern im Aufsteller bereit.

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

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

DÜRR DENTAL

Wischtücher im Vergleichstest



Durch ein wachsendes Spektrum von Infektionsrisiken und verstärkte infektionspräventive Empfehlungen stehen effiziente Hygieneprozesse heute ganz oben auf der Agenda des erfolgreichen Praxismanagements. Dazu gehört auch eine optimale Flächen-desinfektion. In einem aktuellen Vergleichstest zur Reichweite von marktgängigen, wirkstoffgetränkten Desinfektionstüchern überzeugte Dürr Dental mit einem

sehr hohen Leistungsniveau. Eine manuell durchgeführte Vergleichsstudie zu wirkstoffgetränkten Desinfektionstüchern belegt die hohe Reichweite der ready-to-use Wischtücher von Dürr Dental. Gemessen wurde die Oberfläche, die sich jeweils durch ein Tuch ununterbrochen mit Wirkstoff benetzen lässt. Insgesamt erzielten Desinfektionstücher mit quaternären Ammoniumverbindungen (QAV) deutlich höhere Reichweiten als alkoholgetränkte Wischtücher.

DÜRR DENTAL AG
Höpfigheimer Str. 17
74321 Bietigheim-Bissingen; Tel.:
07142 705-529
Fax: 07142 705-441
www.duerr.de
E-Mail: diederich.m@duerr.de

Heraeus

Flüssig-thixotrope Dentine



Mit Signum composite flow ergänzen ab sofort flüssig-thixotrope Dentine das Signum System. Damit kann der Zahntechniker frei wählen, ob er pastös oder flüssig modelliert. Die einzigartige Konsistenz und Stabilität der neuen Dentinmassen erlauben ein kontrolliertes Schichten wie beim Verblenden mit Keramik. Die Signum composite flow Dentine sind in den 16 Farben des VI-TA Klassik-Farbbrings erhältlich.

Sie sorgen für eine einfache und schnelle Farbanpassung. Durch die Mischbarkeit mit Signum matrix ist eine patientenorientierte Farbnuancierung unkompliziert realisierbar. Für den günstigen Einstieg in die Verblendung mit Signum composite flow bietet Heraeus zwei Kennenlernpakete: Das Sechs-Farbensortiment Signum essentia flow und das Zweifarbenset Signum composite first touch mit pastösen und flüssigen Massen. Die weiteren zehn Farben folgen im Februar 2012.

Heraeus Kulzer GmbH
Grüner Weg 11
63450 Hanau
Tel.: 0800 43723368
www.heraeus-dental.com
E-Mail: info.dent@heraeus.co

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

Imex Dental und Technik

Zahnärzte überprüfen Qualität vor Ort

Die Imex Dental und Technik GmbH organisierte für Kunden und interessierte Zahnärzte eine China-Reise der besonderen Art. Für die Gruppe bestand die Gelegenheit, das bekannte zahntechnische Labor in Shenzhen kennenzulernen. „Der Firmenname 'High Tech Dental' ist hier offensichtlich Programm. Das hochmoderne Labor hat mich absolut überzeugt. Nicht nur im Hinblick auf die innovativen Technologien, die dort zur Verfügung stehen“, meinte Dr. Kellermann aus Schongau, „auch die Arbeitsplätze, die Einrichtung und die Aus-

stattung entsprechen absolut den Standards eines sehr fortschrittlichen Labors in Deutschland. Da fehlte es wirklich an nichts.“ In der Tat werden in dem TÜV-zertifizierten Labor alle zahntechnischen Arbeiten aus hochwertigen Materialien gefertigt, wie sie auch in Deutschland verwendet werden. Nach einer Führung durch das Labor nutzten die Zahnärzte die Gelegenheit zu Gesprächen mit den Mitarbeitern vor Ort.

IMEX Dental und Technik GmbH
Bonsiepen 6-8, 45136 Essen
Tel.: 0800 8776226
www.imexdental.de



Sulzer Mixpac

Klage gegen Plagiate eingereicht

Das Unternehmen Sulzer Mixpac AG (Sulzer) hat rechtliche Schritte unternommen, um seine Produkte vor Plagiaten zu schützen. Sulzer reichte erneut Klage gegen die Seil Global Co. Ltd im Hinblick auf deren neue Dentalmischkanülen ein. Der Vorwurf: Trotz bestimmter Konstruktionsänderungen werden Patentrechte weiterhin verletzt. Bereits im September urteilte der US-amerikanische District Court für den südlichen Distrikt New Yorks, dass die Seil Global Co. Ltd die frühere dauerhafte Unterlassungsverfügung des Gerichts durch das fortgesetzte Angebot unzulässiger Mischkanülen verletzte, stufte diese Handlungen

als Missachtung ein und verhängte Strafmaßnahmen, unter anderem durch Anordnung einer Geldstrafe.

Sulzer ist zuversichtlich, dass das Gericht bestätigen wird, dass die vollständige Produktpalette an neu gestalteten Mischkanülen die Patentrechte von Sulzer verletzt. Das MIXPAC S-System ist auch durch US-amerikanische und ausländische Patente geschützt. Diese Produkte werden exklusiv von Sulzer Mixpac in einer automatisierten Fabrik in der Schweiz hergestellt.

Sulzer Mixpac AG
Rütistrasse 7
9469 Haag (Schweiz)
Tel.: +41 81 7722000
Fax +41 81 7722001

PHARMATECHNIK**LinuDent – für die erfolgreiche Praxis**

LinuDent

powered by PHARMATECHNIK

LinuDent powered by PHARMATECHNIK bietet von innovativen und modernen Hard- und Softwarelösungen für die Zahnarzt Praxisverwaltung bis hin zum digitalen Röntgen Komplettlösungen für die Dentalbranche. „Eine reibungslose Datenübernahme bei der Neuinstallation der Verwaltungssoftware ist bei uns selbstverständlich, da Ausfallzeiten für den Zahnarzt kritisch sind“ sagt Holger Reinhoff, LinuDent-Geschäftsleiter. Um dies und das einmalige Service-Konzept zu gewährleisten, kümmern

sich bundesweit mehr als 670 Mitarbeiter in 14 Geschäftsstellen um das Kundenwohl. Durch die enge Zusammenarbeit mit dem Partner Morita, werden den Zahnärzten zudem absolute Spitzenprodukte des digitalen Röntgens angeboten. Mit seinem Full-Service-Konzept unterstützt LinuDent Zahnärzte optimal in ihrer Praxis.

*Pharmatechnik GmbH & Co. KG
Münchner Str. 15
82319 Starnberg
Tel.: 08151 4442-0, Fax: -7000
www.linudent.de
E-Mail: info@pharmatechnik.de*

American Dental Systems**Hochwertige Dentalhygiene-Lupe**

Gutes Sehen ist eine elementar wichtige Voraussetzung für die Ausübung einer qualitativ hochwertigen Zahnheilkunde. Mit der neuen Dentalhygiene-Lupe lassen sich optische Höchstleistungen erzielen.

Dank der Besonderheiten des optischen Galilean-Systems wird eine sofortige Nutzung der TTL-Lupen ermöglicht. Durch voreinge-

stellte Standard-Pupillenabstände (IPD) ist die Dentalhygiene-Lupe sofort einsatzbereit. Dieses Produkt ist ideal für diejenigen, die ein Vergrößerungssystem zum ersten Mal benutzen. Sie profitieren von allen Vorteilen und vom Komfort einer TTL-Vergrößerung. Bei einem Arbeitsabstand von 350 mm ist eine Vergrößerung von 2,0x möglich. Sehfeld und Tiefenschärfe liegen bei 104 Millimetern.

*American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Straße 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 08106 300-300
Fax: 08106 300-310
www.ADSsystems.de
E-Mail: info@ADSystems.de*

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

KaVo

MasterSeries: Vielseitig und zuverlässig



Zahnärztliche Instrumente müssen den individuellen Ansprüchen der Anwender und den vielfältigen Indikationen wie Restauration, Endodontie, Chirurgie oder Prophylaxe, Rechnung tragen. Das Instrumentenprogramm der KaVo Master Series liefert hier eine gute Lösung: Ausgereifte Ergonomie, höchste Zuverlässigkeit und Langlebigkeit, gepaart mit besonderer Vielsei-

tigkeit in der Anwendung. Die neue, innovative FG-Spannzange und die breite Auswahl an Wechselköpfen sind hierfür schlagkräftige Argumente, die überzeugen. Durch den vielseitigen Einsatz der GENTLEpower LUX Unterteile mit 16 Wechselköpfen ist der Behandler äußerst flexibel und erreicht gleichzeitig höchste Behandlungsqualität. Über 40 Winkelstückkombinationen ermöglichen einen wirtschaftlichen Einsatz der Instrumente, um vielfältige Indikationen professionell behandeln zu können.

KaVo Dental GmbH
Bismarckring 39
88400 Biberach/Riss
Tel.: 07351 56-0, Fax: -71104
www.kavo.com
E-Mail: info@kavo.com

Kettenbach

Für eine präzise Abformung



Panasil gehört zu den erfolgreichsten A-Silikonem. Jüngstes Mitglied in der Panasil Familie ist Panasil initial contact, das einzige Korrekturmaterial auf Vinylsiloxanbasis mit ausgeprägter initialer Hydrophilie und niedrigem initialen Kontaktwinkel. Dies schafft Erleichterung bei der Applikation im feuchten Milieu. Das Korrekturmaterial auf A-Silikonbasis ist bereits von der ersten Sekunde an initial hydrophil. Für

die Präzision einer Abformung ist der Zeitpunkt entscheidend, zu dem sich die Hydrophilie ausprägt. Mit besserer Benetzung der feuchten Oberfläche des Dentins während der initialen Applikationsphase steigt die Präzision der Abformung. Seit nunmehr fünf Jahren ist Panasil initial contact auf dem Markt. Aus diesem Anlass gibt es zwei Bonus packs zum Jubiläumspreis von 189 Euro für zehn Kartuschen à 50 ml + 50 Mischkanülen.

Kettenbach GmbH & Co. KG
Postfach 11 61
35709 Eschenburg
Tel.: 02774 705-99
Fax: 02774 705-33
www.kettenbach.de
E-Mail:
kettenbach.info@kettenbach.de

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

DENTAURUM

Erfolgreicher Kurs Implantatplanung



Kürzlich fand im Centrum Dentale Kommunikation (CDC) in Ispringen ein Kurs zum Thema Implantatplanung statt. Unter dem Motto „von klassisch bis dreidimensional“ wurde den Teilnehmern minimalinvasive Lösungsansätze mit dem tioLogic pOosition System von Dentaureum Implants gezeigt. Referent Dr. Sigmar Schnutenhaus aus Hilzin-

gen vermittelte zunächst allgemeines Grundwissen der prothetisch basierten Implantatplanung, bevor er die Möglichkeiten der klassischen Implantatplanung denen der 3D-Implantatplanung gegenüber stellte. Anhand von zwei Live-Operationen (Foto) präsentierte Schnutenhaus von der Planung bis zur Umsetzung sowohl eine konventionelle als auch eine schablonengestützte Implantation. Im anschließenden Erfahrungsaustausch konnten die Teilnehmer direkt mit dem Referenten die Vor- und Nachteile der 3D-Implantatplanung sowie alternative Möglichkeiten diskutieren.

DENTAURUM IMPLANTS GmbH
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 07231 803-470
Fax: 07231 803-409
www.dentaureum-implants.de
E-Mail: kurse@dentaureum.de

Garrison Dental Solutions

Lichtdurchlässiges Teilmatrizensystem

Das Composi-Tight 3D Clear Teilmatrizensystem von Garrison Dental Solutions kombiniert durchsichtige und lichtdurchlässige Materialien um die Polymerisation durch den Zahnschmelz zu ermöglichen. Der Anwender kann die Lichthärtung nun ohne Beeinträchtigung von Metallmatrizenbändern oder lichtundurchlässigen Separiererringen sowohl von bukkalen als auch linguale Flächen durchführen. Dies ermöglicht problemlos die akkurate Aushärtung von tieferen Approximalkästen und ist auch bei großflächigen Füllungen von Klasse II Kavitäten hilfreich. Der Separiererring ist eine neue,



weiterentwickelte Version des Soft Face 3DRings. Er hat die weichen Silikonenden, die sich an die Zähne anpassen und so linguale und bukkale Kompositüberstände verhindern.

Garrison Dental Solutions
Carlstr. 50
52531 Übach-Palenberg
Tel.: 02451 971409
Fax: 02451 971410
www.garrisdental.eu
E-Mail: info@garrisdental.net

UP Dental

Zahnaufhellungssystem getestet

Opalescence Boost, das erfolgreiche Chairside-Zahnaufhellungssystem, hat seit der IDS einen erhöhten Wirkstoffgehalt von 40 Prozent Wasserstoffperoxid. Nun haben die Tester des bekannten „Clinicians Report“ das Material unter die Lupe genommen. Sie

bescheinigen ihm bereits nach zwei Mal 20 Minuten Anwendung in einer Sitzung eine hohe Effizienz, wobei Lichtapplikation nicht nötig ist.

Als Vorteile hervorgehoben werden auch die Spritzenapplikation, die Konsistenz des Gels sowie nur sehr selten auftretende Zahn-sensibilitäten. Insgesamt halten



95 Prozent das Material für „exzellent“ oder „gut“ und empfehlen ihren Zahnarzt-Kollegen den Test in den eigenen Praxen.

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

DMG

Höchstbewertung für Luxatemp Star



Das unabhängige amerikanische Testinstitut REALITY zeichnete Luxatemp Star mit „5 Stars“ aus, der höchsten möglichen Bewertung*. Zudem erhielt DMGs provisorisches Kronen- und Brückenmaterial den Titel „REALITY'S Choice“. Schon der Vorgänger, Luxatemp-Fluorescence, wurde als „Top Provisional Material“ und „Best of the Best“ ausge-

zeichnet. Das Hauptaugenmerk der Weiterentwicklung lag auf dem Aspekt der mechanischen Stabilität. Luxatemp Star bietet neben der verbesserten Initialhärte neue Bestwerte in der Bruch- und Biegefestigkeit und sorgt so für noch größere Stabilität und Langlebigkeit. Auch die Langzeit-Farbtreue wurde optimiert. Zudem erreicht Luxatemp Star seine Endhärte mit knapp fünf Minuten noch schneller als sein Vorgänger.

* „REALITY now“, Oktober 2011, Nummer 228, S.1

DMG
Elbgaustraße 248
22547 Hamburg
Kostenfreies Service-Telefon:
0800 3644262
www.dmg-dental.com
E-Mail: info@dmg-dental.com

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

Zimmer Dental

Neues Implantat jetzt verfügbar

Auf den Zimmer Implantologie-Tagen im Mai dieses Jahres wurde es vorgestellt, jetzt ist es in Deutschland für die Praxis zu haben: das neue Trabecular Metal Implantat.

In einer Studie über in Hunde-Unterkiefermodelle gesetzte Trabecular Metal Implantate wurde der Nachweis des Einwachsens durch reifenden Knochen schon zwei Wochen nach Implantation dokumentiert. Weitere Studien laufen bereits, die ersten klinischen Erfahrungen fielen positiv aus. Das Material hat den Vorteil, dass der Knochen auf diese Oberfläche nicht nur „aufwächst“ (Osseointegration), sondern in die Struktur des Materials „hineinwächst“ – das Unternehmen nennt dies Os-



seinkorporation. Das Trabecular Metal Material ist ein dreidimensionales, sehr biokompatibles Material – keine Implantatoberfläche oder -beschichtung – mit bis zu 80 Prozent Porosität sowie einer mit spongiösem Knochen vergleichbaren Struktur und Funktion.

Zimmer Dental GmbH
Wentzinger Str. 23,
79106 Freiburg
Tel.: 0800 2332230
Fax: 0800 2332232
www.zimmerdental.de
E-Mail: info@zimmerdental.de

Tokuyama

Weichbleibende Unterfüllungen

Sofreliner Tough ist ein Unterfüllungsmaterial für das Labor und für die direkte Anwendung in der Zahnarztpraxis. Bei der direkten Chairside-Methode wird es in nur einer Sitzung unterfüllt, so dass dem Patienten unangenehme Wartezeiten ohne Prothese erspart bleiben. Die Applikation erfolgt direkt vor Ort auf die Prothese und passt sich umgehend der Kieferform des Patienten an. Geringste Geruch- und Temperaturbildung lassen neben der indirekten auch eine direkte Versorgung problemlos zu. Sofreliner Tough M – ist ein 100 prozentiges A-Silikon mit einer Shorehärte von 43, das für die dauerhafte Unterfütterung anwendbar ist. Eine hohe Zer-



reißfestigkeit und der intensive Verbund des Materials durch den Haftvermittler zur Prothesenbasis machen eine lange Haltbarkeit möglich. Bei einer intraoralen Aushärtezeit von nur fünf Minuten ist der Patient somit schnell und komfortabel versorgt.

Tokuyama Dental
Deutschland GmbH
Siemensstr. 46
48341 Altenberge
www.tokuyama-dental.de
E-Mail: info@tokuyama-dental.de



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 7. 12. 2011 schicken oder faxen an:

zm
Deutscher Ärzte-Verlag
Leserservice Industrie und Handel
Rosemarie Weidenfeld
Postfach 40 02 65
50832 Köln

Fax: 02234 7011-255

Ich bitte um Zusendung näherer Informationen zu den von mir angekreuzten Produkten. Mir ist bekannt, dass für die Zusendung der von mir gewünschten Informationen eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an die jeweiligen Firmen erforderlich ist, damit diese mir die Produktinformationen unmittelbar zusenden können. Ich bin damit einverstanden, dass die Deutscher Ärzte-Verlag GmbH meine nebenstehenden Kontaktdaten weitergibt.

- Acteon** – Mehr Licht – bessere OP-Sicht (S. 122)
- American Dental Systems** – Hochwertige Dentalhygiene-Lupe (S. 125)
- BEYCODENT** – Terminplaner für schnelle Übersicht (S. 122)
- CompuGroup Medical** – Niederlassung auch in Berlin (S. 123)
- DENTAURUM** – Erfolgreicher Kurs Implantatplanung (S. 126)
- DMG** – Höchstebewertung von Luxatemp Star (S. 127)
- Dreve-Dentamid** – Sichere Pflege für Schienen (S. 123)
- DÜRR DENTAL** – Wischtücher im Vergleichstest (S. 124)
- Garrison** – Lichtdurchlässiges Teilmatrizensystem (S. 126)
- Heraeus** – Flüssig-thixotrope Dentine (S. 124)
- Imex** – Zahnärzte überprüfen Qualität vor Ort (S. 124)
- KaVo** – MasterSeries: Vielseitig und zuverlässig (S. 126)
- Kettenbach** – Für eine Präzise Abformung (S. 126)
- M.I.S. Implants** – Neues Implantat C1 (S. 122)
- PHARMATECHNIK** – LinuDent – für die erfolgreiche Praxis (S. 125)
- Sulzer Mixpac** – Klage gegen Plagiate eingereicht (S. 124)
- Tokuyama** – Weichbleibende Unterfüllungen (S. 128)
- UP Dental** – Zahnaufhellungssystem getestet (S. 127)
- VOCO** – Nano-Hybrid Stumpfaufbaumaterial (S. 122)
- Zimmer** – Neues Implantat jetzt verfügbar (S. 128)

1&1 Internet AG Seite 111	Dentsply DeTrey GmbH 4. Umschlagseite	INTER Versicherungsgruppe Seite 95	Stefanie Lohmeier Deutsche Zahnärzterberatung Seite 81
3M Espe AG Seite 25	Dexcel Pharma GmbH Seite 13	Ivoclar Vivadent GmbH Seite 69	Steinbeis-Transfer-Institut Management of Dental and Oral Medicine Seite 123
Adam Opel GmbH Seite 97	DMG Dental-Material GmbH Seite 63	KaVo Dental GmbH Seite 17	Sulzer Mixpac AG Seite 125
ALPRO Medical GmbH Export & Marketing Division Seite 99	Doctorseyes GmbH Seite 79	Kettenbach GmbH & Co. KG Seite 33	Trinon Titanium GmbH Seite 109
American Dental Systems GmbH Seite 35	Dr. Kurt Wolff GmbH & Co. KG Seite 43	Korte Rechtsanwälte Seite 127	Ultradent Dental-medizinische Geräte GmbH & Co. KG Seite 65
Bai Edelmetalle AG Seite 127	Dreve Dentamid GmbH Seite 57	Kuraray Europe GmbH 3. Umschlagseite	Ultradent Products, USA Seite 85
Beycodent Beyer + Co GmbH Seite 67	Dürr Dental AG 2. Umschlagseite	Medentis Medical GmbH Seite 41	Vita Zahnfabrik H.Rauter GmbH & Co.KG Seite 21
Carestream Health Deutschland Seite 71	Dux Dental BV Seite 89	Miele & Cie KG Seite 87	Voco GmbH Seite 55
Coltène/Whaledent GmbH & Co.KG Seite 7 und 77	enretec GmbH Seite 91	orangedental GmbH & Co.KG Seite 73	W & H Deutschland GmbH Seite 93
CompuGroup Beteiligungs-gesellschaft mbH Seite 23	goDentis Gesellschaft für Innovation in der Zahnheilkunde mbH Seite 107	Permidental BV Seite 9	youvivo GmbH Seite 15
Corona Metall GmbH Seite 53	ic med EDV-Systemlösungen für die Medizin GmbH Seite 49	PROTILAB Seite 5 und 83	ZM-Jahresband Seite 121
DeguDent GmbH Seite 27	IDI-PARO Interdisziplinäre Diag.-Initiative f. Parodontitisfrüherkennung Stiftungs-GmbH Seite 105	Ratiodental Seite 127	Vollbeilagen F1 Dentalsysteme Deutschland GmbH
Dental Magazin Seite 115	IMEX Dental + Technik GmbH Seite 19	R-dental Dental-erzeugnisse GmbH Seite 31	Oscar Rothacker Verlagsbuchhandlung GmbH & Co. KG
Dental Online College GmbH Seite 113	Informationsstelle für Kariesprophylaxe Seite 101	SDI Germany GmbH Seite 29	SIRONA Dental Systems GmbH
Dentalpoint Germany GmbH Seite 75		Semperdent Dentalhandel GmbH Seite 47	Teilbeilagen Sparkasse KölnBonn
dentaltrade GmbH & Co. KG Seite 11		SIRONA Dental Systems GmbH Seite 59	
		solutio GmbH Seite 103	

Grundsatzentscheidung steht an

Pharmagelder an Ärzte im Visier

Ärzte, die Geld von Pharmafirmen annehmen, könnten künftig deutlich schärfer strafrechtlich verfolgt werden. Ermittler erwarten, dass die teilweise enge Verflechtung von Industrie und Medizin bald auf eine neue Basis gestellt wird. Grund ist eine anstehende Grundsatzentscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) in Karlsruhe. Der Große Senat für Strafsachen will klären, ob niedergelassene Ärzte im juristischen Sinn als Amtsträger einzustufen sind – und sich dementsprechend der Korruption schuldig machen können. „Stuft der BGH die Ärzte als Amtsträger ein, machen sie sich bei der Annahme von unerlaubten Zu-

wendungen strafbar, auch wenn diese Zuwendungen nicht nachweisbar zu einer Beeinflussung des Ordnungsverhaltens geführt haben“, sagte der niedersächsische Oberstaatsanwalt Marcus Röske, der das Verfahren vor dem BGH mit angestoßen hatte. Dann könnten sich die Strafverfolgungsbehörden auf breiter Front dem Pharmamarketing widmen. „Vielleicht findet bei den Pharmaunternehmen dann ein Umdenken statt.“ Bereits die Kassenärztliche Bundesvereinigung hatte strengere Regeln für die jährlich rund 300 Anwendungsbeobachtungen neuer Medikamente im Auftrag von Pharmafirmen gefordert. eb/dpa

Bundesärztekammer

Jörg-Dietrich Hoppe ist tot



Foto: AKN/No-Erdmenger

Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, langjähriger Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), ist am 7. November im Alter von 71 Jahren gestorben.

Hoppe stand von 1999 bis Juni 2011 an der Spitze der BÄK, bevor er sein Amt an Dr. Frank Ulrich Montgomery abgab. Zudem war er 18 Jahre Präsident der Ärztekammer Nordrhein. „Mit Jörg-Dietrich Hoppe verliert die deutsche Ärzteschaft viel zu früh nicht nur einen ihrer großen Präsidenten und einen

leidenschaftlichen Kämpfer für den freiheitlichen Arztberuf, sondern auch einen ganz außergewöhnlichen Menschen“, würdigte Montgomery seinen Vorgänger laut Mitteilung. „In einem politischen Umfeld, in dem täglich um Geld, Macht und Interessen gerungen wird, ist er Arzt geblieben und hat sich seine Menschlichkeit bewahrt.“

Hoppe habe sich stets in der Verantwortung für das Ganze – und so ausdrücklich auch für die Rechte der Patienten – gesehen, sagte Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbundes. „In diesem Sinne hat er immer auch die Bedeutung der ärztlichen Ethik als Grundlage eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses betont.“ Auch Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) reagierte bestürzt auf die Nachricht vom Tod Hoppes. eb

Zukunftskonzept

Apotheker wollen mehr Verantwortung

Bei der medizinischen Versorgung kranker Menschen wollen die Apotheken in Deutschland mehr Verantwortung übernehmen – und dabei noch Geld sparen.

„Wir haben dazu ein Zukunftskonzept erarbeitet, weil wir wollen, dass der Arzt nur noch den Wirkstoff verordnet und der Apotheker das passende Präparat herausgibt“, sagte Matthias Clasen, Geschäftsführer des Landesapothekerverbands Sachsen-Anhalt. Vor allem chronisch Kranke, die regelmäßig mehr als fünf Medikamente einnehmen müssen, könnten davon profitieren. Auch der Geldbeutel der Krankenkassen werde so geschont.

Das Zukunftskonzept ist von der Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände und der Kassenärztlichen Bundes-

vereinigung erarbeitet worden. Geht es nach dem Willen der Apotheker, soll ihr „Zukunftskonzept Arzneimittelversorgung“ im Versorgungsstrukturgesetz verankert werden. Das Gesetz soll einer medizinischen Unterversorgung auf dem Land entgegenwirken. „Davon sind natürlich auch die Apotheker betroffen“, sagte Clasen. „Denn wenn es immer weniger Hausärzte gibt, gibt es auch bald weniger Apotheken.“ eb/dpa



Foto: ABDA

Regierungsumbildung in Bayern

Söder wird Finanzminister

Bayerns Umwelt- und Gesundheitsminister Markus Söder wird neuer bayerischer Finanzminister. Sechs Tage brauchte Ministerpräsident Horst Seehofer für die Entscheidung. Der „Welt“ zufolge

lobte der CSU-Chef den 44-jährigen als „mental starken“ Politiker. Die Umbildung der Regierung in Bayern war notwendig geworden, weil Georg Fahrenschon verkündet hatte, die Politik zu verlassen. Ende November kandidiert er für den Präsidentenposten beim Deutschen Sparkassen- und Giroverband. Auch die eigentliche Favoritin Christine Haderthauer hätte laut Seehofer den Job ausüben können. Ilse Aigner, die ebenfalls als Kandidatin gehandelt wurde, war nach Insiderinformationen keine echte Option. ck



Foto: S/MUG

Pflegerreform**Pflegerat kritisiert Koalition**

Der Deutsche Pflegerat hat den Koalitionskompromiss zur Pflege als völlig unzulänglich kritisiert. „Das ist enttäuschend“, sagte Präsident Andreas Westerfellhaus. „Es ist erschreckend, dass sich bei der Koalition in dieser Frage Verzögerungstaktik und Hilflosigkeit paaren.“ Der Pflegebeitrag soll zum 1. Januar 2013 um 0,1 Punkte auf 2,05 Prozent steigen. Die damit gewonnenen Mittel in Höhe von gut einer Milliarde Euro jährlich sollen vor allem Demenzkranken zugute kommen. Bis zum Ende der Legislaturperiode sollen die Arbeiten an einem neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit abgeschlossen werden, mit dessen Hilfe Demenzkranke dann grundsätzlich besser in die Pflegeversicherung eingruppiert werden können.

In der Koalition zeigte man sich hingegen zufrieden. Gesundheitsminister Daniel Bahr

(FDP): „Das ist eine vernünftige Lösung.“ Sie ermögliche schnell und wirksam die Situation für Pflegebedürftige und deren Angehörige zu verbessern, sagte er. CSU-Chef Horst Seehofer lobte den Kompromiss als „eine schöne Sache, und es ist mit Augenmaß gemacht“. Der Regierungsbeirat hatte bereits 2009 ausgerechnet, dass eine Neueinstufung von Demenzen bis zu vier Milliarden Euro kosten würde. „Wir schaffen den Einstieg in den Pflegebedürftigkeitsbegriff und in die private kapitalgedeckte Vorsorge“, sagte Bahr. „Damit können die Menschen sicher sein, dass das Geld, das sie für ihre Pflege zurücklegen, auch dafür zur Verfügung steht.“ Kanzlerin Angela Merkel (CDU) betonte, trotz des Beitragsplus' sanken die Sozialbeiträge insgesamt, da die Rentenbeiträge um 0,3 Prozentpunkte fielen. mg/dpa

Umfrage**Keine Angst vor weiteren Kassenpleiten**

Die Pleite der City BKK hat die meisten gesetzlich Versicherten in Deutschland anscheinend nicht nachhaltig beeindruckt: Gut 71 Prozent vertrauen darauf, dass sie bei einem Konkurs ihrer gesetzlichen Krankenkasse von einer anderen aufgenommen werden. Nur knapp ein Viertel hat Angst, dass auch ihre Krankenkasse in finanzielle Schwierigkeiten geraten könnte, geht aus einer repräsentativen Umfrage der „Apotheken Umschau“ hervor. Allerdings fühlen sich auch nur 24 Prozent der Versicherten eigenen Angaben zufolge über die finanzielle Situation der

Krankenkassen gut informiert. Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands, sieht Versäumnisse bei einzelnen Kassen. „Jeder Versicherte der City BKK hätte sofort mit offenen Armen aufgenommen werden müssen“, sagte sie der Zeitschrift. eb/ots



Foto: Fotolia.com - Sandro Jackal

Gesundheitsminister Bahr**SPD soll bei Organspende einlenken**

Im Konflikt um eine Neuregelung zur Organspende hat Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) die SPD aufgefordert, einzulenken. Statt von staatlicher Seite Druck auszuüben, wünscht er sich, dass die Regierung Menschen durch regelmäßige Aufklärungsmaßnahmen von der Notwendigkeit ihrer Mithilfe überzeugt. „Beim sensiblen Thema Organspende darf man nicht durch Zwang Druck auf die

Menschen ausüben“, sagte Bahr. „Wir müssen akzeptieren, dass es Menschen gibt, die sich nicht sofort entscheiden können oder wollen.“ Die Verhandlungen der Gesundheitspolitiker von Koalition und Opposition über eine gemeinsame Organspende-Reform waren vorerst gescheitert. Differenzen gab es darüber, wie stark Druck auf die Bürger hin zu einer Entscheidung über ihre Spendebereitschaft ausgeübt werden soll. Heute muss man seine Bereitschaft auf eigene Initiative in einem Spenderausweis oder gegenüber Angehörigen erklären – künftig soll man dazu aufgefordert werden. Eine Anhörung zum Thema im Bundestag habe bestätigt, dass Zwang weder praktikabel noch zielführend sei, sagte Bahr. mg/dpa



Foto: TK-Pressfoto

Seite gestartet**FVDZ auf Facebook**

Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) hat eine eigene Facebook-Seite. Berichtet werden soll dort über Aktuelles aus Zahnmedizin und Gesundheitspolitik sowie über Neuigkeiten aus dem Verbandsleben. „Mit unserem Facebook-Auftritt möchten wir insbesondere die

jungen Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner ansprechen und für unsere Themen gewinnen“, sagte die stellvertretende Vorsitzende Kerstin Blaschke: „Jeder Interessierte ist herzlich eingeladen, mit uns zu diskutieren und Argumente auszutauschen.“ ck/pm

Zum 1. Januar 2012**DAK fusioniert mit BKK Axel Springer**

Zum 1. Januar 2012 fusionieren die Krankenkassen DAK und BKK Axel Springer. Die Betriebskrankenkasse werde somit Teil der neuen DAK-Gesundheit, teilte die zuletzt wegen ihres Verzichts auf einen Zusatzbeitrag

in die Kritik geratene DAK mit. Die BKK Axel Springer ist eine geschlossene Betriebskrankenkasse, bei der nur Mitarbeiter der Axel Springer AG versichert sind. Sie hat knapp 12.000 Versicherte. mg/dpa

Bundesrat stimmt GOZ-Novelle zu

BZÄK: Chance vertan

Der Bundesrat hat dem Entwurf der Bundesregierung zur Aktualisierung der 24 Jahre alten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zugestimmt. „Die Bundesregierung hat in der ersten Novellierung seit mehr als zwei Jahrzehnten die Chance vertan, die Gebührenordnung an den derzeitigen wissenschaftlichen Stand der Zahnheilkunde anzupassen“, kommentiert der Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Peter Engel. „Diese Gebührenordnung wird den neuen Herausforderungen nicht gerecht.“ In der Novelle wurden einige Ergänzungsvorschläge der Ländervertreter aufgenommen. Jetzt ist es Sache der Bundesregierung, die Verordnung unter Einbeziehung der Ergänzungswünsche des Bundesrats zu erlassen.

Seit 1988 sei der Punktwert – trotz immenser Kostensteigerungen – nicht erhöht worden. Noch nicht einmal die von der BZÄK – als Minimalkompromiss – geforderte Anpassung des GOZ-Punktwerts an den Punktwert der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sei ernsthaft erwogen worden, kritisiert die BZÄK. Auch der Bundesrat habe die Möglichkeit zur Nachbesserung nicht genutzt. Im Gegenteil forderte die Länderkammer die Bundesregierung auf, die Auswirkungen der Neustrukturierung und Bewertung

der Leistungen zu prüfen und sie in 2015 über das Ergebnis zu unterrichten.

Eine staatlich verordnete zahnärztliche Gebührenordnung habe in erster Linie die Funktion, den berechtigten Interessen der Patienten und Zahnärzte zu entsprechen. „Durch diese Novellierung hat die neue GOZ jedoch maßgeblich die Funktion, die Ausgabenentwicklungen bei den Kostenträgern zu steuern. Das ist weder im Sinn der Patienten noch der Zahnärzte und erschwert moderne Zahnheilkunde“, erklärte Engel.

Trotz aller berechtigten Kritik müsse es im Berufsstand jetzt darum gehen, die Zahnärzteschaft auf den adäquaten Umgang mit der Gebührenordnung vorzubereiten. „Es ist unabdingbar“, so Engel, „dass die tatsächliche Kostenentwicklung in den Praxen maßgeblich bei der Auslegung des tatsächlichen Honorarzuwachses Berücksichtigung findet. Anderenfalls würde die betriebswirtschaftliche Basis der betroffenen Praxen gefährdet.“ BZÄK



Foto: Bundesrat

Ersatzkassen

Zahn bleibt vdek-Chef

Die Mitgliederversammlung des Verbands der Ersatzkassen (vdek) hat sich am 4. November neu konstituiert. Als Vorsitzender wurde Christian Zahn wiederge-

wählt. Zu seinen Stellvertretern wählte die Versammlung Holger Langkutsch von der Barmer GEK, Dieter F. Märtens, TK, und Hans-Jürgen Schnurr, Arbeitgeberver-

GOZ-Novellierungsprozess

Beratungen gehen in Endrunde

Vor der Zustimmung des Bundesrats zur GOZ-Novelle hatten die zahnärztlichen Standesorganisationen in zahlreichen Verhandlungsgesprächen alle Anstrengungen unternommen, um die gewünschten Nachbesserungen noch zu erreichen. Dazu hatte die BZÄK unter anderem die Gesundheitsreferenten der Bundesländer zu einem Informationsgespräch eingeladen. Zudem wurden Gespräche mit dem Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses des Bundesrats, Georg Weisweiler (FDP), geführt. Die Forderung nach einer Punktwertanpassung der GOZ an den der GOÄ war dort auf Zustimmung gestoßen. Der entsprechende Antrag des Freistaats Bayern im Gesundheitsausschuss des Bundesrats war nur denkbar knapp nicht angenommen worden. Auch Vertreter der „A-Länder“ hätten sich für die Argumentation der BZÄK offen gezeigt, hieß es vonseiten der BZÄK. Die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veranschlagten Mehrausgaben von circa 250 Millionen Euro hätten aber letztlich den Ausschlag für die Nichtannahme des Antrags vor allem im Finanzausschuss gegeben.

Nachdrücklich hatte Engel den vom Finanzausschuss eingebrachten Vorschlag zur Einführung eines neuen § 12 GOZ kritisiert. Unter dem Punkt „Über-

prüfung“ würde sich nicht das Ziel verbergen, dem § 15 Zahnheilkundengesetz gerecht zu werden. Durch die Fixierung auf die „Auswirkungen“ der GOZ-Novelle würde eine Budgetierung geschaffen, deren Einhaltung folgend überprüft werden solle. Kostenentwicklungen und Interessenabwägungen blieben völlig außen vor. Jegliche wissenschaftliche Weiterentwicklung müssten somit von den Zahnärzten aus eigener Tasche finanziert werden.

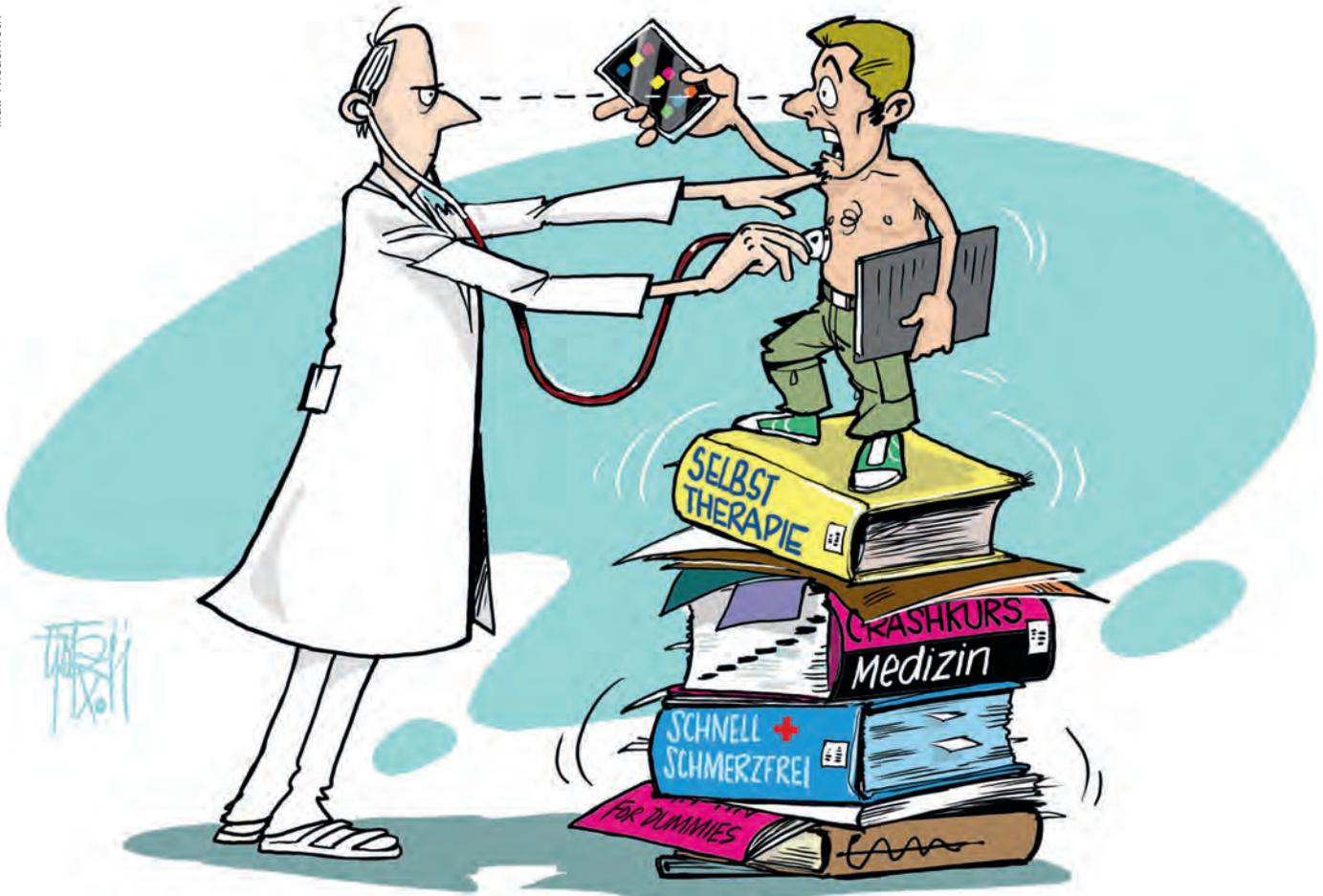
In den Ländern wurde die Entscheidung über den Antrag des Finanzausschusses in den einzelnen Landeskabinetten getroffen, der Stellenwert der Finanzseite sei laut BZÄK erheblich. So wurde unter anderem ein Antrag des Landes Sachsen im Gesundheitsausschuss auf „jährliche Überprüfung des Punktwerts“ nicht angenommen, weil damit ein Präjudiz für die Gebührenordnungen anderer Freier Berufe geschaffen worden wäre.

Mit einer gemeinsamen Stellungnahme hatten BZÄK, KZBV und DGZMK schließlich an Bundesregierung und Bundesrat appelliert, sich bei den Beratungen zur GOZ-Novelle nicht nur von fiskal- und parteipolitischen Vorgaben leiten zu lassen. BZÄK

■ Die gemeinsame Stellungnahme findet sich unter: http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/gebuehrenordnung_stellungn_bzaek_kzbv_dgzmk.pdf

treter der KKH-Allianz. Insgesamt 34 ehrenamtliche vdek-Vertreter aus Barmer GEK, TK, DAK, KKH-Allianz, Hanseatischer Krankenkasse und hkk werden bis zu den

nächsten Sozialwahlen 2017 die Grundsätze der Politik des vdek beschließen. Die Zahl der Vertreter richtet sich nach der Zahl der Kassenmitglieder. ck/pm



Auf Augenhöhe mit dem Arzt

Kolumne

Normalos und VIPs

Die Ein-, Zwei- oder Mehrklassenmedizin wird ja in den Medien häufig thematisiert. Also, der Umstand, dass Privatpatienten bevorzugt behandelt würden. Nun, ich denke, wie man damit umgeht, das ist Sache jedes einzelnen Kollegen. Von politischer Seite wird der Umstand „GKV-Patienten und PKV-Patienten“ ja oft genug gegeißelt. Aber wenn die Damen und Herren aus den Parteien einen Zahnarzttermin haben, dann sind auch sie sehr froh, gleich dranzukommen.

Das hat zwar jetzt nichts miteinander zu tun, aber es bringt mich auf etwas, das ich kürzlich gelesen habe und wo

ich feststellen musste, dass es – nennen wir es mal – einen VIP-Service nicht nur in der Medizin, sondern auch in der Gastronomie gibt, oder auch nicht: In Süddeutschland (Baden) sind unlängst Königin Silvia und Carl XVI. Gustaf von Schweden in einem Gasthaus abgewiesen worden.

Weil sie König und Königin nicht als solche erkannte und ihr Gasthaus überdies belegt war, schlug die Wirtin das Ansinnen

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

von Silvia und Carl Gustaf, ein Essen zu sich nehmen zu wollen, aus. Das entspricht zwar sicherlich nicht höfischem Verhalten, aber: Eine Reservierung der Adelsleute lag nicht vor, sonst hätte sich die Wirtin sicherlich anders verhalten. Und: Wenn der Laden voll ist, ist er halt voll. Hätte die Wirtin andere Gäste rausschmeißen sollen, damit Silvia und Carl Gustaf in Ruhe dinieren hätten können? Dem Vernehmen nach ließen sich die beiden dann eine Pizza beim Italiener um die Ecke schmecken.

Ein Versicherer der PKV wirbt derzeit mit dem Slogan „Endlich Privat-Patient werden“. Silvia und Carl Gustaf hatten – in diesem Fall – nichts davon, zu einem bevorzugtem Personenkreis zu zählen. Satt geworden sind sie aber dennoch.

Ihr vollkommener Ernst