

Damals und heute

Gesundes Glückauf

**Bewertungsportal
Weisse Liste**

**Kontroversen um
EU-Datenschutz**



Foto: INFINITY – Fotolia.com

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

Gesundheitsschutz und Gesundheitsfürsorge sind aus unserer heutigen Arbeitswelt nicht mehr wegzudenken. Die Anfänge gehen bis weit in die vorindustrielle Zeit zurück. Arbeitgebern wurde nach und nach klar, dass mehr Schutz am Arbeitsplatz für die Produktivität wie auch für den Menschen Vorteile bringt. Eindrucksvolles Beispiel dafür ist der Bergbau, wie die Titelgeschichte dieses Heftes belegt. Es war ein langer Weg von den ersten Vorschriften zur Einhaltung einfachster Hygieneregeln bis hin zur heutigen systematischen Erforschung und Umsetzung modernster arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Erkenntnisse.

Zwar ist der Bergbau in Deutschland ein Auslaufmodell. Aber Gesundheitsfürsorge ist sozusagen ein Dauerbrenner. Gerade in jüngster Zeit wird das Thema wieder sehr breit in Politik wie Versorgungsforschung diskutiert. Das zeigt zum Beispiel ein Blick auf den neuen DAK-Gesundheitsreport 2012. Es geht unter anderem darum, sich in den Betrieben und im Dienstleistungssektor so aufzustellen, dass dem demographischen Wandel Rechnung getragen

■ *Dauerbrenner Gesundheitsfürsorge – das Thema wird in der Politik wie auch in der Versorgungsforschung sehr breit diskutiert.*

wird. Die Arbeitnehmer werden älter, sollen länger arbeiten – und das idealerweise bei bleibender körperlicher wie geistiger Gesundheit.

Klar, dass die Forderung nach Modellen laut wird, die Arbeitnehmern ein effizientes betriebliches Gesundheitsmanagement bieten. Dazu gehört die Vermeidung von Krankenständen durch mehr Arbeitszufriedenheit, Motivation und ein gutes Betriebsklima. Hinzu kommen Strategien, die die besonderen Belastungen einer veränderten Arbeitswelt auffangen, wie etwa Zeitdruck und Stress, neue Kommunikationsmittel, Technologien oder auch prekäre Beschäftigungsverhältnisse. Die Vermeidung von Depressionen und Burn-out ist ein großes Thema, das auch Arbeitsschutzstrategien einfordert. Auch mancher Zahnarzt wird sich speziell für seine Praxis und sein Team darüber Gedanken machen.

Doch es reicht nicht, wenn der Betrieb oder der Arbeitgeber aktiv werden. Vielmehr ist der Einzelne gefordert, für sich und seine Gesundheit zu sorgen. Das geht los mit der Vermeidung der klassischen Risikofaktoren wie Rauchen, Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen und sollte bei psy-

chischen Belastungen nicht halt machen. Nicht umsonst spielt der Ruf nach mehr Prävention im Gesundheitswesen eine große Rolle und wird ein Präventionsgesetz politisch immer wieder ins Spiel gebracht. Erst jüngst gab es einen Vorstoß aus der Union, mit einem großen Aktionsprogramm die gesundheitliche Vorsorge erheblich auszubauen. Es stellt sich die Frage, ob darin auch die Arbeitswelt eine Rolle spielen wird. Denn effektiv wird es erst dann, wenn alle Verantwortlichen vernetzt zusammenwirken – für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen.

Mit freundlichem Gruß



Gabriele Prchala

Gabriele Prchala

Stellvertretende Chefredakteurin



Foto: Mauritius Images, Titelfoto: ddpimages

Zum Titel

Die Arbeitsbedingungen im Bergbau sind heute in Deutschland auf dem neuesten Stand der Gesundheitsfürsorge. Bis dahin war es ein langer Weg, wie ein Blick in die Geschichte zeigt.

Seite 32

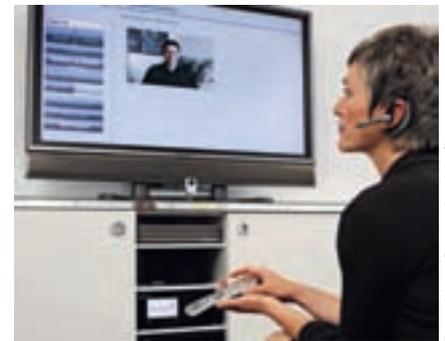


Foto: Next Generation Media

Smart im Alter: Die CeBIT zeigt, dass man mit technischen Hilfen auch jenseits der 70 selbstbestimmt leben kann.

Seite 98

Editorial 1

Leserforum 6

Leitartikel

BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel zur Beziehung von Geld und Gesundheit 8

Nachrichten 10

Gastkommentar

Maïke van Delden, Let V Verlag, bewertet Daniel Bahrs Präventionsinitiative 18

Das aktuelle Thema

GKV-Leistungskatalog: Güte kontra Knappheit 20

Politik und Beruf

Online-Bewertungsportal Weisse Liste: Start für die Befragung zu Zahnärzten 22

GOZ-Novelle 2012: Prothetische Leistungen 24

FVDZ-Presseseminar: Sensible Diskussionen 26

Aus den Ländern

6. Zahnärztetag Hamburg: Aus der Idee wurde Tradition 28

Zahnärztetag Sachsen-Anhalt: Aktuelles zu Politik und Prothetik 30

Titelstory

Gesundheitsfürsorge im Bergbau: Gesundes Glückauf 32

Zahnmedizin

Der besondere Fall: Ein Odontom als Durchbruchhindernis 38

 Der aktuelle klinische Fall: Karzinom in einer plattenepithelialen Zyste 42

Die klinisch-ethische Falldiskussion: Eine minderjährige schwangere Patientin 46

Medizin

ADHS bei Kindern: Die sind doch krank 52

Repetitorium: Vitamin D 58

Tagungen

11. Keramiksymposium: CAD/CAM für die Implantatprothetik 64



Foto: MEV

Die Praxisnachfolge per Jobsharing regeln – ein attraktives Modell, das aber nicht zu jedem passt.

Seite 94



Foto: Thomas Hecker-Fotolia

Das „Sonnenvitamin“ D pusht nicht nur das Immunsystem und verbessert die psychische Gesundheit, sondern hilft möglicherweise sogar gegen Krebs.

Seite 58



Foto: Verband Dt. Pfandbriefbanken

Sichere Werte mit Tradition – Anleger, die ihr Geld möglichst risikolos investieren wollen, entscheiden sich häufig für Pfandbriefe.

Seite 90

41. Jahreskongress der DGZI:
Vom Bohrer zur Maus

68

Veranstaltungen

70

Finanzen

Kreditwirtschaft:
Bankensprache beherrschen

86

Pfandbriefe: Verbriefte Sicherheit

90

Recht

Praxismodell Jobsharing:
Juniorpartner als Kompagnon

94

EDV und Technik

CeBIT 2012:
Neuer Name, neues Konzept

98

Impressum

101

Prophylaxe

Neuer Lehrbaustein: Uni Greifswald
startet „Cancer politics“

102

Internationales

EU-Gesetzgebungspaket:
Kontroversen um den Datenschutz

104

Bekanntmachungen

106

Neuheiten

112

Letzte Nachrichten

143

Zu guter Letzt

146



Scheuklappe

■ Zum Beitrag „GKV und PKV: Streit um Abwanderung“, in zm 03/2012:

Leienbachs Schlussbemerkung weist zutreffend auf bemerkenswerte Verhaltensweisen öffentlich-rechtlicher Institutionen hin, die sich aufgrund politischer Scheuklappe oder gar iatrophober Ideologie mittlerweile fest etabliert haben: die ubiquitären Hinweise an die Patienten, Zahnersatz im Ausland billiger (nicht preiswerter) fertigen zu lassen und somit dem System im Inland die Mittel zu entziehen, von denen die Krankenkassen in Deutschland leben – Logik betriebswirtschaftlich unbeleckter Bürokraten.

Dr. Michael R. Bär
Bodenborn 30
58452 Witten

Erratum

Im Leserbrief „Zu invasiv“ von Prof. Dr. Peter Eickholz in den zm 03/2012 zum Beitrag „Praxiskonzept Implantologie“ (zm 22/2011) ist ein Umsetzungsfehler aufgetreten. Statt „kleiner oder gleich 50 Prozent“ muss es im ersten Satz des zweiten Absatzes heißen:

„An verschiedenen Stellen im Text und prominent in den Abbildungen 3 und 4 wird das Konzept propagiert, Oberkiefermolaren mit einem Knochenabbau größer oder gleich 50 Prozent der Wurzellänge und Unterkiefermolaren mit horizontalem Knochenabbau und Grad-III-Furkationsbeteiligung frühzeitig zu entfernen und gegebenenfalls durch Implantate zu ersetzen.“

zm

Maioisierung

■ Zur Titelgeschichte „Ethische Grenzen in der Zahnmedizin: Wenn der Markt die Medizin aushöhlt“ in zm 01/2012:

Mit großer Freude habe ich den Artikel von Prof. Maio in der Position der „Titelgeschichte“ gelesen. Dass Sie dem Text dieses Gewicht zugemessen haben, lässt vermuten, dass Sie mit der Darstellung zum Mindesten sympathisieren.



Bisher ist der Tenor der Berichterstattung in den zm nicht von dem Geist dieses Artikels geprägt. Die Zahnarztpraxis als Wirtschaftsbetrieb steht leider sehr im Mittelpunkt. Sicherlich möchte auch ich Tipps lesen, wie ich meine Praxis besser führen könnte, aber auf der Basis einer soliden, versorgungsorientierten ZMK. Was gerade Mode ist, was die Industrie gerade verkaufen möchte, was die neuesten Managementideen sind, sollte eigentlich in einer offiziellen Zeitung der Berufsstandsvertretung und der Versorgungssichersteller mit der nötigen Distanz dargestellt werden. Dem Leser sollten diese Informationen vor einem maiomäßigen Hintergrund präsentiert werden.

Ich hoffe und wünsche mir, dass ich nach und nach eine Tendenz zur Maioisierung der zm beobachten werde.

Dr. Celina Schätze
Vorsitzende des DAZ
celina.schaetze@web.de

Heißes Eisen

■ Zur klinisch-ethischen Falldiskussion „Abgebrochene Feile im Wurzelkanal“ in zm 03/2012:

Die Falldiskussion versucht, richtige Antworten auf bereits vorgegebene Fragen zu finden. Die Fragestellung muss jedoch grundsätzlich erfolgreich sein. Als Ausgangslage ist angegeben: endodontische Behandlung des 37 notwendig bei fehlenden 35, 36 und 38; der 37 war als Pfeilerzahn vorgesehen für festsitzenden Zahnersatz. Aus der Betrachtung der Ausgangssituation ergibt sich bereits, dass ein Behandlungserfolg nicht garantiert, sondern nur mit einer relativ geringen Wahrscheinlichkeit erwartet werden kann. Ein langfristiger Fehlschlag, sogar nach abgeschlossener Therapie, ist aus einer Reihe von Ursachen möglich, von denen einer abgebrochene Feile im Wurzelkanal bei Weitem nicht das größte Einzelgewicht zukommt.

Der erstbehandelnde Kollege hätte sich einen Gefallen getan, die Erwartungen der Patientin von vornherein zu dämpfen, Alternativen aufzuzeigen und die Aufklärung zu dokumentieren. Der Endodontologe hatte, weil beauftragt, nur einen geringen Handlungsspielraum und sitzt außerdem zwischen allen



Foto: Fotolia/zm

Stühlen (Auftraggeber, Patient, eigene exponierte Position als Spezialist). Dem Gericht, falls es angerufen wird, muss dargelegt werden, dass die abgebrochene Feile – korrekte Aufklärung hin oder her – den ausbleibenden Behandlungserfolg nicht verursacht, sondern allenfalls dazu beigetragen hat. Das relativiert die aufgeworfenen ethischen Fragen.

PS: Hat schon mal einer über die ethische Verantwortung des Patienten nachgedacht? Die Erwartungshaltung von Patienten ist eine Untersuchung wert, aber sicher ein heißes Eisen.

Dr. Wilhelm von Eßen
Alte Spellerstr. 39
33758 Schloß Holte-Stukenbrock

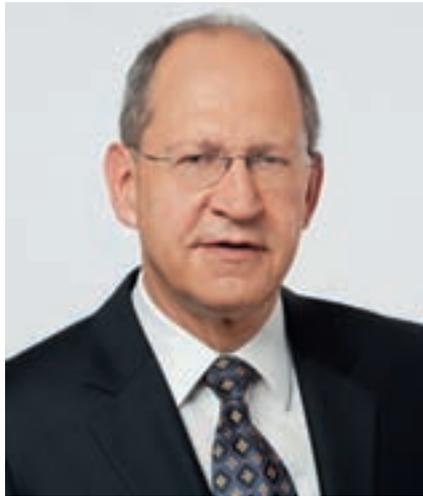
Problem

■ Zur klinisch-ethischen Falldiskussion „Abgebrochene Feile im Wurzelkanal“ in zm 03/2012:

Die Reaktion der beschriebenen Patientin zeigt doch auch Folgendes: Sie hat ein zahnmedizinisches Problem, bei dem sie vermutlich auch Teil der Ursache ist/sein kann. Bei der Behandlung trat eine Komplikation auf. Nun scheint sie gewillt, dieses mit rechtlicher Hilfe lösen zu wollen. Es ist keine Einsicht vorhanden, dass jede Behandlung mit Risiken verbunden ist, welche sich nicht auf andere/Dritte abwälzen lassen. Da hilft auch kein QM, TÜV-Zertifikat oder Ähnliches. Dies dient letztlich nur der eigenen Absicherung des Behandlers.

Dr. Frank Püllen, Neu-Isenburg
frankpuellen@arcor.de

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



Recht ja, aber nicht billig

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

mit viel Emotion wird diskutiert, ob und wie ein im System der gesetzlichen Krankenversicherung erzielter Milliardenüberschuss „ausgeschüttet“ werden kann. Dabei sind alle schnell zur Stelle:

Die, die das Geld bekommen oder behalten wollen, genauso wie die, die es eingezahlt haben. Krankenkassen, Arbeitgeber wie -nehmer, aber

auch das Finanzressort der Bundesregierung reklamieren – jeder auf seine Weise – ihre Rechte an der vermeintlich überschüssigen Geldmenge. Und nur der Bundesgesundheitsminister wird nicht müde, genau davor zu warnen. Seiner Meinung nach wird dieses Geld schon bald wieder gebraucht.

Sicherlich gibt es systemisch sinnvollere Alternativen zum Behalt des Überschusses im Risikostrukturausgleich. Aber es ist schon erstaunlich, wie schnell gesellschaftliche Solidarität – das ist ja die für das Sachleistungssystem reklamierte Basis – und humanistische Grundwerte wie Gesundheit und medizinische und zahnmedizinische Versorgung vernachlässigt werden, wenn Bargeld winkt. Gesundheit soll in unserer Gesellschaft zwar Recht, aber vor allem

**„Gesundheit soll
in unserer Gesellschaft
zwar Recht, aber vor allem
billig sein.“**

billig sein. Dabei gibt es durchaus von uns dokumentierte Bereiche, in denen die zahnmedizinische oder auch die medizinische Versorgung besser laufen könnte. Warum das Geld nicht dort einsetzen? Wer mit opportuner Wirtschaftlichkeit nach der Maßgabe „rein ins System – raus aus dem

System“ verfährt, sei noch mal daran erinnert: Unser Berufsfeld ist kein x-beliebiger Markt! Das Gesundheitswesen ist keine Bank! Die Anamnese und Diagnose des

Arztes oder Zahnarztes hat kein Korrelat zur notwendigen Finanzierung des Systems. Und für Therapien gilt spätestens seit Hippokrates genau dasselbe! Das muss vorrangig – und von Jedem – bedacht werden, der Hand an die Finanzierung des Systems legt.

Gerade anlässlich der aktuellen Überschuss-Diskussion muss mal wieder vergegenwärtigt werden, dass Finanzierung und Leistung im Gesundheitswesen voneinander zu trennende Systeme sind. Diagnose und Therapiewahl gehören allein in das Entscheidungsgefüge von Arzt und Patient. Entscheidend ist aber, dass dieser Bereich qualitativ und quantitativ funktioniert. Und wer Engpässe benannt bekommt, der sollte nicht leichtfertig Gelder aus dem System

abziehen. Ökonomie und Medizin sind keine Verwandten! Aber ohne finanzielle Grundlagen funktioniert Medizin nicht.

Eine wichtige Erkenntnis ist aber auch: Wer ärztliches und zahnärztliches Tun deutlich von der Diskussion um die Grundlagen seiner Finanzierung, der Versicherung und der organisatorischen Planung zu trennen weiß, läuft nicht Gefahr, das notwendige Gut Gesundheitswesen leichtfertig kaputt-zusparen. Krankenversicherungen, das muss deutlich gesagt werden, machen nicht gesund. Sie schaffen dafür allenfalls die notwendigen Voraussetzungen. Wer sich klar macht, dass sich Gesundheit prinzipiell mit Geld nicht kaufen lässt, man sie den Menschen durch Sparen aber durchaus nehmen kann, der wird einsehen, dass es nicht reicht, nur in den angestammten Kanälen der Ökonomie zu denken. Wer so denkt, wird mitsamt dem System und seinen vielen Partikularinteressen über kurz oder lang austrocknen.

Die vor uns liegenden demografischen Herausforderungen und die vorhandenen strukturellen Unzulänglichkeiten des Systems brauchen andere Herangehensweisen als das schnelle Jonglieren mit Haushaltsmitteln. Wir werden in den nächsten Jahren sehr sachgerecht überlegen müssen, wie stark Ökonomie als Verwalter etwas beherrschen darf, dessen Werte sich letztlich in Geld nicht messen lassen. Gesundheit, darüber sind wir uns in dieser Gesellschaft ja alle einig, gehört zu den Dingen, die in unserer gesellschaftlichen Werteskala ganz oben stehen bleiben müssen. Das bedeutet, dass wir alle eine hohe Verantwortung tragen, wenn wir am System herumbasteln. Wer die Rahmenbedingungen des Systems sukzessive verschlechtert, gleichzeitig aber sämtliche Verantwortung für Leben und Tod auf uns Leistungsträger abschiebt, erweist der Gesellschaft einen Bärendienst.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Peter Engel

Präsident der Bundeszahnärztekammer

GKV-Überschuss**Kassenzuschuss soll gekappt werden**

Angesichts hoher Überschüsse im Gesundheitsfonds wird in Regierung und Koalition offenbar eine Kürzung des Bundeszuschusses von 14 auf zwölf Milliarden Euro erwogen. Wie die „Süddeutsche Zeitung“ berichtet, denken die Experten von Finanzminister Wolfgang Schäuble (CDU) zumindest über eine einmalige Kürzung nach. So solle „nachträglich“ das Geld gespart werden, das der Bund bereits an den Fonds gezahlt hat, heißt es. Für eine allgemeine Senkung der Krankenkassenbeiträge will



Foto: MEV

die Bundesregierung die Milliardenreserve nicht verwenden. Das hat Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) bereits klargemacht. Der Beitragssatz war mit der Gesundheitsreform 2011 auf 15,5 Prozent angehoben worden.

Der Bund hat den Gesundheitsfonds Medien zufolge 2011 mit insgesamt 13,3 Milliarden Euro bezuschusst und stellt ab diesem Jahr jährlich 14 Milliarden Euro aus Steuermitteln bereit. Nach Angaben des Bundesversicherungsamts ging der GKV-Schätzerkreis zuletzt davon aus, dass der Fonds das Jahr 2011 mit einem Überschuss von rund 4,4 Milliarden Euro abschließen und damit über eine Liquiditätsreserve von rund 8,6 Milliarden Euro verfügen wird. eb/dpa

Gesundheitsversorgung**Mehr Rechte für Privatversicherte**

Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (FDP) will die Rechte von Privatpatienten dahin gehend stärken, dass ihr Versicherer ihnen künftig Auskunft geben muss, ob er die Kosten einer Heilbehandlung übernimmt. Das geht aus einem Gesetzentwurf hervor, den das Ministerium an Länder und Verbände verschickt hat. Ist es dringend, muss die Auskunft sofort erfolgen, spätestens aber nach zwei Wochen, berichtet die



Foto: picture alliance

„Süddeutsche Zeitung“. Voraussetzung sei allerdings, dass die Behandlung mehr als 3 000 Euro kosten wird. Die Auskunft sei verbindlich, soweit sie auf Basis eines Heil- und Kostenplans erfolgt. In der Vergangenheit habe es sich bisweilen als tragisch erwiesen, dass Versicherte oft nicht wissen, ob ihre Versicherung die Kosten einer Therapie bezahlt, heißt es zur Begründung.

Steigen die Beiträge, sollen PKV-Versicherte überdies zwei Monate statt bisher einen Zeit haben, ihre Police zu kündigen. Hat der Versicherte im Basistarif einen Selbstbehalt vereinbart, und führt dieser nicht dazu, dass sich die Prämie verringert, soll er ihn jederzeit kündigen können, schreibt die „SZ“. ck

Unions-Vorstoß**Kinderlosen-Abgabe wird abgelehnt**

Die Opposition im Bundestag hat den Vorstoß junger Unionsabgeordneter zu einer Abgabe für Kinderlose scharf kritisiert. „Jeder Lebensentwurf muss respektiert und darf nicht bestraft werden“, sagte SPD-Fraktionsvize Dagmar Ziegler. „Kinderlose zu bestrafen hilft den Eltern nicht“, sagte auch der familienpolitische Sprecher der Linken, Jörn Wunderlich. Die Sprecherin der Grünen für Familienpolitik, Katja Dörner, erklärte: „In einem freien Land ist es nicht Aufgabe der Politik, individuelle Lebensentwürfe zu bewerten.“

Nach der breiten Empörung hat Bundeskanzlerin Angela Merkel



Foto: MEV

den Vorstoß zu einer Sonderabgabe von Kinderlosen einkassiert. „Ich glaube, die Einteilung in Menschen mit und ohne Kinder ist hier nicht zielführend“, so die CDU-Vorsitzende. Marco Wanderwitz, der Sprecher der Jungen Gruppe in der CDU/CSU-Bundestagsfraktion sagte der „Mitteldeutschen Zeitung“: „Unsere Sozialversicherungssysteme funktionieren nicht, wenn es zu wenig Kinder gibt.“ Deswegen wolle man ein Sondervermögen bilden, das nicht Teil des Bundeshaushalts sei. Den jungen Unionsabgeordneten schwebt vor, Kinderlose ab 25 Jahren mit einem Prozent ihres Einkommens zur Kasse zu bitten. Die Abgabe könne nach der Anzahl der Kinder gestaffelt werden. Kinderlose sollen voll zahlen, Eltern mit einem Kind die Hälfte, Eltern mit mehreren Kindern nichts. eb/dpa

USA-Trend**Therapien werden nach Erfolg bezahlt**

„P4P – Pay for Performance“ nennt sich das Modell zur Honorierung nach Leistung, mit dem in den USA und in England bereits experimentiert wird. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitssystem empfiehlt P4P auch für Deutschland. Wie die „Apotheken Umschau“ berichtet, seien die Erfahrungen in den USA und in England nur partiell erfolgreich. In Kalifornien verringerte der Anreiz des P4P-Modells etwa die Qualitätsunterschiede zwischen den Ärzten. Der allgemeine Qualitätsanstieg aber fiel geringer aus als erhofft, heißt es. In England erreichten erstaunlich viele Ärzte die

Erfolgsziele womöglich nur, weil sie schwierige Patienten einfach ausschlossen. Dass Geld gespart wurde, konnte bisher keine Untersuchung belegen, so das Blatt. Und in Kalifornien zeigte sich, dass an „reichen“ Standorten Praxen und Kliniken durch P4P mehr verdienten als in armen Gebieten – ein möglicher Anreiz, finanziell schlechter Gestellte zu vernachlässigen. Prof. Martin Emmert von der Universität Erlangen-Nürnberg empfiehlt laut dem Blatt trotzdem, P4P punktuell einzusetzen, „insbesondere dort, wo Unterschiede in der Versorgungsqualität vorhanden sind“. mg/pm

Ärztepfusch

Montgomery dementiert „Bild“-Bericht

Ärztepräsident Frank Ulrich Montgomery hat einen Bericht der „Bild“ zurückgewiesen, wonach 2010 in Deutschland 1 712 Patienten durch Pfusch oder mangelhafte Medizinprodukte ums Leben gekommen seien. „Im Gegensatz zur rein bürokratisch-statistischen ICD-10-Erfassung auf Grundlage der Totenscheine, die jetzt als reißerische Trendmeldung verkündet wird, weisen die von den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern erhobenen Statistiken auf Grundlage meist mehrerer unabhängiger Expertengutachten keine signifikanten Änderungen auf,“ stellte er klar. Jeder Mensch, der durch den

Fehler eines Arztes oder eines anderen stirbt, sei zu viel. Die Bundesärztekammer begrüße daher eine statistisch korrekte Aufarbeitung der Todesursachenstatistik. Montgomery: „Dazu gehört aber auch, die Ursachen der Todesfälle in ihrer schuldhaften Abhängigkeit korrekt aufzuarbeiten.“ Die „Bild“ hatte zuvor unter Berufung auf eine Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Grünen berichtet, die Zahl der Todesfälle sei um fast 35 Prozent gestiegen. Insbesondere sie die Zahl der durch ärztliche Fehler verursachten Todesfälle „besonders stark“, und zwar von 551 auf 944 nach oben gegangen. eb

Beihilfe

Gebührensatz nicht einfach kürzbar

Kürzt die Beihilfe die zahnärztlichen Gebühren einfach auf den 2,3-fachen Satz der GOZ ohne dass sie eine entsprechende Fach-Expertise einholt, ist das „zumindest eine fahrlässige Amtspflichtverletzung“. Das stellte der Bundesgerichtshof (BGH) klar.

„Ein aus diesem Fehlverhalten für einen (Beihilfe-)Versicherten im Rahmen eines Zivilprozesses resultierender Schaden müsse daher ersetzt werden“, schreibt Dr. Dirk Erdmann in seinem Dienst „adp“ mit Verweis auf das Urteil. Danach hatte in dem betreffenden Fall ein beamteter Lehrer eine Privatrechnung über 6 819 Euro für die zahnärztliche Behandlung seines Sohns eingereicht. Die Beihilfe erstattete bei den einzelnen Positionen – selbst nachdem Widerspruch eingelegt und der behandelnde Zahnarzt

in einer Stellungnahme die Berechnungen im Einzelnen begründet hatte – jeweils nur den 2,3-fachen Satz.

Der BGH: „Wird bei der Festsetzung der Beihilfe die Überschreitung des Schwellenwerts (2,3-facher Gebührensatz) in einer Zahnarztrechnung rechtswidrig und schuldhaft nicht anerkannt, und lässt sich daraufhin der den Antrag stellende Beamte wegen der bei ihm durch diese Entscheidung hervorgerufenen begründeten Zweifel an der Richtigkeit der Rechnungsstellung auf einen Zivilrechtsstreit mit dem behandelnden Arzt ein, so sind die ihm im Falle des Unterliegens entstehenden Kosten zu ersetzen.“ ck

BGH
Urteil vom 13.10.2011
AZ: III ZR 231/10

WHO-Zentrum in Bonn

Zahl der Beschäftigten verdreifacht

Bundesumweltminister Dr. Norbert Röttgen und Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr haben das erweiterte Bonner Zentrum der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eröffnet. Bereits zum Jahreswechsel war ein bislang in Rom befindlicher Teil dem Bonner Zentrum angegliedert worden – und der deutsche Finanzierungsanteil auf jährlich 3,4 Millionen Euro mehr als verdreifacht worden. „Durch die Zusammenlegung der beiden Standorte wird



Foto: picture alliance

Bonn außerordentlich gestärkt“, sagte Röttgen. „Neben Kopenhagen ist Bonn nun der wichtigste international tätige Standort der WHO-Region Europa.“ Bahr betonte zudem die Notwendigkeit einer besseren Prävention. „Fragen, welche Zusammenhänge zwischen Umwelt und Gesundheit etwa bei Allergien, Krebs oder Infektionskrankheiten bestehen, machen deutlich: Gesundheit hängt eng mit Umweltfaktoren zusammen“, sagte er. „Insbesondere Kinder reagieren auf Umwelteinflüsse wie Ozon oder Lärm besonders sensibel. Eine verbesserte Vorsorge ist daher wichtig. Es ist gut, dass die WHO-Aktivitäten künftig in Bonn gebündelt und engagiert vorangebracht werden.“ mg/pm

Großbritannien

Zunehmende Klagen gegen Ärzte

Allein im vergangenen Jahr stiegen die Ausgaben des staatlichen Gesundheitsdienstes (National Health Service, NHS) für Schadensersatzklagen gegenüber dem Vorjahr um 13 Prozent. Viele Zahnärzte fürchten, dass auch sie zukünftig häufiger von Patienten verklagt werden könnten, zumal Anwälte immer aggressiver um klagefreudige Patienten werben. Immer öfter arbeiten die Juristen auf einer „No win, no fee“-Basis. Das bedeutet, der Patient kann klagen, ohne dass ihm dabei Kosten entstehen. Gewinnt der Anwalt den Prozess, so bekommt er einen prozentualen Anteil der vom Richter festgelegten Schadensersatzzahlung. Das erhöht die Klagebereitschaft von Patienten. Experten schätzen, dass heute jedes dritte Pfund

Sterling, das der NHS für die Begleichung von Schadensersatzklagen ausgibt, direkt in den Taschen der Anwälte landet – Tendenz steigend. Das Gesundheitsministerium gab kürzlich bekannt, dass als Teil der längerfristigen Finanzplanung mindestens 15,7 Milliarden Pfund (umgerechnet mehr als 20 Milliarden Euro) für die Begleichung von Schadensersatzklagen bereitgestellt werden. Im Haushaltsjahr 2010/ 2011 wurde der NHS rund 8500-mal von Patienten verklagt. Die Zahl der Klagen stieg gegenüber dem Vorjahr um 30 Prozent. Untersuchungen bei Medizinern ergaben, dass die hohen Versicherungsbeiträge junge Akademiker oftmals abschrecken, den Arztberuf auszuüben. eb/ast

Social Media

Experte warnt vor Burn-out

Die Informationsflut durch Online-Netzwerke wie Facebook und Twitter kann Stress verursachen – nach Ansicht eines Experten sogar so sehr, dass die Gesundheit gefährdet ist. Das berichtete der Psychologe Heiko Schulz von der Techniker Krankenkasse am Rande der „Social Media Week“ in Hamburg. Es gebe zwar noch keine wissenschaftlichen Erkenntnisse zu einem „Social-Media-Burn-out“, sagte Schulz, „aufgrund von Erfahrungen“ spreche jedoch einiges dafür, dass eine übertriebene Nutzung zu einem Erschöpfungssyndrom beitragen kann. Das Problem: Wie genau sich der Informationsstress durch



Foto: MEV

Hunderte Tweets, Statusmeldungen und Kontaktanfragen auswirkt, sei bislang noch nicht in Studien erforscht worden. Der Begriff Burn-out in Verbindung mit Social Media ist unter Experten umstritten. Viele kritisieren, dass es sich um eine Mode-diagnose handle, hinter der sich psychische Erkrankungen wie Depressionen versteckten. Gerade die „digital natives“ – also junge Nutzer, die im Internet zu Hause sind – seien potenziell gefährdet, sagte Schulz. „Ihnen fällt die Grenzziehung zwischen Privat- und Berufsleben schwer, sie sind immer erreichbar.“ Für Stress sorgten aber nicht die sozialen Netzwerke allein – doch im Verbund mit Zeitdruck, wenig Kontrolle über die eigene Arbeit und geringem Handlungsspielraum könne die ständige Informationsflut durchaus zu Erschöpfungszuständen führen. mg/dpa

Niederlande

Mobile Sterbehilfe wird eingeführt

Deutsche Ärzte zeigen sich schockiert. In den Niederlanden soll es ab März mobile Teams geben, die auf Wunsch Patienten ambulante Sterbehilfe zu Hause leisten. Hinter den Plänen zur ambulanten Sterbehilfe steckt laut einem Bericht der „Ärzte Zeitung“ die „Niederländische Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende“ in Den Haag. Sie will sechs Teams bereitstellen,



Foto: Fotolia.com - Sandor Kacso

die auf Wunsch im ganzen Land ambulante Sterbehilfe leisten sollen. Jeweils ein Arzt und eine Pflegekraft sollen Patienten, bei denen die Hausärzte die nach niederländischem Recht mögliche Sterbehilfe verweigern, zu Hause dabei unterstützen. Bereits im vergangenen Jahr hatte die Vereinigung mit der Ankündigung für Aufruhr gesorgt, 2012 eine Sterbehilfe-Klinik einrichten zu wollen. Sie soll Mitte dieses Jahres den Betrieb aufnehmen. Beide Angebote werden von der niederländischen Ärztesorganisation KNMG kritisiert. Auch Ärzte in Deutschland reagieren mit Unverständnis. sf

Bundesgesundheitsministerium

Nationaler Krebsplan wird konkret

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr und die zuständigen Spitzenorganisationen haben das weitere Vorgehen zur Umsetzung der Empfehlungen im „Nationalen Krebsplan“ abgestimmt.

Am Umsetzungsprozess beteiligt sind die Deutsche Krebsgesellschaft, die Deutsche Krebshilfe, die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, die Gesundheitsministerkonferenz der Länder, der Gemeinsame Bundesausschuss, der GKV-Spitzenverband, der PKV-Verband, die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft

und die Vertretung der Patientenorganisationen auf Bundesebene. Bahr: „Mit über 218 000 Todesfällen pro Jahr ist Krebs in Deutschland die zweithäufigste Todesursache, im Jahr 2010 verstarb jeder Vierte daran. Nach aktuellen Zahlen aus dem Robert Koch-Institut erkrankten im Jahr 2008 rund 470 000 Deutsche neu an Krebs, sprich 43 000 mehr als 2006.“ Ein Schwerpunkt der Maßnahmen liegt in der Weiterentwicklung der Früherkennung von Gebärmutterhals- und Darmkrebs. Eine bessere Information der Versicherten und regelmäßige Einladungsschreiben sollen die Früherkennung stärken. sf/pm

Orale Prävention

Zahnarzt wichtig bei Diabetesvorsorge

Auf dem Kongress „Innere Medizin – fachübergreifend: Diabetologie grenzenlos“ in München, verwies Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, auf den Einfluss der oralen Gesundheit auf die Allgemeingesundheit. Aufgrund der Erkenntnisse über die Wechselwirkungen – vor allem zwischen Diabetes und Parodontitis – stellten Parodontitisprävention, -therapie und -nachsorge ein wichtiges Bindeglied zwischen der Zahnheilkunde und der Diabetologie dar. Oesterreich:

„Die medizinische Kompetenz des Zahnarztes und des zahnärztlichen Teams muss gestärkt werden“, denn „entzündliche Erkrankungen in der Mundhöhle verstärken das Risiko für bestimmte Allgemeinerkrankungen. Einen massiven entzündlichen Angriff erfährt der Körper durch die Bakterien des Zahnbelags beziehungsweise durch den oralen Biofilm. Diese können zu Parodontitis führen“, erklärte Oesterreich. Gelangen die dabei freigesetzten Bakteriengifte in den Organismus, stellen sie ein Risiko für den ganzen Körper dar – auch für vom eigentlichen Entzündungsherd entfernte Regionen. Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus würden somit begünstigt. Die orale Prävention leiste einen wichtigen Beitrag zur Senkung des allgemeinen Erkrankungsrisikos. sf/pm



Foto: BZÄK/Pietschmann

Regierungspläne**Aufklärungskampagne gegen Drogen**

Millionen Menschen in Deutschland gefährden sich weiter durch Alkohol, Tabak und andere Drogen – nun will die Bundesregierung mehr Aufklärung und Beratung im Kampf gegen die Sucht. Dafür beschloss das Bundeskabinett eine „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“, die den Aktionsplan von 2003 ersetzt. „Es ist unser Ziel, dass Suchterkrankungen möglichst gar nicht erst entstehen“, sagte die Drogenbeauftragte Mechthild Dyckmans (FDP). „Daher ist es wichtig, besonders Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene frühzeitig mit präventiven Maßnahmen zu erreichen, vor allem in der Schule und in der Ausbildungsstätte.“ Nach Dyckmans



Foto: MEV

sollten auch Mischkonsum, Onlinesucht und neue Substanzen angegangen werden. Und auch Erwachsene sollten mit Vorbeugung erreicht werden, etwa in Betrieben und im Krankenhaus. Zudem solle Prävention sich genauer auf Risikogruppen ausrichten, sagte die Drogenexpertin der FDP-Fraktion, Christine Aschenberg-Dugnus: „Statt einen undifferenzierten Verbote- und Bevormundungsrundumschlag zu zelebrieren, setzt die Drogenbeauftragte ihre Schwerpunkte auf umfangreiche Prävention und Aufklärung.“ Konkret soll Eltern geholfen werden, mit dem Alkoholkonsum ihrer jugendlichen Kinder umzugehen. Erst Ende Oktober war die Förderung eines Modellprojekts zur Beratung solcher Eltern durch das Bundesgesundheitsministerium ausgefallen. Nun sollen Aufklärungsprojekte der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ausgebaut werden. In Gesundheitsberufen soll es mehr Aus- und Fortbildungsangebote zum Nichtrauchen geben. mg/dpa

Studie zu Behindertenheimen**Tausende Frauen wurden missbraucht**

Behinderte Frauen in deutschen Heimen sind einer Studie zufolge wesentlich öfter Opfer von sexuellem Missbrauch als andere Frauen. Sie gehe von „mehreren Tausend Frauen“ mit einem solchen Schicksal aus, sagte die Leiterin der Forschergruppe von der Universität Bielefeld, Monika Schröttle. Wie das ARD-Politikmagazin „Report Mainz“ berichtet, seien behinderte Frauen vor allem in ihrer Kindheit zwei- bis dreimal häufiger sexueller Ge-

walt ausgesetzt als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt, heißt es in der im Auftrag des Bundesfamilienministeriums durchgeführten repräsentativen Studie. So sei jede dritte bis vierte der befragten Frauen in ihrer Kindheit oder Jugend Opfer eines sexuellen Übergriffs geworden. Auch im Erwachsenenleben setzte sich der Missbrauch häufig fort: Hier gab jede dritte bis fünfte Frau erzwungene Handlungen an. eb/dpa

Gesundheitspolitik**Klaus Theodor Schröder ist tot**

Die Nachricht vom Tod des ehemaligen Staatssekretärs Dr. Klaus Theodor Schröder hat in Politik und Gesundheitswesen große Trauer ausgelöst. In vielen Gesprächen und bei zahlreichen Terminen hat auch der Vorstand der KZBV Schröder als zuverlässigen und angenehmen Gesprächspartner kennen und schätzen gelernt.

Seit dem 01.01.2011 bekleidete Schröder das Amt des Ombudsmanns bei der privaten Krankenversicherung. In einer Stellungnahme würdigte der PKV-Vorstand Schröders Dienste: „Er hat der deutschen Gesundheitspolitik insgesamt in den Jahrzehnten seines Wirkens wertvolle Impulse gegeben und wichtige Strukturen mitgeprägt, die seinen Tod überdauern werden.“ Schröder, der lange Zeit als



Foto: picture alliance

Staatssekretär im Gesundheitsministerium tätig gewesen ist und dort als ausgewiesener Experte die Politik der ehemaligen Ministerin Ulla Schmidt maßgeblich mitbestimmte, hatte sich wegen seiner profunden Sachkenntnis im Gesundheitswesen über Parteigrenzen hinweg hohes Ansehen erworben. Nach seinem Ausscheiden aus dem politischen Amt, wählte ihn die „Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH“ (gematik), die mit dem Aufbau und der Gestaltung einer Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen betraut wurde, wegen seiner hohen Kompetenz im April 2010 zum Schlichter. Gerade seine Fähigkeit zum Ausgleich wurde von der gematik besonders hervorgehoben. „Dank seiner hohen Glaubwürdigkeit und Authentizität gelang es Schröder, schwierige Konstellationen aufzubrechen und gemeinsame Lösungen zu erarbeiten“, hieß es. Dr. Klaus Theo Schröder verstarb am 12. Februar 2012 kurz nach seinem 64. Geburtstag an den Folgen einer schweren Erkrankung. KZBV

Individualisierte Medizin**Gedämpfte Erwartungen**

Vor zu frühen Erwartungen an die sogenannte individualisierte Medizin hat der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Prof. Wolf-Dieter Ludwig, gewarnt. Auf einem Symposium im Rahmen des Interdisziplinären Forums der Bundesärztekammer sagte er: „Vieles, was unter diesem Begriff subsumiert wird, klingt zwar attraktiv, ist aber

durch klinische Studien wenig oder gar nicht belegt.“ Dennoch sieht Ludwig die Chancen durch die individualisierte Medizin: „Mit diesem Forschungsbereich verbinde ich die Hoffnung, dass wir in Zukunft Patientengruppen besser identifizieren können, die auf spezielle Arzneimittel gut ansprechen oder aber unerwünschte Arzneimittelwirkungen zeigen.“ ck/pm

Pflegebescheid**Entschädigung bei Verspätung**

Gesetzlich versicherte Pflegebedürftige, die länger als fünf Wochen auf den Bescheid ihrer Kasse warten müssen, sollen künftig für jeden Tag Verzögerung zehn Euro erhalten. Das geht aus dem Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zur Pflegereform hervor. „Ziel ist, dass die Versicherten schnell einen Bescheid bekommen“, sagte eine Sprecherin von Minister Daniel Bahr (FDP). Aus einer Statistik des für die Begutachtung zuständigen Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) geht hervor, dass fast jeder dritte Antrag nicht innerhalb von vier Wochen bearbeitet wird. Zudem

sollen die Pflegekassen neben dem MDK auch andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung von Pflegebedürftigkeit beauftragen können. Unterdessen wurde bekannt, dass die Beratungsangebote für neu Pflegebedürftige in Deutschland weniger stark ausgebaut sind als dies mit der jüngsten Pflegereform 2008 geplant war. Wären die gewährten 60 Millionen Euro an Förderung voll verwendet worden, hätte es 1 200 solcher Stützpunkte gegeben. Tatsächlich wurden bis zur jüngsten Erhebung im Juni nur in 353 Fällen solche Anlaufstellen gefördert oder geplante Stützpunkte geprüft. eb/dpa

LZK Hessen**Kammer vergibt Promotionsstipendien**

Seit drei Jahren hat sich die Landes Zahnärztekammer Hessen (LZKH) die aktive Förderung des akademischen Nachwuchses an den drei zahnmedizinischen Fakultäten in Marburg, Gießen und Frankfurt auf ihre Fahnen geschrieben. Das Angebot richtet sich an alle Studierenden der Zahnmedizin in Hessen, die promovieren wollen, sowie an bereits approbierte Zahnmediziner, deren Promotion an einer der hessischen Fakultäten betreut wird und deren Staatsexamen noch nicht länger als ein Jahr zurückliegt. Die Stipendiaten erhalten eine Fördersumme von 6 000 Euro. Neben den genannten rein

formellen Kriterien sind auch der Inhalt der geplanten Dissertation und die Visionen des Bewerbers von Bedeutung. „Die Stipendien der Kammer sollen Forschungsprojekte fördern, in denen die Zukunft der Zahnmedizin gegenwärtig wird. Wir unterstützen neue, interessante Ansätze, mutige Weiterentwicklungen bestehender Verfahren, die über den Tellerrand hinausgehen und neue Wege beschreiten. Wir ermutigen ausdrücklich auch Promovenden mit einem außergewöhnlichen Thema, sich auf unser Stipendium zu bewerben“, so Dr. Giesbert-Schulz Freywald, Vizepräsident der LZKH. sf/pm

Krebstherapie**Nanoroboter greift gezielt Zellen an**

US-Forscher haben einen Nanoroboter gebaut, der gezielt Krebszellen angreifen kann. Die Miniaturmaschine nach dem Vorbild der körpereigenen Immunabwehr besteht aus geschickt gefaltetem Erbgutmaterial (DNA) und lässt sich im Prinzip für jede Zielzelle im Organismus maßschneidern, wie die Entwickler um Shawn Douglas von der Harvard-Universität in Boston im US-Fachjournal „Science“ berichten. Bislang ist der Roboter allerdings erst in Zellkulturen getestet worden. Ob er jemals bei Menschen zum Einsatz kommen kann, ist noch nicht geklärt. Ähnliche Ansätze verfolgen auch andere Forschergruppen. Der Nanoroboter gleicht einem sechseckigen Käfig, der nur 45 Nanometer (Millionstel Millimeter) hoch und 35 Nanometer dick ist. Damit ist er rund 2000-mal dünner als ein menschliches Haar. Der mit einer speziellen

Technik namens DNA-Origami gefaltete Käfig besteht aus zwei Hälften, die von maßgeschneiderten Riegeln zusammengehalten werden. Diese Riegel sind so aufgebaut, dass sie ähnlich wie weiße Blutkörperchen die Oberfläche gewünschter Zielzellen – etwa Krebszellen – erkennen und daran andocken können. Mit dem Andocken konfiguriert der Riegel sich neu, so dass der Nanokäfig aufschwingt. Der Laderaum lässt sich mit verschiedenen Wirkstoffen bestücken, die so gezielt zu ihrem Einsatzort gebracht werden können. Im Experiment belud das Team um Douglas seine Nanoroboter unter anderem mit molekularen Botenstoffen, die das Selbstmordprogramm einer Zelle aktivieren können. Dieses Programm ist bei Krebszellen typischerweise gestört. Die Forscher bereiten als nächstes Tests an Versuchstieren vor.

sf/dpa

TU München**Immunoproteasom-Struktur aufgeklärt**

Einem „Schredder“ ähnlich zerlegt das Immunoproteasom Eiweiße in kleine Bruchstücke, die dann an der Oberfläche der Zelle präsentiert werden. Werden diese Eiweißteile als „körperfremd“ erkannt, vernichtet das Immunsystem die Zelle. Bei Autoimmunerkrankungen ist dieser Prozess gestört. Helfen könnte dagegen, das Immunoproteasom zu hemmen. Biochemikern der Technischen Universität München (TUM) gelang es nun erstmals, die Kristallstruktur des Immunoproteasoms aufzuklären und Angriffsstellen für

neue Medikamente aufzuzeigen. Ihre Ergebnisse präsentieren sie, laut einer Pressemeldung, in der renommierten Fachzeitschrift „Cell“. Das Proteasom, ein großer, zylinderförmiger Eiweißkomplex, spielt in den Zellen des Körpers eine lebenswichtige Rolle. Ähnlich einer Recyclinganlage zerlegt es nicht mehr benötigte Proteine in kleinere Stücke, so dass diese wiederverwertet

Typ-1-Diabetes**Schnittentbindung erhöht Risiko**

Kinder, die per Kaiserschnitt zur Welt kamen, haben laut der BABYDIAB-Studie ein mehr als doppelt so hohes Risiko, an Typ-1-Diabetes zu erkranken als Kinder, die spontan entbunden wurden. In der Langzeitstudie einer Forschergruppe der TU München wurde der Einfluss von Umweltfaktoren auf die Entwicklung der Erkrankung bei

1 650 Kindern aus Risikofamilien untersucht. Die Studienteilnehmer wurden von Geburt an durchschnittlich elf Jahre lang beobachtet. „Eine Erklärung für die Ergebnisse ist die Tatsache, dass die Entbindung per Kaiserschnitt auf die Beschaffenheit der kindlichen Darmflora und damit auf das Immunsystem einwirkt“, erläutert Studienleiterin Prof. Anette-Gabriele Ziegler. Unter den Mikroorganismen, die den Darm besiedeln, lassen sich bei Kindern, die per Kaiserschnitt auf die Welt kamen, zum Beispiel weniger

Bifido-Bakterien nachweisen. „Somit ähnelt die Darmflora dieser Kinder der gestörten Darmflora von Diabetikern“, sagt Ziegler. Laut Studie haben Kinder, deren Mutter oder Vater an Typ-1-Diabetes erkrankt ist und die per Kaiserschnitt geboren wurden,



bis zum zwölften Lebensjahr ein Diabetes-Risiko von 4,8 Prozent. Dagegen liege das Risiko von Kindern mit familiärer Vorbelastung, die vaginal entbunden wurden, nur bei 2,2 Prozent. Das erhöhte Risiko bei Kaiserschnitt trat unabhängig davon auf, ob es sich um eine Mehrlingsschwangerschaft, eine Frühgeburt oder ums Erstgeborene handelte. Auch der Geburtsmonat und Rauchen während der Schwangerschaft hatten keinen Einfluss.

■ www.teendiab.de

werden können. Auf diese Weise steuert das Proteasom essenzielle Funktionen der Zelle: Es reguliert

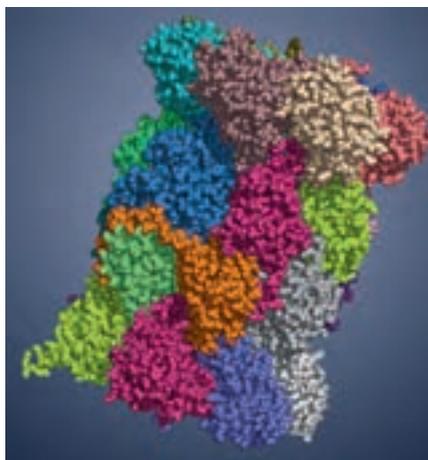


Foto: IDW online/TUM

Zellwachstum sowie Zellteilung und baut überflüssige oder defekte Proteine ab. Eine spezialisierte Form des Proteasoms, die es nur in höheren Lebewesen wie Säugern gibt, ist das Immunoproteasom. Aufgrund ihrer bedeutenden Rolle für Zellregulation und Immunabwehr stellen die beiden Proteasomtypen einen guten Ansatzpunkt für Medikamente dar. Hemmt man das Proteasom, so begehen beispielsweise Blutkrebszellen Selbstmord. Bisher ist ein Medikament auf dem Markt, das diese Strategie verfolgt.

sf/pm

Personalisierte Medizin im Vordergrund

Der diesjährige Deutsche Internistenkongress, der vom 14. bis zum 17. April zum 118. Mal in Wiesbaden abgehalten werden wird, steht ganz im Zeichen einer „neueren Medizin“, wie Prof. Dr. Joachim Mössner, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und Kongresspräsident aus Leipzig, anlässlich einer Pressekonferenz im Vorfeld der Veranstaltung, zu der rund 8000 Mediziner erwartet werden, betonte.

So stehe die Tagung unter dem Thema „Krankheit, Gene und Umwelt“. Zu den Schwerpunkten gehören die genetische Diagnostik, Adipositas, Herzinsuffizienz, Multimorbidität im Alter und die Onkologie des Verdauungstrakts. Gerade in diesen Bereichen sei es sehr häufig so, dass man die Erkrankungen und

ihre Therapien nicht „über einen Kamm scheren“ könne, sondern jeder Patient andere Verhältnisse aufzeigt, die dann auch individuell – personalisiert – behandelt werden müssten.

Die neuesten Erkenntnisse über die Entwicklung einer Erkrankung, deren Prophylaxe, Diagnostik und Therapie stünden im Fokus. Das Kongressthema solle die Komplexität der Krankheitsentstehung (Genetik und Umwelteinflüsse) unter Berücksichtigung neuester Forschungsergebnisse beleuchten. Ziel sei, so die Referenten, allen Kongresssteilnehmern dieses Gebiet nahezubringen und sie für ihre tägliche Praxis davon profitieren zu lassen.

Weitere Informationen zum Kongress: www.dgim2012.de sp

AKPP

Vorstand im Amt bestätigt

In der Mitgliederversammlung, die anlässlich der diesjährigen Jahrestagung des Arbeitskreises Psychologie und Psychosomatik in der Zahnmedizin Anfang Februar in Berlin stattfand, wurde der bisherige Vorstand des Arbeitskreises jeweils einstimmig mit je einer Enthaltung im Amt bestätigt. Damit regelt PD Dr. Anne Wolowski, Münster, weiterhin die Geschicke des Arbeitskreises, unterstützt wird sie dabei von PD Dr. Norbert Enkling aus Bern. Auch für ihn bedeutet das eine zweite Amtsperiode.

Rund 80 Teilnehmer informierten sich in Workshops und Vorträgen zum Thema demografischer

Wandel zu einem Themenbereich, der nicht nur „Neulinge“ im Beruf ansprach, sondern auch dem „alten Hasen“ den einen oder anderen Aspekt lieferte, damit der Praxisalltag nicht nur weniger Belastung liefert, sondern auch der Patient mit seinen Problemen besser verstanden und geführt werden kann.

Den Tagungsbestpreis über 500 Euro, der von Prof. Dr. Peter Jöhren, Bochum, gestiftet wurde, ergatterte die Münsteranerin Jean-Bea Hagenbrook für ihren Vortrag über die Studie „Patientenerwartungen – eine schriftliche Befragung von Patienten im Vorfeld ihrer prothetischen Behandlung“. sp

Neue Strategie

Daniel Bahr hat für dieses Jahr eine neue Präventionsstrategie angekündigt, aber kein Präventionsgesetz – verständlich, sind doch in den letzten Legislaturperioden alle Versuche, ein solches zu verabschieden, kläglich gescheitert.

Der Bundesgesundheitsminister plant vielmehr, so in der Antwort auf eine Kleine Anfrage der SPD-Fraktion, Vorhandenes zu bewerten, aufeinander abzustimmen, nationale und internationale Erfahrungen und Erkenntnisse zu analysieren sowie auf bewährten Programmen und Strukturen aufzubauen, diese weiterzuentwickeln und in die Fläche zu bringen. Eine zentrale Zielgruppe sollen Kinder und Jugendliche sein.

Vertreter der deutschen Ärzteschaft haben sich schon zu Wort gemeldet, sie wollen in der neuen Präventionsrunde ganz vorn mitmischen. Präventionsferne gesellschaftliche Gruppen, so die offizielle Diktion, die nur schwer über Programme zu erreichen seien, könnten gerade sie in den Praxen erreichen.

Für eine Präventionsinitiative in den Praxen niedergelassener Ärzte wird sicherlich ein finanzieller Obolus der Krankenkassen eingerichtet werden müssen. Aber wie effektiv und effizient ist Prävention eigentlich? Die größten Präventionserfolge können die deutschen Zahnärzte nachweisen. Die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen hat sich mehr als signifikant verbessert. Die heutigen „Best Ager“ werden wahrscheinlich die letzte Generation in



Foto: Fotolia.com - Marzanna Syncerz

Deutschland sein, die im Gesamt im Alter Zahnersatz benötigt.

Leider gilt das nicht generell, Migrantenkinder haben immer noch deutlich schlechtere Zähne als deutschstämmige Kinder, wie etliche Studien belegen. In einigen Städten werden Programme für die Zahngesundheit

von der Zahnärzteschaft stärker in den Fokus genommen werden. Dies sind Gruppen, die aus unterschiedlichen Gründen ihre Zähne nicht regelmäßig untersuchen lassen oder untersuchen lassen können. Die Gesundheitspolitik hat für die Präventionsstrategie diese Gruppen in den Mittelpunkt gerückt, zur „Basisgesundheit“ gehört aber auch – und nicht zuletzt – Mundgesundheit. Aktuell steht das „zahnärztliche Präventionsmanagement“ mit einem präventionsorientierten Leistungskatalog in der Pflegegesetzgebung auf der politischen Agenda von BZÄK und KZBV.

Die Koalition will in ihrem Entwurf zwar die zahnärztliche Versorgung in stationären Einrichtungen verbessern, aber Prävention wird in diesem Zusammenhang nicht thematisiert, auch nicht die Versorgung und Prävention alter und behinderter Menschen, die nicht in stationären Einrichtungen versorgt werden. Völlig unverständlich, dass trotz der großen Erfolge der Prävention gerade im Bereich Mundgesundheit Prävention für diese Gruppen gesetzlich nicht verankert ist.

Wie auch immer die Politik in der aktuellen Gesetzgebung entscheidet – das Thema Prävention wird auf der Tagesordnung bleiben. Früherkennung, Sekundärprävention, die auch und gerade Karzinome in Mund, Kiefer und Gesicht fokussiert, muss endlich auch die Menschen erreichen, die nicht regelmäßig ihren Zahnarzt aufsuchen. Dazu bedarf es eigener Programme im Rahmen der neuen Präventionsstrategie.



Foto: privat

Die politisch gewollte Konzeption einer Präventionsstrategie muss zahnmedizinische Früherkennung und Sekundärprävention einbeziehen, meint die Berliner gesundheitspolitische Fachjournalistin Maïke van Delden vom Let V Verlag.

von Migrantenkindern durchgeführt, noch liegen nur wenige Zahlen über deren Erfolg vor. Im Rahmen der neuen Präventionsstrategie mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche und sicherlich auch einem Schwerpunkt Migranten, liegt auf der Hand, dass sich die Zahnärzteschaft einklinken wird. Sie hat bewiesen, dass sie erfolgreich Prävention durchführen kann, es existieren entsprechende Projekte, die miteinander verknüpft, im Sinne einer Best-practice-Strategie, in die Fläche gebracht werden können – ganz im Sinn des BMG-Ansatzes. Aber auch sogenannte „vulnerable“ Gruppen ohne Migrationshintergrund sollten

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

GKV-Leistungskatalog

Güte kontra Knappheit

Für eine intensivere öffentliche Diskussion über das Thema Rationierung im Gesundheitswesen sprachen sich die Teilnehmer eines Symposiums in Hannover aus. Einig waren sich die Diskutanten aus den unterschiedlichsten Disziplinen jedoch nur darin, dass die Problematik es erfordert, interdisziplinär aus allen gesellschaftlichen Bereichen zusammenzuarbeiten.



Aus einem Kuchen lassen sich auch nicht unendlich viele Stücke herauschneiden ...

Man müsse dazu übergehen, von der bereits heimlichen Rationierung, die teilweise mit dem Anschein der Willkürlichkeit, ohne objektive Kriterien, geschehe, hin zu einer offenen Rationierung mit eindeutigen Leitlinien und Mindeststandards, zu gelangen. Die jeweiligen Verteilungskriterien seien außerhalb der üblichen medizinischen und politischen Beteiligten festzulegen. Von der Schulenburg sprach von einem institutionalisiertem Gremium, „das weit über das hinausgeht, was wir bislang haben“. Vielmehr brauche es Experten aus den unterschiedlichsten Bereichen, die allesamt kompetent und involviert sind im Themenbereich, aber dennoch Unbeteiligte im System und den „Schleier der Unwissenheit“ tragen.

Ärzte im Konflikt

Prof. Benno Ure von der Klinik der Kinderchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover bestätigte, dass in deutschen Kliniken Rationierung ein Thema sei und täglich stattfinde. Vorenthalten würden etwa Pflegeleistungen und Medikamente. Umfragen belegten auch, dass sich Ärzte durch Rationierungsmaßnahmen einem starken Konflikt ausgesetzt sehen. Sie fühlten sich dabei oft im Stich gelassen und wünschten eine Regelung, die außerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung getroffen werde. Ure kritisierte, „dass die Politik nicht in der Lage ist, sich diesem Thema anzunehmen“.

Dass Ökonomie an sich nichts Böses sei, so wie sie bei der Diskussion um Entwicklungen im Gesundheitswesen bisweilen dargestellt werde, darauf verwies Dr. Anne Prenzler von der Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie der Leibniz Universität. Ökonomie sei vielmehr in der Lage mitzuhelfen, die notwendige Effizienz von Kosten,

Vertreter aus Wissenschaft, Theologie, Justiz, Medizin und Politik diskutierten auf der Tagung, die von der Leibniz Universität Hannover und der Medizinischen Hochschule Hannover am 27.01.2012 ausgerichtet wurde, über verschiedene Aspekte des Themas. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, der anhaltend hohen Kosten der medizinischen Versorgung und dem medizinischen Fortschritt müsse darüber nachgedacht werden, was zukünftig noch über die gesetzliche Krankenversicherung leistbar ist, hieß es. Ethik und Rationierung müssten kein Widerspruch sein. Vielmehr sei es hingegen unethisch, weiterhin so zu tun, als ob im Gesundheitsbereich nach wie vor alles für alle bezahlt werden könne. Andererseits wurde auf der Tagung auch danach gefragt, ob sich ein derartiges Kostendämpfungsmittel mit einem christlichen Weltbild verträglich sei.

In seinem Grußwort unterstrich etwa Prof. Dieter Bitter-Suermann als Präsident der Medizinischen Hochschule in Hannover,

dass die notwendige öffentliche Diskussion über das Thema weiter verstärkt werden müsse. So zeige auch die Versorgungsforschung auf der einen Seite eine Über- und Fehlversorgung in der Gesundheitsversorgung, während auf der anderen Seite von einer Verknappung der Mittel die Rede ist. Um die Versorgungslage auch zukünftig abzusichern, forderte Bitter-Suermann eine aktivere Rolle der Politik. „Es darf nicht sein, dass die Politik das Problem aussitzt und die Betroffenen im Stich lässt.“

Auf die schlechte Datenlage beim Thema wies Prof. Johann Matthias Graf von der Schulenburg von der Leibniz Universität hin. Bislang gebe es wenig Studien, die sich wissenschaftlich mit der Rationierung von Gesundheitsleistungen befassen. Dabei sei die Knappheit von medizinischen Ressourcen bereits Gegenwart in deutschen Kliniken und Praxen. Nicht nur unter Ärzten sei es schon längst kein Geheimnis mehr, dass etwa Arzneimittel nicht mehr verschrieben werden, wenn das Budget erschöpft ist.

die mit der Gesundheitsversorgung entstehe, zu hinterfragen. Es werde bisweilen der Vorwurf erhoben, ökonomisches Denken sei unethisch. „Dabei ist es unethisch, die Kosten, die im Gesundheitssystem entstehen und von einer Solidargemeinschaft getragen werden, außer Acht zu lassen“, so Ure. Die Ökonomie biete Methoden an, um herauszufinden, wie eine Gesellschaft mit begrenzten Ressourcen umgehen kann. Ure: „Ohne Ökonomie ist eine ethische Rationierung nicht möglich.“

Gegen den Begriff der Rationierung wandte sich Prof. Dietmar Hübner vom Institut für Philosophie der Leibniz Universität. Der Begriff komme mit dem Impetus daher, die Vorenthaltung von Gesundheitsleistungen sei unumkehrbar und impliziere, dass es bislang einen Überfluss (Übersversorgung) gegeben und sich plötzlich eine Knappheit eingestellt habe. Dies lege bei vielen den Verdacht nahe, bei bestimmten Gesundheitsleistungen ausgeschlossen zu sein und öffne Vermutungen, dass PKV-Patienten bevorzugt und GKV-Versicherte benachteiligt sein würden, Tür und Tor.

» Rationierung kann bei vielen den Eindruck entstehen lassen, in der Gefahr zu sein, bei Gesundheitsleistungen ausgeschlossen zu sein.

Einen theologischen Blick auf die Diskussion warf Hanns Martin Heineman, Stadtsuperintendent des evangelisch-lutherischen Stadtkirchenverbands Hannover. „Entspricht Rationierung dem Welt- und Menschenbild einer ethisch-christlichen Kultur?“, fragte Heinemann. Angemessenheit als christlicher Grundgedanke und als entscheidendes Kriterium täte der Diskussion als notwendiges Zusatzelement gut. Rationalisierung könne nur Hilfsmittel sein und sei kein Prinzip, „was die Welt ein für alle Mal gerechter machen würde“. Als Übergangslösung müsse sich Rationierung fragen lassen, ob sie mit einer christlichen Wertegemeinschaft einhergehen könne. Heinemann setzte die christlichen Leit motive Güte, Nächstenliebe, Fürsorge, Barmherzigkeit und Gnade gegen die weitverbreitete Haltung, die Vorenthaltung medizinischer Leistungen sei unvermeidlich. sg

Online-Bewertungsportal Weisse Liste

Start für die Befragung zu Zahnärzten

Das Online-Arztbewertungsportal Weisse Liste, gemeinsam getragen von der Bertelsmann-Stiftung, der AOK, der Barmer GEK und der TK, hat am 24. Februar den Start frei gegeben für ein neues Element: die Such- und Bewertungsfunktion zu Zahnärzten. Die Zahnärzteschaft beurteilt das Projekt grundsätzlich positiv, es bietet einen ersten Ansatz für die Entscheidung des Patienten. Die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung könne aber dadurch nicht ersetzt werden.



Foto: Fotolia.com

Patienten, die einen passenden Zahnarzt suchen, hilft ganz neu das Online-Portal Weisse Liste. Dort können sie ihren Behandler jetzt auch bewerten.

Bei der Patientenorientierung im Gesundheitswesen spielen Arztbewertungsportale eine immer größere Rolle. Derzeit existieren rund 20 Anbieter von unterschiedlicher Qualität auf dem Markt, darunter viele kommerzielle Portale. Die Ärzteschaft zeigte sich bisher verhalten bis kritisch. Inzwischen ist die Betrachtungsweise etwas differenzierter. So wurde kürzlich auf der Tagung „Ethik und Web 2.0“ in Hannover deutlich, dass Bewertungsportale auch für Ärzte eine Chance bieten, sie kommen bei den Befragungen oft mit Bestnoten weg (siehe Ärzte-Zeitung vom 15.1.2012). Fest steht, dass das Interesse an Such- und Bewertungsportalen beim Patienten groß ist, Bedarf besteht bei der Suche nach objektiven und verlässlichen Informationen.

Auch die zahnärztliche Berufspolitik hat sich mit diesen Aspekten auseinandergesetzt, BZÄK und KZBV mahnen zu einem differenzierten Umgang mit dem Thema. So haben

die BZÄK und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) bereits 2011 mit der Bundesärztekammer und der KBV Qualitätskriterien für Zahnarztbewertungsportale erarbeitet und veröffentlicht. Die KZBV ist seit Kurzem Mitherausgeber.

Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der BZÄK, fordert, dass sich die Anbieter bewusst mit den Qualitätsanforderungen auseinandersetzen und deren Bedeutung für eine unbeeinflusste, seriöse Patienteninformation erkennen. „Vor der Frage, wo finde ich einen guten Arzt, steht heute oft die Frage: Wie finde ich ein verlässliches Portal?“

Qualitätskriterien

Der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz warnt vor Risiken wie Ärzt rankings, kommerziellen Interessen und der Steuerung von Patientenströmen. Was Aussagen zur Qualität betrifft, würden Arztbewertungsportale eher subjektive Faktoren als harte Fakten liefern. Insofern könnten sie zwar einen wichtigen Impuls für die Qualitätssicherung liefern. QS sei aber zuallererst eine innerprofessionelle Aufgabe und könne nicht über Patientenbefragungen gelöst werden. Einen positiven Ansatz sehen BZÄK und KZBV in dem Projekt Weisse Liste, getragen von der Bertelsmann-Stiftung und den Dachverbänden der Patienten- und Verbraucherorganisationen, der AOK, der Barmer GEK und der TK. Seit Mai 2011 ist die bundesweite Internet-Arzt suche online, mittlerweile mit einer Gesamtreichweite

von rund 40 Millionen Versicherten. Zentrale Grundlage für die Suche sind die Erfahrungen von Patienten. Die Anbieter wollen eine nichtkommerzielle Arztsuche neuer Qualität etablieren, heißt es bei den Trägern.

Seit dem 24.2. (dazu gab es in Berlin eine Pressekonferenz) ist jetzt auch der Start frei für die Such- und Bewertungsfunktion von Zahnärzten. Der Zahnarzt-Fragebogen ist nach wissenschaftlichen Standards konzipiert worden und beruht auf den Qualitätskriterien von ÄZQ und BZÄK. Die Umsetzung erfolgte durch das IGES-Institut. In einer Pretest-Phase wurde eine gründliche Erprobung vorgenommen.

Der Fragebogen umfasst 40 Fragen zu den Themenbereichen Praxis und Personal, Arztkommunikation, Behandlung und Gesamteindruck. Er trägt den Spezifika der zahnärztlichen Behandlungssituation Rechnung. Gefragt wird unter anderem nach der Zuwendung, speziellen Belangen bei der Kinderbehandlung, der Vermittlung von Diagnosen und Behandlungen, der Prophylaxe-Beratung und der Sensibilität im Umgang. Angesichts der Besonderheit des Festzuschussystems im zahnärztlichen Bereich spielen auch Aspekte der Kostentransparenz und -sicherheit eine Rolle. Kriterien des Fragebogens sind beispielsweise:

- Das Praxispersonal geht auf ängstliche Patienten beruhigend ein.
- Vor der Behandlung erkundigt sich der Zahnarzt in Ruhe nach meinem Anliegen.
- Der Zahnarzt reagiert sofort auf meine Signale und unterbricht die Behandlung, wenn mir etwas unangenehm ist.
- Am Empfang wird mit finanziellen Angelegenheiten diskret umgegangen.
- Wenn Kosten anfallen, die ich aus eigener Tasche zu zahlen habe, werde ich rechtzeitig vor der Behandlung darauf hingewiesen.
- Kostenpläne und Kostenvorschläge der Praxis sind verlässlich.
- Manchmal fühle ich mich bedrängt, zusätzliche Leistungen, die meine Krankenkasse nicht erstattet, in Anspruch zu nehmen und selbst zu zahlen.

Für den KZBV-Vorsitzenden Fedderwitz ist es wichtig, bei der Befragung die zahnärztliche Wirklichkeit in der Praxis und die Behandlungssituation wiederzugeben. Das betreffe besonders Aspekte der finanziellen Eigenbeteiligung der Patienten. Hier dürfe es keine verzerrten Darstellungen geben.

An der Befragung können nur registrierte Versicherte teilnehmen, die Registrierung erfolgt über das Portal der jeweiligen Krankenkasse per Versicherungsnummer. Mindestens zehn Patientenbeurteilungen pro Zahnarzt sind erforderlich. So sollen verzerrende Einzelmeinungen ausgeschlossen werden. Auf Freitexte wird verzichtet, um unsachgemäße Kritik und Diffamierungen zu verhindern. Die Plattform ist kostenfrei, komplett werbefrei und der Schutz personenbezogener Daten ist gewährleistet. Zahnärzte haben die Möglichkeit, ihre Befragungsergebnisse auf der Webseite sichtbar zu kommunizieren, sie können Fotos ihrer Praxis hochladen und sich über eingehende Beurteilungen informieren lassen. Ein systematisiertes Patienten-Feedback ist möglich, ebenso können die Ergebnisse mit denen anderer Zahnärzte verglichen werden. Quelle des Eintrags und der Praxisangaben (wie etwa Adresse, Kontakt, Fachgebiet, Sprechzeiten) ist das Adressverzeichnis der Stiftung Gesundheit.

Kritische Begleitung

Die BZÄK hat auf Bitte der Projektbeteiligten die Entwicklung des spezifisch zahnärztlichen Befragungsinstruments kritisch begleitet. Im Auftrag der BZÄK wurde die Landes Zahnärztekammer Thüringen in die Ausarbeitung des Fragenkatalogs eingebunden. Die KZBV stellt fest, dass Kooperationspartner des

Portals bisher die Versicherten- und Betroffenenenseite sei. Es stelle sich die Frage, ob nicht auch die Seite der Leistungserbringer hier kooperieren könnte. Positiv sei zu vermerken, dass die Weisse Liste wohl derzeit das manipulationssicherste Portal sei.

BZÄK-Vize Oesterreich begrüßt die Einbindung zahnmedizinischen Sachverständs. Das Portal helfe, die Fachlichkeit in den Vordergrund zu stellen und Schmähkritik zu verhindern. Jedoch würden bei dem Projekt auch Grenzen deutlich: Das Portal könne und dürfe die freie Patientenentscheidung nicht ersetzen. Die weichen Faktoren eines Bewertungsportals böten zwar einen ersten Ansatz, seien aber letztlich keine entscheidenden Parameter. Die fachliche Kompetenz des Zahnarztes könne der Patient als Laie nicht beurteilen. Aufgabe des Berufsstands sei es, mit einer klaren Wertorientierung Vertrauensarbeit zu leisten. Dr. Andreas Wagner, Präsident der Landes Zahnärztekammer Thüringen, ergänzt: „Patienten benötigen für ihre Entscheidungen zuverlässige Informationen. Nur gut informierte Patienten können ihr Recht auf eine freie Arztwahl gezielt nutzen. Insofern stellt die Weisse Liste eine solide Plattform dar. Den besonderen Stellenwert eines persönlichen Vertrauensverhältnisses zwischen Zahnarzt und Patient kann sie jedoch nicht ersetzen. Von den Zahnärzten kann sie im Sinne eines externen Audits zur Qualitätsoptimierung genutzt werden.“

Die Weisse Liste informiert auch über Pflegeheime und hilft bei der Suche von Psychotherapeuten. Geplant ist künftig eine Orientierung bei der Klinikwahl. Ein spezieller Fragebogen über die Beurteilung von Psychotherapeuten ist in Arbeit. pr

INFO

Zugang zur Weissen Liste

Die Weisse Liste ist ein Portal der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen. Sie ist Basis für die Online-Angebote von AOK, Barmer GEK und TK, es handelt sich jeweils um dasselbe Portal. Den eigenen Eintrag finden

Ärzte, wenn sie die „Suche nach Namen“ nutzen:

- Weisse Liste: www.weisse-liste.de/arzt
- AOK-Arztnavigator: www.aok-arztnavi.de
- BARMER GEK Arztnavi: <http://arztnavi.barmer-gek.de>
- TK-Ärzteführer: www.tk.de/aerztefuehrer

GOZ-Novelle 2012 – die wichtigsten Änderungen

Prothetische Leistungen

Die wichtigsten Änderungen der neuen GOZ analysiert und kommentiert der Vorsitzende des GOZ-Senats der Bundeszahnärztekammer, Dr. K. Ulrich Rubehn, systematisch in einer Artikelserie. In Teil 6 geht es um „Abschnitt F – Prothetische Leistungen.“



Foto: Fotolia.com - jocky

In Abschnitt F der neuen GOZ finden sich etliche Neuerungen bei den Punktzahlen.

Im Abschnitt „Prothetische Leistungen“ der neuen GOZ hat es für die Brückenanker und Teleskop-/Konuskronen erhebliche Aufschläge bei den Punktzahlen gegeben. Die Zahnärzteschaft fragt sich zu Recht, wie derartige Honorierungs-Verbesserungen bei gleichzeitigem Gebührenstillstand in der Prophylaxe mit dem allgemein anerkannten Ziel einer Präventionsorientierung in Einklang zu bringen sind.

Die Erklärung ist einfach, jedoch nicht logisch: Seitens der Kostenerstatter war es der Wille, häufig mit hohen Gebührenfaktoren liquidierte Leistungen auf das Mittelmaß zu stützen. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat daraufhin die Anhebung der

Punktzahlen mit der Forderung verknüpft, diese Leistungen müssten sodann überwiegend zum Mittelwert des Gebührenrahmens berechnet werden. So steht es in der Begründung zur GOZ 2012. Ob sich die Zahnärzteschaft an diese politisch gewünschte Vorgabe angesichts der ausgebliebenen Punktwertanhebung nach 24 Jahren Stillstand halten wird, bleibt abzuwarten. Die neuen Punktzahlen entsprechen einem Vorschlag des BMG. Die Bundeszahnärztekammer hat diese neuen Punktzahlen nur insoweit konsentiert, als dass sie ihnen nicht widersprochen hat.

Neue Punktzahlen

Die Nummer 5000 wurde von 820 Punkten auf 1 016 Punkte angehoben. Diese Nummer gilt jetzt grundsätzlich für alle Implantatversorgungen – auch bei einer Präparation des Abutments. Die Nummer 5010 wurde von 1 100 Punkten auf 1 483 Punkte

angehoben. Die Nummer 5020 wurde von 1 300 Punkten auf 1 997 Punkte angehoben. Diese beiden Nummern sind im Zusammenhang mit Implantaten künftig nicht mehr berechnungsfähig. Die Nummer 5030 wurde von 1 100 Punkten auf 1 483 Punkte angehoben und kann nun auch bei der Versorgung von Implantaten im Sinne einer Wurzelkappe angewendet werden. Bei verschraubten Brückenankern nach diesen Nummern ist die Abdeckung mit Füllungs-material jetzt eingeschlossen.

Die Nummer 5040 wurde von 1 400 Punkten auf 2 605 Punkte angehoben. Die Teleskop-/Konuskronen-Position kann auch bei einer entsprechenden Versorgung auf Implantaten zur Anwendung kommen. Allerdings steht der deutlichen Punktzahlanhebung das Verbot der gleichzeitigen Berechnung der Nummer 5080 (Verbindungselement / 230 Punkte) für diesen Zahn entgegen.

Teilleistungen

Teilleistungen zu den genannten Gebührennummern sind nur noch dann berechnungsfähig, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen, oder wenn eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war. Das gilt entsprechend auch für die Teilleistungen bei Einzelkronen und hat

INFO

Erläuterungen im Überblick

Die GOZ-Artikelserie bringt Erläuterungen der wesentlichen Änderungen im GOZ-Gebührenverzeichnis 2012. Hier eine Übersicht über die bereits erschienenen sowie kommenden Beiträge:

- zm 24/2011: Abschnitt A: Allgemeine Leistungen
- zm 1/2012: Abschnitt B: Prophylaktische Leistungen
- zm 2/2012: Abschnitt C: Konservierende Leistungen
- zm 3/2012: Abschnitt D: Chirurgische Leistungen mit Abschnitt L: Zuschläge zu bestimmten chirurgischen Leistungen

- zm 4/2012: Abschnitt E: Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
- zm 5/2012: Abschnitt F: Prothetische Leistungen
- zm 6/2012: Abschnitt G: KFO-Leistungen
- zm 7/2012: Abschnitt H: Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen mit Abschnitt J: Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen
- zm 8/2012: Abschnitt K: Implantologische Leistungen
- zm 9/2012: Änderungen im Allgemeinen Teil (Paragrafenteil)





Auch bei Teleskop- und Konuskronen gibt es Änderungen.

Relevanz bei der Versorgung mit Langzeitprovisorien (siehe Abschnitt H).

Entgegen der bisherigen Auffassung mancher Kostenerstatter zur Anwendung der alten Nummer 507 wurde jetzt klargestellt, dass die Nummer 5070 nicht nur für Brückenglieder und Stege gilt, sondern auch für jede Prothesenspanne.

Die Versorgung von Lücken mit einer provisorischen Brücke wurde für die Nummer

5120 neu formuliert und dem neuen Text der Nummer 2270 angepasst: „Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, sowie Entfernung“. Für das provisorische Brückenglied nach 5140 gilt Entsprechendes.

Die Gebührensätze für die Totalprothesen (5220 für den Oberkiefer und 5230 für den Unterkiefer) sind in ihrer Geltung verändert worden. Sie werden jetzt auch für die Deck-

prothesen (Cover Denture) angesetzt. Allerdings ist im Leistungstext nach wie vor von der Versorgung eines zahnlosen Kiefers die Rede. Insofern entfalten beide Gebührennummern ihre Wirkung nur auf Kiefer, die entweder völlig zahnlos oder aber mit Implantaten versorgt sind. Sofern im betreffenden Kiefer noch einzelne Zähne oder Wurzeln vorhanden sind, die gegebenenfalls mittels Konuskronen, Wurzel(stift-)kappen o. Ä. versorgt werden/sind, greifen diese Gebührennummern nicht mehr. Da derartige Deckprothesen nicht beschrieben sind, bleibt dann nur die Analogberechnung nach § 6 Absatz 1 GOZ.

*Dr. K. Ulrich Rubehn
Kaltenweide 84
25335 Elmshorn*

■ Die BZÄK hat die Kommentierung der neuen GOZ unter folgendem Link veröffentlicht:
<http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf>.

Presseseminar des FVDZ

Sensible Diskussionen

Die Belange von Pflegebedürftigen und von Menschen mit Behinderungen standen im Mittelpunkt des diesjährigen Presseseminars des Freien Verbands Deutscher Zahnärzte (FVDZ) am 27. Januar in Berlin. In einem waren sich alle Diskutanten einig: Die zahnmedizinische Versorgung dieser beiden Patientengruppen muss dringend verbessert werden – und der demografische Wandel der nächsten Jahre und Jahrzehnte verstärkt den Handlungsbedarf.

Im Kontext der politischen Diskussion um die Neuordnung der Pflege hatte sich der FVDZ ein hochaktuelles Themenfeld gewählt, um die Pressevertreter aus Bund und Ländern zu informieren und für deren Berichterstattung zu sensibilisieren: die zahnmedizinischen

Thema, gehe aber an den Problemen vorbei: „Um eine angemessene zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen und von Menschen mit Behinderungen sicherzustellen, sollte in die Entwicklung koordinierter Versorgungsstrukturen investiert werden.“



Moderatorin Dr. medic/IfM Timisoara Kerstin Blaschke, stellv. FVDZ-Bundesvorsitzende (m.), mit Roland Sing, Christine Aschenberg-Dugnus, Dr. Imke Kaschke und Dr. Andreas Schulte (v.l.n.r.)

Belange von Pflegebedürftigen und von Menschen mit Behinderungen.

Der FVDZ-Bundesvorsitzende Dr. Karl-Heinz Sundmacher verwies bei seiner Einführung auf die wachsende Anzahl Pflegebedürftiger und den steigenden Altenquotienten. Diese Entwicklung werde künftig alle Parameter der sozialen Sicherungssysteme bestimmen. Zwar habe man im gerade verabschiedeten Versorgungsstrukturgesetz „noch in letzter Minute“ eine neue Bema-Position geschaffen, mit der Zahnärzte bei einer aufsuchenden Behandlung in Heimen extrabudgetär vergütet werden können. Außerdem sehe das Pflegeeneuordnungsgesetz zusätzliche Mehrausgaben für die GKV in Höhe von drei Millionen Euro vor. Doch der Spagat, so Sundmacher, zwischen zahnmedizinischem Bedarf und den finanziellen Grenzen sei groß. Die neue Bema-Position sei sicherlich ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung bei einem lange in der Politik vernachlässigten



Dr. Karl-Heinz Sundmacher bei seinem Einführungsvortrag

Denn am besonderen Bedarf ausgerichtete Behandlungszentren oder mobile Versorgungsteams würden den Menschen gezielter helfen als die neue Gebührenposition.

Finanzielle Grenzen

Nicht alles, was wünschenswert ist, sei auch finanziell machbar, argumentierte die pflegepolitische Sprecherin der FDP-

Bundestagsfraktion Christine Aschenberg-Dugnus. Man sei sich der Defizite bewusst, dennoch seien erste Schritte gemacht, um dem erhöhten personellen Aufwand bei der Behandlung von Heimbewohnern Rechnung zu tragen. Aber auch die Gesellschaft müsse mitmachen, erforderlich sei, den Dialog mit allen Akteuren anzustoßen.

Dr. Imke Kaschke, Mitglied des Ausschusses Alterszahnmedizin/Behindertenbetreuung der BZÄK und Referentin für Fragen zahnärztlicher Behindertenbehandlung der Kammer Berlin, verwies auf das gemeinsam von KZBV, BZÄK und den Fachverbänden entwickelte Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und von Menschen mit Behinderungen (AuB-Konzept) sowie auf entsprechende Aktivitäten der Landespolitik, die von der Politik positiv aufgenommen worden seien. Sie machte den Pressevertretern klar, dass die beiden Zielgruppen, mit Pflegebedarf und mit Behinderung, differenziert betrachtet werden müssten. Sie forderte vor allem eine verbesserte Prävention und eine gesetzliche Verankerung des zahnmedizinischen Leistungsanspruchs.

Dem schloss sich auch Dr. Andreas Schulte, Leitender Oberarzt der Abteilung Zahnerhaltung an der Universität Heidelberg, an. Prävention könne die Mundgesundheit deutlich verbessern und frühzeitige Extraktionen verhindern. Schulte skizzierte die enorme Belastung des Zahnarztes bei der Behandlung behinderter Menschen, psychisch wie auch körperlich. Und „für lau“ könne man das von einem Zahnarzt nicht verlangen.

Für Roland Sing, ehemaliger Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, sind neben der Politik auch die Länder und Kommunen in der Verantwortung, sich dem demografischen Wandel zu stellen. Vor allem die Selbstverwaltung sieht er in der Pflicht, sich um adäquate Versorgungsstrukturen zu kümmern. Zu überlegen sei auch, mehr Aufgaben an das zahnmedizinische Fachpersonal zu delegieren. pr

Fotos: FVDZ

6. Zahnärztetag Hamburg

Aus der Idee wurde Tradition

Mit mehr als 550 Teilnehmern zeigten sich der inzwischen sechste Hamburger Zahnärztetag und der fünfte Zahntechnikertag der Innung Hamburg und Schleswig-Holstein bereits als sehr traditionsbewusst. Man traf sich am Rande des Hamburger Hafens zum „Dental-Familienfest“, wie es Kammerpräsident Prof. Dr. Wolfgang Sprekels formulierte.



Foto: MEV



Die zwei Kammerpräsidenten, Prof. Dr. Wolfgang Sprekels (links), Hamburg, und Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Mecklenburg-Vorpommern, verbindet mehr als nur ihre jahrelange Kollegenschaft im Präsidium der BZÄK: Sprekels leistete intensive Aufbauarbeit der Kammer M-P nach dem Mauerfall.

Foto: G. Eisenbraut

„Lassen Sie uns der Öffentlichkeit zeigen, dass die Dental-Familie zusammensteht und dass wir uns fortbilden, um den Patienten die bestmögliche Versorgung zu ermöglichen.“ Mit diesen Worten begrüßte Prof. Wolfgang Sprekels seine „Mannschaft“ zur „inzwischen schon Tradition gewordenen“ zweitägigen Fortbildungsveranstaltung, die

viele Fachvorträge, eine große Dentalschau und begleitende Mitarbeiter- und Dentaltechnikerschulungen im Programm hatte. Sein kurzer Exkurs zu aktuellen politischen Ereignissen fiel für die Player nicht gut aus: „Es ist eine Frechheit, wie die Politik mit unserem Berufsstand umgeht“, machte sich der Kammerpräsident in Sachen GOZ-No-

vellierung Luft. Dagegen stellte und lobte er den fachlich-kollegialen Austausch im hanseatisch-typischen Riverside-Hotel-Ambiente, der trotz aller politischen Hürden die Zahnärzte immer wieder zusammenführe. Mit der Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft in Silber wurde Dr. Wilfried Reiher für seine langjährigen Verdienste um den Berufsstand ausgezeichnet.

„Wir müssen immer wieder an unseren Wertorientierungen arbeiten. Aber diese Dinge bedürfen des Engagements und der Übernahme von Verantwortung.“

Prof. Dr. Dietmar Oesterreich

Dr. Horst Schulz, Fortbildungsreferent der ZÄK Hamburg, hatte dieses Mal ein Thema ausgesucht, das – flüchtig betrachtet – jeder beherrschen sollte. Die Referenten jedoch, vornehmlich Prof. Dr. Adrian Lussi, Bern, belehrten den einen oder anderen Teilnehmer dann aber eines Besseren. Denn mit den zwei Hauptvorträgen „Was ist Karies?“ und „Kariesdiagnostik“ zeigte er, dass Karies längst nicht gleich Karies ist, sondern vielmehr vielschichtig in der Entstehung wie in der Diagnostik, und dass die Therapieoptionen „Beobachten, Fluoridieren, Aufziehen?“ dem Behandler immer eine individuelle Entscheidung abverlangen.

Lussi formulierte konkrete Tipps: Im Zentrum einer Kariesdiagnostik stehe immer noch die Bissflügelaufnahme, okklusale Karies werde oft übersehen (hidden caries!), „Wenn Sie eine Kariesstelle finden: Seien sie sicher, der Patient hat noch weitere!“, „Vermeiden Sie die Sonde, okkusal bleibt sie oft stecken und kann Schmelzverletzungen verursachen!“ oder „Schauen Sie, aber ab 40 bitte nur mit Sehhilfe!“

sp

INFO

25 Jahre Präsidenschaft

Mit einer Laudatio von Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der BZÄK und Kammerpräsident des Nachbarlandes Mecklenburg-Vorpommern, wurde Wolfgang Sprekels für seine „Standhaftigkeit und Ausdauer im Amt“ geehrt. Seit nun 25 Jahren leitet Sprekels die Geschicke der Hamburger Zahnärzteschaft, hat 19 Jahre das Amt des Vizepräsidenten der BZÄK ausgeübt und ist damit der dienstälteste Präsident einer Landes Zahnärztekammer.

Er hat sich aber auch für die nationalen, die europäischen und die internationalen Interessen der deutschen Zahnärzteschaft eingesetzt. Bis heute ist Sprekels in europäischen Gremien gewählter Vertreter der Deutschen Zahnärzte. Ausdrücklich betonte Oesterreich den besonderen Einsatz und das Engagement Sprekels beim Aufbau der Kammern der neuen Bundesländer – in erster Linie gelte dies für Mecklenburg-Vorpommern. sp

20. Zahnärztetag Sachsen-Anhalt

Aktuelles zu Politik und Prothetik

Knapp 200 Gäste kamen zum 20. Zahnärztetag der ZÄK Sachsen-Anhalt nach Magdeburg. Neben einer aktuellen politischen Standortbestimmung stand auch Fortbildung auf dem Programm. Diesmal drehten sich die Vorträge rund um die Frage „Ist die Krone noch zeitgemäß?“.



Ehrgäste waren unter anderem Dr. Peter Engel, BZÄK-Präsident, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, BZÄK-Ehrenpräsident, und Jürgen Herbert, Präsident LZK Brandenburg (v.l.n.r.).

Der Präsident der Kammer Sachsen-Anhalt, Dr. Frank Dreihaupt



BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel kritisierte scharf die zunehmend fiskalisch ausgerichtete Gesundheitspolitik in Deutschland. Wenn Gesundheit als eine handelbare Ware angesehen wird, drohe eine Vergewerblichung des Heilens mit weitreichenden Folgen vor allem für die Patienten, aber auch für die Heilberufler, die „kein vernünftig Denkender“ wünschen könne, erklärte er. Die Gemeinschaftsveranstaltung der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt und der Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Martin-Luther-Universität am 28. Januar 2012 diente der berufspolitischen Standortbestimmung. Zahnärzte

aus allen Teilen des Landes waren aber auch gekommen, um sich fortzubilden und am Abend beim Zahnärzteball gemeinsam zu feiern. Diesen Dreiklang hob der Minister für Arbeit und Soziales des Landes, Norbert Bischoff, als offenkundiges Erfolgsrezept hervor: Man müsse nicht nur miteinander arbeiten und streiten, sondern auch zu feiern wissen. Im Übrigen zeigte er Verständnis für die Enttäuschung der Zahn-

ärzte angesichts einer GOZ-Novelle, die unter ihren Möglichkeiten blieb.

Für einen offensiven Umgang mit der neuen Gebührenordnung plädierte Sachsen-Anhalts Kammerpräsident Dr. Frank Dreihaupt. Er riet seinen Kollegen, verstärkt mit den Patienten zu reden, ihnen die Spezifik der GOZ zu erläutern und sich vom Prinzip der Trennung von Liquidation und Erstattung leiten zu lassen. Mit Blick auf das geplante Patientenrechtegesetz unterstrich er, dass Aufklärung, Transparenz und die Einbeziehung des Patienten in die Therapiegestaltung für Zahnärzte nichts Neues seien und im Alltag längst umgesetzt würden. Er verwies auf das seit 15 Jahren in Sachsen-Anhalt etablierte Netz von Patientenberatungsstellen, Zweitmeinungsberatung und Schlichtung, dem die Patienten hohes Vertrauen entgegenbrächten.

Machtspiele durchschauen

Dazu passend gewährte anschließend Prof. Dr. Jens Weidner, Kriminologe und Viktimologe aus Hamburg, dem Auditorium einen Blick hinter die Kulissen von „Machtspielen“ aller Art, die zwar überflüssig, in der Realität aber gang und gäbe seien. Durchsetzen könne sich da nur, wer sie durchschaut und wer sich selbst nicht nur partnerschaftlich und empathisch präsentiert, sondern auch einen gewissen Anteil an Durchsetzungskraft und Bissigkeit aufbringt.

Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Dr. Klaus Louis Gerlach, Magdeburg, setzten sich Prof. Dr. Elmar Hellwig, Freiburg, und Prof. Dr. Peter Pospiech, Krems, im Fortbildungsteil mit der Frage auseinander, ob die Krone noch zeitgemäß ist. Sowohl aus Sicht der Zahnerhaltungskunde als auch aus Sicht der Prothetik wurde die Frage zwar bejaht – aber „mit sich wandelnden Rahmenbedingungen“.

Sabine Fiedler
Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt
Große Diesdorfer Str. 162
39110 Magdeburg

INFO

Erwin-Reichenbach-Förderpreis 2011 verliehen

Christian Wetterhahn, Jena, erhielt den Erwin-Reichenbach-Förderpreis 2011 der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt. Der junge Wissenschaftler nahm die mit 2500 Euro dotierte Auszeichnung am 28. Januar 2012 im Rahmen des 20. Zahnärztetages Sachsen-Anhalt aus den Händen von Kammerpräsident Dr. Frank Dreihaupt entgegen. Der im Jahr 2000 erstmals ausgeschriebene Preis soll die praxisnahe zahnmedizinische Forschung junger Wis-

senschaftler fördern. Bewerben können sich um den auch 2012 ausgelobten Förderpreis Zahnärzte aus ganz Deutschland, die nicht älter als 35 Jahre sind, mit einer Arbeit, die nicht gleichzeitig für einen anderen Wettbewerb eingereicht wurde.

■ **Einsendeschluss ist der 30. Juni 2012. Die Übergabe des Preises erfolgt beim 21. Zahnärztetag am 26. Januar 2013 in Magdeburg. (Ausschreibung unter www.zaek-sa.de; Anfragen unter info@zahn-aerztekammer-sah.de, Tel.: 0391/73939-0)**

Gesundes Glückauf

Kay Lutze

Viele Gefahren und katastrophale Hygienebedingungen charakterisierten die Arbeitsbedingungen im Bergbau von Anfang an. Spezielle Krankheitsbilder prägten den Alltag des Bergmanns. Dank wachsender Erkenntnisse über Arbeitsschutz, Hygiene und Gesundheitsfürsorge hat sich das Arbeits- und Lebensumfeld der Bergleute allmählich stark gebessert. Doch einige Risiken sind bis heute geblieben.

Der Bergbau hat in Deutschland eine mehrere Jahrhunderte lange Tradition. Schon im Mittelalter wurden hier Erze abgebaut. Dazu gehörten vor allem die Abbaugebiete in Sachsen und in der Harzregion. Eine dieser frühen Erzförderstätten war das Bergwerk Rammelsberg bei Goslar,

das vom Mittelalter bis 1988 in Betrieb war und heute Weltkulturerbe ist. In der Mitte des 12. Jahrhunderts führten Silberfunde die Region Freiberg in Sachsen zu Reichtum und Wohlstand. Mit der Entdeckung der Kohle und deren Förderung im Ruhrgebiet, an der Saar und in Oberschlesien wurde der Stein-

kohlebergbau zu einem wichtigen Wirtschaftszweig, der für die Industrialisierung Deutschlands unerlässlich war. Heute gibt es noch fünf Steinkohlebergwerke in Deutschland, eines im Saarland (BW Saar) und vier in Nordrhein-Westfalen (BW West in Dinslaken, BW Prosper-Haniel in Bottrop, BW Auguste



Foto: ddpimages

Pause vor der Waschkaue auf Schicht im Bergwerk Ensdorf (Saarland). Bergleute heute nutzen von einem verbesserten Arbeitsumfeld und von neuen Erkenntnissen in den Bereichen Gesundheitsschutz und Hygiene.

Victoria in Marl und das BW Ibbenbüren). Erzförderstätten gibt es in Deutschland momentan nicht. Aktuell werden In der Niederlausitz, an der Grenze zwischen Brandenburg und Sachsen, genehmigte Vorbereitungen zur Kupferförderung durchgeführt. In Meißen wird noch Kaolin abgebaut und im Grenzgebiet zwischen Hessen und Thüringen wird Salz gefördert.

Gefährliche Arbeit

Bergleute hatten zu allen Zeiten mit schwierigen und gefährlichen Arbeitsbedingungen zu kämpfen. „Schon im Mittelalter war es den Steigern zur Pflicht gemacht, die Bergleute gründlich auszubilden, damit sie nicht sich selbst und andere unnötig gefährdeten ...“ [Herald, M., Lindemann W.: Hygiene der Bergarbeiter, in: Handbuch der Hygiene (Sonderdruck), hrsg. von Th. Weyl, zweite Auflage, Band VII, Leipzig 1913, S. 19]. Für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen haben maßgeblich die Organisationen der Arbeiterbewegung gekämpft. Der sozialdemokratische „Deutsche Bergarbeiterverband“ setzte sich für die Beteiligung von Arbeitervertretern im Sicherheitsbereich der Bergwerke ein. Die Tätigkeit unter Tage erforderte nicht nur eine erhöhte Arbeitssicherheit, sondern auch eine besondere Hygiene und Gesundheitsfürsorge, da die Bergleute unter spezifischen Krankheiten litten. Im Lauf des 19. Jahrhunderts wurden die Gesundheitsfürsorge und die Hygiene der Arbeiter unter Tage Stück für Stück verbessert.

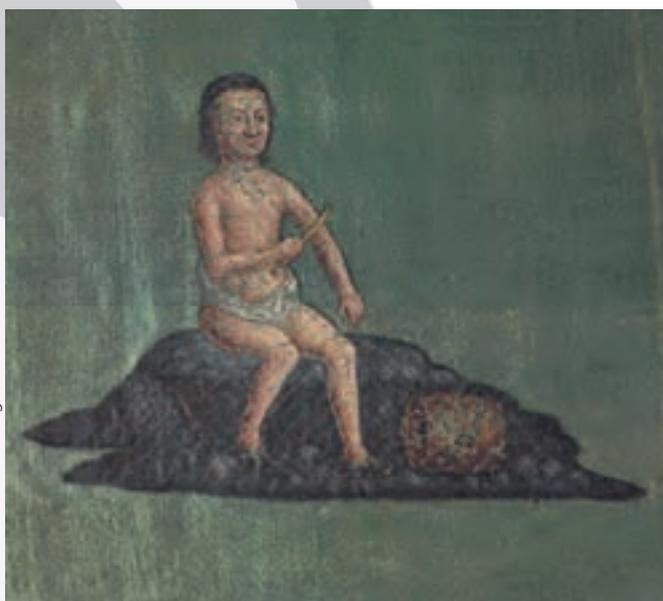
Katastrophale Hygiene

Heute kaum mehr vorstellbar, waren die hygienischen Bedingungen im Bergbau vor der Mitte des 19. Jahrhunderts katastrophal. Besucher des Bergwerks Rammelsberg beschrieben die Bergleute als bedeckt mit schwarzem Schweiß. Die Benutzung von Seife und Wasser war nicht selbstverständlich. Durch die Technik des „Feuersetzens“ wurden die Gesteinsschichten herausgesprengt und führten zu starker Staubentwicklung und großer Hitze. Nach der Schicht schabten sich die Bergarbeiter

mit sogenannten „Schweißmessern“ den größten Dreck von der Haut. Die wenigen erhaltenen Quellen geben auch einen Einblick in die Versorgung der Bergleute im Krankheitsfall. Vor der Reformation sorgten Bruderschaften und der sogenannte „Büchsenpfennig“ für die kranken Arbeiter. Im Jahre 1538 trat die von dem Rat der Stadt Goslar geschaffene Bergordnung – ein früher Vorläufer der späteren Knappschafts-

Erste Empfehlungen

Das sogenannte Iglauer Bergrecht (Böhmen) verfasste im Jahre 1249 erstmals für den deutschsprachigen Raum Vorschriften zur Gesundheit der Bergmänner. Die namhaften Ärzte Theophrast von Hohenheim, genannt Paracelsus (1493–1541), und Georg Bauer, genannt Georgius Agricola (1494–1555), versuchten sich bereits an der



Ein Rammelsberger Bergmann reinigt sich mit einem Schweißmesser. Darstellung auf der Knappschaftsfahne von 1787.

Foto: Weltkulturerbe Erzbergwerk

ordnungen – in Kraft, die den Lebensunterhalt verunglückter oder kranker Bergleute regelte. Die Knappschaft betrieb auch ein Hospital, und den Bergleuten stand der kostenlose Besuch beim Bergmedicus zu, wenn sie sich bei Arbeitsunfällen verletzten. Gerieten die Arbeiter unter Tage durch Unglücke dauerhaft in Not, so wurde ihnen Unterstützung gewährt. „1772 erhielt beispielsweise der Gnadenlöhner und Invalide Walter Meister einmalig sechs Taler ‘wegen bemitleidenswerter Umstände’... Georg Simon Amelung bat 1827 das Bergamt um Hilfe, da er ‘im Steinbruch am Rammelsberg sehr gefährlich an Kopf und Armen beschädigt worden und er noch sechs unversorgte Kinder’ habe“ [Heublein, Brigitte: Arbeitsbedingungen und soziale Lage der Rammelsberger Bergleute, in: Der Rammelberg, Tausend Jahre Mensch – Natur – Technik, Bergbau als Kulturträger, hrsg. von Reinhard Roseneck, Bd. 1, Goslar 2001, S. 333-334].

Beschreibung von Bergarbeiterkrankheiten. Paracelsus hatte sich in seinen Schriften über die „Lungensucht“ geäußert, deren Symptome wir heute der Tuberkulose oder einer schweren Entzündung der oberen Atemwege zuordnen würden. Der königlich polnische und kursächsische Bergrat Dr. Johann Friedrich Henkels (1679–1744) empfahl zur Gesundheit und Hygiene der Bergleute unter anderem, den Staub anzufeuchten, den Mund mit einem Tuch vor Staub zu schützen und die Notdurft an dem vorgesehenen Ort zu verrichten. Auch ein Ratschlag zur Mundpflege findet sich in seinem Werk „Bergsucht und Hüttenkatze“: „Vors 2) muß ich hier was erinnern, so zwar vor schlecht angenommen werden dürfte, aber so wichtig als vernünftig ist, ... Die fleißige Ausspülung des Halses, und Reinhaltung des Mundes und der Zähne, insonderheit vor und nach Essens, wie auch nach dem Schlaf. Diese Besorgung hat man

Waschkaktion nach getaner Arbeit um 1871 in Northumberland, England. Das Wasser kam aus der Pumpe draußen, die Reinigung erfolgte im Wohnzimmer.



vorzulegen“ [Menzel, Elmar: Bergbau-Medizin einst und jetzt, Berlin 1989, S. 70]. Scheffler hatte mit anderen Medizinern gefordert, die Tauglichkeit der Bergmänner zu prüfen und ihren Gesundheitszustand regelmäßig zu überwachen.

Große Fortschritte

Die intensive Diskussion über Hygiene Ende des 19. Jahrhunderts erfasste vor allem auch den Bereich des Bergbaus. Mit der Sektion „5. Hygiene und Unfallverhütung in Gewerbe, Industrie und Bergbau“ widmete sich die Hygieneausstellung 1906 in Wien diesem Thema. Über die spärlichen Reinigungsmöglichkeiten im Mittelalter und der frühen Neuzeit, über Badebassins, die als Infektionsherd für Krankheiten galten, boten Waschkauen mit Duschen einen großen Fortschritt. Bereits auf der Ausstellung für Hygiene und Rettungswesen 1882/83 in Berlin hatten der Dermatologe Oskar Lassar (1849–1907) und der Berliner Unternehmer David Grove die Vorzüge eines Brausebades vorgestellt.

Foto: alky-images

ohne dem nötig, um die Drüsen von zähen Schleim, und das Zahnfleisch von angelegten Speisen rein, und die Zähne von Säuerung, Schwärze, Fäulniß und Stein sauber und feste zu erhalten; geschweige denn, wo sothaner Unflath noch mit allerhand Staub und Dreck, ja mit schädlichen mineralischen Dingen vermehret und verschlimmert wird. Der Mund mit seinen drüsigen Theilen und die Luftröhre sind meistens der Eingang zu dem Uebel der Bergsucht“ [Johann Friedrich Henkels, Aufstand und Schmelzbogen von der Bergsucht und der Hüttenkatze ..., Dresden/Leipzig 1745, S. 50].

Bergchirurg hatte die Pflicht alle Krankenbehandlungen schriftlich festzuhalten. „Der Bergarzt seinerseits hatte in jedem Quartal ebenfalls einen Bericht über seine Tätigkeit und die der regional tätigen Bergchirurgen

Detaillierte Erforschung

1770 veröffentlichte der kursächsische Bergarzt Dr. Carl Lebrecht Scheffler seine „Abhandlung von der Gesundheit der Bergleute“, in der er versuchte, die Symptome und Ursachen der Lungenerkrankungen der Bergleute zu beschreiben. Aber erst im 19. Jahrhundert gelang der Medizin die detaillierte wissenschaftliche Erforschung und Bekämpfung von bergbau-spezifischen Krankheiten. Charakteristisch für die Organisation der Ärzte im Bergbau bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts war, dass der akademische Bergarzt dem Bergchirurgen beziehungsweise Bergwundarzt übergeordnet war. Der

Foto: UllsteinBild



1934 hatte sich mancherorts an dieser Praxis noch nicht allzu viel verändert, wie das Foto aus Wales zeigt.



Foto: picture alliance

Die schwere Arbeit unter Tage war nicht nur anstrengend, sondern auch sehr unfallträchtig.

„Bei der hohen Bedeutung, die man in der Gegenwart den Kokken- und Bazillen-trägern für die Verbreitung der ansteckenden Krankheiten Typhus, Ruhr und Cholera beilegt, muß die Benutzung gemeinschaftlicher Bassinbäder als unhygienisch in hohem Grade und geradezu als gefährlich bezeichnet werden.“ Wie zeitgemäße Hygienebedingungen in Bergwerken auszu-sehen hatten, geben die bergpolizeilichen Vorschriften des Oberbergamtsbezirks Dortmund so wieder: „Auf jeder selbständigen Betriebsanlage, wo Bergleute regelmäßig ein- und ausfahren, muß ein der Stärke der Belegschaft entsprechender großer Raum vorhanden sein, in dem die Arbeiter sich umkleiden und sich aufhalten können. Der Raum muß reinlich, gut gelüftet und der Witterung entsprechend geheizt sein.“ Und eine „entsprechende Brausebäderanlage vorhanden sein und dauernd in gutem, sauberen Zustande erhalten werden. ... Zur Speisung der Bäder darf nur Wasser benutzt werden, das die Gesundheit der Arbeiter in keiner Weise gefährdet. Der Revierbeamte ist befugt, zu jeder Zeit Wasserproben aus der Badeanlage zu entnehmen und auf Kosten des Bergwerksbesitzers untersuchen zu lassen“ [Hygiene der Bergarbeiter, S. 192/193].

Den modernen Anforderungen entsprach beispielsweise die Zeche Zollern in Dortmund-Bövinghausen, die zwischen 1898 und 1904 als fortschrittliche Zeche der Gelsenkirchener Bergwerks AG erbaut wurde und über Duschvorrichtungen für die Bergleute verfügte. Der Bergmann ging vor



Foto: picture alliance

Toiletteneimer halfen, die hygienischen Verhältnisse im Bergwerk zu verbessern. Museum des Besucherzbergwerks Ramsbeck, Bestwig.

Mit Bestrahlungsanlagen wie dieser in der Zeche Sälzer-Amalie, Essen (1938), versuchte man, den Lichtmangel der Bergleute auszugleichen.



Foto: LWL-Industriemuseum

Typische Krankheitsbilder

Zu den Erkrankungen der Bergleute im 19. und im beginnenden 20. Jahrhundert gehörten vor allem Lungenleiden, wie Silikose, Tuberkulose, Emphysem oder Luftröhrenkatarrh, Haut- und Augenerkrankungen sowie rheumatische Krankheitsbilder. Als Berufskrankheit bei Bergleuten wurde auch die Ancylostomiasis angesehen. Die Krankheit kommt eigentlich in subtropischen und tropischen Gegenden der Welt vor und war im nördlichen Europa nur bei Ziegelei-, Berg- und Tunnelarbeitern zu finden. Der Befall durch den Eingeweidewurm kann zu schweren anämischen Beschwerden führen. Um eine Verbreitung des Wurmes unter den Bergarbeitern zu verhindern, war eine gründliche Hygiene unter Tage wichtig. Ende des 19. Jahrhunderts wurden Vorschriften erlassen, die die Krankheit eindämmen sollten. Anzahl und Beschaffenheit der Toiletten

Arbeitsantritt in die sogenannte Weißkaue und legte die Kleidung ab, um sie dann in einem Korb an die Decke hochzuziehen. Nackt wechselte er in die Schwarzkaue und zog die Arbeitskleidung an. Nach Schichtende betrat der Bergmann nach dem Ablegen der dreckigen Kleidung die Duschen, um sich anschließend die Straßenkleidung in der Weißkaue wieder anzuziehen. Zur Hygiene trug auch die regelmäßige Reinigung der Arbeitsmontur bei.

Die Fürsorge staatlicher Stellen beschränkte sich nicht nur auf den Arbeitsplatz, auch die hygienischen Bedingungen der Wohnverhältnisse der Bergarbeiter wurden überwacht. Um gesunden und reinlichen Wohnraum zu schaffen, wurden Arbeitersiedlungen nach modernen Standards errichtet. Da die Verantwortlichen den hygienischen Kenntnissen der Bewohner nicht hundertprozentig vertrauten, hielten sie eine „regelmäßige Wohnungsinspektion“ für „erzieherisch und förderlich“ [Vgl.: Hygiene der Bergarbeiter, S. 209].

Kumpel unter den Kleiderkörben in der Waschkaue der Zeche Prosper-Haniel V in Bottrop, 2008



Foto: picture alliance

unter Tage wurden geregelt. Effektive Desinfektionsmittel für die Bergleute wurden bereitgestellt und Kotuntersuchungen der Belegschaft wurden zur Pflicht. Robert Koch hatte 1902 bei einem Vortrag in Gelsenkirchen die Dringlichkeit bakteriologischer Untersuchungen bei Bergarbeitern betont. Die hygienischen Maßnahmen hatten auch großen Erfolg, denn die Krankheit war circa um 1915 unter Bergleuten in Deutschland fast ausgerottet.

Behördlich geregelt

Die gesundheitliche Vorsorge der Bergleute ist heute durch die zuständige Bergbehörde geregelt, die in Nordrhein-Westfalen beim Regierungspräsidenten liegt. In detaillierten Vorschriften sind eine Erstuntersuchung vor der Einstellung und strenge regelmäßige Nachuntersuchungen festgelegt. Diese Nachuntersuchungen wurden seit 1953 Pflicht. Die sogenannte „Anlegeuntersuchung“, die die Eignung für die Tätigkeit als Bergmann feststellen sollte, kam in der Zeit zwischen dem 19. und dem 20. Jahrhundert auf und wurde seit 1940 verbindlich festgeschrieben.

In den Richtlinien des Regierungsbezirks Arnsberg in Nordrhein-Westfalen heißt es zu den gesundheitlichen Anforderungen: „Die Bewerber müssen körperlich und geistig den Berufsanforderungen im Bergbau entsprechen, der für die Betriebe des Unternehmers einschlägig ist. Hierbei ist für die arbeitsmedizinische Beurteilung der gesundheitliche Gesamtzustand unter Berücksichtigung der speziellen Gefährdungen und Beanspruchungen durch Gefahrstoffe und Belastungsfaktoren einzuschätzen.“ Als gesundheitliche Ausschlusskriterien beispielsweise im Bereich „Mundhöhle und Kehlkopf“ gelten: ein erheblich kariös zerstörtes Gebiss mit herdverdächtigen Zähnen, chronische Rachen- beziehungsweise Kehlkopfentzündungen, erhebliche Sprachstörungen, Anfallsleiden gleich welcher Ursache [Vgl.: Merkblatt, Musterplan für die Durchführung arbeitsrechtlicher Vorsorgeuntersuchungen im Steine-Erden- und Erzbergbau unter Tage sowie in Tagesanlagen und Tagebauen des Nichtsteinkohlenbergbaus gemäß § 3

Abs. 2 GesBergV, S.7/ Regierungsbezirk Arnsberg]. Aktuell werden noch umfangreichere Gesundheitsprogramme für Bergleute diskutiert. „Das System der arbeitsmedizinischen Vorsorge im Bergbau hat, ausgelöst durch die Erkenntnisse zur Früherkennung und Bekämpfung der früher typischen Bergarbeitererkrankungen, einen hohen wissenschaftlichen Erfahrungsstand und einen umfassenden Datenbestand über lange Zeiträume erlangt, der in anderen Branchen so nicht vorhanden ist“ [Regelungen für den Bergbau und deren Auswirkungen für die Praxis des Regierungsbezirks Arnsberg, S. 12]. Seit 2000 ist die gesundheitliche Versorgung der Arbeiter im Steinkohlebergbau durch die RAG Aktiengesellschaft in arbeitsmedizinischen Zentren (AMZ) organisiert.

Risiken verringert

Mithilfe „modernster Technik und der Umsetzung arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Erkenntnisse“ haben sich die gesundheitlichen Risiken bei Bergleuten deutlich verringert. „Durch die konsequente Reduzierung der Staubentwicklung unter Einsatz aller technisch gebotenen Mittel, mit flächendeckenden, systematischen Messungen der fibrogenen Kohlengrubenstäube sowie durch die Arbeitseinsatzlenkung in Verbindung mit der arbeitsmedizinischen Beurteilung der Beschäftigten konnte das Pneumokoniose-Risiko erheblich vermindert werden“ [www.steinkohle-portal.de]. Heute belasten Bergleute Zivilisationskrankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Etwas vermehrt im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung treten bei unter Tage Beschäftigten Erkrankungen des Bewegungsapparats auf. Ein Bergmann muss heute alle zwei Jahre zur Nachuntersuchung gehen. Kollegen, die in besonderen Klimabereichen arbeiten, müssen ab dem 50. Lebensjahr jährlich eine Nachuntersuchung absolvieren.

Im Steinkohlebergbau existiert heute ein regelmäßig überarbeiteter Hygieneplan, der optimale Bedingungen für die Bergbelegschaft garantiert.

Export von Wissen

Leider entspricht die gesundheitliche Betreuung von Bergleuten in sogenannten Schwellenländern oder Ländern der Dritten Welt bei Weitem nicht den deutschen Standards. Ein Beispiel für unzureichenden Arbeits- und Gesundheitsschutz ist China.



Foto: picture alliance

Der Arbeits- und Gesundheitsschutz von Bergleuten ist heute besser geworden. Aber auch Zivilisationskrankheiten machen vor der Berufsgruppe nicht halt.

Immer wieder machte das Land in der Vergangenheit durch schwere Bergunglücke Schlagzeilen. Auch wenn der Steinkohlebergbau ab 2018 in Deutschland beendet ist, so exportiert unser Land das Wissen in der Arbeitsmedizin und in der Sicherheitstechnik weiter in die Länder, die noch große Probleme mit dieser Thematik haben. ■

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

Der besondere Fall

Ein Odontom als Durchbruchhindernis

Der vorliegende Zufallsbefund zeigt einen Sonderfall des Odontoms und beschreibt die kompliziertere Therapie-Lösung der Situation. Der Patientenfall wird vorgestellt und das Krankheitsbild diskutiert.



Abbildung 1: Ausgangsröntgenbild: Röntgenübersichtsaufnahme eines sechzehnjährigen Patienten: Es zeigt sich ein verlagertes und retinierter Zahn 35 mit distokraniel gelegenem, komplexem Odontom.

Ein sechzehnjähriger Patient wurde vom Hauszahnarzt mit der Bitte um Abklärung einer Nichtanlage von Zahn 35 überwiesen. Der Patient wies zum Behandlungszeitpunkt keine Allgemeinerkrankungen oder sonstige Symptome wie Schwellung oder Schmerzen auf. Ein zeitlich zurückliegendes Trauma im Schädelbereich lag nicht vor. Familienanamnestisch bestanden ebenfalls keine Erkrankungen.

Während der routinemäßig durchgeführten Röntgenübersichtsaufnahme zeigte sich ein retinierter und verlagertes Zahn 35 mit einer distokraniel gelegenen intraossären Veränderung. Das Wurzelwachstum des Zahnes 35 war noch nicht vollständig abgeschlossen.

Röntgenologisch stellte sich die intraossäre Veränderung mit zentraler schmelz- und dentindichter Verschattung und interponierten Aufhellungsarealen dar. Zahnähnliche Strukturen waren nicht zu erkennen. Die Abgrenzung gegen den umgebenden Knochen erfolgte durch einen strahlentransparenten Randsaum, was auf

eine – zumindest teilweise – abgekapselte Veränderung hindeutete (Abbildung 1). Das röntgenologische Erscheinungsbild der Veränderung in Assoziation zu einem retinierten Zahn legte die Verdachtsdiagnose eines Odontoms vom komplexen Typ nahe.

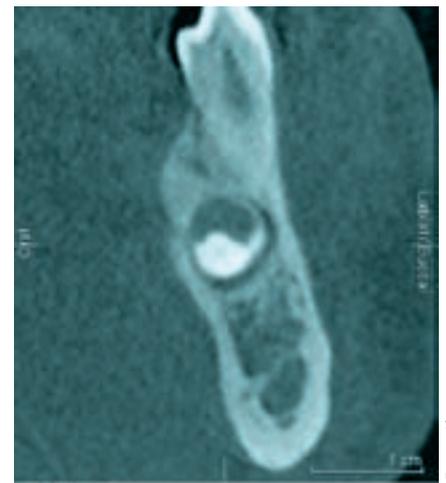


Abbildungen 2a und 2b: dDentales Volumentomogramm:
a) enge Lagebeziehung der Wurzel von Zahn 35 zum Nervus alveolaris inferior

Zur genauen Lagebestimmung der intraossären Veränderung sowie des retinierten Zahnes 35 wurde ein Dentales Volumentomogramm (DVT) angefertigt. Gut sind die enge Lagebeziehung der Wurzel von Zahn 35 zum apikal gelegenen Nervus alveolaris inferior und die dichte Lage der leicht nach lingual verlagerten Krone von Zahn 35 zur Wurzel des Zahnes 34 erkennbar (Abbildungen 2a und 2b). Es sind leichte Zeichen einer Verdrängung im Wurzelbereich zwischen den Zähnen 34 und 36 ersichtlich.

Nach durchgeführter Diagnostik und Festlegung des operativen Vorgehens erfolgte mittels Kieferkammschnitt mit mesialer Entlastung an Zahn 34 die Darstellung der intraossären Veränderung. Durch die partielle Entfernung der Gewebekapsel war das Konglomerat aus dentinartigen und schmelzartigen Bestandteilen gut erkennbar (Abbildung 3).

Aufgrund der Beweglichkeit innerhalb der Kapsel konnte die Veränderung leicht entfernt werden (Abbildung 4a). Bei der



b) dichte Lage der leicht nach lingual verlagerten Krone von Zahn 35 zur Wurzel des Zahnes 34

Fotos: Aller



*Abbildung 3:
Odontom in situ:
Odontom in situ
nach Freilegung und
partieller Entfernung
der Gewebekapsel:
Gut zu erkennen ist
die Dicke der umge-
benden Kapsel, was
eine leichte Entfer-
nung des Odontoms
zulässt.*

Foto: Alter

histopathologischen Untersuchung des entnommenen Gewebes zeigten sich ungeordnete Anteile von tubulärem Dentin, Schmelz sowie myxoides, teils gefäßführendes Pulpagewebe mit der abschließenden Diagnose: „Odontom, komplexer Typ, klinisch regio 35“ (Abbildung 4b).

Die starke Abweichung von der regulären Durchbruchrichtung und die tiefe Retention, ließen eine spontane Eruption des Zahnes 35 mit Einstellung in den Zahnbogen nicht erwarten. Daher wurde die Krone des Zahnes 35 unter Schonung der Schmelz-Zement-Grenze und der Nachbarstrukturen freigelegt. Eine Schädigung der Schmelz-Zement-Grenze musste unter allen Umständen vermieden werden, da dies zu Resorptionen und zu einer Ankylose führen kann [Stöckli et al., 2001].

Die adhäsive Befestigung einer Zugvorrichtung, in diesem Fall eine Kette mit Drahtnetz stellte das Mittel der Wahl dar (Abbildung 5). Dadurch wird eine gezielte orthodontische Bewegung des Zahnes ermöglicht. Als Wundverschluss dienten Einzelknopfnähte, die bei stadiengerechter Wundheilung eine Woche postoperativ entfernt werden konnten.

Der durch die Entfernung des Odontoms künstlich geschaffene Eruptionskanal, sichert zusätzlich eine gute und schnelle Wiedereinstellung des retinierten Zahnes 35 in den Zahnbogen. Es konnte mit der kieferorthopädischen Behandlung begonnen werden.

Diskussion

Das Odontom stellt einen der häufigsten odontogenen Tumoren dar. Die Angaben in der Literatur reichen von 21 Prozent bis 75,9 Prozent [Soluk-Tekkesin et al., 2011; Buchner et al., 2006]. Es findet sich im jugendlichen Lebensalter von 20 Jahren am häufigsten. Die stark schwankenden Angaben der Literatur bezüglich der geschlechterspezifischen Häufigkeitsverteilung machen eine abschließende Aussage dazu unmöglich.

Man unterscheidet drei Formen des Odontoms:

- das komplexe Odontom,
- das zusammengesetzte Odontom und
- das ameloblastische Odontom [Barnes et al., 2005].

Das komplexe Odontom wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD10-Code) mit dem Code „D16.51 Mandible, odontogenic tissues“ verschlüsselt [WHO, 1995] und beschrieben als „Malformation, in welcher alle odontogenen Gewebe vorhanden sind. Einzelne odontogene Gewebe sind gut ausgebildet, aber kommen in einer mehr oder weniger ungeordneten Zusammensetzung vor“ [Kramer et al., 1992]. Es findet sich am häufigsten im posterioren Bereich des Unterkiefers, typischerweise im Prämolarenbereich [Amado Cuesta et al., 2003; Reichart, 2002].

Das zusammengesetzte – oder auch compound Odontom genannt – als eine weitere



Foto: Alter

Abbildungen 4a und 4b: Odontom ex situ:
a) Zu erkennen ist ein Konglomerat aus dentin- und schmelzartigen Bestandteilen umgeben von Resten der Kapsel.

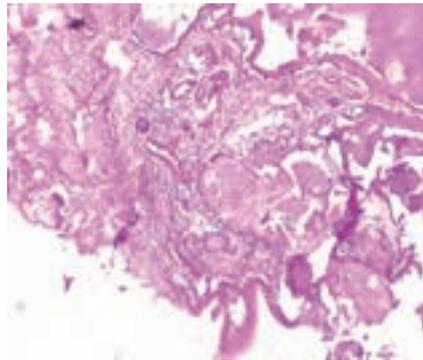


Foto: Ebhardt, Zentrum für Oralpathologie Potsdam

b) histologisches Bild des komplexen Odontoms: Auffällig sind Anteile von tubulärem Dentin, Schmelz und gefäßführendem Pulpagewebe. [Das histologische Präparat wurde freundlicherweise von Dr. med. Harald Ebhardt, Zentrum für Oralpathologie Potsdam, zur Verfügung gestellt.]

Form des Odontoms unterscheidet sich vom komplexen Odontom dadurch, dass gleichfalls alle Zahnbestandteile ausgebildet sind, diese aber in verkleinerter Form als fertig ausgebildeter Zahn (Odontoid) vorliegen. Am häufigsten ist es im anterioren Oberkiefer lokalisiert [Kramer et al., 1992]. Eine dritte Form des Odontoms stellt das sehr seltene ameloblastische Odontom oder auch Odontoameloblastom dar. Es handelt sich dabei um eine Neoplasie, die zusätzlich

blastische Odontom in Bezug auf seine Morphologie eher als ein Ameloblastom darstellt, wurde die Bezeichnung von der WHO in ameloblastisches Fibroodontom geändert [Alka et al., 2011].

Die genaue Ätiologie eines Odontoms ist bislang ungeklärt. In der Literatur werden verschiedene Ursachen wie Infektion, Vererbung und genetische Mutation angeführt [Owe et al., 1997]. Studien zeigen, dass auch ein Trauma während der Zahnent-



Abbildung 5: Zugvorrichtung an Zahn 35: adhäsiv befestigte Zugvorrichtung an der teilweise freigelegten Krone von Zahn 35

Foto: Alter

zu odontogenem Ektomesenchym noch ein odontogenes Gewebe enthält, das in Struktur und Wachstumsverhalten an ein Ameloblastom erinnert. Aufgrund des vorhandenen Ektomesenchyms kommt es in einzelnen Tumoranteilen zur induktiven Bildung vom Zahnbestandteilen wie Schmelz und Dentin. Da sich aber das amelo-

wicklung eine der Ursachen für das Auftreten eines Odontoms darstellen kann [Güngörmüs et al., 2010].

Während der Entstehung eines Odontoms sind drei Stadien in der Literatur beschrieben. In der frühen Phase erscheint das Odontom aufgrund mangelnder Mineralisation strahlentransparent und ist deshalb

radiologisch schwer von einem ameloblastischen Fibrom abzugrenzen. Die zweite Entwicklungsphase ist von partieller Mineralisation geprägt. Die Abgrenzung zu einem ossifizierenden oder zementierenden Fibrom kann in dieser Phase schwer fallen. In der letzten Phase ist die Mineralisation abgeschlossen und die Läsion von einer mehr oder weniger starken Gewebekapsel umschlossen [Garcia-Consuegra et al., 2000].

Als Therapie steht die konservative chirurgische Entfernung im Vordergrund, wobei die Rezidivrate eines ameloblastischen Fibroodontoms als sehr gering eingestuft wird. Das komplexe Odontom und auch das zusammengesetzte Odontom weisen in der Regel keine Rezidive auf [Reichart, 2002].

Häufig sind Odontome mit Diastemas oder verlagerten und retinierten Zähnen assoziiert. In der Literatur schwanken die Angaben zwischen 55,4 Prozent und 87 Prozent [Hidalgo-Sánchez et al., 2008; Tomizawa et al., 2005].

Falls nach der Entfernung eines Odontoms eine spontane Eruption verlagert oder retinierter Zähne mit Einstellung in die Zahnreihe nicht zu erwarten ist, werden diese freigelegt. Man unterscheidet grundsätzlich zwei Vorgehensweisen, die offene und die geschlossene Methode. Hinsichtlich der langen Nachbehandlungszeit mit häufigem Tamponadewechsel, kam im oben gezeigten Fall die geschlossene Methode zur Anwendung. Die Vorteile dieser Methode bestehen auch in der postoperativen kompletten Bedeckung des Wundgebiets und der Möglichkeit einer zielgerichteten orthodontischen Bewegung des Zahnes durch die befestigte Zugvorrichtung.

Dr. med. dent. Alexander Alter
Berliner Str. 73c
14467 Potsdam
alexander.alter@alumni.charite.de

Praxisanschrift:
Zahnarztpraxis Dr. Daniel Dr. Langer Dr. Alter
Tizianstr. 7
14467 Potsdam

zm Leser service

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

Differenzialdiagnose zystischer Raumforderungen des Oberkiefers

Entwicklung eines Karzinoms in einer plattenepithelialen Zyste

Carina Aschenbrenner, Stefan Legal, Martin Gosau, Torsten E. Reichert



Kliniker präsentieren Fälle mit hohem diagnostischem Schwierigkeitsgrad.



Fotos: Aschenbrenner et al.

Abbildung 1: Orthopantomogramm, Z.n. Zahnextraktion 23: ovale, zystische Aufhellung regio 22 bis 25

Eine 52-jährige Frau stellte sich auf Überweisung durch einen niedergelassenen Kollegen in der eigenen Ambulanz vor. Sie berichtete, dass sie sich vor circa einem Monat aufgrund einer schmerzhaften, putriden Entzündung in regio 23 mit Fistelung in hauszahnärztlicher Behandlung befand. Der Zahn 23 wurde extrahiert und die Patientin bei Verdacht auf eine infizierte radikuläre Zyste an einen niedergelassenen Kieferchirurgen überwiesen. Röntgenologisch zeigte sich eine ausgedehnte Osteolyse in regio 23 (Abbildungen 1 und 2). Durch den Kollegen wurde aufgrund des nicht heilenden Befunds eine Probebiopsie aus dem Bereich der ehemaligen Alveole entnommen. Der ortsansässige Pathologe stellte eine maligne Entartung des entnommenen Gewebes in ein hochdifferenziertes verhornendes Plattenepithelkarzinom fest (Abbildungen 3a und 3b). Aufgrund der vorliegenden Befunde wurde die Patientin an unsere Klinik überwiesen.

Bei der Inspektion der Mundhöhle imponierte in regio 23 der klinische Befund einer vor Kurzem stattgefundenen Zahnextraktion mit deutlichem Verlust der bukkalen Knochenlamelle. Im Seitenvergleich war keine Asymmetrie im Sinne einer Vor-

wölbung oder Schwellung erkennbar. Die Mundhygiene der Patientin zeigte Mängel (Abbildung 4).

Aufgrund des vorliegenden histopathologischen Gutachtens wurde ein Tumorstaging vorgenommen. Der als Zyste imponierende Befund zeigte in den durchgeführten bildgebenden Untersuchungen keine Infiltration des umliegenden Gewebes und stellte sich als nicht karzinom-typisch dar. Ein Anhalt für eine Metastasierung lag nicht vor.

Die vollständige operative Entfernung der Läsion erfolgte im Sinne einer Zystektomie mit peripherer Ostektomie. Das Resektat wurde zur histopathologischen Untersuchung eingeschickt. Bei Vorliegen einer oro-antralen und oro-nasalen Verbindung (Nasenboden, Kieferhöhle) erfolgte die Defektdeckung durch regionale Lappenplastiken und eine Verbandsplatte.

Das abschließende pathologische Gutachten ergab die Diagnose einer plattenepithelialen Zyste mit einem darin befindlichen Carcinoma in situ. Die Resektionsränder waren tumorfrei (Abbildungen 6a und 6b).

Die Verbandsplatte wurde am zehnten postoperativen Tag bei reizlosen

lokalen Wundverhältnissen entfernt und die Patientin in die Tumornachsorge aufgenommen.

Diskussion

Bei den im Kieferknochen des Ober- und des Unterkiefers auftretenden Zysten handelt es sich meist um odontogene Zysten, die aus Strukturen der embryonalen Zahnanlage entstehen [Reichert PA, 1999].

Für die Einteilung der epithelialen Kieferzysten gilt die WHO-Klassifikation von 2005 nach Barnes et al., die nach der Genese unterscheidet (odontogen, nicht-odontogen, entzündlich bedingt, durch Entwicklungsstörungen bedingt). Daneben existieren Pseudozysten ohne Epithelauskleidung [Barnes L, 2005].

Vergleicht man das Auftreten epithelialer Kieferzysten in der Population, so sind die radikulären und residualen Zysten mit 52,3 Prozent die häufigsten [Reichert PA, 1999; Neukam FW, 2009].

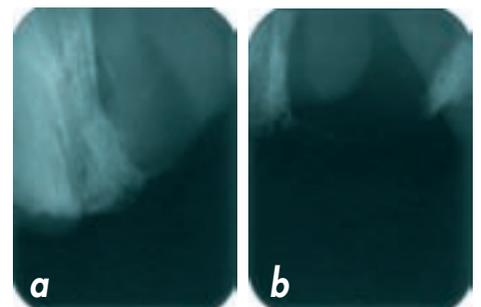
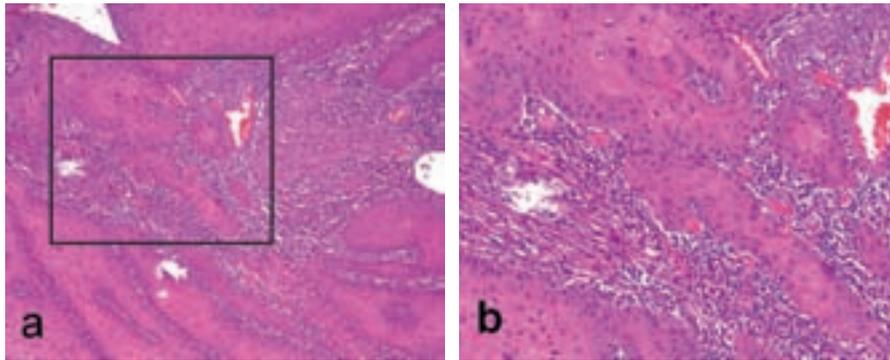


Abbildung 2a und 2b: Zahnfilm-Röntgen regio 21 bis 23 mit deutlich sichtbarer Osteolyse



Abbildungen 3a und 3b: Histopathologischer Befund der Probebiopsie: unregelmäßiges Plattenepithel mit strukturellen und zellulären Atypien sowie flankierenden Epitheldysplasien; in Abbildung 3b erkennbares, lokal invasives Wachstum eines hoch differenzierten verhornenden Plattenepithelkarzinoms; deutliche entzündliche Überlagerung [Die histologischen Abbildungen wurden freundlicherweise von Dr. Andreas Wullbrand, Hamburg, angefertigt.]

Die radikuläre Zyste entsteht infolge einer chronischen Entzündung des periapikalen Gewebes eines avitalen Zahnes mit bestehendem apikalem Granulom. Aufgrund des Entzündungsreizes proliferieren die Malassez'schen Epithelreste und initiieren das Zystenwachstum. Lumenwärts ist die radikuläre Zyste mit einem mehrschichtigen, nicht verhornenden Plattenepithel

ausgekleidet. Nach außen hin folgen die Zone des chronisch-entzündlichen Infiltrats und eine bindegewebige Kapsel [Neukam FW, 2009]. Die Wurzelspitze des verursachenden, avitalen Zahnes ragt bei radikulären Zysten in das Zystenlumen. Dabei kann die radikuläre Zyste apikal oder lateral liegen. Die Entstehung und das Zystenwachstum verlaufen in der Mehrzahl

asymptomatisch, so dass sie in der röntgenologischen Untersuchung meist als Zufallsbefund auftreten. Radiologisch ist die radikuläre Zyste charakterisiert durch eine mehr als zehn Millimeter messende, periapikale, einkammerige, scharf begrenzte Osteolyse mit homogener Binnenstruktur und sklerotischem Randsaum. Letzterer steht in Verbindung mit der Lamina dura des



Abbildung 4: Unauffälliger klinischer Befund einer Wundheilung nach stattgefundener Extraktion und Biopsieentnahme in regio 23; nebenbefundlich Plaque und Gingivitis regio 13, 15 und 16



Abbildung 5: Postoperatives Orthopantomogramm: Darstellung des knöchernen Defekts; die Zähne 15, 16 und 45 wurden entfernt; metall-dichte Verschattungen im Bereich des Gaumens entsprechend zweier Fixierschrauben zur Befestigung der Verbandsplatte am Oberkiefer

betreffenden Zahnes [Martin-Duverneuil N, 2009].

Meist werden radikuläre Zysten erst aufgrund einer sekundären putriden Entzündung, wie auch im vorliegenden Patientenfall, erkannt [Alexandridis C, 2007].

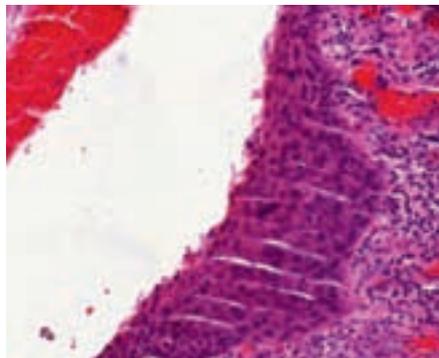
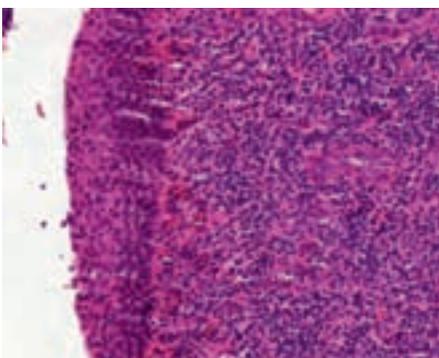
Differenzialdiagnostisch sind bei der Verdachtsdiagnose einer radikulären Zyste im Oberkiefer neben den nicht-odontogenen Zysten die (benigen) odontogenen Tumoren, wie zum Beispiel das Ameloblastom und der keratozystisch odontogene Tumor abzugrenzen. Ebenfalls ist die Möglichkeit einer malignen Transformation von Zystenepithel nicht auszuschließen. Eine Probebiopsie ist im Zweifelsfall sinnvoll und bei ausgedehnten Befunden unerlässlich.

Die Therapie einer radikulären Zyste ist abhängig von ihrer Größe. Bis zu einem Zystendurchmesser von zehn Millimetern wird die endodontische Therapie mit radiologischer Verlaufskontrolle in der Literatur beschrieben. Ist der Befund größer, ist eine chirurgische Therapie indiziert. Dabei unterscheidet man die Zystektomie (Enukleation), wie sie im vorliegenden Fall durchgeführt wurde, von der Zystostomie (Fensterung der Zyste zur Mundhöhle) und von der Zystantrostomie (Fensterung der Zyste zur Kieferhöhle) [Alexandridis C, 2007; Neukam FW, 2009]. Der verursachende Zahn wird, abhängig von seiner Erhaltungswürdigkeit, entweder einer Wurzelbehandlung mit Wurzelspitzenresektion unterzogen oder extrahiert. Eine histopathologische Unter-

suchung des entnommenen Zystengewebes ist in jedem Fall zu veranlassen.

Im vorliegenden Fall wurde eine Zystektomie mit peripherer Ostektomie vorgenommen. Intraoperativ war die histologische Schnellschnittuntersuchung ausschlaggebend, die tumorfreie Ränder im zystischen Resektat bescheinigte. Auf eine Resektion mit Sicherheitsabstand wurde deshalb verzichtet.

Das auskleidende Epithel odontogener Zysten kann bei der histopathologischen Untersuchung eine unregelmäßige Gestalt aufweisen: Dabei sind eine Verdickung der Zystenwand, eine Keratinisierung und eine dysplastische Transformation zu nennen [Nölken R, 2006]. Fallpublikationen über maligne Entartungen odontogener Zysten in Plattenepithel- und Mukoepidermoidkarzinome sind in der Literatur beschrieben [Eversole LR, 1999; Bodner L, 2011], jedoch ist die Häufigkeit einer malignen Transformation des auskleidenden Zystenepithels gering (0,12 Prozent) [Nölken R, 2006]. Als prädisponierender Faktor wird ein chronischer Entzündungsreiz mit reaktiver Epithelproliferation angenommen [Schwimmer AM, 1991]. Mikroskopisch können im Transformationsverlauf eine Hyperplasie des Zystenepithels, eine Zunahme der Keratinisierung (Hyperkeratose) bis hin zur Dyskeratose beobachtet werden. Anzeichen für ein malignes Geschehen geben hyperchromatische Zellkerne, der Verlust der Zellorientierung, Polymorphismen und



Abbildungen 6a und 6b: Das pathologische Gutachten lieferte die Diagnose einer plattenepithelialen Zyste mit fibrosiertem Zystenbalg und abschnittsweise entwickeltem Carcinoma in situ (pTis) des auskleidenden Plattenepithels bei Fehlen eines invasiven Karzinoms [mit freundlicher Überlassung durch R. Krupar, Pathologie im Uniklinikum Regensburg]. Nebenbefundlich zeigte sich eine chronisch-rezidivierende, floride Entzündung im Bereich der Nasennebenhöhlenschleimhaut.

abnorme Mitosefiguren [Browne RM, 1972].

Die klinische Untersuchung liefert im Initialstadium häufig keinen karzinom-verdächtigen Befund wie zum Beispiel Parästhesien oder Lymphknotenschwellungen. Radiologisch zeigt sich in fortgeschrittenem Stadium eine zystische, meist runde bis ovale, unscharf begrenzte Transluzenz [Nölken R, 2006].

Aus odontogenen Zysten entstehende Plattenepithelkarzinome sind im Unterkiefer doppelt so häufig anzutreffen wie im Oberkiefer und entstehen doppelt so häufig aus follikulären Zysten wie aus radikulären Zysten beziehungsweise Residualzysten. Keratinisierte odontogene Zysten scheinen ein erhöhtes Risiko zur Entartung zu haben verglichen mit nicht-keratinisierten Zysten [Nölken R, 2006].

Im Kieferknochen entstehende Plattenepithelkarzinome, die keine Verbindung zur Mund- beziehungsweise Kieferhöhlenschleimhaut aufweisen, heißen primäre intraossäre Plattenepithelkarzinome. Sie sind makroskopisch durch das Fehlen einer



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

Mundschleimhautsymptomatik (Ulcus) im Tumorbereich charakterisiert, sowie durch die Abwesenheit eines anderen primären Tumors [Suei Y, 1994]. Entwickeln sie sich auf Basis einer Zyste, kann mikroskopisch der Übergang des Zystenepithels in ein Plattenepithelkarzinom nachgewiesen werden [Schwimmer AM 1991; Eversole LR, 1999; Gardner AF, 1975]. Wie andere Malignome wachsen sie infiltrierend und führen im fortgeschrittenen Stadium zu einer knöchernen Auftreibung mit Wurzelresorptionen [Nölken R, 2006].

Die Therapie hängt von der Ausdehnung des Befunds und dem Vorhandensein von Metastasen ab. Ein Tumorstaging ist in jedem Fall durchzuführen. Im vorliegenden

Fazit für die Praxis

■ Jede (auch kleine) radikuläre Zyste sollte einer histopathologischen Untersuchung unterzogen werden.

■ Differenzialdiagnosen der radikulären Zyste sind neben den nicht-odontogenen Zysten die (benignen) odontogenen Tumoren, wie das Ameloblastom und der keratozystisch odontogene Tumor (KZOT). Bei großen, zystischen Befunden sind eine Probebiopsie und eine Überweisung an eine Fachklinik indiziert.

■ Eine maligne Transformation odontogener Zysten ist selten. Das auskleidende Zystenepithel kann in ein Plattenepithel- oder in ein Mukoepidermoidkarzinom entarten.

■ Aus odontogenen Zysten entstehende Plattenepithelkarzinome entstehen doppelt so häufig aus follikulären Zysten wie aus radikulären Zysten beziehungsweise Residualzysten. Keratinisierte odontogene Zysten (siehe KZOT) haben ein höheres Risiko zur Entartung als nicht-keratinisierte.

Fall wurde aufgrund der Staging-Ergebnisse und der intraoperativen Inspektion des Befunds eine Zystektomie (extrakapsuläre Tumordissektion) durchgeführt. Bei infiltrierendem Wachstum ist eine Resektion mit Sicherheitsabstand notwendig. Liegen suspekter Lymphknoten vor, kann eine Ausräumung der Halslymphknoten (Neck dissection) notwendig sein [Nölken R, 2006].

*Dr. Carina Aschenbrenner
Dr. Stefan Legal
PD Dr. Dr. Martin Gosau
Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie
Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg
Carina.Aschenbrenner@klinik.uni-regensburg.de*



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

Die klinisch-ethische Falldiskussion

Eine minderjährige schwangere Patientin

Dominik Groß, Brigitte Utzig und Ralf Vollmuth

Dieser Fall thematisiert die zahnärztliche Schweigepflicht und damit verbundene Loyalitätskonflikte bei der Behandlung einer minderjährigen schwangeren Patientin. Die Kommentare sind von Zahnärzten verfasst, die im Bereich der klinischen Ethik vorgebildet, jedoch keine Juristen sind.



Der Fallbericht:

Zahnarzt Dr. EH behandelt seit über 20 Jahren alle Mitglieder der Familie Müller. Er unterhält mit der Familie auch privaten Kontakt: EH und der Familienvater FM, ein evangelischer Theologe in den Fünfzigern, kennen sich noch aus Kindergartenzeiten, und auch ihre Kinder verkehren teilweise im gleichen Freundeskreis.

An einem Montagvormittag stellt sich die knapp 17-jährige, aufgeweckte und quirlige Tochter von FM mit pulpitischen Beschwer-

den an Zahn 46 vor. Ihre Mutter hat sie kurzfristig vom Gymnasium abgeholt und mit dem Auto zur Praxis chauffiert. Sie nimmt im Wartezimmer Platz, während die Tochter mit dem Zahnarzt in den Behandlungsraum geht. EH ordnet zunächst ein Röntgenbild an. Die Zahnmedizinische Fachangestellte

bittet die Patientin – wie vor Röntgenaufnahmen üblich – um eine Unterschrift, die bestätigt, dass keine Schwangerschaft vorliegt. Die Patientin reagiert verstört und gibt an, an diesem Tag nicht geröntgt werden zu wollen. Die Fachangestellte erklärt ihr die Relevanz und Dringlichkeit der Maßnahme, worauf die Patientin in Tränen ausbricht. EH wird dazugerufen, und die Patientin eröffnet ihm tränenüberströmt, dass sie schwanger sei. Ihre Eltern wüssten

nichts davon und dürften auch nichts erfahren, zumal sie noch nicht entschieden habe, ob sie „das Kind haben möchte“. Auch deshalb wolle sie ihre Eltern „nicht unnötig beunruhigen“.

EH ist bedrückt und verunsichert und ringt mit folgenden Fragen:

1. Soll er dem Wunsch der minderjährigen Patientin entsprechen, beziehungsweise gilt die (zahn)ärztliche Schweigepflicht auch für Minderjährige?
2. Soll/darf er die Patientin mit ihrem „Problem“ allein lassen? Kann er annehmen, dass die Patientin die Tragweite der anstehenden Entscheidung über die Fortsetzung beziehungsweise den Abbruch der Schwangerschaft übersieht?
3. Welche Verpflichtungen hat er gegenüber seinen Freunden, den noch ahnungslosen Eltern. Soll er sie informieren oder soll



er die Patientin drängen, sich den Eltern zu offenbaren?

4. Und welchen Einfluss hat bei seiner Entscheidungsfindung die Tatsache, dass die Patientin einen Schwangerschaftsabbruch in Betracht zieht?

Dominik Groß

Kommentar 1

Es scheint hilfreich, vorab die im vorliegenden Fall relevanten rechtlichen Rahmenbedingungen in den Blick zu nehmen:

Bei der Schweigepflicht des Arztes nach § 203 StGB gegenüber Minderjährigen wird differenziert, ob deren Einsichtsfähigkeit erkennbar ist. Im Merkblatt zur ärztlichen Schweigepflicht [Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2009] heißt es: „Bei Minderjährigen unter 15 Jahren ist der Arzt in der Regel berechtigt, die Eltern in vollem Umfang zu unterrichten, da normalerweise unter 15 Jahren noch keine Einsichtsfähigkeit des Minderjährigen gegeben ist. Bei Minderjährigen über 15 Jahren ist das Patientengeheimnis jedoch regelmäßig zu beachten. Maßgebend sind aber immer die Umstände des Einzelfalles.“ Der verfassungsrechtlich geschützte Informationsanspruch der Eltern tritt also mit dem zunehmenden Vermögen des Kindes, über seine Angelegenheiten selbstständig entscheiden zu können, zurück. Es gilt das Selbstbestimmungsrecht des Kindes, das mit dem 14. Lebensjahr einsetzt [Schweigepflicht o.J.; Kölch/Fegert, 2007]. So gab das Landgericht Köln einer Gynäkologin Recht, die

die Eltern einer 15-jährigen nicht über deren Schwangerschaft in Kenntnis gesetzt hatte [Landgericht Köln, 2008]. Bei jugendlichen Patienten ist also regelmäßig das Patientengeheimnis gegenüber den Eltern zu wahren, sofern keine Gefahr für Leib und Leben besteht [Harneit/Haug, 2008].

Wie stellt sich dieser Fall nun aus ethischer Sicht dar? Die nachfolgende Analyse bedient sich der vier Prinzipien nach Beauchamp/Childress [2009]:

■ Respekt vor der Patientenautonomie (Autonomieprinzip):

Die knapp 17-jährige Gymnasiastin hat aufgrund ihres Alters und ihres Intellekts zweifelsohne Anspruch auf ihr Selbstbestimmungsrecht und auf die Schweigepflicht des Arztes. Sie zeigt Verantwortung für den Fötus angesichts des Röntgens, andererseits aber Überforderung und Unreife in Bezug auf die Entscheidung für oder gegen ihr Kind. Es fehlt ihr offensichtlich an einer Beratung, die ihr alle Optionen aufzeigt. Ihre Patientenautonomie respektieren bedeutet in diesem Fall, die narrative Wirklichkeit der Patientin zuzulassen, anstatt fremdbestimmend einzugreifen. Die ersuchte zahnärztliche Schmerzbehandlung kann bei pulpi-

tischen Beschwerden primär ohne Zahnfilm ganz nach klinischer Situation durchgeführt werden mit der Aufklärung, dass die definitive Behandlung ein bis zwei Monate später erfolgen wird.

■ Non-Malefizien-Prinzip (Nichtschadensgebot):

Das Nichtschadensgebot bezogen auf das ungeborene Kind impliziert, dass für die radiologische Untersuchung das zweite Schwangerschafts-Trimenon abgewartet werden sollte, denn in der die Organogenese betreffenden vulnerablen Phase der ersten zwölf Wochen ist meines Erachtens nur bei zwingender, dringlicher, unaufschiebbarer Diagnostik eine die Risiken abwägende und rechtfertigende Indikation, wie in der Röntgenverordnung verlangt, denkbar. Nichtschaden in Bezug auf die junge werdende Mutter könnte nahelegen, die Angelegenheit in der Triade mit den Eltern „auf den Tisch“ zu bringen, würde aber der neueren Rechtsprechung zuwiderlaufen (siehe oben). Es wäre eine Bloßstellung der jungen Frau und eine Verletzung der Schweigepflicht. Weiterführende Gespräche bei einer Beratungsstelle sind jedoch dringend geboten, denn Trauerarbeit – auch eine verspätete – ist schwer. Außerdem gilt das Prinzip, niemandem Schaden zuzufügen, hier meines Erachtens auch für den Zahnarzt selbst. In diesem Fall – bei einer Verquickung zahnärztlicher und privater Interessen – ist auch § 2 Abs. 5b der zahnärztlichen Berufsordnung in Erwägung zu ziehen: „Der Zahnarzt kann die Behandlung ablehnen, wenn ihm diese nach pflichtgemäßer Interessenlage nicht zugemutet werden kann.“ Sein Unbehagen zeigt, dass er hier nicht einfach einem Behandlungsalgorithmus folgen kann. Wenn der befreundete Zahnarzt und die Patientin in ihrem gemeinsamen Gespräch keinen Lösungsweg planen können, der beiden Zuversicht gibt, dann sollte der Zahnarzt überlegen, die Behandlung abzulehnen, um nicht selbst in einem Gewissenskonflikt aufgrund seiner Freundschaft mit den Eltern leben zu müssen. Konkret würde das bedeuten, ihr nach einem gemeinsamen, fruchtlosen Gespräch eine Überweisung zur „Weiterbehandlung bei Gravidität“ mitzugeben.

■ Benefizienz-Prinzip

(Gebot des ärztlichen Wohltuns):

Wenn man das ungeborene Kind beim Non-Malefizien-Prinzip entsprechend RöV und StrlSchV berücksichtigt, dann muss man dies konsequenterweise auch beim „Prinzip des Wohltuns“ bedenken. Der Hippokratische Eid und das Genfer Gelöbnis besitzen historischen Wert, und die Berufsordnung der Ärzte führt den Schwangerschaftsabbruch explizit mit der „Erhaltung des ungeborenen Lebens“ auf, dennoch darf der Zahnarzt seine Haltung zum Wohl des Kindes äußern, nicht um die Patientin zu manipulieren oder zu verurteilen, sondern um sein eigenes Gewissen zu entlasten und um letztendlich die gebotene, souveräne Entscheidungsfindung der jungen Frau zu unterstützen. Angebracht sind ermutigendes Nachfragen („Haben bereits Gespräche mit der Gynäkologin, dem Hausarzt beziehungsweise der Beratungsstelle stattgefunden?“) und das Angebot, entsprechende Telefonnummern mitzugeben. Der Zahnarzt kann als Freund der Familie seine Hilfe als Mediator im Gespräch mit den Eltern anbieten, ohne dabei ihr Vertrauen zu verletzen. Benefit für die Patientin ist – neben der Schmerzbehandlung – Entscheidungsautonomie. Das Gespräch in der Zahnarztpraxis ist hier ein Teil dieses Prozesses.

■ Gebot einer gerechten Behandlung

(Gerechtigkeitsprinzip):

Gerechtigkeit in diesem Fall bedeutet, dass die zahnärztliche Behandlung zugunsten der ungestörten kindlichen Entwicklung – bis auf die Schmerzbehandlung – im ersten Trimenon zurücksteht, denn während §218a StGB den „seelischen Gesundheitszustand der Schwangeren“ fokussiert, ist der radiologisch tätige Arzt/Zahnarzt berechtigt, im Spannungsfeld „Gerechtigkeit für den Fötus/Embryo versus Gerechtigkeit für die Schwangere“ die Priorität zugunsten des werdenden Menschen zu verschieben. Der Zahnarzt nimmt somit begründet durch die RöV eine Sonderrolle zugunsten des Kindes im Entscheidungsfindungsprozess einer Schwangeren ein. Bezüglich der Schweigepflicht ergibt sich übrigens eine Ungleichbehandlung, die von der Versiche-



Die Tatsache, dass der Vater der minderjährigen schwangeren Patientin Theologe und Freund des Zahnarztes ist, erschwert den Fall für den Behandler in mehrfacher Hinsicht.

Fotos: CC/zm

rungsart abhängt: Ist die jugendliche Patientin privat mit ihren Eltern versichert und wird zudem andernorts ärztlich behandelt, reduzieren sich die Möglichkeiten ihrer Autonomie, da aufgrund der ärztlichen Rechnungsstellung (Angabe der Diagnosen) eine Geheimhaltung vor den Eltern nicht mehr gegeben ist [Kölch/Fegert, 2007], spätestens beim Schwangerschaftsabbruch selbst. Dies kann man der Patientin im Gespräch zu bedenken geben.

In der Summe ergibt sich, dass der Anspruch der Patientin auf Selbstbestimmung und auf Einhaltung der (zahn)ärztlichen Schweigepflicht – ungeachtet der bestehenden freundschaftlichen Beziehungen zur Familie der Patientin – zu wahren ist. Ein ermutigendes Nachfragen und ein Hilfsangebot seitens des Zahnarztes sind gleichwohl angebracht. Wenn EH und seine Patientin keinen modus vivendi finden, der beiden Zuversicht gibt, darf der Zahnarzt die weitere Behandlung aus Gewissensgründen ablehnen und eine sachgerechte Überwei-

sung ausstellen. Epikritisch muss man sich nach den neu gewonnenen Informationen als Zahnarzt fragen, ob es zum Schutz der Privatsphäre nicht erforderlich ist, junge Mädchen ab 15 Jahren grundsätzlich ohne Beisein der Eltern oder anderer Verwandter zu befragen, wenn es um Schwangerschaft, Hormoneinnahme, Erkrankungen oder Ähnliches geht. Begleitpersonen würden demnach bei dieser Altersgruppe nicht mehr ins Behandlungszimmer gehören und nur gezielt für erwünschte Besprechungen dazu gerufen werden. Denn es wäre forensisch nicht tragbar und möglicherweise fatal, wenn man bei einer schwangeren 17-Jährigen etwa in der zehnten Schwangerschaftswoche eine digitale Volumentomografie wegen eines verlagerten Eckzahns vornehmen würde, nur weil sie in Anwesenheit der Mutter befragt wurde und sie ihre Schwangerschaft aufgrund einer Konfliktsituation nicht bekennen konnte.

Brigitte Utzig

Kommentar 2

Im vorliegenden Fall befindet sich der Zahnarzt Dr. EH in einer Situation, in der die berufliche Entscheidungsfindung in Konkurrenz mit privaten Verflechtungen und Verpflichtungen tritt. Das Dilemma besteht darin, dass der Wunsch der minderjährigen Patientin, eine bestehende Schwangerschaft und die Überlegungen hinsichtlich eines Schwangerschaftsabbruchs den Eltern nicht zu offenbaren, dem durch eine jahrzehntelange Freundschaft mit der Familie und insbesondere dem Vater begründeten Vertrauensverhältnis diametral entgegensteht. Während die drei ethischen Prinzipien Gerechtigkeit, Benefizienz (Gebot des ärztlichen Wohltuns) und Non-Malefizienz (Nichtschadensgebot) bei der Beurteilung zunächst in den Hintergrund treten, kommt dem vierten Prinzip der prinzipienorientierten Ethik nach Beauchamp und Childress – dem Respekt vor der Patientenautonomie – eine besondere Bedeutung zu. Ihre Bewertung und Gewichtung sind vor dem Hintergrund der Rechtslage für das weitere Verhalten des Zahnarztes ausschlaggebend.

Aus rechtlicher Sicht gelten die ärztliche Schweigepflicht und die Selbstbestimmung des Patienten grundsätzlich auch für Minderjährige. Selbst bei einem Schwangerschaftsabbruch benötigt die minderjährige Patientin nicht die Zustimmung ihrer Eltern, sofern die Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit eindeutig gegeben ist [DGGG/AG MedR, 2008]. Diese wiederum hängt maßgeblich vom intellektuellen und psychosozialen Entwicklungs- und Reifegrad der Patientin ab. Problematisch ist die Beurteilung dann, wenn der Arzt sich kein eindeutiges Bild von der Einwilligungsfähigkeit

verschaffen kann, beziehungsweise daran Zweifel hegt. In solchen Fällen sind die Eltern mit einzubeziehen.

Im vorliegenden Fall wird die Patientin indes als aufgeweckte, quirlige junge Frau geschildert, die knapp 17-jährig eine höhere Schule besucht. EH muss zu dem Schluss kommen, dass die Einwilligungsfähigkeit vorliegt, und somit den Wunsch der Patientin, die Eltern nicht zu informieren, respektieren. Er kennt sowohl die junge Frau wie auch die familiären Hintergründe, so dass er sich kaum darauf berufen kann, die Einwilligungsfähigkeit nicht oder nur unzureichend einschätzen zu können. Auch die mögliche Argumentation, die minderjährige Patientin befinde sich in einer Zwangslage, weshalb die Einwilligungsfähigkeit eingeschränkt sei, entspricht einer paternalistischen Sichtweise und würde im Grundsatz alle Patienten in krisenhaften Lebenssituationen und Entscheidungslagen entmündigen.

Die Freundschaft zu den Eltern muss also zugunsten der Selbstbestimmung und Autonomie der Patientin hinten anstehen, auch wenn EH befürchtet, das freundschaftliche Verhältnis zu belasten. Er sollte – ergebnisoffen und ohne Druck aufzubauen – versuchen, die Patientin zu überzeugen, sich den Eltern zu offenbaren, und anbieten, dieses Gespräch als Arzt und als Freund anzubahnen oder zu moderieren. Mit diesem Vorgehen würde er die Patientin in ihrer Problemsituation nicht allein lassen, sondern im Sinne der in der anfänglichen rechtlichen Betrachtung zunächst vernachlässigten Prinzipien „Benefizienz“ und „Non-Malefizienz“ zur Seite stehen. Dieser Aspekt hat insofern besonderes Gewicht, als sich die Patientin noch im Entscheidungszwiespalt befindet, ob sie das Kind bekommen oder

INFO Glossar

Die Erläuterungen zu Fachbegriffen aus dieser Reihe sind unter Service/Glossar Ethik auf www.zm-online.de zu finden:

■ Einwilligungsfähigkeit

Fähigkeit einer betroffenen Person, in eine (medizinische) Maßnahme einzuwilligen beziehungsweise diese abzulehnen. Als einwilligungsfähig gilt, wer Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der ärztlichen Maßnahme erfassen kann.

■ Genfer Gelöbnis

1948 vom Weltärztebund (WMA) verabschiedete zeitgemäße Version des Eides des Hippokrates, die seit 2010 der zahnärztlichen Musterberufsordnung vorangestellt ist.

■ Paternalismus (stark und schwach)

Traditionelle Haltung, bei dem sich der (Zahn)Arzt in der Rolle eines fürsorglichen „Vaters“ sieht, der in bevormundender Weise Entscheidungen zum (vermeintlich) Besten des Kranken trifft (lat. pater = Vater). Während sich ein starker Paternalismus gegen den Willen einer autonomen Person richtet, betrifft ein schwacher Paternalismus Personen, die nicht autonom entscheiden können (etwa Kinder oder psychisch kranke Patienten).

einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen möchte. An der Verpflichtung, den Willen der jungen Frau letztlich zu respektieren, ändert dies jedoch nichts, zumal EH als Zahnarzt und Freund der Familie in Erscheinung tritt, im Hinblick auf diese weitreichende Entscheidung aber vor allem der betreuende Gynäkologe als sachkompetenter Ratgeber in der Pflicht ist.

Ralf Vollmuth



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

Korrespondenzadressen:

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

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

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

Heben Sie diese Seite für einen Fall aus Ihrer Praxis auf

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

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

◀ Graue Felder nicht ausfüllen!
▼

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

Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation):

lebensbedrohlich: ja nein

aufgetreten am: _____ Dauer: _____

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

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

Allgemeinerkrankung: _____

behandelt mit: _____

Anamnestische Besonderheiten: Nikotin Alkohol Schwangerschaft Kontrazeptiva Arzneimittel. Missbrauch

Sonstiges: _____

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten
nein ja gegen: _____

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung: _____

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

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

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

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

Unterschrift

ADHS bei Kindern

Die sind doch krank



Unruhig, unkonzentriert, unfolgsam und unverstanden – Kinder mit ADHS haben es nicht leicht, werden sie durch ihr Leiden doch schnell zu Außenseitern, ob in der Schule oder im Kindergarten. Dabei gibt es Möglichkeiten, wie ihnen geholfen werden kann.

Das Problem hat es offenbar immer schon gegeben: Die Symptome des „Zappelphilipp“ sind seit 1845, dem Erscheinungsjahr des Kinderbuches „Struwwelpeter“, aktenkundig. Auch Wolfgang Amadeus Mozart soll ein hyperaktives Kind gewesen sein, Albert Einstein und Thomas Edison ebenso. Selbst der gemütliche, dicke Zigarrenraucher Winston Churchill muss in seiner Kindheit die Lehrer seiner britischen Internate zur Verzweiflung getrieben haben – als gehöriger „Fidgety Phil“ (wie die Zappler

auf der Insel bezeichnet werden). Die Reihe der berühmten Hyperkinetiker lässt sich mühelos fortsetzen: Auch Ex-US-Präsident Bill Clinton wird zu ihnen gezählt. Für die Eltern eines hyperaktiven Kindes ist die Prominentenparade nur ein schwacher Trost: Viel zu sehr sind sie damit beschäftigt, ihr Kind und sich selbst über die immer neuen kleineren und größeren Katastrophen hinweg zu bugsieren, die durch das ständig überdrehte und impulsive Kind ausgelöst werden.

Nach einer aktuellen Untersuchung aus Bayern zeigen bereits bei der Einschulung 13 Prozent der Jungen und acht Prozent der Mädchen Symptome von Konzentrationsstörungen und motorischer Hyperaktivität. In der vierten Klasse sind dann schon 18,8 Prozent der Jungen und 9,6 Prozent der Mädchen betroffen. Sind diese Kinder krank? Welche unter ihnen benötigen Hilfe? Und welche Hilfen, Therapien und Förderung brauchen sie wirklich? Um diese Fragen ging es bei einem gemeinsamen Symposium der „Stiftung Kindergesundheit“ (München) und der „Deutschen Kinderhilfe“ (Berlin) unter dem Motto „ADHS in unserer Gesellschaft – wie wir damit umgehen können“ in München.

Unaufmerksam und überaktiv

ADS steht für Aufmerksamkeits-Defizit-Störung ohne, ADHS mit Hyperaktivität (siehe Kasten). Die wichtigsten Merkmale von ADHS sind Unaufmerksamkeit, Überaktivität und ein unbeherrschtes, impulsives Verhalten. „Die Existenz der Störung ist längst nicht mehr umstritten. Durch die volkstümliche Bezeichnung „Zappelphilipp“ wird das Problem lediglich verniedlicht“, sagte Prof. Berthold Koletzko, Vorsitzender der Stiftung Kindergesundheit. „Die betroffenen Kinder entwickeln sich oft zum Schrecken ihrer Umgebung. Viele von ihnen sind aufgedreht, entwickeln einen fast aggressiven Bewegungsdrang, sind aufbrausend, können leicht ausrasten und mit ihren unvermittelten Wutausbrüchen Eltern, Spielkameraden

Foto: somenski – Fotolia.com

Kinder mit ADHS sind häufig keine einfachen Spielkameraden. Durch ihr übermütiges und vorlautes Verhalten kann es passieren, dass sie von anderen Kindern gemieden werden.



Foto: Vario Images

Probleme schon im Kindergarten

Wie Kinder- und Jugendpsychiater Prof. Martin H. Schmidt vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim in München berichtete, macht sich die Störung meist schon im Vorschulalter bemerkbar. Bei der Hälfte der Kinder bessert sich der Zustand mit Beginn der Pubertät, in 30 Prozent der Fälle bleibt er aber auch im Erwachsenenalter bestehen. Schmidt: „Das größte Problem liegt in der gestörten Konzentrationsfähigkeit: Das Kind wechselt die Spiele schnell, kann nicht warten, weiß oft nicht, was es machen soll, und hat dann schlechte Laune. Das Zusammenspiel mit anderen Kindern ist oft gestört, weil das Kind die Spielregeln auch nach dem zehnten Mal noch nicht begreift oder diese nicht einhält, es ist ungestüm

und Lehrer zur Weißglut bringen. Andere können sich nicht konzentrieren, scheinen nicht zuhören zu können, sind leicht ablenkbar, vergessen viel und wirken schusselig. Die Familien sind verzweifelt und die Schule kapituliert vor der Herausforderung.“

Die medikamentöse Behandlung des Zappelphilipps wird in diesem Jahr 75 Jahre alt: Es war 1937, als das amerikanische Forscher Ehepaar Bradley die Symptomatik des hyperaktiven Kindes genauer beschrieb und auch mit Stimulanzien die ersten therapeutischen Erfolge hatte. Seither ist die Wirksamkeit der Behandlung in weit über 6 000 Publikationen bestätigt worden.

Wenn Kinder mit Medikamenten behandelt werden, um ihr Verhalten zu beeinflussen, wird die Öffentlichkeit zu Recht hellhörig. Obwohl die ADHS – Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit Hyperaktivität – als international am besten untersuchte Störung der Kinderpsychiatrie gilt, wird die Diskussion oft ideologisch und emotional geführt. Auch manche Medien schüren immer wieder Zweifel an der Existenz des Leidens und vermuten hinter seiner Behandlung mit Stimulanzien wie Ritalin eine finstere Verschwörung von Ärzten und Pharmaherstellern.

INFO

ADS und ADHS – wo liegt der Unterschied?

Die Leitlinie der „Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte“ legt für den Krankheitsbegriff – ähnlich wie die Leitlinien der „American Academy of Pediatrics“ – die Kriterien nach DSM IV zugrunde.

Der vorwiegend hyperaktiv-impulsive Subtypus ADHS liegt vor, wenn unaufmerksames und impulsives Verhalten mit deutlicher Hyperaktivität ausgeprägt ist, nicht dem Alter und nicht dem Entwicklungsstand entspricht und zu deutlicher Beeinträchtigung in verschiedenen sozialen Bezugssystemen und im Leistungsbereich von Schule und Beruf führt. Klinische Relevanz erreichen diese Auffälligkeiten, wenn sie länger als sechs Monate bestehen und wenn beeinträchtigende Symptome von Hyperaktivität-Impulsivität und Unaufmerksamkeit bereits vor dem Alter von sieben Jahren vorhanden gewesen sind. Im Schulalter typische Symptome sind: mangelnde Akzeptanz von Regeln in Familie, Spielgruppe und Klassengemeinschaft, Stören im Unterricht, Probleme bei den Hausaufgaben, wenig Ausdauer, starke Ablenkbarkeit, emotionale Instabilität,

geringe Frustrationstoleranz, Wutanfälle, aggressives Verhalten, schlechte Schrift, chaotisches Ordnungsverhalten, andauerndes Reden, Geräuschproduktion, überhastetes Sprechen (Poltern), unpassende Mimik, Gestik und Körpersprache, Ungeschicklichkeit, häufige Unfälle, Außen-seitertum, niedriges Selbstbewusstsein.

Der vorwiegend unaufmerksame Subtyp ADS (ohne Hyperaktivität) ist der „Träumertyp“ (überwiegend bei Mädchen): starke Stimmungsschwankungen, missmutig, unzufrieden, innerlich unruhig; fehlende Selbstorganisation: vergesslich, unpünktlich, trödelte; schlechte Leistung trotz Anstrengung, mangelnde Ausdauer und Konzentration; keine anhaltenden Freundschaften; Suchtverhalten: Süßigkeiten, Cola, Nikotin, Kaffee; Zwänge, zum Beispiel Einkaufen, Sortieren; Nägelkauen, Selbstverletzungen.

Im späteren Verlauf wird die Alltagsbewältigung zunehmend problematisch durch Ängste und Depressionen. Träumer fallen allgemein zunächst weniger deutlich auf als die Hyperaktiven und werden deswegen auch später diagnostiziert. ■

und frech und wird schon bald von anderen Kindern gemieden.“

Auch die Eltern können rasch ins soziale Abseits geraten. Im Restaurant oder in der Wohnung von Freunden ist das Kind wie ein Perpetuum mobile – ständig in Bewegung. Es bleibt kein Stein auf dem anderen. Das Risiko ist groß, mit einem solchen Kind kein zweites Mal eingeladen zu werden.

Schmidt wies den häufig erhobenen Vorwurf zurück, dass nicht das Kind das Problem sei, sondern die heutige Gesellschaft, die keine unruhigen Kinder dulde, und dass nur deshalb die Kinder auf eine von Erwachsenen vorgeschriebene Norm gedrillt werden sollen. Er betonte: Kinder mit ADHS gibt es nicht nur in reichen Ländern, sondern kulturübergreifend auch in der Dritten Welt.



Foto: picture alliance

Litt als Kind unter ADHS, bekam später den Physik-Nobelpreis: Albert Einstein.

Auch die Lehrer sind nicht zu beneiden

Die Schwierigkeiten des ADHS-Kindes verstärken sich nach der Einschulung. Es kann nicht gehorchen und sich in die Gruppe einordnen. Es verbreitet ständig Unruhe in der Klasse, hustet auffällig laut, rülpst oder singt, wirft mit Stühlen um sich, redet dauernd dazwischen und leidet geradezu unter „Sprechdurchfall“, hört nicht zu, ärgert seine Mitschüler und lässt sich durch pädagogische Maßnahmen (Ermahnen, Erklären, Loben) nicht beeindrucken. Auf den Lehrer wirkt es ungehorsam, unwillig oder dumm, obwohl es normal begabt und nicht selten überdurchschnittlich intelligent ist.

Zwar sitzen laut Statistik heute in jeder Schulklasse ein bis zwei von ADHS betroffene Kinder. Doch viele Lehrer sind mit dem Krankheitsbild ADHS so wenig vertraut, dass sie das Kind sehr schnell auf eine Förderschule für Lernbehinderte (früher „Sonderschule“) schicken möchten, anstatt den Eltern die dringend notwendige Behandlung ihres Kindes bei einem Pädiater oder beim Kinder- und Jugendpsychiater zu empfehlen.

Das Kind braucht eine Chance

„Es geht nicht darum, die Kinder brav zu machen, sondern darum, ihre Chancen zu ihrer persönlichen Entfaltung zu erhalten“, betonte Schmidt. „Die Kinder haben ein Recht auf eine Behandlung, die ihnen eine ungestörte Entwicklung ermöglicht. Wird ihnen nicht geholfen, droht das Scheitern in der Schule, die Zuweisung zu einer Förderschule oder die Entwicklung sozial unangepassten Verhaltens.“

Kinder mit einer diagnostizierten ADHS gelangen zu 60 Prozent seltener aufs Gymnasium als unbelastete Kinder. Das sei ungerecht, sagte Schmidt: „Darf man ihnen den Weg ins Gymnasium verwehren, ihnen also eine Ausbildung zumuten, die ihren Fähigkeiten nicht angemessen ist, nur um eine Behandlung mit Stimulanzien zu vermeiden? Die Verantwortlichen müssen nicht nur abwägen, ob das beim individuellen

INFO

Regeln für Eltern und Kind

Die „Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte“ empfiehlt folgende wichtigen Regeln für die Eltern:

- Nehmen Sie die guten Seiten Ihres Kindes wahr. Bestärken Sie es darin. Das hilft Ihnen, auch schwierige Phasen zu überbrücken und dem Kind zu zeigen, dass sie es mögen.
- Loben Sie Ihr Kind. Ihrem Kind fällt es schwerer als anderen Kindern, Regeln einzuhalten und Aufgaben zu Ende zu bringen. Loben Sie es deshalb immer, wenn ihm dies gelingt. Positive Verstärkung fördert erwünschtes Verhalten. Bereits die Bereitschaft zur Anstrengung und auch Teilerfolge sollten anerkannt werden.
- Stellen Sie Regeln auf. Regeln geben Ihrem Kind Halt, Orientierung und Sicherheit. Formulieren Sie gemeinsam erfüllbare Familienregeln. Setzen Sie klare Grenzen.
- Eindeutige Ich-Botschaften. Sprechen Sie klar, eindeutig und dem Kind zugewandt, zum Beispiel: „Ich möchte, dass Du alle Legosteine in die rote Kiste räumst!“ Anschließend kontrollieren! Teilen Sie dabei Aufgaben in kleinere möglichst erfüllbare Abschnitte ein. Also nicht: „Räum dein Zimmer auf!“
- Bemühen Sie sich um eine verlässliche Tagesstrukturierung und pflegen Sie

Rituale. So kann sich das Kind im Tagesverlauf besser orientieren und weiß eher, wann welches Verhalten erwünscht ist.

- Wenn Ihr Kind eine Regel übertritt, reagieren Sie immer konsequent und unmittelbar. Angemessene negative Sanktionen bei unerwünschtem Verhalten sind beispielsweise eine Auszeit oder Punkte-Entzug.
- Versuchen Sie, Probleme vorherzusehen. Manche Situationen sind bei Kindern mit ADHS besonders problematisch (beispielsweise Besuch, Hausaufgaben). Vereinbaren Sie vorher rechtzeitig Regeln für diese Situationen und Belohnungen bei Erfolg.
- Bewahren Sie Geduld und behalten Sie die Übersicht. Haben Sie Verständnis für die Besonderheiten im Verhalten des Kindes. Versuchen Sie ruhig zu bleiben, den inneren Abstand und Geduld zu bewahren.
- Nichts erzwingen. Vermeiden sie Diskussionen, wenn die Emotionen überkochen. Geben Sie sich und Ihrem Kind eine Auszeit, verlassen Sie nötigenfalls das Zimmer, um das Problem später mit mehr Gelassenheit zu lösen.
- Tun Sie etwas für sich selbst. Kinder mit ADHS kosten viel Kraft. Achten Sie auf Ihre eigenen Bedürfnisse und ausreichend Zeit zur Entspannung. Davon profitiert auch Ihr Kind. ■

Schüler ethisch vertretbar ist, sondern die Gesellschaft muss einen Konsens zu der Frage finden, ob wir es uns ökonomisch leisten können, auf die optimale Ausbildung Begabter mit Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen zu verzichten.“



Foto: vario images

Nicht immer nur schimpfen, sondern das Kind auch einmal loben, wenn ihm etwas gelingt, raten Experten. Das fördert die Einhaltung von Regeln. Davon profitiert auch das Kind selbst und hat im besten Fall mehr Freude.



Foto: MEV

Jahrelange Suche nach Hilfe

Prof. Manfred Döpfner von der Universität Köln bestätigte: Kinder mit ADHS sind in allen Aspekten des täglichen Lebens signifikant benachteiligt. Sie haben Probleme in der Familie und Schwierigkeiten im sozialen Bereich. In der Schule haben sie mehr Fehltage als ihre Mitschüler, jedes vierte ADHS-Kind zählt zu den Schlusslichtern der Klasse. Auch die Suche nach fachlicher Hilfe ist mühevoll: Die Eltern brauchen im Durchschnitt zwei Jahre, bis sie die endgültige Diagnose haben. 38 Prozent müssen dazu drei oder mehr Ärzte konsultieren.

Nach aktuellen Daten haben insgesamt 4,8 Prozent aller Drei- bis 17-Jährigen eine ärztlich oder psychologisch diagnostizierte Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, Jungen mit 7,9 Prozent wesentlich häufiger als Mädchen (1,8 Prozent). Der große Unterschied zwischen den Geschlechtern, der in allen Altersgruppen besteht, liegt aber möglicherweise daran, dass Mädchen häufiger unter ADS ohne Hyperaktivität leiden und dadurch seltener auffallen.

Es ist nicht leicht, für jedes einzelne Kind mit einer ADHS die optimale Behandlung zu finden. Experten empfehlen eine „multimodale“ Therapie, das heißt eine individuelle Kombination aus verschiedenen Therapieformen. Eine Verhaltenstherapie unter Anwendung positiver Verstärkung und negativer Konsequenzen kann entscheidend dazu beitragen, Symptome abzubauen und das problematische soziale Verhalten des Kindes zu verbessern. Mit Selbstinstruktionstraining und Selbstmanagement-Interventionen (ab dem Schulalter durchführbar) soll den Kindern und Jugendlichen geholfen werden, ihr Problemverhalten zu modifizieren. Eine ausschließliche Behandlung mit diesen Maßnahmen ist aber meist nicht ausreichend.

Zur Behandlung der ADHS stehen mittlerweile mehrere Medikamente zur Verfügung, darunter insbesondere das seit vielen Jahren eingesetzte Stimulans Methylphenidat (MPH) in verschiedenen Formen, sowie ein weiterer Wirkstoff namens Atomoxetin

(ATX). Ein damit behandeltes Kind bekommt die Chance, unter besseren Bedingungen zu leben und sein Selbstwertgefühl zu steigern. Methylphenidat regt die Tätigkeit bestimmter Gehirnregionen an und beeinflusst das Dopamin-System, das für die Kontrolle von Aktivität und Aufmerksamkeit eine Rolle spielt. In vielen Fällen ermöglicht erst die Einnahme des Medikaments, dass Erziehungsmaßnahmen und auch andere Behandlungsmethoden, zum Beispiel eine Verhaltenstherapie, ihre Wirkung entfalten können.

Zwar werden immer wieder Spezialdiäten zur Behandlung ins Gespräch gebracht, sie haben sich jedoch nur bei einer Minderheit der betroffenen Kinder als wirksam erwiesen. Für alternative Heilverfahren, zum Beispiel Homöopathie, Bachblüten oder Magnetresonanztherapie fehlt bisher jeglicher Wirkungsnachweis. Das gilt auch für die häufig im Internet angepriesenen angeblichen Wundermittel und -therapien.

Die Experten wandten sich auf dem Münchner Symposium gegen den Vorwurf, dass bei Kindern zu häufig ADHS diagnostiziert und dann leichtfertig medikamentös behandelt wird. Schmidt erklärte mit Nachdruck: „Wir behandeln auf keinen Fall zu viele! Lediglich die Hälfte der mit ADHS diagnostizierten Kinder bekommt Stimulanzien verordnet.“

Das Kind wird nicht süchtig

Hartnäckig hält sich die Behauptung, die Medikamente zur Behandlung des ADHS-Syndroms würden das Kind süchtig machen. Diese Befürchtung sei jedoch nach dem gegenwärtigen Wissenstand unbegründet, betonten die Experten in München. Zwar unterliegen die zur ADHS-Behandlung eingesetzten Medikamente bis auf eine Ausnahme dem Betäubungsmittelgesetz. Der Grund hat aber mit den Kindern nichts zu tun: Der Inhaltsstoff Methylphenidat wird wegen seiner auf-

INFO

Kinder mit AD(H)S beim Zahnarzt

Die Ergebnisse internationaler Untersuchungen zur Mundgesundheit von Kindern mit AD(H)S zeigen, dass sie eine starke Affinität zu Süßigkeiten haben, fast doppelt so häufig essen und trinken wie nicht betroffene Kinder. Sie haben eine schlechtere Mundhygiene und nehmen zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen in der Regel seltener in Anspruch. Einige Medikamente können mit einer reduzierten Speichelmenge (Oligosialie) einher-

Glücklicherweise gibt es Strategien, wie das zahnärztliche Team einem hyperaktiven Kind helfen kann, die Behandlungssituation zu meistern. Entscheidend ist eine empathische, positive und geduldige Grundhaltung dem Kind gegenüber, unabhängig davon, wie es sich verhält. Ungeduld, Impulsivität und aggressives Verhalten sind Ausdruck der krankheitsbedingten Störung und dürfen keinesfalls persönlich genommen werden. Für

die Planung der zahnärztlichen Behandlung gilt: Wartezeiten vermeiden, kurze Behandlungssequenzen planen und gut vorbereiten, Eltern nicht mit ins Behandlungszimmer nehmen, klare Absprachen treffen und sich strikt daran halten. Viele Informationen und lange Erklärungen überfordern die Kinder. Als sehr effektiv



Foto: DAK-Wiggen

gehen. Daher erstaunt es auch nicht, dass Kinder mit AD(H)S einen signifikant höheren Kariesbefall und signifikant mehr und häufiger unbehandelte kariöse Defekte aufweisen als ihre nicht betroffenen Altersgefährten. Weiterhin werden traumatische Verletzungen der Frontzähne bei hyperaktiven Kindern signifikant häufiger beobachtet.

Kommt ein Kind mit AD(H)S in die Zahnarztpraxis, stehen oft alle Beteiligten vor einer herausfordernden Situation, denn hier wird von den Kindern verlangt, was ihnen besonders schwerfällt: Stillsitzen, Ausdauer, Selbstkontrolle. Die Kooperationsbereitschaft von Kindern mit AD(H)S ist internationalen Studien zufolge während der zahnärztlichen Behandlung deutlich geringer, und der zeitliche Aufwand ist wesentlich höher als bei nicht erkrankten Kindern.

hat sich die Tell-Show-Do-Technik erwiesen; sie sollte auch bei älteren Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden. Trotz dieser gezielten Vorbereitung muss während der Behandlung mit unerwarteten, impulsiven Reaktionen, wie beispielsweise einem ruckartigen Wegdrehen des Kopfes während der Anästhesie, gerechnet werden. Warum ein solches Verhalten unerwünscht ist, sollte mit dem Kind kommuniziert werden. Konflikte sind jedoch zu vermeiden, da sie schnell zum Abbruch der Behandlung führen können. Zielführender ist es, kooperatives Verhalten ständig zu loben, kleine Behandlungsschritte als Erfolg zu werten und das Kind mit einem positiven Gefühl aus der Behandlung zu entlassen.

Dr. Kirsten Schmied
Prof. Roswitha Heinrich-Weltzien

putschenden Wirkung häufig missbräuchlich verwendet – von Erwachsenen, versteht sich. Bei Kindern wirkt es allerdings nicht aufputschend: Es gleicht aus, beruhigt und hilft dem Gehirn des Kindes, Umweltimpulse besser zu verarbeiten.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat dazu kürzlich in einer offiziellen Stellungnahme Folgendes festgestellt: „Katamnestiche Befunde sprechen dafür, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS, die mit Stimulanzien behandelt wurden, seltener und später zu Tabak- und Alkoholkonsum und zum Konsum illegaler Drogen neigen!“

In der Tat ist in den vielen Jahrzehnten, seit Stimulanzien zur Behandlung des hyperkinetischen Syndroms eingesetzt werden, bei Kindern und Jugendlichen kein einziger Fall einer Sucht oder Gewöhnung bekannt geworden. Untersuchungen an den Universitätskliniken in Berlin, Frankfurt und Köln deuten in die gleiche Richtung. Von 60 untersuchten Erwachsenen, die in ihrer Kindheit an ADHS litten, waren seinerzeit 26 mit Methylphenidat behandelt worden. Die Patienten aus dieser Gruppe griffen keineswegs häufiger, sondern sogar seltener zu Drogen als ihre Altersgenossen. Ähnliche Ergebnisse erbrachte eine Untersuchung der Harvard-Universität: Medikamentös behandelte ADHS-Jugendliche hatten dort

gegenüber unbehandelten ein um 85 Prozent reduziertes Suchtrisiko.

Die gemeinnützige Selbsthilfeorganisation ADHS Deutschland e.V. berichtet zum Thema Sucht: „Über 50 Prozent aller AD(H)S-ler haben ein Suchtproblem und in Suchtkliniken sind 30 bis 50 Prozent der Klienten meist unerkannte AD(H)S-Patienten. Insgesamt haben AD(H)S-ler ein mindestens doppelt so hohes Suchtrisiko wie die Normalbevölkerung. Wir wissen allerdings, dass die frühe Behandlung des ADHS schon im Kindesalter das Suchtrisiko deutlich vermindert, weil Kinder eine bessere Schulbildung durchlaufen und insgesamt eine bessere Entwicklung nehmen. Gerade die Behandlung mit Stimulanzien, die unter dem Betäubungsmittelgesetz stehen, zeigt im Langzeitverlauf eine deutliche Suchtreduktion, somit stellt eine frühzeitige Behandlung eine Suchtprophylaxe dar.“

Ist Mama auch ein Zappelphilipp?

Relativ neu sind die Erkenntnisse zur Erbllichkeit von ADHS. Unter eineiigen Zwillingen sind wesentlich häufiger beide Kinder betroffen als bei zweieiigen. In der Familie jedes dritten Kindes mit ADHS weist außerdem zumindest ein Elternteil entsprechende

Symptome auf. Dieser Zusammenhang wird in einer aktuellen Psychotherapiestudie bei ADHS-Kindern und ihren ebenfalls davon betroffenen Müttern an der Universität Würzburg erforscht. Eine weitere aktuelle Studie an der Universität Mainz untersucht den Zusammenhang zwischen Omega-Fettsäuren und ADHS.

Koletzko resümierte zum Abschluss der Tagung: „Die Fachleute sind sich einig, dass eine ausschließlich medikamentöse Behandlung von ADHS ungenügend ist. Notwendig sind vielmehr ganzheitliche Therapien, die – je nach Situation des Kindes – sowohl die medikamentöse Behandlung als auch psychoedukative und psychotherapeutische Maßnahmen und entsprechende Rahmenbedingungen in den Regeleinrichtungen der Betreuung, Bildung und Ausbildung umfassen. Die Erfolg versprechende medikamentöse Therapie darf aber nicht länger verteufelt werden. Gewiss: Sie kann Nebenwirkungen haben. Aber ihr Nutzen für das spätere Schicksal der Kinder ist deutlich höher als ihre tatsächlichen oder theoretischen Risiken.“

*Lajos Schöne
Medizinjournalist
Gerstäckerstr. 9
81827 München*

Repetitorium

Das Vitamin D

Eine Art Schutzschild für unseren Körper bildet Vitamin D. Es spielt eine zentrale Rolle im Kalziumhaushalt und ist damit von großer Bedeutung für Knochen und Zähne. Vitamin D – oder genauer gesagt 1,25-Dihydroxyvitamin D – schützt den Körper aber nicht nur vor Rachitis und Osteoporose, das „Sonnenvitamin“ ist ebenso für unsere psychische Gesundheit wichtig und eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D mindert – so wird derzeit diskutiert – wohl auch das Risiko für die Entwicklung von Tumoren, Autoimmunerkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.



Mit der Sonne auch Vitamin D tanken.

Vitamine sind, das ist allseits bekannt, für das optimale Funktionieren unseres Körpers von entscheidender Bedeutung. Eine besondere Rolle scheint dabei dem Vitamin D zuzukommen und das nicht nur hinsichtlich seiner „Aufnahme“ in den Körper, sondern auch bezüglich der vielfältigen positiven Effekte auf die unterschiedlichen Funktionsbereiche des Organismus.

Bildung durch Sonnenlicht

Wie bei anderen Vitaminen so gilt auch beim Vitamin D, einem fettlöslichen Prohormon, dass der Körper diese Verbindung

nicht aus eigener Kraft synthetisieren kann. Anders als bei den übrigen Vitaminen erfolgt die Aufnahme in den Organismus aber nicht primär mit der Ernährung. Nur etwa zehn Prozent unseres Bedarfs an Vitamin D nehmen wir üblicherweise mit der Nahrung auf, 90 Prozent werden in der Haut unter dem Einfluss von Sonnenlicht gebildet. Die UVB-Bestrahlung induziert dabei die Umwandlung des Provitamins 7-Dehydro-

cholesteron zu Vitamin D₃, üblicherweise als Vitamin D bezeichnet. Dieses wird in der Leber zum 25-Hydroxyvitamin D und in den Nieren schließlich zum biologisch aktiven 1,25-Dihydroxyvitamin D metabolisiert. Lange wurde angenommen, dass die Bildung des biologisch aktiven Metaboliten



1,25-Dihydroxyvitamin D (Calcitriol) ausschließlich in den Nieren erfolgt. Neuere Untersuchungen aber belegen, dass auch viele andere Gewebe das biologisch aktive Hormon bilden können. Dieses extrarenal gebildete 1,25-Dihydroxyvitamin D wird kaum ins Blut abgegeben und steuert auch nicht den Knochenstoffwechsel, sondern vermittelt eher lokale Effekte des Vitamin D.

Derzeit wird laut Prof. Dr. Jörg Reichrath von der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie an der Universität des Saarlands in Homburg/Saar ein Serumspiegel von 20 ng/ml für 25-Hydroxyvitamin D als untere Grenze angesehen. Dieser Wert aber ist, so Reichrath, speziell im Hinblick auf das Krebsrisiko des Menschen wohl eher zu niedrig angesetzt. Andererseits weisen Erhebungen zufolge nur rund 40 Prozent der deutschen Bevölkerung einen Vitamin-D-Spiegel über diesem „Grenzwert“ auf. „Das gilt für praktisch alle Bevölkerungsgruppen“, mahnt Reichrath. Konkret bedeutet dies aus seiner Sicht, dass im Umkehrschluss davon auszugehen ist, dass mindestens 60 Prozent der Bevölkerung bereits bei der jetzigen Grenzwert-Regelung als nicht optimal mit Vitamin D versorgt anzusehen sind und unter einem Vitamin-D-Mangel leiden.

Ursachen des Vitamin-D-Mangels

Die Ursachen für einen potenziellen Vitamin-D-Mangel sind vielfältig. Sie liegen nur

bedingt in der Ernährung, da das Vitamin nur zu einem geringen Teil mit der Nahrung aufgenommen wird. Vergleichsweise reich an Vitamin D sind übrigens Fettfische wie Aal, Lachs und Makrelen sowie Innereien, Pilze, Eier und bedingt auch Milchprodukte. Stärker als die Ernährung wirkt sich die allgemeine Lebensweise aus: Wir sind weit weniger draußen in der Natur als unsere Vorfahren, halten uns hingegen vorwiegend in geschlossenen Räumen auf. Beim Leben im Büro, vor dem heimischen PC und dem Fernseher aber tanken wir zu wenig Sonnenlicht. Mit intensivem Sonnenbaden im Urlaub können wir unseren Vitamin-D-Spiegel jedoch nicht decken. Denn nach etwa 20 bis 30 Minuten in der Sonne ist die Aufnahmekapazität der Haut erschöpft und der Umwandlungsprozess schaltet sich ab. Vitamin D langfristig auf Vorrat zu tanken ist nicht möglich, das intensive Sonnenbaden provoziert lediglich ein hohes Hautkrebsrisiko. Hinzu kommt, dass durch die Anwendung von Sonnenschutzpräparaten die Vitamin-D-Bildung in der Haut reduziert wird. Vitamin D kann zudem im Körper nur bedingt im Fettgewebe gespeichert werden. Wichtig ist folglich der regelmäßige Aufenthalt im Freien. Als Faustregel gilt: Wer sich täglich mindestens eine halbe Stunde draußen – das muss keineswegs in der prallen Sonne sein – bewegt, kann zumindest in den Sommermonaten damit seinen Vitamin-D-Bedarf decken. Allerdings setzt dies voraus, dass Gesicht und Arme

Flächendeckende Unterversorgung

Vor dem Hintergrund von Beobachtungen, wonach Vitamin D, respektive ein Vitamin-D-Mangel, das Auftreten verschiedenster Erkrankungen von bösartigen Tumoren bis hin zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen triggern kann, werden die Grenzwerte der wünschenswerten Serumspiegel des Vitamins intensiv diskutiert.

Foto: Fotolia.com/dumdanin



Vor allem ältere Menschen, die viel Zeit zu Hause verbringen, leiden oft unter einem Vitamin-D-Mangel.

unbedeckt sind, so dass die UVB-Strahlung ausreichend große Hautareale erreicht. Diese sollten außerdem nicht mit Sonnenschutzmittel eingecremt sein.

In den dunklen Wintermonaten reicht ein solch kurzer Aufenthalt im Freien möglicherweise nicht aus, um eine optimale Vitamin-D-Versorgung zu sichern, und vor allem Risikopersonen – also zum Beispiel ältere Menschen und notorische Stubenhocker – sollten eine Supplementierung über Vitamin-D-Präparate erwägen.

Vitamin-D-Substitution

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt für Säuglinge im ersten Lebensjahr und ebenso für Senioren ab dem 65. Lebensjahr eine tägliche Aufnahme von 10 µg Vitamin D, für ältere Kinder und Erwachsene rät die Gesellschaft zur Aufnahme von 5 µg mit der Nahrung. Daher erhalten viele Säuglinge hierzulande im ersten und eventuell auch noch im zweiten Lebensjahr täglich Vitamin D zur Rachitisprophylaxe. Diese Empfehlungen aber werden von vielen Wissenschaftlern aufgrund der vielfältigen positiven Wirkungen des Vitamins kritisiert, und die Mengenangaben werden als zu gering angesehen. Einige Wissenschaftler raten sogar zu einer generellen Aufnahme von 50 µg täglich.

Konkrete allgemein gültige Empfehlungen sind aber nicht unproblematisch, da die Vitaminbildung individuell stark schwankend ist, was schon damit zu tun hat, dass sich die Menschen unterschiedlich lange an der frischen Luft und damit im Einflussbereich der UVB-Strahlung aufhalten. Die Vitamin-D-Versorgung schwankt zudem zwangsläufig mit der Jahreszeit. Vor allem ältere Menschen



Foto: Tyler Olson/Fotolia.com

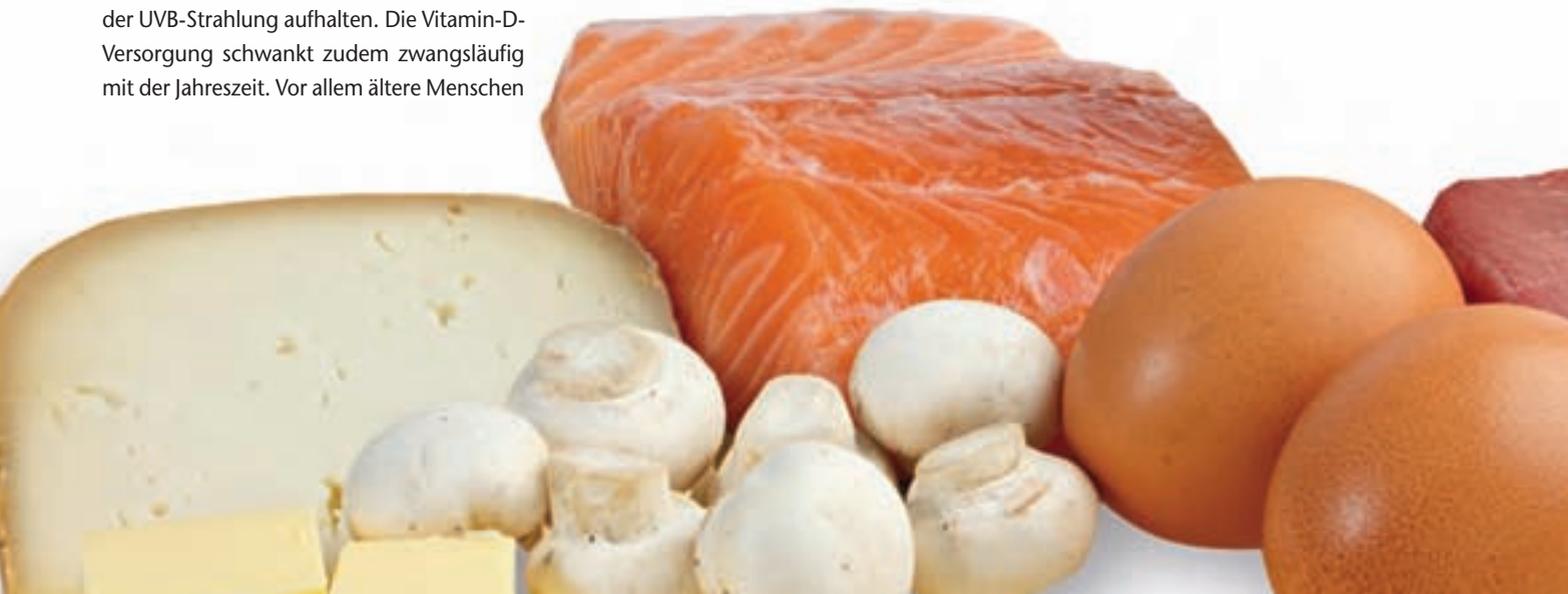
Wie viel Vitamin D wir bilden, hängt wesentlich davon ab, wie lange wir uns draußen aufhalten und der UVB-Strahlung ausgesetzt sind.

laufen eher Gefahr, einen Vitamin-D-Mangel zu entwickeln. Denn sie sind im Allgemeinen weniger mobil und somit weniger draußen, sondern halten sich mehr in Wohnräumen auf. Daher wird speziell älteren und alten Menschen eher zur zusätzlichen Aufnahme von Vitamin-D-Präparaten geraten. Andererseits sollte aber Vitamin D nicht überdosiert werden, da es dann durchaus zu Komplikationen infolge einer Hypervitaminose kommen kann. Diese führt zu einer vermehrten Kalziumaufnahme im Darm und damit zu einer Hyperkalzämie, die ihrerseits Nierenschäden und eine vermehrte Kalziumablagerung in den Gefäßwänden und dadurch bedingt ein erhöhtes Arteriosklerosierisiko nach sich ziehen kann.

Aktivierung des Immunsystems

Vitamin D kommt unter anderem eine immunmodulierende Wirkung zu, das Vitamin kann T-Zellen aktivieren und damit die Infektabwehr stärken. Es scheint über solche Effekte das Immunsystem im Kampf gegen Krankheitserreger „scharf“ zu machen.

Dass es Wechselwirkungen zwischen Vitamin D und Immunzellen gibt, zeigt bereits die Tatsache, dass Monozyten Vitamin-D-Rezeptoren exprimieren und durch das Vitamin zur Differenzierung zu Makrophagen stimuliert werden. Die Regulation aber ist komplex und wird bislang noch nicht völlig verstanden. Auffällig jedoch ist, dass ruhende T-Zellen keine Vitamin-D-Rezeptoren ausbilden. Dies geschieht offenbar erst



mit der Aktivierung, wobei Vitamin D dann die Bildung verschiedener Zytokine triggern kann.

Zusammenhänge werden darüber hinaus zwischen einem Vitamin-D-Mangel und dem Auftreten von Autoimmunerkrankungen und speziell der Multiplen Sklerose vermutet. So wie Vitamin D die Abwehrkraft des Immunsystems stärken kann, kann es möglicherweise auch überschießende Immunreaktionen dämpfen.

Vitamin D wird in nur geringem Maß mit der Nahrung aufgenommen.

Wirkung auf die Psyche

Das „Sonnenvitamin“ hat nicht nur Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit, sondern auch auf die psychische Befindlichkeit. So ist schon länger bekannt, dass die zusätzliche Gabe von Vitamin D die Stimmungslage während der Wintermonate generell bessern kann und das bei gesunden Menschen wie auch bei solchen mit Winterdepression.

Dass der Effekt aber nicht direkt abhängig ist vom Sonnenlicht, sondern nur indirekt über die Vitamin-D-Bildung, zeigt sich daran, dass die depressionslindernden Effekte umso ausgeprägter sind, desto höher das Vitamin dosiert wird.

Einfluss auf die Osteoporose

Gut bekannt sind die Zusammenhänge zwischen Vitamin D und der Knochenfestigkeit, wobei Vitamin D eine wichtige Rolle im Kalziumhaushalt spielt. Kalzium aber ist für die Knochenfestigkeit von entscheidender Bedeutung. 1,25-Dihydroxyvitamin fördert zusammen mit dem Parathormon die Resorption von Kalzium im Darm und die Einlagerung in den Knochen. Das Vitamin steuert ferner die Differenzierung von Knochen-Stammzellen und fördert so auch direkt den Knochenaufbau.

Wie sich eine Störung im Vitamin-D-Stoffwechsel auf die Knochengesundheit auswirken kann, zeigt das Beispiel der Rachitis, eine Erkrankung, die vor allem durch die Verkrümmungen der Beine von Kindern bekannt wurde, die in der Nachkriegszeit in dunklen Hinterhöfen spielend groß wurden, und deren Haut infolgedessen zu wenig Vitamin D bildete. Fehlt aber Vitamin D, so fehlt dem Knochen zugleich Kalzium. Er kann sich dann nicht optimal entwickeln oder wird sogar abgebaut. Es kommt damit zur Osteomalazie, einer schmerzhaften Knochenerweichung, oder zur Osteoporose, dem Knochenschwund. Die Erkrankung ist durch viele Faktoren bedingt, eine wichtige Rolle spielt dabei aber auch der Vitamin-D-Metabolismus und ein möglicher Vitamin-D-Mangel. Die Ein-



nahme von Vitamin-D-Präparaten gehört daher zur Basistherapie bei bereits manifester Osteoporose.

Einnahme zur Krebsvorbeugung

Vor allem direkt im Gewebe gebildetes, also ortsständiges Vitamin D, reguliert unter anderem das Zellwachstum und kann den Organismus damit vor unkontrollierten Wachstumsprozessen schützen. Diese Beobachtung nährte schon früh Diskussionen darüber, dass Vitamin D eine Rolle bei der Krebsentstehung zukommen kann. „Kommt es zu einem Mangel an ortsständigem Vitamin D, so kann das nach heutiger Einschätzung die Krebsentstehung begünstigen“, so Reichrath.

Dafür sprechen nach seiner Ansicht unter anderem Befunde amerikanischer Pathologen, die schon in den 40er-Jahren beobachteten, dass einige Krebsarten in sonnenreichen Ländern seltener auftreten als in sonnenarmen Regionen. In den 80er-Jahren wurde diese Beobachtung laut Reichrath durch epidemiologische Erhebungen dann schließlich bestätigt.

Für einen Zusammenhang zwischen Krebserkrankungen und Vitamin-D-Haushalt sprechen ferner tierexperimentelle Befunde. So lassen sich Karzinome experimentell leichter bei Tieren induzieren, die einen Vitamin-D-Mangel aufweisen als bei Versuchstieren mit ausgeglichenem Vitamin-D-Haushalt. Auch weisen, so der Wissenschaftler, molekularbiologische Befunde auf einen Zusammenhang zwischen einem Vitamin-D-Mangel und Krebs hin: „Es wurde gezeigt, dass bestimmte Vitamin-D-Rezeptor-Polymorphismen ein Risikofaktor für eine Krebserkrankung darstellen.“ Dokumentiert sind nach Angaben des Mediziners Assoziationen zum Kolonkarzinom, denn Menschen mit einem niedrigen Vitamin-D-Serumspiegel haben offenbar ein erhöhtes Risiko, an Dickdarmkrebs zu erkranken. Solche Beobachtungen gibt es auch beim Prostata- und beim Mammakarzinom.

Wertet man die vorliegenden Befunde im Rahmen einer Metaanalyse aus, ergibt sich für Menschen mit einem Serumspiegel von



Aus Sicht der Zahnmedizin

Vitamin D und parodontale Erkrankungen

Vitamin D spielt unter anderem im Bereich der körpereigenen Immunität sowie beim Aufbau und beim Erhalt von Knochen-Substanz eine wichtige Rolle. Parodontitis wird als chronisch bakterielle Entzündung definiert, die Weich- und knöchernes Hartgewebe angreift und so letztendlich zum Zahnverlust führt. Eine Assoziation zwischen Vitamin-D-Insuffizienz und Inzidenz sowie Verlauf einer Parodontitis ist möglich und wird derzeit diskutiert.

So konnte in Longitudinalstudien festgestellt werden, dass ein niedriger Vitamin-D-Gehalt im Körper mit einer erhöhten Rate an Zahnfleischentzündungen und mit dem Verlust von parodontalem Gewebe vergesellschaftet ist. Vitamin D scheint bei älteren Patienten zu weniger Zahnverlust und zu einer insgesamt besseren parodontalen Gesundheit zu führen. Die Supplementierung von Vitamin D und Calcium führte in einer klinischen Studie nach mehr als 18 Monaten – im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Einnahme – zu einer im Trend besseren parodontalen Situation. Bei Mutationen im Vitamin-D-Rezeptor konnten Assoziation mit Parodontitis evaluiert werden; die genaue Funktionsweise und die biologische Wirkweise der Rezeptormutationen ist bisher allerdings nicht geklärt.

Eine ausreichende Immunfunktion und Knochenbildungsfähigkeit ist selbstverständlich auch mit dem Erfolg einer Parodontitisbehandlung assoziiert. Analog konnte ein solcher Zusammenhang zwischen Vitamin-D-Zufuhr und positivem Ergebnis der Parodontitistherapie

– Gewinn von Attachment und Reduktion der Taschentiefen – bestätigt werden. Die Gabe von Vitamin D und Calcium könnte somit eine kostengünstige zusätzliche Therapieoption der multifaktoriellen Parodontitis darstellen.

Fazit für die Praxis

Die Beziehung zwischen Vitamin-D-Gehalt und Parodontitis wird vor allem auf den anti-inflammatorischen Effekt von Vitamin D zurückgeführt. Insgesamt liegen derzeit vielversprechende, wenn auch teilweise kontroverse Daten vor. Randomisierte klinische Studien stehen größtenteils noch aus. Da es ungefähr drei Monate dauert, bis der Vitamin-D-Spiegel im Blut durch Supplementation dauerhaft stabilisiert ist, sollte eine adäquate Einstellung bereits präventiv und vor einer notwendigen Therapie erfolgen. Eine Einnahme von 400-800 IU Vitamin D und 1 000 mg Calcium bei Erwachsenen <50 Jahren und von 800-1000 IU Vitamin D mit 1 200 mg bei >50 Jahren wird unter diesen Maßgaben von der National Osteoporosis Foundation empfohlen.

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

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

25-Hydroxyvitamin D unter 12 ng/ml ein um rund 50 Prozent erhöhtes Darmkrebsrisiko gegenüber Menschen mit einem Vitamin-D-Serumspiegel über 33 ng/ml.

Allerdings fehlen zum endgültigen Beweis des Zusammenhangs noch randomisierte, kontrollierte Studien an großen Kollektiven. Solche Studien aber wird es nach Reichrath wohl nie geben, weil eindeutige Aussagen

erst nach einer sehr langen Beobachtungszeit möglich seien, die Studien damit aber sehr aufwendig und außerordentlich kostspielig werden.

Das dürfe aber nicht dazu führen, dass die Zusammenhänge unterschätzt werden, auch wenn die Kausalität zwischen Vitamin-D-Mangel und Krebsentstehung nicht bewiesen ist: „Die Evidenz des Zusammen-



Foto: Fotolia/rainbow33

Risikopersonen für einen Vitamin-D-Mangel sollten eine entsprechende Supplementierung erwägen.

hangs zwischen Vitamin-D-Mangel und Darmkrebs ist nach meiner Einschätzung vergleichbar mit der Evidenz zwischen Rauchen und Lungenkrebs“, mahnt der Mediziner.

Mögliche Verbesserung der Prognose bei Krebs

Es gibt aber nicht nur Hinweise darauf, dass ausreichend hohe Vitamin-D-Spiegel die Tumorentstehung hemmen, vielmehr scheinen sie auch bei bereits manifester Krebserkrankung die Prognose der Patienten zu verbessern: „Es gibt Studiendaten, wonach die Überlebenszeiten bei Patienten mit hohen Vitamin-D-Spiegeln länger sind“, so Reichrath.

Durch die Gabe des Vitamins lassen sich zudem möglicherweise Nebenwirkungen der Chemotherapie reduzieren. Noch sind die Zusammenhänge, so der Wissenschaftler, aber zu wenig erforscht, um bei den unterschiedlichen Tumorentitäten klare Empfehlungen zur unterstützenden Vitamin-D-Behandlung in der Onkologie geben zu können.

Assoziation zu Herzerkrankungen

Assoziationen bestehen ferner zwischen Vitamin D und dem Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Eine Analyse der vorliegenden Befunde durch britische Wis-

senschaftler deutet an, dass Menschen mit vergleichsweise hohen Vitamin-D-Spiegeln ein um rund 40 Prozent geringeres Risiko für Gefäß- und Stoffwechselkrankheiten haben als Personen mit Vitamin-D-Mangel. Das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen war bei ihnen um rund ein Drittel geringer, wobei die Effekte bei Menschen jenseits des 50. Lebensjahres besonders ausgeprägt waren. Auf ein erhöhtes Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall weisen auch US-Studien hin.

Allerdings fehlen ähnlich wie für den Zusammenhang mit Krebserkrankungen auch bei den Befunden hinsichtlich der Gefäß- und Herzerkrankungen prospektive randomisierte kontrollierte Studien. Es ist deshalb letztlich auch nicht eindeutig klar, was Henne und was Ei ist, also ob der Vitamin-D-Mangel die Ursache für die Erkrankungen darstellt oder eher als Begleitsymptom beobachtet wird.

Die Autorin der Rubrik „Repetitorium“ beantwortet Fragen zu ihren Beiträgen.

Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln
info@christine-vetter.de

www.hilfswerk-z.de

Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

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

Zahnärzte stärken Gemeinwohl – in Deutschland und weltweit!

Stiftung HDZ für Lepra- und Notgebiete
Deutsche Apotheker- und Ärztebank,
BLZ 300 606 01
Konto für Zustiftungen: 060 4444 000
Allgemeines Spendenkonto: 000 4444 000

DZI
Spenden-Siegel

11. Keramiksposium

CAD/CAM für die Implantatprothetik

Auf dem Symposium der Arbeitsgemeinschaft für Keramik in der Zahnheilkunde (AG Keramik) in Dresden konzentrierten sich die Referenten in ihren Ausführungen vornehmlich auf neue Verfahren, die bei der Planung und Fertigung von implantatgetragenen, prothetischen Aufbauten Verwendung finden.

Foto: AG-Keramik

Für den langfristigen klinischen Erfolg einer Implantation ist neben der Osseointegration des Enossalteils vor allem ein inniger Weichgewebkontakt zur Abdichtung der gingivalen Gewebe und der Suprastruktur erforderlich [de Kok, 2006]. Bei geringer Weichgewebshöhe ist ein großer Implantatdurchmesser vorteilhafter für das Gingivamanagement [Tarnow, 2000]. Während die Ausbildung der interproximalen Papille von der Höhe des krestalen Knochens bestimmt wird [Tarnow, 2003], unterstützt ein individuell konturiertes Abutment das Weichgewebe. Ist die Mukosa dünner als zwei Millimeter, ist aus ästhetischen Gründen ein Keramik-Abutment zu bevorzugen [Koner-mann, 2010]. Hierbei optimiert die Individualisierung des Emergenzprofils den supra-

gingivalen Randverlauf und verbessert die „rote Ästhetik“. Für ein dauerhaftes Behandlungsergebnis sollte das periimplantäre Weichgewebe zu einem frühen Zeitpunkt mit individuellen Heilungs-Abutments ausgeformt werden. Dadurch entsteht ein Durchtrittsprofil, das weitgehend dem natürlichen Zahn entspricht [Nölken, 2011].

Ersatz metallischer Strukturen

Konfektionierte Keramik-Abutments eignen sich besonders für klinische Situationen, in denen die Abutmentform bereits eine weitgehende, optische Pfeilergometrie für die spätere Prothetik erreicht hat und nur noch ein geringes Beschleifen des Abutments er-

fordert. In den Fällen, in denen ausgeprägte Angulationen vorhanden sind und die Form des konfektionierten Aufbaus stark von der natürlichen Pfeilergometrie abweicht, ist das individuell gefertigte, vollkeramische Abutment angezeigt. Speziell gestaltete Abutments, die bereits die Geometrie eines beschliffenen Prämolaren oder Molaren nachbilden, sind für eine anatomisch korrekte Gerüstgestaltung auch aus mechanischen Gründen vorteilhafter.

Abutments aus Zirkoniumdioxid (ZrO_2) verursachen grundsätzlich weniger mukosale Verfärbungen als Metall-Abutments. Ferner ist die Weichgewebsintegration von ZrO_2 vergleichbar mit jener von Titan [Nakamura, 2010]. Eine Literaturstudie zeigte, dass die Überlebenschancen von

Abutments aus ZrO_2 und Titan mit etwa 99 Prozent nach fünf Jahren sich nicht signifikant unterscheiden [Sailer, 2009]. Bei Titan-Abutments wurde jedoch häufiger von ästhetischen Problemen berichtet. Bei den ZrO_2 -Abutments stehen heute folgende Ausführungen zur Wahl:

- Konfektionierte Abutments mit einer zentralen, metallischen Halteschraube
- Individuell im CAD/CAM-Verfahren gefertigte Abutments
- Zweiteilige (Hybrid-)Abutments, bei denen die Enossalverbindung über eine Titanhülse hergestellt wird (Abbildung 1), die mit einem ZrO_2 -Abutment (Überwurfteil) verklebt wird [Beuer, 2011].

Weitere Arbeiten belegen, dass ZrO_2 -Abutments für Einzelzahnimplantate auch im Molarenbereich mit guten Prognosen genutzt werden können (Abbildung 2) [Canullo, 2007; Nothdurft, 2009; Zembic, 2009]. Zweiteilige ZrO_2 -Abutments bieten den Nutzen, dass sie ähnlich geformt werden können wie ein beschliffener, natür-

und zu einer geringeren, mikrobiellen Belagsbesiedlung kommt. Weniger entzündliche Reaktionen führen wiederum zu langfristig stabileren klinischen Ergebnissen [Zitzmann, 2002]. Durch die Ausformung des Weichgewebes wird die Überschussentfernung bei Zementierung erleichtert, da der marginale Rand der Restauration in den gut zugänglichen, intrasulkulären Bereich gelegt werden kann.

Für die Herstellung individueller Abutments und Mesiostrukturen sowie der definitiven Krone oder Brücke aus ZrO_2 oder Lithiumdisilikat (LS_2) haben sich die CAD/CAM-Verfahren bewährt [Beuer, 2011]. Neue, lichtoptische Scannersysteme ermöglichen die digitale Intraoralabformung mit hoher Genauigkeit und unterstützen automatisierte Prozesse, die nicht nur einen Vorschlag für das spätere Abutment-Design, sondern mithilfe von Querschnittsbildern auch Vorlagen zur Gestaltung der idealen Morphologie und für das transgingivale Emergenzprofil liefern.

Digitaler Fortschritt für Implantat und Ästhetik

Der Vorteil der virtuellen Konstruktion liegt in der großen Varianzbreite des Designs. Zusätzliche Halteelemente können in die Konstruktion der Suprastruktur integriert werden [Rinke, 2012]. Die marginale Passung von computergestützt produzierten Suprastrukturen wurde in In-vitro-Studien untersucht. So wurde eine mittlere Spaltbreite von 40 bis 50 μm festgestellt [Takahashi, 2003], in einer anderen Studie 25 μm [Torsello, 2008]. Somit ist das Ergebnis besser als die Passgenauigkeit von gegossenen Edelmetallgerüsten (78 μm) [Torsello, 2008]. Implantat-Suprastrukturen aus NEM zeigten mittlere Spalten von 200 bis 230 μm [de Torres, 2007].

Die Verbindung zwischen dem Enossalpfeiler aus Titan und vollkeramischen Abutments ist immer noch Gegenstand der Diskussion. Problematisch ist der Schraubensitz, denn durch das Verschrauben von ZrO_2 auf Metall entsteht geometrieabhängig eine Zugspannung in der Keramik, die zum klinischen Versagen führen kann [Magne, 2010]. Bei der Verwendung einer Titan-Mesiostruktur, die



Abbildung 1:
Die Titanhülse stabilisiert das ZrO_2 -Abutment und vermeidet Zugspannung bei Verschraubung.

Foto: AG Keramik

licher Pfeiler [Rinke, 2012]. Im fünfjährigen Beobachtungszeitraum zeigten individualisierte ZrO_2 -Abutments auf Einzelzahnimplantaten im Frontzahn- und im Molarengebiet, die über eine Implantat-Abutment-Verbindung mit einem Metall-Sekundärteil (Titan-Mesiostruktur) verfügten, aufgrund der hohen Stabilität eine sehr gute klinische Überlebensrate [Zembic, 2010]. Studienergebnisse belegen, dass es mit ZrO_2 zu einer verbesserten Weichgewebsadaptation

in das Titan-Enossalteil eingreift und von einem individuellen ZrO_2 -Aufbau ummantelt wird, kann das Risiko der Zugspannung umgangen werden. Risiken bieten lange Kronen, geringe Pfeilerdurchmesser, geringe Wandstärken der Aufbauteile und scharfkantige Übergänge zwischen Elementen zur Rotationsicherung. Einteilige ZrO_2 -Abutments ohne Zwischenstruktur bieten den Vorteil, dass keine Klebereste im Sulkus das Weichgewebe reizen können. Die Halt-



Foto: Zöllner

Abbildung 2: ZrO_2 -Abutments für Implantat-Molarenkronen zeigen eine gute Überlebensprognose.

barkeit der Klebung am Interface von Titanimplantat und Mesiostruktur erhielt eine gute Prognose [Ebert, 2007].

Frage nach klinischer Bewährung

Haben Oxidkeramiken eine gute klinische Performance als Gerüstwerkstoff für Kronen und Brücken nachgewiesen, gibt es laut Prof. Axel Zöllner, Witten-Herdecke, noch Indikationen, die eine sorgfältige Nutzenabwägung hinsichtlich der einzusetzenden Therapiekonzepte und Werkstoffe benötigen. Im Frontzahn- und im Prämolarenbereich sind aus ästhetischen Gründen vollkeramische Implantat-Abutments zur Maskierung von Titanstrukturen angezeigt und vertretbar (Abbildung 3). Für den Vollkeramikeinsatz auf Implantaten im Molarenbereich liegen nur wenige klinische Studien vor, die zumindest einen fünfjährigen Beobachtungszeitraum dokumentieren [Hobkirk, 2009]. Zeigen Vollkeramik-Kronen auf vitalen Molaren eine gute Überlebensrate, vergleichbar mit VMK-Kronen [Pjetursson, 2007],

unterliegen implantatgetragene Einzelkronen auf ZrO_2 -Gerüst einem höheren Misserfolgsrisiko [Schwarz, 2011] und erfordern eine sorgfältige Überprüfung der funktionellen Situation. Mehrgliedrige Brücken mit ZrO_2 -Gerüsten auf vitalen Pfeilerzähnen haben sich bewährt [Al-Amloh, 2010]; auf implantatgetragenen Pfeilern besteht jedoch das Risiko von Verblendfrakturen (Chipping), die bereits kurz nach Eingliederung auftreten können [Larsson, 2006]. In einer kontrollierten In-vivo-Studie verglich Zöllner Brücken mit ZrO_2 -Gerüst auf natürlichen Zähnen und auf Implantaten. Bei den implantatgetragenen Suprakonstruktionen traten in einem erheblichen Umfang Verblendfrakturen auf. In Anbetracht dessen, dass dafür vermutlich die fehlende Eigenbeweglichkeit der osseointegrierten Implantate verantwortlich ist und zu einer stärkeren kaufunktionellen Belastung der Suprakonstruktion im Vergleich zu natürlichen Zähnen führt, empfahl Zöllner, sorgfältig das Okklusionskonzept implantatgetragener Kronenkaufflächen in der Planung zu definieren. Um das Abplatzen der Verblendkeramik unter Kaudruckbelastung zu verhindern, sollten keine Okklusionskontakte auf der Randleiste positioniert werden. Kontakte sollten in die Mitte der Kauffläche oder auf den zentrischen Höcker gelegt werden [Scherrer, 2010].

Gerüste mit einer uniformen Wandstärke führen zu stark überhöhten Verblendschichtstärken und damit zu einem höheren Frakturrisiko in der Verblendung. Um dieses auf ZrO_2 -Gerüsten generell zu vermeiden, sollten die Kronenkappen anatoforn – das heißt der anatomischen Außenform folgend – gestaltet werden, um Spannungen am Interface von Gerüst zur Verblendung zu vermeiden [Bauer, 2010]. Dies wird dadurch erreicht, dass die Krone im CAD/CAM-Verfahren gleichmäßig um Schmelzschichtdicke reduziert wird, um Raum für die manuelle Verblendung zu schaffen. Dadurch werden auch die Höcker ausgeformt zur Unterstützung der Kontaktpunkte. Neue Optionen in der Verblendtechnik bietet Lithiumdisilikat im Überpressverfahren, das über eine höhere Biegebruchfestigkeit verfügt als die konventionell geschichtete Feldspat-Verblendkeramik [Stawarczyk, 2011].

CAD/CAM steigert Qualität und Produktivität

Die Digitalisierung von Praxisvorgängen und die Computerunterstützung von Behandlungsabläufen ist in der Zahnarztpraxis angekommen. Diese Entwicklung hat in jüngerer Zeit besonders die Datenerfassung von Gebissituationen und die digital gesteuerte Fertigung von vollkeramischen Restaurationen vorangetrieben. PD Dr. Petra Gûß, Freiburg, machte die Situation unter dem Thema „Digitaler Workflow und Vollkeramik“ transparent. Die Referentin belegte mit publizierten Daten, dass die digitale Intraoralabformung bereits die Genauigkeit von Elastomerabformungen erreicht und teilweise übertrifft. Der entscheidende Vorteil der digitalen Intraoralabformung liegt darin, dass unmittelbar nach dem Scannen eine dreidimensionale Ansicht der Präparation verfügbar ist, mit der unter multiplen Perspektiven und Detailansichten präparative Unzulänglichkeiten detektiert und sofort behoben werden können. Neben dieser Standardisierung liegt der weitere Nutzen in der direkten Übertragung der klinischen Situation als Datensatz auf die weiteren zahntechnischen Arbeitsschritte.

Die Automatisierung von Arbeitsabläufen bei der Herstellung von Zahnersatz ist inzwischen in den zahntechnischen Labors zum Standard geworden. Die Nutzung



Foto: Beuer/Schweiger

Abbildung 3: Bei dünner Mukosa verhindert das ZrO_2 -Abutment das Durchschimmern des Titan-Enossalpfeilers.

von digital erzeugten Datensätzen, das computergestützte Konstruieren von Restaurationen auf dem Bildschirm sowie die NC-gesteuerte (Numerical Control) Verarbeitung von Silikat- und Oxidkeramiken hat

die Produktivität erheblich gesteigert und die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse möglich gemacht. Dadurch werden industrielle Qualitätsstandards erreicht. Nach den Ausführungen von PD Dr. Florian Beuer und ZT



Foto: Kern

Abbildung 4: Die einflügelige Adhäsivbrücke hat sich im zehnjährigen Beobachtungszeitraum klinisch bewährt

Josef Schweiger, München, die zum Thema „Die Zukunft ist digital“ referierten, werden sich CAD/CAM-Systeme noch mehr vernetzen und die Behandlung in der Praxis in die digitale Prozesskette einbeziehen. Der Fokus liegt zurzeit auf der Weiterentwicklung des digitalen Arbeitsablaufs durch die Einführung intraoraler Erfassungssysteme für prothetische Rekonstruktionen.

Adhäsivbrücke für den Lückenschluss

Für die rehabilitierende Prothetik wurde unter Einsatz der Adhäsivtechnik die „einflügelige vollkeramische Adhäsivbrücke aus Zirkonoxidkeramik“ für den Lückenschluss mit minimal-invasiver Vorbereitung entwickelt. Prof. Matthias Kern, Kiel, hat in diesem Bereich umfangreiche Erfahrungen gesammelt. Adhäsivbrücken mit ZrO_2 -Gerüst, verklebt mit einem Flügel am Nachbarzahn, gelten inzwischen als erprobte Therapielösung für den Lückenschluss im Frontzahnbereich (Abbildung 4). Mit dieser Technik wurde bewiesen, dass durch die einflügelige Versorgungsart die Eigenbeweglichkeit der Zähne erhalten bleibt. Dadurch kann in angezeigten Fällen das Beschleifen kariesfreier Lateralzähne für eine konventionelle Brücke oder ein Implantat, zum Beispiel bei insuffizienter Knochensituation oder im juvenilen Gebiss, substituiert werden [Kern, 2011; Mehl, 2007] – siehe auch zm

97, 17, S. 60-62 (2007) Stellungnahme DGZMK [Kern, Kerschbaum, 2007].

Das Qualitätssicherungsprojekt mit vollkeramischen Restaurationen (Ceramic Success Analysis) der AG Keramik wurde von Dr. Bernd Reiss, Malsch, vorgestellt. Die klinischen Erfahrungen umfassen mittlerweile – zusammen mit Pilotstudien – mehr als 20 Jahre. Das Programm ermöglicht dem einzelnen Zahnarzt seine individuelle Standortbestimmung: Der klinische Verlauf seiner Befunddaten wird ausgewertet und anonymisiert in Vergleich mit den Durchschnittswerten aller Teilnehmer gestellt. Damit ist eine deutlich größere Praxisnähe gewährleistet als bei Fremdstudien, die häufig nicht das Prozedere in der eigenen Praxis widerspiegeln. Bisher nehmen rund 200 Zahnärzte an der Studie teil. Derzeit bilden 4516 Einsetzbefunde die Grundlage für die Analysen, und mehr als 5000 Nachuntersuchungen an 2366 Zähnen fließen in die Auswertung ein. Neuerdings können die Befunddaten unter www.csa-online.net in einem Passwort-geschützten Bereich eingegeben werden. Neben der tabellarischen Darstellung der Ergebnisse erhält der Teilnehmer auch eine individuelle Kaplan-Maier-Auswertung [Reiss, 2011].

Diese Zusammenfassung beruht vornehmlich auf den Ausführungen der Referenten Prof. Axel Zöllner, Witten-Herdecke, Dr. Siegfried Marquardt, Tegernsee, Implantologe und Vorstandsmitglied der DGÄZ, sowie ZTM Rainer Semsch, Münstertal, unter der Moderation von Prof. Robert Sader, Frankfurt/Main, und Dr. Bernd Reiss aus Malsch. Ein ausführlicherer Tagungsbericht mit den Vorträgen aller Referenten kann beim Autor angefordert werden.

Manfred Kern
Schriftführer AG Keramik
Fritz-Philippi-Str. 7
65195 Wiesbaden
kern.ag-keramik@t-online.de



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

41. Jahreskongress der DGZI

Vom Bohrer zur Maus

Einem immer wichtiger werdenden Thema widmete sich der 41. Internationale Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie (DGZI). „Digitale Implantologie – Was soll? Was muss?“ hieß es in Köln.



DGZI-Präsident Prof. Frank Palm hieß die Kongressteilnehmer zur Eröffnung willkommen.

wertvoll sein, erklärte er. Vor allem bei komplexen und anspruchsvollen Fällen seien 3-D-Planungen und -Therapien unentbehrlich. Anatomische Strukturen würden mit diesem Vorgehen weniger geschädigt, Distanzen korrekter eingeschätzt und prothetische Zielsetzungen besser verwirklicht. Der nachfolgende Referent, Prof. Bilal Al-Nawas, auch Mainz, schränkte bezüglich der 3-D-Technik jedoch ein, dass sich bezüglich des Implantatüberlebens durch 3-D-Planung keine höheren Erfolge erzielen ließen.

Grenzen des Hypes

Kritischer sah die digitale Implantologie der Kölner Kieferchirurg Dr. Wolfgang Hörster. In seinem Beitrag „Computergestützte Implantatplanung: wann erforderlich – wann überflüssig?“ stellte er den momentanen „Digitalhype“ infrage. Zwar wies Hörster darauf hin, dass es eine gewisse Anzahl hochkomplexer Patientenfälle gebe, bei denen eine computergestützte präimplantologische Planung nicht nur sinnvoll, sondern sogar dringlich geboten sei. Gleichzeitig seien die Mehrzahl der zu inserierenden Implantate auch ohne hochtechnisierte Planungsverfahren möglich. Parallel zum Jahreskongress der DGZI fand erneut ein attraktives zweitägiges Programm für Zahnmedizinische Fachangestellte statt. Dabei wurden Themen wie Kariesrisikoeinteilung, zeitgemäße Parodontologie, Mundschleimhautveränderungen, Prophylaxe, professionelle Zahnreinigung und Abrechnungsfragen angesprochen und diskutiert.

Dr. Georg Bach
Rathausgasse 36
79098 Freiburg im Breisgau

Mit dem Kongressthema greife die DGZI ein aktuelles Thema und zugleich ein Zukunftsthema für die implantologisch tätigen Praxen auf, sagte der wissenschaftliche Kongressleiter, DGZI-Vizepräsident Dr. Roland Hille, zur Eröffnung. „Die Praxen befinden sich auf dem Weg vom Bohrer zur Maus.“ Aktuell rücke besonders die Verknüpfung von navigierter Implantologie und intraoraler digitaler Abformung mit

dem digitalen Workflow in den Fokus von Zahnärzten, aber auch von Zahntechnikern und Patienten.

Neue Möglichkeiten

Die digitale Implantologie biete so viele neue Möglichkeiten, wie man es vor Jahren nicht für möglich gehalten hätte, erklärte in seinem Vortrag Dr. Hilt Tatum, einer der weltweit führenden Implantologen. Der US-Amerikaner hat in den vergangenen Jahrzehnten maßgeblich den heutigen Stand des Fachgebiets mitgestaltet und gilt als Mitentwickler der Sinus-Lift-OP. Der Knochen mit seiner Variabilität sei jedoch trotz der neuen Mittel noch immer der Hauptfeind der Implantologie, sagte Tatum. Dr. Joachim Nickenig von der Universität Köln zeigte in seinem Referat dem Plenum die verschiedenen Einsatzgebiete der 3-D-Diagnostik und der 3-D-Planung auf. Sie seien nicht nur auf die Flapless Surgery beschränkt, sondern könnten auch zum Beispiel bei Augmentationen überaus

INFO

Ehrung Dr. Heinemann

Im Rahmen des Kongresses wurde der ehemalige Präsident der DGZI, Dr. Friedhelm Heinemann, geehrt. Er erhielt für seine Verdienste aus den Händen seines Nachfolgers Prof. Frank Palm die goldene Ehrennadel der DGZI. In Heinemanns siebenjähriger Amtszeit wurde unter anderem die Zusammenarbeit zwischen Zahnmedizin und Zahntechnik intensiviert. ■



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	Freie	S. 82	Kieferorthopädie	ZÄK Niedersachsen	S. 72
Alterszahnheilkunde	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 73		ZÄK Hamburg	S. 76
Ästhetik	LZK Berlin/ Brandenburg	S. 71	Kinderzahnheilkunde	Freie	S. 84
	Freie	S. 82		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 73
Bildgebende Verfahren	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 73	Konservierende ZHK	xxx	S. xx
	ZÄK Hamburg	S. 76	Notfallmedizin	ZÄK Niedersachsen	S. 72
	Freie	S. 82		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 72
Chirurgie	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 71	Parodontologie	ZÄK Hamburg	S. 76
	LZK Rheinland-Pfalz	S. 72		ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 71
Endodontie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 73	Praxismanagement	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 73
	Freie	S. 82		ZÄK Niedersachsen	S. 72
Ergonomie	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 74		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 73
Funktionslehre	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 73	Prophylaxe	Freie	S. 84
	ZÄK Hamburg	S. 76		LZK Berlin/ Brandenburg	S. 71
Hygiene	LZK Rheinland-Pfalz	S. 72		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 74
Hypnose	LZK Rheinland-Pfalz	S. 72	Prothetik	Freie	S. 82
Implantologie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 72		ZÄK Hamburg	S. 76
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 73	Qualitätsmanagement	KZV Baden-Württemberg	S. 75
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 74		LZK Rheinland-Pfalz	S. 72
	ZÄK Hamburg	S. 76	Radiologie	Freie	S. 82
	Freie	S. 80	Recht	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 74
				ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 71
				ZÄK Hamburg	S. 76
			ZFA	KZV Baden-Württemberg	S. 75
				ZÄK Schleswig-Holstein	S. 76
				Freie	S. 84

Fortbildung der Zahnärztekammern **Seite 71**

Kongresse **Seite 77**

Hochschulen & Wissenschaftliche Gesellschaften **Seite 80**

Freie Anbieter **Seite 80**

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



Absender:

Veranstalter/Kontaktadresse:



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Zahnärztekammern

ZÄK Mecklenburg-Vorpommern



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Repetitorium: Dentogene Infektionen der Mundhöhle und des Gesichts
Referenten: Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz, Dr. Dr. Mark Kirchhoff
Termin: 10.03.2012:
 09.00 – 13.00 Uhr
Ort: Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Moralt“, Stempelstr. 13, 18057 Rostock
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 12
Gebühr: 130 EUR

Fachgebiet: Recht
Thema: Arbeitsrecht in der zahnärztlichen Praxis
Referent: RA Peter Ihle
Termin: 14.03.2012:
 14.30 – 17.30 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
 Wismarsche Str. 304
 19055 Schwerin
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 14
Gebühr: 100 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Aktuelle Aspekte zur Diagnose und Therapie von Mundschleimhautläsionen, Präkanzerosen und Tumoren im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich
Referenten: Prof. Dr. Dr. Hans-Robert Metelmann, Prof. Dr. Wolfgang Sümnick, Dr. Dr. Wolfram Kaduk
Termin: 18.04.2012:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Radisson Blue Resort, Schloss Fleesensee, 17213 Göhren-Lebbin
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 19
Gebühr: 210 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Grundlagen der Parodontalchirurgie – Resektive und regenerative Chirurgie mit praktischen Übungen
Referenten: Dr. Moritz Kepschull, Dr. Stefan Fickl
Termin: 20.04.2012:
 14.00 – 18.30 Uhr
 21.04.2012:
 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
 Wismarsche Str. 304
 19055 Schwerin
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 20
Gebühr: 540 EUR

Anmeldung: Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
 Referat Fort- und Weiterbildung
 Christiane Höhn
 Wismarsche Str. 304
 19055 Schwerin
 Tel.: 0385/5910813
 Fax: 0385/5910820
 E-Mail: ch.hoehn@zaekmv.de
 www.zaekmv.de
 (Stichwort: Fortbildung)

LZK Berlin/Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

Fachgebiet: Zahnerhaltung
Thema: Kinder- & Jugendheilkunde – Kompakt
Referent: Prof. Dr. Dr. Norbert Krämer (Gießen)
Termin:
 31.03.2012: 08.30 – 16.30 Uhr,
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 4028.4
Kursgebühr: 285 EUR

Fachgebiet: Zahnerhaltung
Thema: Kariesinfiltration: Handson-Kurs
Referent: OA. PD. Dr. Hendrick Meyer-Lückel (Kiel)
Termin:
 27.04.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 4042.0
Kursgebühr: 175 EUR

Anzeige

Fachgebiet: ZHK
Thema: Update Zahnheilkunde 2012: Der verfärbte Zahn – Trends und neue Erkenntnisse, Schmerz-ausschaltung – aber sicher, Wurzelfüllmaterial MTA – Anwendung, Möglichkeiten und Grenzen
Referenten: Prof. Dr. Auschill (Marburg), Prof. Dr. Daubländer (Mainz), Dr. Gäbler (Dresden)
Termin:
 12.05.2012: 09.00 – 15.30 Uhr,
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 4511.0
Kursgebühr: 75 EUR

Fachgebiet: Dentalhygiene
Thema: Nebenberufliche Aufstiegsfortbildung zum/r Dentalhygieniker/in (DH-Seminar) Berlin
Seminarleitung: ZÄ Ilona Kronfeld (Berlin)
Termin:
 April 2013 – April 2014
Bewerbungsschluss: 16.11.2012
Ort: Berlin
Kursgebühr: 14 850 EUR (inkl. aller Skripte)
kostenloser Infoabend:
 26.10.2012, 19.30 Uhr im Philipp-Pfaff-Institut
Infotelefon: 030/414725-0

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Nebenberufliche Aufstiegsfortbildung zum/r Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin (ZMP-Seminar) Berlin
Seminarleitung: ZÄ Ilona Kronfeld (Berlin)
Termin:
 August 2012 – Februar 2013
Bewerbungsschluss: 04.04.2012
Ort: Berlin
Kursgebühr: 3 850 EUR (inkl. aller Skripte)
kostenloser Infoabend:
 28.03.2012, 19.30 Uhr im Philipp-Pfaff-Institut
Infotelefon: 030/414725-0

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Curriculum Ästhetische Zahnmedizin
Moderator: Prof. Dr. Roland Frankenberger (Marburg)
erste Termine:
 11.05.2012: 14.00 – 19.00 Uhr
 12.05.2012: 09.00 – 17.00 Uhr (insgesamt 12 Veranstaltungen)
Ort: Berlin
Kurs-Nr.: 4028.4
Kursgebühr: 3 750 EUR (Frühbucherrabatt möglich bei Anmeldung bis zum 06.04.2012)
Fortbildungspunkte: 110
Kurs-Nr.: 4044.2

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

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Digitale Fotografie in der Kieferorthopädie
Referent: Klaus-Dieter Fröhlich
Termin: 14.03.2012:
14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: Z 1217
Kursgebühr: 125 EUR
Anmeldung: Multimediaraum der MHH

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Reich im Alter oder reicht's im Alter?
Referent: Prof. Dr. Vlado Bicanski
Termin: 14.03.2012:
15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: Z 1218
Kursgebühr: 60 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Kariesinfiltration – muss man wirklich nicht mehr unbedingt bohren?
Referent: PD Dr. Hendrik Meyer-Lückel, MPH
Termin: 16.03.2012:
14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: Z 1219
Kursgebühr: 300 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: 100 praktische Rechtsfragen in der Zahnarztpraxis – A(rbeitsrecht) bis Z(ulassung): Erkennen, vorbeugen, handeln!
Referent: Dr. Ralf Großbölting
Termin: 21.03.2012:
14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: Z 1221
Kursgebühr: 90 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Minimal-invasive Zahnentfernung
Referent: Gunnar Rolf Philipp
Termin: 23.03.2012:
09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: Z 1223
Kursgebühr: 275 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Aufbau wurzelkanal-behandelter Zähne
Referent: Prof. Dr. med. dent. Klaus Böning
Termin: 13.04.2012:
14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: Z 1229
Kursgebühr: 99 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Komposit, knstruktiv und effizient: Hands-on Kurs
Referent: Ulf Krueger-Janson
Termin: 14.04.2012:
09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: Z 1230
Kursgebühr: 399 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

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Dentale Implantate: Die Präventivhygienische Betreuung des Implantatpatienten
Referent: Tracey Lennemann
Termin: 14.03.2012:
14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 118300
Kursgebühr: 270 EUR

Fachgebiet: Hygiene
Thema: Hygiene-Workshop/ MPG- Instrumentenaufbereitung und Klassifizierung
Referent: Sabine Christmann
Termin: 21.03.2012:
14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 128273
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Verhaltensführung und Hypnose in der Kinder-ZHK – ein Teamkurs
Referent: Dr. Barbaras Beckers-Lingener
Termin: 28.03.2012:
14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 128301
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS in der praktischen Anwendung – Das zahnärztliche Qualitätsmanagement in der Umsetzung
Referent: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin: 25.04.2012:
14.00 – 17.00 Uhr
Ort: Bildungs- und Technologiezentrum der HWK Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 128281
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS-EDV-Grundlagen – Das zahnärztliche Qualitätsmanagement in der Umsetzung
Referent: Dr. Holger Dausch
Termin: 25.04.2012:
17.15 – 20.00 Uhr
Ort: Bildungs- und Technologiezentrum der HWK Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 128282
Kursgebühr: 80 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Oralchirurgisches Kompendium – Traumatologie-Update 2012 für Zahnärzte – Ursachen, Diagnostik, Therapie, praktische Übungen am Phantommodell
Referent: Prof. Dr. Dr. Siegfried Jänicke
Termin: 25.04.2012:
14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 128114
Kursgebühr: 160 EUR

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

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Notfallmedizin für das zahnärztliche Praxisteam
Referent: Prof. Dr. Johannes Kleinheinz
Termin: 04.04.2012: 15.00 – 18.30 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 12 740 017
Gebühr: ZA 179 EUR, ZFA 89 EUR

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Von der Vitalerhaltung zur postendodontischen Versorgung
Referentin: Dr. Christine Berthold
Termin:
 13.04.2012: 14.30 – 18.30 Uhr,
 14.04.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 12 740 029
Gebühr: ZA 489 EUR

Fachgebiet: Alters-ZHK
Thema: Arbeitskreis Alterszahnmedizin – Erarbeitung der Behandlung von Patienten mit Handicaps – als Grundlage sollen die letzten Fortbildungstheme gelten (Demografischer Wandel, Schluckstörungen, Rechtsgrundlagen)
Referentin: Dr. Ilse Weinfurter
Termin:
 18.04.2012: 15.30 – 18.00 Uhr,
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 12 710 720
Gebühr: ZA 29 EUR

Fachgebiet: Kinder- & Jugend-ZHK
Thema: Arbeitskreis Kinder-ZHK – Tipps und Tricks für eine erfolgreiche Kinderbehandlung
Referentin: Dr. Nelly Schulz-Weidner, Moderator: Dr. Peter Noch
Termin:
 18.04.2012: 15.00 – 17.30 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 12 710 726
Gebühr: ZA 89 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Die professionelle OP-Assistenz – Wege zur sicheren ambulanten OP
Referenten: Dr. Detlef Hildebrand, Tina Vettors
Termin:
 20.04.2012: 13.30 – 19.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 12 740 007
Gebühr: ZA 269 EUR, ZFA 135 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Möglichkeiten moderner Implantatprothetik – vom Locator bis zur festsitzenenden Brücke: Wie profitieren chirurgische Planung und prothetische Umsetzung von der CAD/CAM-Technologie?
Referent: Dr. Oliver Hugo
Termin:
 20.04.2012: 14.30 – 19.00 Uhr,
 21.04.2012: 09.00 – 16.30 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 12 740 027
Gebühr: ZA 529 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Guided Implantology – Implantologie einfach! Von der Planung bis zur richtigen Schablone (für ZA und ZT)
Referent: Dr. Detlef Hildebrand
Termin:
 21.04.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 12 740 025
Gebühr: ZA 369 EUR, ZT: 369 EUR

Fachgebiet: Interdisziplinäre ZHK
Thema: Mund und Zähne als gemeinsames Problemfeld von Psychiater und Zahnarzt – Tipps zur Diagnose und Therapie sowie zur Vermeidung von „Behandlungskarrieren“
Referent: Dr. Martin Gunga
Termin:
 25.04.2012: 15.00 – 18.30 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 12 740 047
Gebühr: ZA 219EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Arbeitskreis Parodontologie
Referent: Dr. Daniel Lohmann
Termin:
 25.04.2012: 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 12 710 726
Gebühr: ZA 89EUR

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Spezielle Fachkunde im Strahlenschutz für die digitale dentale Volumetomografie (DVT), inkl. Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für ZÄ
Referenten: Prof. Dr. Ulrich Meyer, Dr. Irmela Reuter
Termin:
 28.04.2012: 09.00 – 17.00 Uhr +
 07.07.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 20
Kurs-Nr.: 12 740 052
Gebühr: ZA 990EUR

Auskunft: ZÄKWL
 Dirck Bertram
 Tel.: 0251/507-600
 Fax: 0251/507-619
 dirck.bertram@zahnarzte-wl.de

ZÄK Sachsen-Anhalt



Fortbildungsinstitut
 „Erwin Reichenbach“

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Praxisabgabeseminar
Referenten: DS Ralf Buchholz (Burg), RA Torsten Hallmann (Magdeburg), GF Christina Glaser (Magdeburg)
Termin: 11.04.2012:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK,
 Große Diesdorfer Str. 162,
 Magdeburg
Fortbildungspunkte: 4
Gebühr: 35 EUR
Kurs-Nr.: Z/2012-020

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Berufseinstiegsseminar – Vorbereitung auf die Niederlassung
Referenten: DS Ralf Buchholz (Burg), RA Torsten Hallmann (Magdeburg), GF Christina Glaser (Magdeburg)
Termin: 11.04.2012: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Fortbildungspunkte: 4
Gebühr: 35 EUR
Kurs-Nr.: Z/2012-021

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Professionelle Zahnreinigung
Referentin: Geneveva Schmid (Berlin)
Termin: 13.04.2012: 15.00 – 19.00 Uhr, 14.04.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Fortbildungspunkte: 4
Gebühr: 240 EUR
Kurs-Nr.: H-18-2012

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Das A und O für den Chef: Nichts läuft ohne gute Mitarbeiterführung!
Referentinnen: Dr. Marga Hütz, Cornelia Hedwig (beide Mönchengladbach)
Termin: 13.04.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Fortbildungspunkte: 7
Gebühr: 155 EUR
Kurs-Nr.: Z/2012-005

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Am Anfang war das Wort – Effektives Kommunikatoinstraining für Zahnärztinnen
Referentinnen: Dr. Marga Hütz, Cornelia Hedwig (beide Mönchengladbach)
Termin: 14.04.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Fortbildungspunkte: 7
Gebühr: 155 EUR
Kurs-Nr.: Z/2012-006

Fachgebiet: Radiologie
Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz
Referent: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Edgar Spens (Halle)
Termin: 14.04.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Radisson Hotel „Fürst Leopold“, Friedensplatz 1, Dessau-Roßlau
Fortbildungspunkte: 8
Gebühr: 55 EUR
Kurs-Nr.: Z/2012-022

Fachgebiet: Interdisziplinäre ZHK
Thema: Einführung in eine spezielle Kommunikation und der zahnärztlichen Hypnose
Referenten: Dr. Horst Freigang, Dr. Gerhard Schütz (beide Berlin)
Termin: 14.04.2012: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Maritim Hotel, Riebeckplatz 4, Halle
Fortbildungspunkte: 8
Gebühr: 135 EUR
Kurs-Nr.: Z/ZH 2012-028

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Motivation kontra Manipulation – Teamführung aus dem Blickwinkel radikaler Subjektivität – Workshop
Referent: Dr. med. René Kirchner (Landsberg)
Termin: 18.04.2012: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Maritim Hotel, Riebeckplatz 4, Halle
Fortbildungspunkte: 5
Gebühr: ZA 100 EUR, ZH 85 EUR
Kurs-Nr.: Z/2012-007

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Der Einstieg in die Implantologie – im Team so einfach... Ein Workshop für das gesamte Praxisteam
Referentin: Peggy Peschel (Berlin)
Termin: 18.04.2012: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Fortbildungspunkte: 4
Gebühr: 150 EUR (1 ZH/1 ZA)
Kurs-Nr.: ZH/Z-032-2012

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Zentrale Fertigung von CAD/CAM gestützten Zahnersatz – eine Alternative!
Referenten: PD Dr. med. dent. habil. Arne F. Boeckler (Halle), Dr. Christian Wegner (Münster)
Termin: 20.04.2012: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: 21.04.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Universitätspoliklinik, Harz 42-44, Halle
Fortbildungspunkte: 12
Gebühr: 250 EUR
Kurs-Nr.: Z/2012-23

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Marketing in der Zahnarztpraxis
Referentin: Brigitte Conrad (Bingen)
Termin: 20.04.2012: 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Hotel Ankerhof, Ankerhofstr. 2a, Halle
Gebühr: 125 EUR
Kurs-Nr.: H-19-2012

Fachgebiet: Radiologie
Thema: Radiologie und Strahlenschutz für Zahnarthelferinnen – Refresher-Kurs zur Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz
Referent: PD Dr. Dr. Alexander Walter Eckert (Halle)
Termin: 21.04.2012: 09.00 – 12.15 Uhr und 13.00 – 16.15 Uhr
Ort: Radisson Hotel „Fürst Leopold“, Friedensplatz 1, Dessau
Fortbildungspunkte: 5
Gebühr: je 40 EUR
Kurs-Nr.: H-20-2012 (ausgebucht)
 H-21-2012

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Patientenzentrierte Kommunikation – Workshop
Referentin: Sybille von Os-Fingberg (Berlin)
Termin: 21.04.2012: 10.00 – 17.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Fortbildungspunkte: 8
Gebühr: ZA 175 EUR, ZH 135 EUR
Kurs-Nr.: Z/2012-008

Fachgebiet: Radiologie
Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz
Referent: Prof. Dr. Dr. Edgar Spens (Halle)
Termin: 21.04.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Maritim Hotel, Riebeckplatz 4, Halle
Fortbildungspunkte: 8
Gebühr: 55 EUR
Kurs-Nr.: Z/2012-022

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Prophylaxe update
Referentin: Geneveva Schmid (Berlin)
Termin: 25.04.2012: 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Gebühr: 145 EUR
Kurs-Nr.: H-22-2012

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Motivation kontra Manipulation – Teamführung aus dem Blickwinkel radikaler Subjektivität – Workshop
Referent: Dr. med. René Kirchner (Landsberg)
Termin: 25.04.2012: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Fortbildungspunkte: 5
Gebühr: ZA 100 EUR, ZH 85 EUR
Kurs-Nr.: Z/2012-010

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Trainingskurs: Professionelle Zahnreinigung – Check up
Referentin: Geneveva Schmid (Berlin)
Termin: 26.04.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Gebühr: 180 EUR
Kurs-Nr.: H-23-2012

Fachgebiet: Interdisziplinäre ZHK
Thema: Einführung in eine spezielle Kommunikation und der zahnärztlichen Hypnose
Referent: Dr. Horst Freigang
Termin: 28.04.2012: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Fortbildungspunkte: 8
Gebühr: 135 EUR
Kurs-Nr.: Z/ZH 2012-011

Fachgebiet: Ergonomie
Thema: Ergonomisch arbeiten – vital bleiben Korrekte Arbeitshaltung, gezielter Ausgleich, effektive Pausen
Referent: Manfred Just (Forchheim)
Termin: 28.04.2012:
09.00 – 17.00 Uhr,
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Fortbildungspunkte: 9
Gebühr: ZA 230 EUR, ZH 180 EUR
Kurs-Nr.: Z/ZH2012-012

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@zahnarztekkammer-sah.de oder einecke@zahnarztekkammer-sah.de

KZV Baden-Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe

Karlsruher Konferenz 2012
Thema: Abschied vom Abdrucklöffel – Was bedeuten die neuen digitalen Techniken für Praxis und Labor?
Referenten: Prof. Dr. Bernd Wöstmann – Gießen, Prof. Dr. Dr. Albert Mehl – Zürich, ZTM José de San José Gonzáles – Weinheim, Prof. Dr. Helmut Stark – Bonn
Termin: 23./24.03.2012
Ort: Kongresszentrum Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 40027
Gebühr: 250 EUR

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Prothetik analog oder digital? Stärken und Schwächen der konventionellen Prothetik im Vergleich zur CAD/CAM-Technologie
Referent: Prof. Dr. Bernd Wöstmann, Universität Gießen
Termin: 09./10.03.2012
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 4818
Gebühr: 510 EUR

Fachgebiet: ZFA
Thema: Die organisierte Rezeption – Gewinnen Sie täglich Zeit und Geld!
Referentin: Brigitte Kühn, Tutzing
Termin: 20.04.2012
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Kurs-Nr.: 4882
Gebühr: 180 EUR

Fachgebiet: Marketing
Thema: Praxismotor Wirtschaftlichkeit
Referenten: Prof. Dr. Thomas Sander, Hannover, Dr. Thomas Schilling, M.A., Tuttlingen
Termin: Teil 1: 20./21.04.2012, Teil 2: 04./05.05.2012
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 4878
Gebühr: 800 EUR

Fachgebiet: ZFA
Thema: Die organisierte Rezeption – Gewinnen Sie täglich Zeit und Geld!
Referentin: Brigitte Kühn, Tutzing
Termin: 21.04.2012
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Kurs-Nr.: 4883
Gebühr: 180 EUR

Auskunft: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe Sophienstr. 39a 76133 Karlsruhe Tel.: 0721/9181-200 Fax: 0721/9181-222 E-Mail: fortbildung@za-karlsruhe.de www.za-karlsruhe.de

Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsforum Freiburg

Fachgebiet: ZFA
Thema: Perfekt in der
 Behandlungsassistenz
Referentin: Marina Nörr-Müller –
 München
Termin: 02.03.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 12/403

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

ZÄK Hamburg



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Recht
Thema: Rechtsmedizin und zahn-
 medizinische Praxis
Referenten: Prof. Dr. Klaus Püschel,
 Hamburg
Termin:
 02.04.2012: 20.00 – 21.30 Uhr
Ort: Universität Hamburg, Hörsaal
 B, Edmund-Siemers-Allee 1,
 20146 Hamburg
Fortbildungspunkte: 2
Kurs-Nr.: 50 kons

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Sinuslifteingriffe
Referent: Prof. Dr. Dr. Thomas
 Kreuzsch, Hamburg
Termin:
 11.04.2012: 08.00 – 16.00 Uhr
Ort: Asklepios Klinik Nord, Heid-
 berg Haus 2, Tangstedter Landstr.
 400, 22417 Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 31053 chir
Gebühr: 150 EUR

Fachgebiet: Endodontologie
Thema: Vorhersagbares Manage-
 ment endodontischer Notfälle
Referenten: Dr. Martin Brüsehaber,
 Dr. Johannes Cujé, beide Ham-
 burg
Termin:
 11.04.2012: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Praxis Dr. Behring und Part-
 ner, Wandsbeker Chaussee 44,
 22089 Hamburg
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 50077 kons
Gebühr: 120 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema:
 Das ABC der Schienentherapie
Referenten: Theresia Asselmeyer,
 M.A. Nörten-Hadenberg, Prof. Dr.
 Dr. h.c. Georg Meyer, Greifswald
Termin:
 13.04.2012: 14.00 – 19.00 Uhr
 14.04.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: ZÄK Hamburg
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 40250 fu
Gebühr: 400 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Sinuslift-OP für den prakti-
 zierenden Zahnarzt – Live-OP,
 Hands-on Kurs
Referent: Dr. Dr. Werner Ster-
 mann, Hamburg
Termin:
 14.04.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Praxis Dr. Dr. Werner Ster-
 mann, Lüneburger Str. 15, 21073
 Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 50075 impl
Gebühr: 200 EUR

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Aktualisierung der Fach-
 kunde im Strahlenschutz nach
 § 18 a RöV mit Erfolgskontrolle
Referent: Prof. Dr. Uwe Rother,
 Hamburg
Termin:
 18.04.2012: 14.30 – 19.30 Uhr
Ort: New Living Home, Julius-Vos-
 seler-Str. 40, 22527 Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 70037 rö
Gebühr: 70 EUR

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Notfälle in der zahnärztli-
 chen Praxis, lebensrettende So-
 fortmaßnahmen, Kurs I – Grund-
 kurs
Referenten: Hans-Peter Daniel,
 Lütjensee; Alfred Schmücker,
 Tangstedt
Termin:
 18.04.2012: 15.30 – 19.30 Uhr
Ort: ZÄK Hamburg
Kurs-Nr.: 40243 inter
Gebühr: 80 EUR

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Mini-Implantate zur Ver-
 ankerung in der Kieferorthopädie
 Kurs II für Fortgeschrittene: Bio-
 mechanik und klinisches Manage-
 ment
Referent: OA PD Dr. Benedict Wil-
 mes, Düsseldorf
Termin:
 21.04.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: ZÄK Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 40255 kfo
Gebühr: 260 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Implantologie für Einstei-
 ger mit Live-Operationen
Referent: Dr. Christian Vocke,
 Hamburg
Termin:
 21.04.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Praxis Dr. Christian Vocke,
 Waitzstr. 28, 22607 Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 50080 impl
Gebühr: 200 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Die chirurgische Kronen-
 verlängerung: Von der Biologie
 zur Behandlungsstrategie – Kol-
 legenpraktikum mit Schweinekief-
 er-Hands-on
Referent: Dr. Jan Behring MSc,
 Hamburg
Termin:
 25.04.2012: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Praxis Dr. Behring und Part-
 ner, Wandsbeker Chaussee 44,
 22089 Hamburg
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 50076 kons
Gebühr: 140 EUR

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Das Abrasionsgebiss – No-
 menklatur, Therapie einfacher und
 schwerer Fälle, Restaurationsmate-
 rialien
Referenten: PD Dr. Ingrid Peroz,
 Berlin; Dr. Felix Blankenstein, Ber-
 lin; Dr. Guido Sterzenbach, Berlin;
 Dr. Hajo Hantel; Dr. Robert
 Strauch
Termin:
 28.04.2012: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Radisson Blu Hotel, Marseiller
 Str. 2, 20355 Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 20052 proth
Gebühr: 230 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
 miriam.knueppel@zaek-hh.de
 Fax: 040/733405-76
 www.zahnaerzte-hh.de

ZÄK Schleswig- Holstein



Fortbildungsveranstaltungen am Heinrich-Hammer-Institut

Fachgebiet: ZFA
Thema: Der richtige Einsatz von
 Schall- und Ultraschallgeräten bei
 der professionellen Zahnreinigung
Referentin: Jutta Daus
Termin: 27./28.04.2012
Ort: ZMK-Klinik Kiel
Kurs-Nr.: 12-01-033
Kursgebühr: 265 EUR

Auskunft:

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

Kongresse

■ März

16. Jahrestagung des LV Berlin-Brandenburg im DGI e.V.

Thema: Implantate – die Stützen der Prothetik
Termin: 03.03.2012:
09.00 – 17.00 Uhr
(Vorträge für ZFA/ZMF/ZMP/ZMV am 03.03. ab 9 Uhr,
Workshops am 02.03. ab 14 Uhr)
Ort: Kongresshotel Potsdam am Templiner See
Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Dr. Volker Strunz
Information: MCI Deutschland GmbH, Alexandra Glasow Markgrafenstr. 56, 10117 Berlin
Tel.: 030/20459-0, Fax: -50
bbi@mci-group.com
www.bbi2012.mci-berlin.de

Interdisziplinäres Symposium kindliche Entwicklung

Fachbereich: Kinderzahnheilkunde/ Kieferorthopädie/Psychologie/ Interdisziplinäre ZHK
Thema: Alles mit dem Mund, alles in den Mund
Termin: 03.03.2012
Ort: Universitätsstr. 3 / Augustusplatz, Hörsaal 2 Universität Leipzig
Referenten: Claudia Behrend, Susanne Codoni, Dr. Gisela Friedrich, Sabine Fuhlbrück, Mathilde Furtenbach, Dr. Bianca Gelbrich, u. a.
Fortbildungspunkte: 7
Gebühr: 95 EUR
Anmeldung und Information:
www.iske-leipzig.de

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: -61
azmedinfo@media.co.at
www.oegkfo.

Thema: Zahnheilkunde 2012 – Zahnmedizin und Technik – Wo bleibt der Mensch?

Veranstalter: LZK Rheinland-Pfalz
Termin: 09./10.03.2012
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 14
Anmeldung: OEMUS MEDIA AG
Tel.: 0341/48474308
Fax: 0341/48474290
event@oemus-media.de
www.oemus.com

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.bruemmer@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

6th WEOC and WMIA Congress

Veranstalter: Transatlantic Orthodontic Alliance
Tagungsleitung: Prof. Dr. Andrea Wichelhaus
Termin: 22.03. – 25.03.2012
Ort: Universität München, Zahnklinik
Fortbildungspunkte: 24
Anmeldung: www.transatlantic-orthodontic-alliance.com

19. Schleswig-Holsteinischer ZahnÄrztetag

Termin: 24.03.2012:
 08.30 – 17.00 Uhr
Ort: Neumünster, Hostenhallen 1 und 3-5, Foyer
Auskunft: KZV Schleswig-Holstein Frau Ludwig
 Tel.: 0431/3897-128

22. Jahrestagung der DGAZ

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Altern ZahnMedizin e.V. (DGAZ) in Kooperation mit der LZK Rheinland-Pfalz
Thema: „Fit und dann gebrechlich?“ – Entscheidungswege für die Praxis!
Termin: 24.03.2012
Ort: Universitätsmedizin Mainz, Hörsaal der Chirurgie, Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz
Kurs-Nr.: 128351
Anmeldung: Dagmar Wepprich-Lohse
 ZK Rheinland-Pfalz
 Langenbeckstr. 2
 55131 Mainz
 Tel.: 06131/96136-60
 Fax: 06131/96136-89
 wepprich-lohse@lzk.de
 www.dgaz.org

7. Parodontologie-Tag Recklinghausen

Veranstalter: Dr. Udo Krause-Hohenstein
Termin: 24.03.2012
Ort: Ruhrfestspielhaus Recklinghausen
Referenten: Prof. Dr. Arwiler, Prof. Dr. Jentsch, PD Dr. Jordan, PD Dr. Kasaj, Prof. Dr. Pilloni
Fortbildungspunkte: 5
Gebühr: 125 EUR, 150 EUR
Anmeldung: Dr. Krause-Hohenstein
 Cäcilienhöhe 176
 45657 Recklinghausen
 Tel.: 02361/901000
 info@krause-hohenstein.de

■ **April****23. Fortbildung 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

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

11. Jahrestagung des LVs Nordrhein-Westfalen im DGI e.V.

Thema: Rückblick – Augenblick – Ausblick
Termin: 20./21.04.2012
Ort: InterContinental, Königsallee 59, 40215 Düsseldorf
Information: MCI Deutschland GmbH, Alexandra Glasow
 Markgrafenstr. 56
 10117 Berlin
 Tel.: 030/20459-0
 Fax: 030/20459-50
 nrwi@mci-group.com

DGZ-Jahrestagung

Thema: Biowissenschaften u. Nanotechnologie treffen Zahnerhaltung
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ)
Termin: 20./21.04.2012
Ort: Dt. Hygienemuseum, Dresden
Anmeldung: www.dgz-online.de

Frühjahrssymposium (12. Jahrestagung) des LVs Bayern im DGI e.V.

Termin: 20.04. – 22.04.2012
Ort: NH Nürnberg City, Bahnhofstr. 17-19, 90402 Nürnberg
Information: DGI Bayern
 Monika Pangerl
 Tel.: 08152/9909-0
 Fax: 08152/9909-16
 info@dgi-gayern.de
 oder: Praxis Dr. Petschelt
 Tel.: 09123/12100
 Fax: 09123/13946
 dgi@petschelt.de

ITI Kongress Deutschland – „Neue Technologien und Methoden: nützlich oder nötig?“

Veranstalter: ITI International Team for Implantology
Termin: 27./28.04.2012
Ort: Staatenhaus am Rheinpark, Köln
Fortbildungspunkte: 15
Auskunft und Anmeldung: ITI International Team for Implantology, Peter Merian-Weg 10, CH-4052 Basel
 Tel.: +41(0)6127083-83
 Fax: +41(0)6127083-84
 events@iticenter.ch
 www.iti.org/congressgermany

Internationales Frühjahrs-Seminar Meran

Motto: Faszination „Seitenzahnbereich“
Termin: 27.04. – 29.04.2012
Ort: Kurhaus Meran
 Freiheitsstr. 31, 39012 Meran
Tagungsleitung: Dr. Wolfgang Leja – Innsbruck, Dr. Anton Mayr – Imst, Univ.-Doz. Dr. 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: Dr. Martin Zambelli (ÖGZMK Kärnten), Dr. Franz Tuppy (ZIV)
Information: Zahnärztekammer Kärnten
 Karin Brenner
 Tel.: ++43(0)505119020
 brenner@ktn.zahnaerztekammer.at

6. Jahrestagung des LVs Hessen im DGI e.V. gemeinsam mit dem LV Rheinland-Pfalz im DGI e.V., BDO, DGMKG, ZGH, DGÄZ

Termin: 11./12.05.2012
Ort: Stiftung Kloster Eberbach, 65346 Eltville im Rheingau
Information: Zahnärztliche Gesellschaft in Hessen e.V. (ZGH e.V.)
 Dr. Edgar Spörlein
 Friedhofstr. 13
 64407 Fränkisch-Crumbach
 Tel.: 06164/2489
 Fax: 069/173204499

■ **Juni****DZOI-Jahrestagung 2012**

Thema: Angewandte Wissenschaft für Praxis
Wissenschaftliche Leitung: DZOI-Präsident Dr. med. dent. Helmut B. Engels, Dr. med. dent. Mathias Plöger (DIZ)
Termin: 07.06. – 09.06.2012
Ort: Hilton Hotel Bonn
Auskunft: Deutsches Zentrum für orale Implantologie e.V.
 Rebhuhnweg 2, 84036 Landshut
 Tel.: 0871/6600934
 Fax: 0871/9664478
 e-mail: office@dzoie.de
 www.dzoie.de

Arbeitsgemeinschaft Dentale Technologie e.V. Kongress

Thema: Digitale Zahnmedizin, Innovation in der Kooperation Zahnarzt/ Zahntechniker
Termin: 07.06. – 09.06.2012
Ort: Kongresshalle Böblingen
Fortbildungspunkte: bis zu 20
Gebühr: 96 EUR Mitglieder, 140 EUR Nichtmitglieder
Auskunft: Arbeitsgemeinschaft Dentale Technologie e.V.
 Katrin Stockburger
 Hartmeyerstr. 62
 72076 Tübingen
 Tel.: 07071/61473 und 967696
 Fax: 07071/967697
 info@ag-dentale-technologie.de

13. Kongress der EADMF

Thema: Bildgebende Verfahren, zahnärztliche Röntgenologie – Imaging – What a wonderful science
Veranstalter: European Academy of Dentalmaxillofacial Radiology (EADMF) zusammen mit der Arbeitsgemeinschaft für Röntgenologie der DGZMK
Termin: 13.06.2012 – 16.06.2012
 Ort: Penta Hotel Leipzig

Gebühr: vor dem 13.05.2012:
EADMFR Mitglied: 340 EUR,
Nicht-Mitglied: 450 EUR, Student:
280 EUR; nach dem 13.05.2012:
EADMFR Mitglied: 390 EUR,
Nicht-Mitglied: 450 EUR, Student:
330 EUR

Anmeldung: www.eadmfr.eu

19. Sommersymposium des MVZI im DGI e.V.

Thema: Lücken – Rücken –
Brücken. Implantatprothetische
Therapieansätze im Lückengebiss

Termin: 14. – 16.06.2012

Ort: Herrenkrug Parkhotel,
Herrenkrug 3, 39114 Magdeburg

Auskunft:

Youvivo GmbH
Karlstr. 60, 80333 München
Tel.: 089/550520-90
Fax: 089/550520-92
info@youvivo.de

12. Endodontie-Symposium

Veranstalter: Quintessenz-Verlag
in Kooperation mit AGET/DGZ
und VDZE

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. M. Hülsmann,
Prof. Dr. E. Schäfer
Referenten: J. Gutmann (Dallas),
S. Bürklein (Münster), C. Löst
(Tübingen), J. Wolters (Berlin),
L.-L. Kirkevang (Aarhus) u. a.

Termin: 15./16.06.2012

Ort: Hotel Novotel am Tiergarten,
Berlin

Fortbildungspunkte:

Symposium 13, Vorkongress 4

Gebühr: ZA 365 EUR,
Mitglieder DGZ/DGEndo 315
EUR,

Assistenten 220 EUR,
Studenten 95 EUR

Anmeldung: Quintessenz-Verlag
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
www.quintessenz.de/endo

17. Greifswalder Fachsymposium der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für ZMK-heilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V. und

9. Jahrestagung des LV Mecklen- burg-Vorpommern in der DGI

Thema: Besonderheiten und
Probleme älterer Patienten in der
zahnärztlichen Implantologie –
Generation 60 plus

Termin: 23.06.2012

Ort: 17489 Greifswald,
Alfred-Krupp-Wissenschaftskolleg,
Martin-Luther-Str. 14

Gebühr: Mitglieder der Mecklen-
burg-Vorpommerschen Gesell-
schaft oder der DGI 70 EUR,
Nichtmitglieder 90 EUR

Auskunft:

Prof. Dr. Wolfgang Sümnick
Ernst-Moritz-Arndt-Universität
Zentrum für ZMK-heilkunde
Poliklinik für MKG-Chirurgie
Rotgerberstr. 8
17475 Greifswald
Tel.: 03834/867168
Fax: 03834/867302
suemnick@uni-greifswald.de

Jahrestagung des Landesverbands Norddeutschland im DGI e.V.

Thema: Wie viele Implantate
braucht der Mensch? Ist alles
Machbare auch nötig?

Termin: 23.06.2012

Ort: Auditorium Maximum der
Christian-Albrechts-Universität
Kiel, Christian-Albrechts-Platz 2,
24118 Kiel

Auskunft: Youvivo GmbH

Karlstr. 60
80333 München
Tel.: 089/550520-90
Fax: 089/550520-92
info@youvivo.de

2. Symposium DGI intensiv

Thema: Update:
Digitale Implantologie

Termin: 23.06.2012

Ort: Kongress Palais Kassel, Hol-
ger-Börner-Platz 1, 34119 Kassel

Auskunft: Youvivo GmbH

Karlstr. 60
80333 München
Tel.: 089/550520-90, Fax: -92
info@youvivo.de

■ Juli

MEDcongress

39. Seminarkongress für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Termin: 01.07. – 07.07.2012

Ort: Baden-Baden, Kongresshaus

Auskunft: Medica
Deutsche Gesellschaft für Inter-
disziplinäre Medizin e.V.
Postfach 700149

70571 Stuttgart
Tel.: 0711/720712-0
Fax: 0711/720712-29
e-mail: bn@medcongress.de
www.medcongress.de

49. Kongress d. Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Termin: 06./07.07.2012

Ort: Baden-Baden, Kongresshaus
Auskunft: MedCongress GmbH
Postfach 700149, 70571 Stuttgart
Tel.: 0711/720712-0, Fax: -29
e-mail: gs@medcongress.de
www.medcongress.de

■ August

FDI Annual World Congress



Termin: 29.08. – 01.09.2012

Ort: Hong Kong

Auskunft:

FDI World Dental Federation
Avenue Louis Casai 84, CP 3,
CH 1216 Cointrin-Geneva
Tel.: +33/450/405050
Fax: +33/450/405055

■ September

10. Jahrestagung des Landesverbandes Niedersachsen im DGI e.V.

Termin: 14./15.09.2012

Ort: Hannover

Auskunft: Youvivo GmbH

Karlstr. 60
80333 München
Tel.: 089/550520-90
Fax: 089/550520-92
info@youvivo.de

Österreichischer Zahnärztekongress 2012 und Symposium für Kinderzahnheilkunde

Veranstalter: ÖGZMK Salzburg, LKZ Salzburg

Kongresspräsident:

Dr. Walter Keidel, Präsident der ÖGZMK Salzburg

Termin: 20.-22.09.2012

Ort: Salzburg

Kongresssekretariat: ÖGZMK c/o

LZK für Salzburg
Dr. Ute Mayer
e-mail: office@oezk-salzburg-2012.at

Auskunft: Helferstorferstr. 4,

A-1014 Wien

Tel.: (43/1) 53116-48

Fax: (43/1) 53116-61

azmedinfo@media.co.at

Anmeldung:

www.oezk-salzburg-2012.at

21. Tagung der IADH

Termin: 26.09. – 30.09.2012

Ort: Melbourne

Auskunft: www.iadh.org

Hochschulen

Universität Düsseldorf

Fachgebiet: Implantologie

Thema: Titanallergie – ist das möglich?; Die klinische Anwendung von einteiligen Keramikimplantaten aus Zirkondioxid – eine Standortbestimmung; Individualisierte Keramikimplantate – erste Erfahrungen

Termin: 25.04.2012:

17.00 – 21.00 Uhr

Referenten: Prof. Dr. P. Thomas, Dr. M. Gahlert, Dr. I. Mihatovic, ZA T. Santel, ZÄ S. Mainusch

Ort: Uni-Klinik Düsseldorf

Auskunft:

Daniel.Ferrari@med.uni-duesseldorf.de

Wissenschaftliche Gesellschaften

DGZH

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose e. V.

Regionalstelle Stuttgart

Fachgebiet: Ganzheitliche ZHK

Thema: Anwenderkurs Beratung

Referent: Henning Alberts

Termin: 04.05.2012:

14.00 – 20.00 Uhr;

05.05.2012: 09.00 – 18.00 Uhr

Ort: DGZH-Regionalstelle

Stuttgart, Esslinger Str. 40,

70182 Stuttgart, 4. Stock

Fortbildungspunkte: 16

Kurs-Nr: STRNLP711

Kursgebühr: 490 EUR

(460 EUR für DGZH-Mitglieder)

Auskunft: Marion Jacob

Esslinger Str. 40

70182 Stuttgart

Tel.: 0711/2363761

Fax: 0711/244032

e-mail: mail@dgzh-stuttgart.de

www.dgzh-stuttgart.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: Implantologie

Thema: Minimalinvasive Mini-druckknopfimplantate für den zahnlosen Kiefer

Veranstalter: Dr. med. Dr. med

dent. Heinrich Bültmann-Hagedorn

Termine:

17.03.2012; 14.04.2012;

05.05.2012; 16.06.2012;

14.07.2012 oder 01.09.2012

je: 09.00 – 17.30 Uhr

Ort: Bremen

Fortbildungspunkte: 11

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

Fachgebiet: Marketing

Thema: So kommen Sie in die Medien

Veranstalter: DOCRELATIONS® –

PR und Marketing für Mediziner

Referent: Oliver Löw, Dipl.-Infw.

(FH), RA Carina Richters

Termin: 24.03.2012:

10.00 – 17.30 Uhr

Ort: Hotel NH Köln City, Holz-

markt 47, 50676 Köln

Fortbildungspunkte: 6

Kursgebühr: 290 EUR (ZÄ, AÄ),

190 EUR (ZFA)

Anmeldung:

Tel.: 02159/9282182

www.docrelations.de

Fachgebiet: Endodontie

Thema: Edodontie up- (to)- DATE

Veranstalter: MICRO-MEGA Endodontics

Referent: PD Dr. Christian

Gernhardt, Uni Halle

Termin: 28.03.2012

Ort: Leipzig

Fortbildungspunkte: 4

Kursgebühr: 95 EUR zzgl. MwSt.

Anmeldung:

stephan.gruner@micro-mega.com

Fax: 07561/98343615

Tel.: 030/28706055

Fachgebiet: Implantologie

Thema: Einstieg in die

Implantologie

Veranstalter: Henry Schein Dental

Deutschland GmbH

Referent: Dr. Rainer Roos

Termin: 04.04.2012

Ort: Stuttgart

Fortbildungspunkte: 5

Kursgebühr: 179 EUR

Anmeldung:

Henry Schein Dental Deutschland

GmbH, Industriestr. 6, 70565

Stuttgart-Vaihingen

Tel.: 0711/7150930

Fax: 0711/7150912

info.stuttgart@henryschein.de

Thema: DS-WIN-PLUS/ Zahnersatz

Veranstalter: Henry Schein Dental

Deutschland GmbH

Referentin: Kathrin Kroll

Termin: 16.04.2012

Ort: Freiburg-Hochdorf

Kursgebühr: 149 EUR (ab der 2.

Pers. 49 EUR)

Anmeldung:

Henry Schein Dental Deutschland

GmbH, Industriestr. 6, 70565

Stuttgart-Vaihingen

Tel.: 0711/7150930

Fax: 0711/7150912

info.stuttgart@henryschein.de

Thema: DS-WIN-PLUS/

Basisseminar

Veranstalter: Henry Schein Dental

Deutschland GmbH

Referentin: Kathrin Kroll

Termin: 16.04.2012

Ort: Freiburg-Hochdorf

Kursgebühr: 149 EUR (ab der 2.

Pers. 49 EUR)

Anmeldung:

Henry Schein Dental Deutschland

GmbH, Industriestr. 6, 70565

Stuttgart-Vaihingen

Tel.: 0711/7150930

Fax: 0711/7150912

info.stuttgart@henryschein.de

Thema: DS-WIN-PLUS/
Tipps und Tricks
Veranstalter: Henry Schein Dental
Deutschland GmbH
Referentin: Kathrin Kroll
Termin: 17.04.2012
Ort: Freiburg-Hochdorf
Kursgebühr: 149 EUR (ab der 2.
Pers. 49 EUR)
Anmeldung:
Henry Schein Dental Deutschland
GmbH, Industriestr. 6, 70565
Stuttgart-Vaihingen
Tel.: 0711/7150930
Fax: 0711/7150912
info.stuttgart@henryschein.de

Thema: DS-WIN-PLUS/
Easy-QM
Veranstalter: Henry Schein Dental
Deutschland GmbH
Referentin: Kathrin Kroll
Termin: 17.04.2012
Ort: Freiburg-Hochdorf
Kursgebühr: 99 EUR
Anmeldung:
Henry Schein Dental Deutschland
GmbH, Industriestr. 6, 70565
Stuttgart-Vaihingen
Tel.: 0711/7150930
Fax: 0711/7150912
info.stuttgart@henryschein.de

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Qualitätsmanagementsystem
Check 2012
Veranstalter: Henry Schein Dental
Deutschland GmbH
Referent: Thomas Malik
Termin: 18.04.2012
Ort: Stuttgart
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 390 EUR
Anmeldung:
Henry Schein Dental Deutschland
GmbH, Industriestr. 6, 70565
Stuttgart-Vaihingen
Tel.: 0711/7150930
Fax: 0711/7150912
info.stuttgart@henryschein.de

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Edodontie up- (to)- DATE
Veranstalter: MICRO-MEGA Endo-
dantics
Referent: PD Dr. Christian
Gernhardt, Uni Halle
Termin: 18.04.2012
Ort: Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 4
Kursgebühr: 95 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
stephan.gruner@micro-mega.com
Fax: 07561/98343615
Tel.: 030/28706055

Thema: DS-WIN-PLUS/
Textverarbeitung
Veranstalter: Henry Schein Dental
Deutschland GmbH
Referentin: Kathrin Kroll
Termin: 19.04.2012
Ort: Freiburg-Hochdorf
Kursgebühr: 180 EUR
Anmeldung:
Henry Schein Dental Deutschland
GmbH, Industriestr. 6, 70565
Stuttgart-Vaihingen
Tel.: 0711/7150-930, Fax: -912
info.stuttgart@henryschein.de

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Direkte adhäsive Restaura-
tion
Veranstalter: Henry Schein Dental
Deutschland GmbH
Referenten: Prof. Dr. Claus-Peter
Ernst, Dr. Roland Welte
Termin: 21.04.2012
Ort: Stuttgart
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 159 EUR
Anmeldung:
Henry Schein Dental Deutschland,
Industriestr. 6, 70565 Stuttgart
Tel.: 0711/7150-930, Fax: -912
info.stuttgart@henryschein.de

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Peri-Implant-Master –
Rund um das Implantat: Diagnos-
tik, Therapieverläufe und verschie-
dene Behandlungsmethoden bei
Periimplantitis-Patienten
Veranstalter: Henry Schein Dental
Deutschland GmbH
Referentin: Sandra di Pietro
Termin: 23.04.2012
Ort: Heidelberg
Fortbildungspunkte: 5
Kursgebühr: 145 EUR
Anmeldung:
Henry Schein Dental Deutschland,
Industriestr. 6, 70565 Stuttgart
Tel.: 0711/7150-930, Fax: -912
info.stuttgart@henryschein.de

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Periodontology Master –
Diagnostik, Therapieverläufe und
verschiedene Behandlungsmetho-
den bei Parodontitis-Patienten
Veranstalter: Henry Schein Dental
Deutschland GmbH
Referentin: Sandra di Pietro
Termin: 23.04.2012
Ort: Heidelberg
Fortbildungspunkte: 5
Kursgebühr: 145 EUR
Anmeldung:
Henry Schein Dental Deutschland,
Industriestr. 6, 70565 Stuttgart
Tel.: 0711/7150-930, Fax: -912
info.stuttgart@henryschein.de

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Moderne Endodontie
Veranstalter: Henry Schein Dental
Deutschland GmbH
Referent:
Prof. Dr. Jörg Schirrmeyer
Termin: 25.04.2012
Ort: Stuttgart
Fortbildungspunkte: 5
Kursgebühr: 199 EUR
Anmeldung:
Henry Schein Dental Deutschland,
Industriestr. 6, 70565 Stuttgart
Tel.: 0711/7150-930, Fax: -912
info.stuttgart@henryschein.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Werteeerhaltung in der
Zahnarztpraxis durch Pflege und-
Wartung von Instrumenten und
Geräten
Veranstalter: Henry Schein Dental
Deutschland GmbH
Referenten: Christiane Jakobi, Pe-
ter Mahr
Termin: 25.04.2012
Ort: Ravensburg
Kursgebühr: 69 EUR
Anmeldung:
Henry Schein Dental Deutschland,
Industriestr. 6, 70565 Stuttgart
Tel.: 0711/7150-930, Fax: -912
info.stuttgart@henryschein.de

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: KFO-Privatabrechnung
von A bis Z fair berechnet
Veranstalter: Dentaurum GmbH
Referentin: Ursula Duncker
Termin: 25.04.2012
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 6
Kursgebühr: 249 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
Dentaurum GmbH & Co. KG
Jenny Koch
Turnstr. 31, 75228 Ispringen
Tel.: 07231/803-470, Fax: -409
kurse@dentaurum.de
www.dentaurum.com

Fachgebiet: Digitale Fotografie
Thema: Workshop
Veranstalter: Henry Schein Dental
Deutschland GmbH
Referent: Dieter Baumann
Termin: 25.04.2012
Ort: Freiburg-Hochdorf
Fortbildungspunkte: 6
Kursgebühr: 99 EUR
Anmeldung:
Henry Schein Dental Deutschland
GmbH, Industriestr. 6, 70565
Stuttgart-Vaihingen
Tel.: 0711/7150930, Fax: -912
info.stuttgart@henryschein.de

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: PZR-Update für
Prophylaxeprofis
Veranstalter:
Dental-Depot R. Spörrer
Referentin: DH Regina
Regensburger
Termin: 25.04.2012:
09.00 – 17.00 Uhr
Ort: 95679 Waldershof
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 210 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft:
Dental-Depot R. Spörrer e.K.
Ludwig-Hüttner-Str. 19
95679 Waldershof
Tel.: 09231/71479
Fax: 09231/972128

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Erfolgsmatrix für die Zahn-
arztpraxis
Veranstalter:
Dexcel® Pharma GmbH
Referent:
Dipl.-Psych. Frank Frenzel
Termin: 25.04.2012
Ort: Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 5
Auskunft:
Tel.: 06023/9480-0

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: CMD Professional II
(früher MSA II – Manuelle Struk-
turanalyse)
Veranstalter: VIZ – Veranstaltun-
gsmanagement im Zentrum
Referent: Prof. Dr. Axel Bumann
Termin: 26.04. – 29.04.2012
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 40
Kursgebühr: 1 050 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
VIZ – Veranstaltungsmanagement
im Zentrum
Brigitte Wegener
Caroline-von-Humboldt-Weg 28
10117 Berlin
Tel.: 030/27890930
bw@viz.de

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Erwerb der Fachkunde im
Strahlenschutz für die digitale
Volumentomografie
(Vermittlung der technisch-physi-
kalischen und der diagnostischen
Grundlagen)
Veranstalter: Edulogicum GbR
Referent:
Dr. med. dent. Andreas Fuhrmann
Termin: 27.04.2012:
13.00 – 21.00 Uhr
Ort: Edulogicum GbR,
Johann-Mohr-Weg 4,
22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 10

Kurs-Nr.: 12.1_DVT.1_4_EFK.01
Kursgebühr: 600 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Fax: 040/81951237
 www.edulogicum.de

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Ideen und Systeme für den rationalen Arbeitsablauf im kieferorthopädischen Fachlabor
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referentin: ZT Christine Ramian-
Termin: 27.04.2012
Ort: Ispringen
Kursgebühr: 249 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470, Fax: 409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Effiziente und korrekte Abrechnung nach GOZ und GOA
Veranstalter: Dentaurum Implants GmbH
Referentin:
 ZMF/ZMP Angelika Frenzel
Termin: 27.04.2012
Ort: München
Fortbildungspunkte: 4
Kursgebühr: 125 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Irene Kunzmann
 Dentaurum Implants GmbH
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-480
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.de

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Herstellung provisorischer Kronen und Brücken Teil 1 – Workshop für Helferinnen
Veranstalter: Henry Schein Dental Deutschland GmbH
Referentin: Astrid Weigel
Termin: 27.04.2012
Ort: Heidelberg
Fortbildungspunkte: 5
Kursgebühr: 135 EUR
Anmeldung:
 Henry Schein Dental Deutschland GmbH, Industriestr. 6, 70565 Stuttgart-Vaihingen
 Tel.: 0711/7150-930, Fax: -912
 info.stuttgart@henryschein.de

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Periodontology Master Class Teil 1 – Der perfekte Ablauf der Prophylaxesitzung und sichere Instrumentenführung
Veranstalter: Henry Schein Dental Deutschland GmbH
Referentin: Sandra di Pietro
Termin: 27.04.2012:
 10.00 – 13.00 Uhr
Ort: Freiburg
Fortbildungspunkte: 5
Kursgebühr: 135 EUR
Anmeldung:
 Henry Schein Dental Deutschland, Industriestr. 6, 70565 Stuttgart
 Tel.: 0711/7150-930, Fax: -912
 info.stuttgart@henryschein.de

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Periodontology Master Class Teil 2 – Der Parodontalpatient und der Omplantatpatient
Veranstalter: Henry Schein Dental Deutschland GmbH
Referentin: Sandra di Pietro
Termin: 27.04.2012:
 14.00 – 17.00 Uhr
Ort: Freiburg
Fortbildungspunkte: 5
Kursgebühr: 135 EUR
Anmeldung:
 Henry Schein Dental Deutschland, Industriestr. 6, 70565 Stuttgart
 Tel.: 0711/7150-930, Fax: -912
 info.stuttgart@henryschein.de

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Spezialkurs „Fränkel“ – Herstellung der FR III Apparatur
Veranstalter: Dentaurum GmbH
Referenten: ZT Konrad Hofman, Dr. Wolfgang Scholz
Termin: 27./28.04.2012
Ort: Ispringen
Fortbildungspunkte: 17
Kursgebühr: 449 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470, Fax: 409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: ZFA
Thema: Grundwissen und Ausbildung der ZFA im Bereich KFO
Veranstalter: Dentaurum GmbH
Referent: Prof. Dr. Ralf J. Radlanski
Termin: 27./28.04.2012
Ort: Ispringen
Kursgebühr: 475 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470, Fax: -409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Kieferorthopädischer Grundkurs Teil II – Herstellung von bimaxillären Geräten
Veranstalter: Dentaurum GmbH
Referent: ZT Martin Geller
Termin: 27./28.04.2012
Ort: Ispringen
Kursgebühr: 449 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470, Fax: -409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Mitarbeiter – Ihr größtes Kapital
Veranstalter: Feldmann Consulting® Fortbildungsakademie
Referentin:
 Gabriele Oppenberg, GO Consulting®
Termin:
 28.04.2012:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Feldmann Consulting® Fortbildungsakademie, Kronenstr. 11, 76275 Ettlingen
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 12030
Kursgebühr: 350 EUR, 245 EUR für Teilnehmer aus Baden-Württemberg, 175 EUR für Teilnehmer über 50 aus B.-W.
Anmeldung:
 Nicole Feldmann, Anna Münch
 Tel.: 07243/7254-0
 Fax: 07243/7254-20
 info@feldmannconsulting.de

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Metallverbindungen in der KFO
Veranstalter: Dentaurum GmbH
Referent: ZT Thomas Braun
Termin: 28.04.2012
Ort: Hamburg
Kursgebühr: 219 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470, Fax: -409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Verlust von Kammerausweisen

ZÄK Niedersachsen

Die Ausweise von

Nr. 4120 Dr. Steffen Eiben
 Nr. 3231 Yvonne Hildebrandt-Pilarz
 Nr. 388 Dr. Horst Ostermann
 Nr. 2917 Hans-Peter Schmidt
 Nr. 1030 Hubert Schröder
 Nr. 6837 Jacobus Fioole

wurden verloren, gestohlen beziehungsweise nicht zurückgegeben und werden für ungültig erklärt.

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

Bekanntmachungen

ZÄK Westfalen-Lippe

Die **Sitzung der Kammerversammlung** der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe findet am

Freitag, dem 4. Mai 2012 um 14.00 Uhr c.t. in Dortmund, „Plenarsaal“ der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, Robert-Schirrig-Str. 4-6

statt. Die Sitzung ist gem. § 6 (2) der Satzung für Kammerangehörige öffentlich.

Dr. Klaus Bartling, Präsident

Kreditwirtschaft

Bankensprache beherrschen

Immer noch zeigen viele Ärzte eine kaum nachvollziehbare Zurückhaltung, wenn es darum geht, Verhaltensänderungen der Bank als Warnsignale zu erkennen. Letztlich sind das aber zumeist Zweifel an der Bonität des Arztes. Doch eine reibungslose Geschäftsverbindung ist immens wichtig, im Folgenden sind einige Situationen und mögliche Reaktionen des Arztes als Empfehlungen aufgelistet.

■ Zeitlicher Druckaufbau

Die Bank verringert die mit dem Arzt vereinbarten Zeiträume, in denen sie aussagefähige Unterlagen – über die betriebswirtschaftlichen Auswertungen (BWA) hinaus – bezüglich der wirtschaftlichen Entwicklung der Praxis erwartet (es handelt sich hier vor allem um Liquiditäts- und Rentabilitätsberechnungen).

Reaktion

Der Arzt sollte nach dem konkreten Grund für diese Forderung fragen, die immerhin deutlich von dem abweicht, was ursprünglich mit der Bank vereinbart wurde. Da möglicherweise eine Verschlechterung der Kreditwürdigkeit oder Bonität der Grund für dieses veränderte Verhalten ist, sollte dies ebenfalls offen angesprochen werden.

■ Intensivere Prüfungen

Der Steuerberater soll weitaus intensiver als bisher ausführliche Prüfungen der Ärztebuchführung vornehmen. Gleichzeitig wird der Arzt gebeten, seinen Steuerberater zu ermächtigen, unmittelbar auf Fragen seiner Bank zu antworten. Der Arzt als Kunde wird von diesen Fragen durch die Bank nicht in Kenntnis gesetzt.

Reaktion

Auch dieser Punkt spricht für eine andere Einschätzung der Bank im Hinblick auf die wirtschaftliche Lage des Arztes, so dass ein kurzfristiges Gespräch durchaus gemeinsam mit dem Steuerberater und natürlich dem Bankensprechpartner geführt werden sollte.

■ Empfehlung eines Beraters

Das Kreditinstitut empfiehlt dem Arzt, einen Unternehmensberater zu beauftragen, der sich nicht nur mit seiner wirtschaftlichen Lage, sondern auch mit der Praxisorganisation befasst.

Reaktion

Möglicherweise sieht die Bank Optimierungspotenziale in der Praxis, deren Umsetzung sie dem Arzt nicht zutraut. Wenn dem tatsächlich so ist, sollte die Bank die einzelnen Punkte konkretisieren.

■ Eigenkapitalaufstockung

Die Bank teilt dem Arzt mit, dass die mit dem Kreditinstitut früher einvernehmlich abgestimmte Strategie einer „angemessenen“ Eigenkapitalbildung zukünftig nicht mehr gilt. Vielmehr soll schrittweise eine „deutliche“ Erhöhung des Eigenkapitals angestrebt werden.

■ Neues beim Dispokredit

Die bisher mehr oder weniger selbstverständlichen kurzfristigen Überziehungen des Praxiskontos über das Kreditlimit hinaus „können nun nicht mehr geduldet werden“.

Reaktion

Auch hierzu steht dem Arzt eine Begründung zu, da die bisherige Geschäftsgrundlage einseitig verändert wird. Allerdings dürfte es im Ergebnis ohnehin günstiger sein, eine grundsätzliche Erhöhung des Kreditlimits des Praxiskontos zu vereinbaren. Damit können auch teure Überziehungszinsen vermieden werden.



Kommunikation ist nicht immer einfach: Auf die richtige Deutung kommt es an.

Foto: MEV

Reaktion

Die Erhöhung des Eigenkapitals lässt darauf schließen, dass sich das Kreditinstitut auf die bevorstehenden „Basel III“-Regelungen vorbereitet. Diese bevorzugen grundsätzlich Banken mit Kreditkunden, die eine gute Kreditwürdigkeit mit entsprechend hoher Eigenkapitalquote vorweisen können. Geklärt werden sollte, wie sich die Bank eine „angemessene“ Eigenkapitalbildung in den kommenden Jahren konkret vorstellt.

■ Verweigerter Buchungen

Lastschriften, die in der Vergangenheit auch eingelöst wurden, obwohl keine Kontodeckung vorhanden war, werden nun, überraschend für den Arzt, vom Praxiskonto nicht mehr abgebucht.

Der bisher übliche und vor allem rechtzeitige Anruf des Bankmitarbeiters, für Kontodeckung zu sorgen, erfolgte dieses Mal (und wahrscheinlich auch in Zukunft) nicht.

Reaktion

Hier handelt es sich offenbar um eine Auswirkung der zunehmenden Zentralisierung im Bankbereich. Der Bankmitarbeiter vor Ort verliert dabei in der Regel an Gestaltungsmöglichkeiten. Der Arzt sollte sein Zahlungsverhalten diesem kaum zu umgehenden Umstand anpassen und seine finanziellen Dispositionen gegebenenfalls verbessern.

■ Zusätzliche Kreditsicherheiten

Für den Arzt ist auch die Forderung seiner Bank, zusätzliche Kreditsicherheiten anzubieten, ein Novum, da sich der Wert seiner bisher zur Verfügung gestellten Kreditsicherheiten angeblich „erheblich“ verringert hat.

Reaktion

Bevor der Arzt mit mehr oder weniger Aufwand nach weiteren Kreditsicherheiten sucht, sollte er von der Bank eine Erklärung über die von ihr bei diesen Kreditsicherheiten verwendeten Bewertungskriterien verlangen.

Ein Telefonat kann helfen, rasch ein Missverständnis aus der Welt zu räumen.



Foto: Rido - Fotolia.com

Diese Wertansätze können dann vom Arzt mit seinen Einschätzungen verglichen und gegebenenfalls nachverhandelt werden.

■ Zinserhöhung beim Kredit

Die Bank erhöht von heute auf morgen den Zinssatz des Überziehungskredits um gleich mehrere Prozentpunkte und begründet dies lapidar mit einer neu eingeführten sogenannten „risikoorientierten Zinssatzfindung“.

Reaktion

Dieser Punkt bedarf eines ausführlichen Gesprächs mit der Bank. Die erwähnte „Risikoorientierung“ beinhaltet regelmäßig einen „Zinskorridor“ von mehreren Prozentpunkten, in dessen Rahmen sich der persönliche Kreditzinssatz des Arztes zukünftig befindet. Für den Arzt als Kunden ist entscheidend, wie seine Bank diesen Zinssatz genau ermittelt und ob er verhandelbar ist.

■ Darlehensverlängerung

Verlängerungsangebote der Darlehen beinhalten einen für den Arzt nicht nachvollziehbar hohen Zinssatz, so dass er spontan davon ausgehen muss, dass seine Bank an einer Kreditverlängerung gar nicht interessiert ist.

Reaktion

Gesprächsbedarf besteht auch hier, da bei einem solchen Verhalten die weitere Kreditfähigkeit des Arztes infrage steht. Es ist ja möglich, dass auch andere Banken ähnliche Verhaltensweisen an den Tag legen, so dass der Arzt zumindest wissen sollte, warum

seine Bank trotz der langjährigen Geschäftsverbindung so reagiert.

■ Schlechte Kommunikation

Es wird für den Arzt immer schwieriger, seinen Gesprächspartner bei der Bank unmittelbar ans Telefon zu bekommen, um mit ihm wichtige Punkte zu bereden. Das Gleiche gilt für dessen Stellvertreter, der ebenfalls meist entweder „im Gespräch“ oder „außer Haus“ ist.

Reaktion

Möglicherweise gibt es die eine oder andere unangenehme Information, die der Bankmitarbeiter nicht gern an den Arzt weitergibt. Vielleicht liegt es auch an regelmäßigen „Sonderwünschen“ seitens des Arztes, die man auf diesem Weg einzudämmen versucht. Wie auch immer – Spekulationen helfen nicht weiter, es bedarf eines klärenden Gesprächs.

■ Verweigerte Auskünfte

Wenn der Arzt nach seiner Rating- oder Scoringnote fragt (die ja auch für die Höhe seiner Kreditzinssätze wichtig ist), erhält er regelmäßig nur ausweichende Antworten, die ihm in keiner Weise weiterhelfen.

Reaktion

Die Zurückhaltung des Bankmitarbeiters kann daran liegen, dass er selbst zwar in der Lage ist, dem Arzt dessen Rating- oder Scoringnote zu nennen. Da er aber nicht weiß, wie sich diese Note unter welcher Gewichtung der jeweiligen Beurteilungsfaktoren zusammensetzt, kommt es zu ausweichenden Reaktionen. Auch hier gilt, dass die Bank für entsprechende Klarheit sorgen sollte, damit der Arzt seine Kreditwürdigkeit und damit auch seine Kreditkonditionen verbessern kann.

■ Kreditverkäufe

Das Gleiche gilt für mögliche Kreditverkäufe, zu denen der Arzt von seiner Bank bisher nichts Wesentliches hört. Das ist insofern erstaunlich, da gerade Kreditverkäufe erhebliche Veränderungen in gewachsenen Kunde-Bank-Strukturen hervorrufen können.

Reaktion

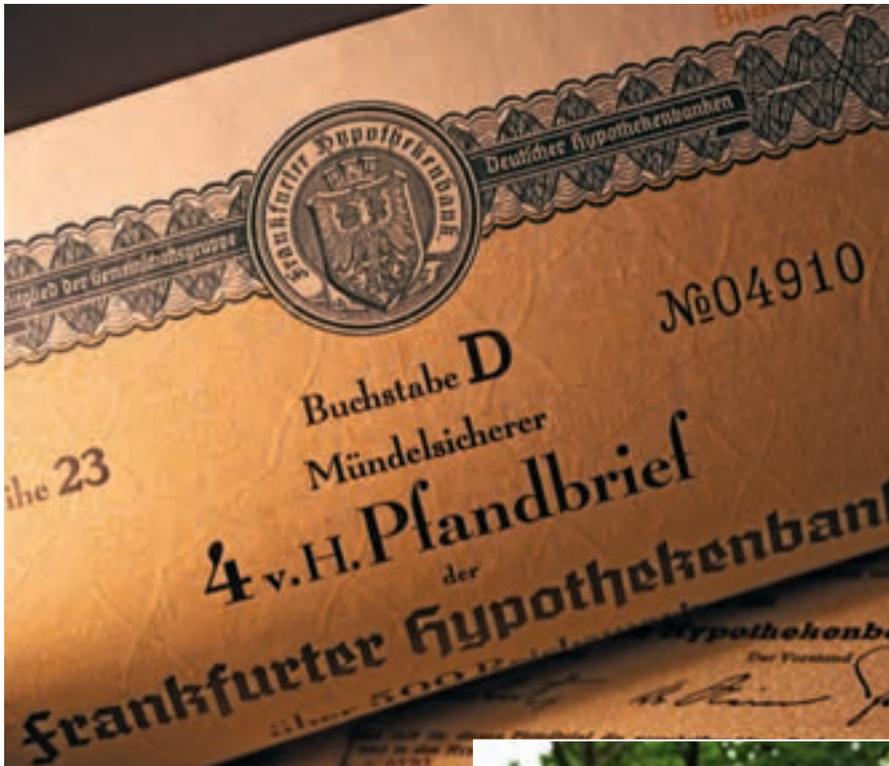
Hier ist verbindlich zu klären, wie es die Bank mit Kreditverkäufen grundsätzlich hält und welche Regelungen der jeweilige Kreditvertrag dazu enthält. Je nach Bankinstitut kann der Arzt Vereinbarungen treffen, die Kreditverkäufe konsequent ausschließen.

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

Pfandbriefe

Verbriefte Sicherheit

Sie zählen zu den soliden Geldanlagen, auch wenn ihr Ruf wegen der krisengeschüttelten Hypo Real Estate zeitweise gelitten hat. Vielen auf Sicherheit bedachten Anlegern gelten sie auch als attraktive Alternative zu den bescheiden verzinsten Bundesanleihen.



Finanzprodukt mit Geschichte – schon ihr Erfinder, Friedrich der Große, vertraute darauf.

Für institutionelle Investoren wie Lebensversicherer, Pensionsfonds und auch Versorgungswerke gehören sie zur Basis des Portfolios. Pfandbriefe sind mündelsicher und bieten eine etwas höhere Rendite als Bundesanleihen, für die Anleger zuletzt sogar Geld gezahlt haben, um ihr Geld sicher unterbringen zu dürfen. Der Unterschied zwischen Anleihen und Pfandbriefen ist nicht allzu groß. Zurzeit (Stand: Mitte Februar 2012) beläuft er sich für Papiere mit fünfjähriger Laufzeit auf circa einen Prozentpunkt. Das bedeutet für Großanleger relativ viel Rendite für größtmögliche Sicherheit. Jahrelang bestand kein Zweifel daran, dass es kaum eine sicherere Anlage als Pfandbriefe gibt. Doch seit der Immobilienkrise



Foto: Fotolia.com - Fritz

und der darauf folgenden Finanzkrise scheint der gute Ruf angekratzt zu sein. In Deutschland sorgte vor allem das immer noch nicht ausgestandene Debakel um die zweitgrößte Pfandbriefbank, die Hypo Real

Estate, für einen Beinahe-Zusammenbruch des Pfandbrief-Marktes. Inzwischen hat sich die Lage wieder beruhigt, aber im Handel mit den Papieren knirscht es immer noch.

Anlage mit Tradition

Dabei kann der Pfandbrief eigentlich eine ziemlich makellose Vergangenheit vorweisen. Felix Schnellbacher vom Verband deutscher Pfandbriefbanken versichert: „Es hat in der über 240-jährigen Geschichte des Pfandbriefs noch keine Ausfälle gegeben.“ Eingeführt hatte ihn im Jahr 1769 Friedrich der Große. Das Witwen- und Waisenpapier diente damals zur Absicherung der Frauen. Mitte des 19. Jahrhunderts erhielten die ersten Banken das Recht Hypothekenkredite mit Pfandbriefen zu refinanzieren. Seitdem es keine staatlichen Garantien mehr für öffentlich-rechtliche Kreditinstitute wie Spar-

kassen gibt, gilt seit 2005 das Pfandbriefgesetz. Darin sind auch die Sicherheiten geregelt, die den Pfandbrief für vorsichtige Anleger so attraktiv machen. Eigentlich sind Pfandbriefe rechtlich betrachtet nichts anderes als normale Anleihen, für die die Bonität des Emittenten entscheidend ist. Bei den Pfandbriefen aber bietet die sogenannte Deckungsmasse eine zweite Sicherheit.

Dabei handelt es sich um Hypothekenkredite, die die Bank mit dem Kapital, das sie mit den Pfandbriefen eingenommen hat, finanziert. Und wer schon einmal eine Hypothek aufgenommen hat, weil er

ein Haus oder eine Wohnung finanzieren wollte, weiß, wie sehr sich die Bank um die Absicherung des Darlehens sorgt. Sie beleihlt Immobilien nur bis zu 60 Prozent ihres Beleihungswerts. Dieser Wert wiederum liegt circa zehn bis 20 Prozent unter dem Marktwert der Immobilie. Auch für andere Arten von Pfandbriefen sichert die Deckungsmasse das Kapital des Anlegers. So existieren Papiere, mit denen zum Beispiel Schiffe finanziert werden. Möglich ist das auch für Flugzeuge. Allerdings gibt es bislang kein entsprechendes Angebot. Zurzeit entwickelt die NordLB ein Papier, bei dem es um die Finanzierung eines Flugzeugs geht. Es soll allerdings nur institutionellen Investoren vorbehalten bleiben. Egal, was mit dem eingesetzten Geld finanziert wird, in die aus Krediten bestehende Deckungsmasse fließen Zinsen und Tilgung. Diese Geldflüsse garantieren die Rückzahlung des Kapitals an die Anleger. Jeder

Anleger kann sich über die Zusammensetzung der Deckungsmasse informieren. Dazu Schnellbacher: „Die Deckungsmasse ist sehr transparent. Anleger können sich auf der Homepage des Anbieters und beim Verband deutscher Pfandbriefbanken über ihre Zusammensetzung informieren. Der Gesetzgeber verpflichtet die Pfandbriefbanken, Daten über ihre Deckungsmasse quartalsweise zu veröffentlichen.“

Doppelte Sicherheit

Zahlt ein Kreditnehmer seine Raten nicht mehr, kann die Bank diesen wertlosen Kredit gegen einen neuen austauschen. In der Vergangenheit haben viele Anleger die Pfandbriefe gemieden, weil sie Immobilienkredite als Basis haben. Sie fürchteten ähnliche Verluste, wie sie im Ausland entstanden sind. Doch bei den deutschen Pfandbriefen stehen die emittierenden Banken für die

Sicherheit ein. Sie müssen sich um säumige Schuldner kümmern, nicht die Anleger. Manchmal bleiben die Darlehen von schlechten Schuldnern aber auch im Deckungsstock und verunsichern dann die Anleger. Der Grund sind die darin enthaltenen Kredite an andere Staaten wie zum Beispiel Griechenland oder Portugal. Ratingagenturen wie Standard & Poor's senken deshalb schon mal gern den Daumen über manches Papier und stufen es von der für Pfandbriefe üblichen AAA-Note auf AA+ herunter. Probleme für die Anleger entstehen daraus nicht. Denn zum einen liegt der Anteil der Staatsanleihe aus den PIIGS-Ländern bei nur 8,4 Prozent und außerdem sind die Pfandbriefe immer übersichert. Das heißt, die Sicherheiten überschreiten den Betrag der ausstehenden Pfandbriefe um 16 bis 20 Prozent, so dass selbst bei einem Ausfall der PIIGS-Anleihen die Sicherheit immer noch bei mehr als 100 Prozent liegt.



Foto: Fotolia.com - il-fede

Das Kapital von Pfandbrief-Anlegern wird auch im Schiffs- oder Flugzeugbau angelegt.

Matthias Melms, Pfandbriefanalyst bei der NordLB, sieht auch das Downgrading nicht allzu kritisch: „Dass Pfandbriefe schlechter bewertet werden, liegt auch in der Methode begründet. Erfährt die emittierende Bank eine schlechtere Bewertung, trifft es ab einem bestimmten Punkt auch den Pfandbrief.“ Er weist noch auf das Problem der Banken in Verbindung mit dem Länder-rating in den südlichen Ländern hin: „Dort sind die Banken sozusagen mit dem Rating des Heimatlandes verbunden. Wird das Land herunter geratet, kann es automatisch auch die Banken treffen, obwohl sie vielleicht gar nicht so schlecht sind.“

Manche Institute, die auch einen regen Handel mit risikoreicheren und deshalb höher rentierlichen Papieren treiben, verzichten manchmal freiwillig auf ein Top-Rating für ihre Pfandbriefe. Laut Melms „nehmen sie ein AA+ in Kauf und sparen



Foto: CC

sich so die Übersicherung des Papiers wie sie ein Triple A erfordert“. Die dort eingesparten Sicherheiten dienen dazu, die ungesicherten Anleihen mit einer niedrigen Rendite emittieren zu können.

Dass eine um eine Stufe schlechtere Note nicht unbedingt zu einer höheren Rendite führt, hat das Beispiel Frankreich gezeigt. Trotz des „Falls“ von AAA auf AA+ blieben die Renditen für Staatsanleihen auf dem niedrigen Niveau.

Die Anleger hingegen schätzen die Situation anders ein als die Ratingagentur. Melms: „Es gibt kaum Alternativen an sicheren Papieren.“ Auch im Ausland gelten Pfandbriefe, die international Covered Bonds heißen, als sicher. Allerdings sind die Vorschriften weniger streng als in Deutschland. Eine gesetzliche Regelung und die strenge Aufsicht über die Einhaltung gibt es nur hier.

Private Anleger, die in Pfandbriefe investieren wollen, sollten sich nach Meinung der Experten an deutsche Papiere halten und sich auf öffentliche oder Hypothekendarlehen beschränken.

Deutsche Angebote hoch im Kurs

Vor dem Kauf empfiehlt es sich, die Deckungsmasse zu studieren. Dabei gilt: Je höher der Anteil an privaten und je geringer der Anteil an gewerblichen Hypotheken ist, desto höher die Sicherheit. Als Tipp empfehlen Melms und Schnellbacher den mit AAA bewerteten Pfandbrief der Postbank. In ihm

stecken nur private Hypotheken. Der Jumbo wurde im vergangenen Jahr emittiert und hat eine Laufzeit von zehn Jahren. Unter Jumbos versteht man Pfandbriefe mit einem Volumen von mindestens einer Milliarde Euro.

Anders als die normalen Papiere, die sich derzeit am Markt immer noch schwer tun und deren Handel entsprechend schwierig ist, lassen sich die Jumbo-Anteile von je 1 000 Euro jederzeit

kaufen und verkaufen. Dafür sorgen drei Banken, die sich verpflichten, An- und Verkaufskurse zu stellen. Anleger, die sich nicht auf ein oder zwei Papiere konzentrieren wollen, wählen vielleicht einen ETF wie den „iShares eb. rexx Jumbo“, der ausschließlich in 25 deutsche Jumbos investiert oder den „iBoxx e Germany Covered ETF“. Er basiert auf einem Index, der sich aus 99 deutschen Pfandbriefen zusammensetzt.

Andere ETF setzen auf spanische, französische oder italienische Covered Bonds. Das tut auch der bislang einzige gemanagte reine Pfandbrieffonds DWS Covered Bonds. Alle anderen Fonds enthalten zum größten Teil normale Anleihen und nur einen kleinen Teil Covered Bonds.

Marlene Endrueit
Fachjournalistin für Finanzen
m.endrueit@netcologne.de

INFO

Adressen im Netz

- www.onvista.de
- www.finanznet.de
- www.vdp.de

Praxismodell Jobsharing

Ein Juniorpartner als Kompagnon

Schon 2007 hat der Gesetzgeber mit der Änderung des Vertragsarztrechts Medizinern neue Gestaltungsmöglichkeiten ihrer Tätigkeit eröffnet. Die Wahl einer Berufsausübungsform sollte aber immer die fundierte Kenntnis der rechtlichen Konsequenzen voraussetzen.

So werden die neuen Berufsmöglichkeiten auch dann immer wichtiger, wenn es etwa um die Praxisnachfolge geht. Ein einfaches Verfahren stellt in diesem Bereich das Jobsharing dar – ein Weg, seine Praxis „auf die sanfte Art“ auf einen Nachfolger zu übertragen. Rechtsgrundlage hierfür ist § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V. Aufgrund dieser Rechtsgrundlage wird dem Juniorpartner einerseits eine beschränkte Zulassung erteilt, der Seniorpartner hingegen teilt sich mit diesem den entsprechenden Versorgungsauftrag. Trotz seiner einfachen Gestaltungsweise wird diese Konstruktion oft unterschätzt. Insbesondere ist auf die neue Rechtsauffassung durch die Landessozialgerichte zu achten, die ihre Urteile zunehmend an die modernen Gestaltungsformen anpassen.

Mehr Freiräume in festen Grenzen

Die entscheidenden Vorteile beim Jobsharing liegen nicht allein in der Arbeitsteilung, innerhalb der sich der Juniorpartner entsprechend langsam beruflich integrieren kann, auch der Seniorpartner gewinnt durch den entsprechenden Freizeitausgleich eine höhere Lebensqualität. Auf diese Weise vollzieht sich die Integration Zug um Zug, indem in einem ersten Schritt die Umwandlung von der Ausnahmezulassung in eine Vollzulassung nach fünf Jahren unter der vorrangigen Berücksichtigung des Juniorpartners im Nachbesetzungsverfahren erfolgt.

Grundlage für die Erteilung der Zulassung ist nicht nur die Gründung einer Personengesellschaft durch alle an der Praxis Beteiligten, sondern auch ein genehmigungsfähiger Vertrag an der Gemeinschaftspraxis.



Wollen Junior- und Seniorpartner zusammen praktizieren, ...

Sind diese Schritte durch die Beteiligten eingeleitet, müssen sie sich außerdem zur Leistungsbeschränkung verpflichten, ferner muss es sich bei den Beteiligten um Mediziner derselben Arztgruppe handeln. In einem zweiten Schritt erfolgt dann nach zehn Jahren die Umwandlung der Ausnahmezulassung in eine Vollzulassung, bei der keine Antragstellung durch den Juniorpartner notwendig ist.

Ein Nachteil des Jobsharings ist in der Leistungsbeschränkung zu sehen. Der Grund liegt in der Zweiteilung des Honorars ohne die Möglichkeit, einen Zuwachs zu erzielen. Dies schreckt insbesondere diejenigen Partner ab, die aufgrund der Notwendigkeit eines festen Einkommens auf eine Vollzeitstelle angewiesen sind. Auch muss der nachfolgende Juniorpartner fünf Jahre lang warten, um durch das Nachbesetzungsverfahren bevorzugt zu werden. Nicht selten kommt es vor, dass – aus welchen Gründen auch immer – die Jobsharing-Gesellschaft bereits vor dieser Fünfjahresfrist aufgelöst wird. Dann steht der Juniorpartner plötzlich mit leeren Händen da.

Beteiligung mit Nullbeteiligung

In der Vergangenheit hielt etwa das Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen an seiner Rechtsauffassung fest, dass ein Arzt am Gesellschaftsvermögen der Gemeinschaftspraxis nicht unbedingt beteiligt werden muss. Gleiches wird für die Gewinn- respektive Verlustbeteiligung zugrunde gelegt. Das LSG begründet seine überwiegende Rechtsauffassung darauf, dass vielen Ärzten eine nachhaltige wirtschaftliche Beteiligung am Praxisvermögen aus finanziellen Gründen nicht möglich ist. Dies gelte besonders zu Beginn ihrer Tätigkeit.

Einen Ansatzpunkt sieht das Gericht zudem in seiner rechtlichen Würdigung, dass insbesondere die geringe Eignung eines Arztes im wirtschaftlichen Bereich respektiert werden müsse. Dies betrifft im Tenor die erforderliche kaufmännische Eignung zur Führung einer Praxis – verbunden mit allen wirtschaftlichen Chancen und Risiken. Deshalb begeben sich immer mehr Mediziner lieber in eine angestelltenähnliche

Beteiligung, verbunden zwar mit Festgehalt, aber ohne jegliche Verlustbeteiligung. Hier greift zudem der verfassungsrechtliche Schutz der Berufsfreiheit, der darauf basiert, dass auch die Beteiligung an einer Gemeinschaftspraxis im Rahmen einer sogenannten „Nullbeteiligung“ und in einem Angestelltenverhältnis möglich sein muss.



... sollten vorher die Haftungsfragen geklärt werden.

Fotos: MEV

Mehr Prozente oder lieber weniger fix

Nicht anwendbar ist hingegen eine Statusannahme bezüglich der prozentualen Anteilsbeteiligung am Gesellschaftsvermögen beziehungsweise das Messen an den Einkünften der jeweiligen Gesellschaft. Hier kommt insbesondere die Abhängigkeit ins Spiel. Beispiel: Als Beteiligungsgrundlage des Juniorpartners beträgt der ratenweise zu erbringende Anteil 350 000 Euro, gleichzeitig erfolgt eine 50-prozentige Beteiligung am Gesellschaftsvermögen oder an den Praxiserlösen. Der Nachteil: Dieser Schritt führt zu einer hohen wirtschaftlichen Abhängigkeit beim deutlich stärkeren Seniorpartner der Gemeinschaftspraxis. Eine vorteilhaftere Gestaltungsweise sieht hingegen so aus: Als Beteiligungsgrundlage erhält der Juniorpartners keine prozentuale Beteiligung am Gesellschaftsvermögen sowie am Gewinn, hat dafür aber einen Anspruch auf ein monatliches Festgehalt. Der Vorteil: Das Festgehalt ist vergleichbar mit einem pauschalierten Gewinnanteil, hat

aber den Vorteil einer weitaus geringeren Abhängigkeit.

Trotz des vorteilhaften Jobsharing-Modells als Modell der Nachfolgeregelung sollte also stets die wirtschaftliche Unabhängigkeit des Mediziners gewährleistet sein. Jedwede Art von Schulden oder Regelungen um die Honorarverteilung beeinflussen die Qualität

und die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Versorgung. Daher vertritt auch der BGH eine ähnliche Auffassung wie das Landesozialgericht (LSG, AZ: II ZR 90/01). Es bestätigt die Zulässigkeit, dass ein in eine Gemeinschaftspraxis neu eintretender Partner übergangsweise nicht am Gesellschaftsvermögen sowie an Gewinn und Verlust beteiligt wird. Vielmehr können stattdessen fixe Zuwendungen innerhalb der Probezeit für den eintretenden Arzt in Erwägung gezogen werden.

Verantwortung und Risiko

Vor der Gründung einer Gemeinschaftspraxis sollte eine gründliche steuerliche und rechtliche Vorprüfung aller Beteiligten stattfinden. Alle Partner sollten zudem die eigene Situation – unter Zuhilfenahme eines erfahrenen Beraters – sowohl aus fachlicher, aus kaufmännischer als auch aus juristischer Sicht einschätzen können.

Dies betrifft insbesondere die oftmals unterschätzte Gefahr einer Scheinselbstständig-

keit beziehungsweise die hieraus entstehenden hohen Nachzahlungen an Sozialversicherungsbeiträgen durch den Juniorpartner, verbunden mit einer Strafbarkeit wegen Abrechnungsbetrug. Für diesen Fall wird auch die Krankenkasse sämtliche Zahlungen, die an die Gemeinschaftspraxis geleistet wurden, wieder zurückfordern.

Beispiel: Der Seniorpartner übernimmt die Rolle des Arbeitgebers gegenüber dem Juniorpartner. Die Auswirkungen des Risikos eines fachlichen Fehlers durch den Seniorpartner: Es kommt kein genehmigter Gemeinschaftspraxis-Vertrag zustande, zudem besteht eine hohe Risikobehaftung aller Beteiligten durch die Verfälschung der Rechtslage. Dies hat zur Folge, dass die Vereinbarung zwischen Juniorpartner und Seniorpartner vom eigentlichen Vertrag abweicht. Gleichfalls wird nach der Zulassungserteilung ein Angestelltenverhältnis praktiziert.

Gesellschaftsgründung als Ausweg

Einem Juniorpartner fehlt häufig die entsprechende Einschätzung seines Partners, oft mangelt es sowohl am Haftungs- als auch am Verantwortungsbewusstsein. Die Folgen sind fatal, wenn in diesen Fällen der Seniorpartner noch Zuständigkeiten für den Verwaltungs- und Personalbereich besitzt.

Ein Ausweg aus dieser Situation wäre die Gründung einer Gesellschaft mit unbeschränkter Haftung. Dies sollte auch deshalb erwogen werden, da der einsteigende Juniorpartner wegen der ständigen Rechtsprechung durch den BGH in Bezug auf die Außenhaftung auch für sämtliche Altverbindlichkeiten herangezogen werden kann. Das Risiko für den Juniorpartner kann zwar auch hier durch eine Versicherung minimiert werden, jedoch finden weder kaufmännische noch steuerliche Bereiche eine Deckungsgrundlage. Der Juniorpartner ist so weitgehend ungeschützt.

Dietmar Kern
Wirtschaftspublizist
Gebhard-Müller-Allee 5
71638 Ludwigsburg

CeBIT 2012

Neuer Name, neues Konzept

Die CeBIT setzt neue Schwerpunkte für ihre Gesundheitsmesse und verdeutlicht das durch einen Namenswechsel: Aus der TeleHealth wird die Health & Vitality. IT-Lösungen für das Gesundheitswesen stehen weiter im Fokus, die Fachkonferenz wird hingegen themenreicher – und dadurch auch interessanter für Zahnärzte.



Foto: Philips

„Zu alt für die neueste Technik? Nein, ist die Bedienung zu kompliziert, ist das Gerät nicht gut. So einfach ist das.“

„Die Health & Vitality dreht sich nicht mehr ausschließlich um Telehealth, wie das bei ihrer Vorgängerin der Fall war. Vor allem das Vortragsprogramm bezieht sich ab sofort auch auf andere, für das Gesundheitswesen relevante Aspekte, als die Prävention“, erklärt Dr. Lutz Reum, Organisator des Fachforums. Was bleibt, ist der Veranstaltungsort: Konferenz und Ausstellung sind auf dem CeBIT-Gelände in Hannover weiterhin in Halle 8 untergebracht. Mehr als 20 Aussteller präsentieren dort Produkte aus der Informations- und Telekommunikationstechnologie (ITK). Zudem bietet die Fachkonferenz täglich wechselnde Themen. Die „eGK Session“ am Dienstag beschäftigt sich etwa mit der Bedeutung der elektronischen Gesundheitskarte für die Regelversorgung und dem aktuellen Stand der Umsetzung.

Smarte Lösungen fürs Älterwerden stehen ebenfalls am Dienstag im Mittelpunkt der ersten Fachvorträge und Podiumsdiskussionen – mit tiefen Einblicken in den Bereich „Ambient Assisted Living“ (AAL), was soviel bedeutet wie „Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben“. Die Idee dahinter: Mithilfe moderner Technologien sollen alte Menschen alltägliche Anforderungen leichter meistern und lange selbstbestimmt und unabhängig leben können.

Smarter Senior

Welche Möglichkeiten es gibt, präsentiert unter anderem die „Smart Senior Session“, die Zwischenergebnisse des 2010 gestarteten gleichnamigen Forschungsprojekts

vorstellt. Das aus 28 Unternehmen und Forschungsinstituten bestehende Konsortium entwickelt neben altersgerechten Kommunikationsmöglichkeiten, Notfallerkennungs- und Assistenzsystemen zur sicheren Fortbewegung auch neue medizinische Dienstleistungen in den Bereichen Prävention, Therapie und Rehabilitation. Wie gut die Angebote von älteren Menschen angenommen werden, prüft SmartSenior unter anderem in Testwohnungen.

Technik übernimmt Pflege

Im Anschluss stellen Unternehmen verschiedene Konzepte und Initiativen zu AAL vor. Dabei sind unter anderem das Demografie Netzwerk Linga (Landesinitiative Niedersachsen Generationengerechter Alltag) und das Braunschweiger Informatik- und Technologie-Zentrum, das sein Projekt eHealth.Braunschweig präsentiert.

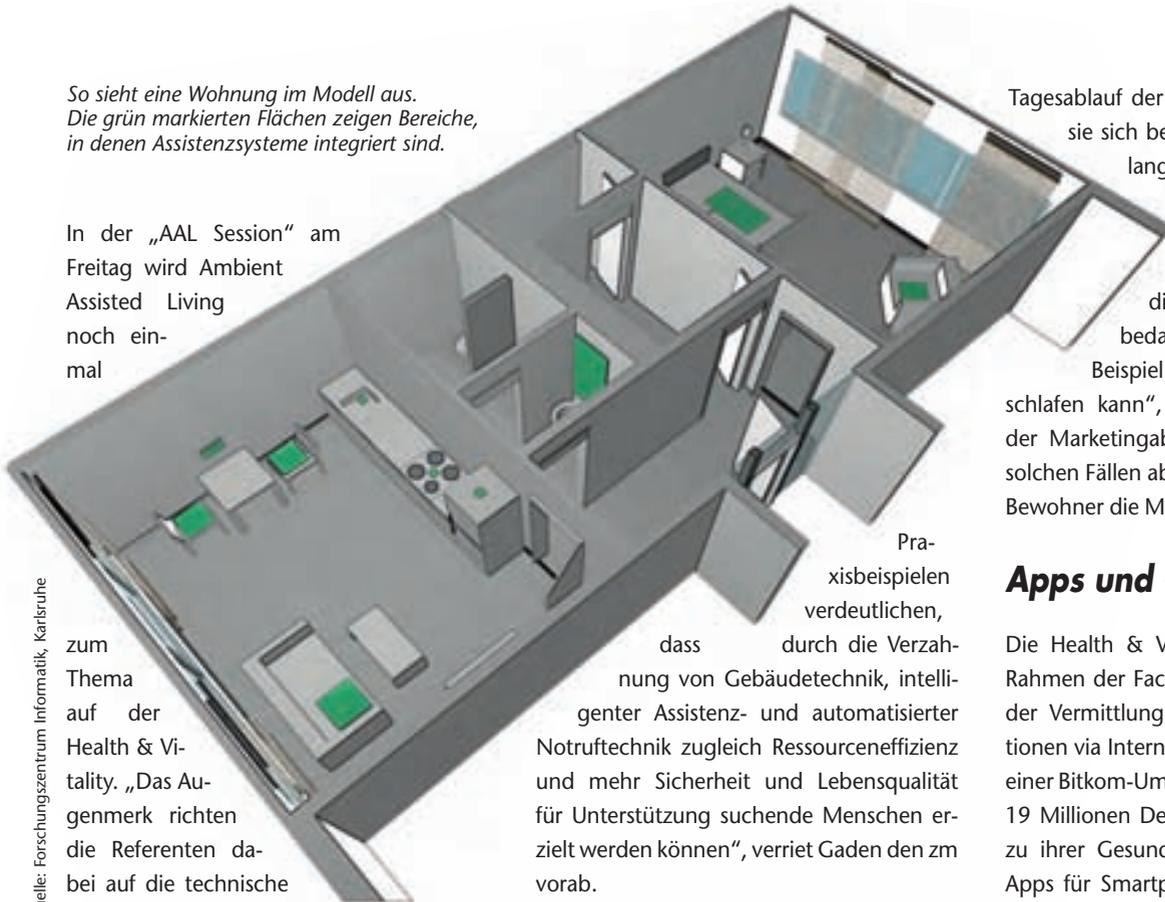
INFO

CeBIT in Kürze

- Termin: Dienstag, 6. März, bis Samstag, 10. März
- Öffnungszeiten: täglich 9 bis 18 Uhr
- Tagesticket: 34 Euro (Vorverkauf), 39 Euro (Tageskasse)
- Dauerticket: 79 Euro (Vorverkauf), 89 Euro (Tageskasse)
- kein Eintritt für Kinder unter acht Jahren; vom 6.3. bis zum 9.3. kein Eintritt für Besucher unter 16; am 10.3. für Kinder/Jugendliche von acht bis 15 Jahren nur in Begleitung aufsichtspflichtiger Erwachsener
- Infos für Besucher: www.cebit.de/de/besucherservice

So sieht eine Wohnung im Modell aus. Die grün markierten Flächen zeigen Bereiche, in denen Assistenzsysteme integriert sind.

In der „AAL Session“ am Freitag wird Ambient Assisted Living noch einmal



zum Thema auf der Health & Vitality. „Das Augenmerk richten die Referenten dabei auf die technische Assistenz in der Pflege“, kündigt Reum an. „Es wird diskutiert, ob technische Assistenzsysteme das Problem des Pflegekräftemangels lösen können.“ Einer der Referenten ist Udo Gaden, Leiter des Bereichs Forschung und Entwicklung beim Sozialwerk St. Georg, Gelsenkirchen. „In meinem Vortrag werde ich anhand von

Praxisbeispielen verdeutlichen, dass durch die Verzahnung von Gebäudetechnik, intelligenter Assistenz- und automatisierter Notruftechnik zugleich Ressourceneffizienz und mehr Sicherheit und Lebensqualität für Unterstützung suchende Menschen erzielt werden können“, verriet Gaden den zm vorab. Im Vortrag von Martin Reich, Geschäftsführer des Unternehmens Scemtec Automation, geht es gezielt um technische Assistenzsysteme. Unter anderem referiert er über ein von seinem Unternehmen entwickeltes Notrufsystem in Haushalten alleinlebender Menschen. Das Prinzip: Über Sensoren werden Abweichungen im

Tagesablauf der Bewohner registriert. Falls sie sich beispielsweise ungewöhnlich lange nicht mehr bewegen, geht ein Notruf an die angegebene Vertrauensperson oder einen Pflegedienst. „Wir haben auch bedacht, dass jemand zum Beispiel vor dem Fernseher einschlafen kann“, erklärt Inge Kamenz aus der Marketingabteilung. „Falls Notrufe in solchen Fällen abgesetzt werden, haben die Bewohner die Möglichkeit, sie zu stoppen.“

Apps und Gesundheit

Die Health & Vitality beschäftigt sich im Rahmen der Fachkonferenz ausführlich mit der Vermittlung von Gesundheitsinformationen via Internet und neue Medien. Nach einer Bitkom-Umfrage informieren sich rund 19 Millionen Deutsche online über Fragen zu ihrer Gesundheit. Dabei werden auch Apps für Smartphones und Tablets immer beliebter. So erreichte der Markt für mHealth-Apps laut „Mobile Health Market Report 2011-2016“ des Berliner Marktforschungsinstituts Research2Guidance im vergangenen Jahr ein Volumen von 718 Millionen Dollar. Die Prognose für 2012 sieht eine knappe Verdopplung auf 1,3 Milliarden US-

Quelle: Forschungszentrum Informatik, Karlsruhe



www.hilfswerk-z.de

Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

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

Ihr Beitrag für mehr Menschlichkeit!

Stiftung HDZ für Lepra- und Notgebiete
Deutsche Apotheker- und Ärztebank,
BLZ 300 606 01

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





Dollar voraus. Die „mHealth App Session“ am Donnerstag stellt den entstehenden Markt vor und analysiert Apps aus den Bereichen Gesundheit und Prävention. Chancen und Risiken der medizinischen Patientenberatung über das Internet stehen im Fokus einer Runde am Donnerstag nachmittag. Insbesondere geht es um verschiedene Geschäftsmodelle und die Qualität der Angebote. „Patienten nutzen das Internet nicht nur, um sich über Krankheiten zu informieren, sondern teilweise auch, um sich von kommerziellen Telekonsil-Dienstleistern behandeln zu las-

sen. Ziel der Session sind Darstellung und Diskussion der Patienten- und der Verbrauchersicht anhand praktischer Beispiele“, fasst Reum zusammen. Unter den Teilnehmern befindet sich auch der Geschäftsführer von DrEd, David Meinertz (siehe zm 01/2012).

Aus Patientensicht bewertet Susanne Mauersberg vom Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) den Markt. Foren für Preisvergleiche könnten eine wertvolle Ergänzung der bestehenden Angebote darstellen, beschreibt sie die Position des vzbv: „Da oft werbliche Interessen im Hintergrund stehen, ist die Ermittlung des Betreibers eine wichtige Voraussetzung, um die Seriosität der Informationen einschätzen zu können. Empfehlenswert sind Foren, die von Selbsthilfeverbänden oder Krankenkassen angeboten werden. Problematisch sind ausländische Angebote, die den Arztbesuch ersetzen sollen und auch Zugang zu verschreibungspflichtigen Medikamenten bieten.“

Die „Gesundheitsnavigator Session“ am Freitag rundet das Thema Patienteninfos im Internet ab, indem erste Erfahrungen mit

den Portalen AOK-Gesundheitsnavigator und Jameda ausgewertet werden. Unter anderem nimmt Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler, Geschäftsführer der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland, teil. Onlinebewertungen von Patienten beinhalten seiner Ansicht nach wertvolle Informationen, die bei der Wahl eines Arztes oder Zahnarztes hilfreich sein können. In der Praxis sei aber Vorsicht geboten. „Die meisten Arztbewertungssysteme sind hochgradig manipulationsanfällig. Ausgerüstet mit ein paar E-Mail-Adressen und ein wenig technischem Know-how ist es nicht

schwer, eine eher schlechte Bewertung in überschwängliches Lob zu verwandeln“, sagte Schmidt-Kaehler den zm. Vor diesem Hintergrund seien Initiativen begrüßenswert, die Mehrfachbewertungen durch ein datenschutzrechtlich geprüftes Verfahren weitestgehend ausschließen.

Zum ersten Mal wird in diesem

Jahr der Award „AOK-Leonardo“ verliehen. Die Krankenkasse hat den mit bis zu 200 000 Euro dotierten „Gesundheitspreis für digitale Prävention“ im April 2011 ausgeschrieben, die Gewinner werden auf der Health & Vitality bekannt gegeben. Prämiert werden Projekte, die mithilfe moderner Informations- und Kommunikationstechnologie die Gesundheit in familiären Lebenswelten fördern. Zu den insgesamt 41 Wettbewerbsbeiträgen gehört zum Beispiel ein virtueller Trainer, der Familien bei ernährungstechnischen oder suchtabhängigen Problemen unterstützt.

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



Assisted Living: Auch der Herd denkt mit.

Fotos: Next Generation Media 2007

INFO

Forum Health & Vitality

- Dienstag, 6.3.: Eröffnung, 12 Uhr; Preisverleihung Leonardo, 14 Uhr
- Mittwoch, 7.3.: „Smart Senior Session“, 11 Uhr; Unternehmenspräsentationen AAL, 12:45; „eGK Session“, ab 14 Uhr
- Donnerstag, 8.3.: „mHealth App Session“, 11 Uhr; Session „Medizinische Patientenberatung im Internet“, 14 Uhr
- Freitag, 9.3.: „Gesundheitsnavigator Session“, 11.15 Uhr; AAL-Session „Technische Assistenz in der Pflege“, 14 Uhr
- weitere Infos:
www.cebit.de/de/ueber-die-messe/programm/cebit-gov/telehealth

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.



IA-DENT
JANUAR 2009

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. 54, gültig ab 1.1.2012.

Auflage Lt. IVW 3. Quartal 2011:

Druckauflage: 85 850 Ex.

Verbreitete Auflage: 84 677 Ex.

102. Jahrgang

ISSN 0341-8995

Neuer Lehrbaustein

Uni Greifswald startet „Cancer politics“

Kernthema der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie ist die Behandlung von Mundhöhlenkarzinomen. In den vergangenen zehn Jahren konnten mittels eines Recall-Systems die Heilungserfolge nachweislich verbessert werden. Ursächlich sind neben dem medizinischen Fortschritt in erster Linie gesundheitspolitische Leistungen. Prof. Dr. Dietmar Oesterreich trägt das notwendige Wissen im Rahmen seiner Honorarprofessur nun auch in die Lehre und verstärkt mit seinem Schwerpunkt „Krebsvorsorgepolitik“ die Arbeit der Greifswalder.



1456 gegründet zählt die Greifswalder Universität zu den ältesten in Mitteleuropa. Hier sieht man das barocke Hauptgebäude mit Rubenow-Denkmal, das an den Gründer und ersten Rektor erinnert.

„Prof. Oesterreich ist bei der Bundeszahnärztekammer der Spezialist und Experte für präventive Zahnheilkunde geworden. Er hat dieses Feld in ganz ausgezeichneter Weise mit sehr vielen Publikationen, Vorträgen und Projekten ausgefüllt und die Fakten für die gesundheitspolitischen Entscheidungen geschaffen.“ Mit warmen Worten begrüßte Prof. Hans-Robert Metelmann, Direktor der Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie die Gäste und Prof. Oesterreich zu dessen Antrittsvorlesung. Drei große „Familienstränge“ seien zu diesem Anlass in die Universitätsaula der Caspar-David-Friedrich-Stadt Greifswald gekommen, darunter die Vertreter der „akademischen Familie“, wie Rektoren, Spektabilitäten, Professoren, Oberärzte, Mitarbeiter und Studierende. Den zweiten Strang bildeten die Vertreter der Standespolitik, darunter der Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr.

Peter Engel, der BZÄK-Vize Prof. Dr. Christoph Benz, der Vorstandsvorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Jürgen Fedderwitz, und Dr. Wolfgang Eßer, der Stellvertretende Vorsitzende des KZBV-Vorstands. Die leibliche Familie Oesterreichs bildete nach Metelmann den dritten Strang.

Prävention in der Politik – ein hart erarbeitetes Thema

Oesterreich skizzierte – mit Blick auf die Bedeutung der Prävention für die Zahnheilkunde – den zum Ende des letzten Jahrhun-

derts erreichten Paradigmenwechsel: „Das bis zu den Neunzigerjahren vorherrschende Versorgungssystem war vorwiegend geprägt durch die Reparatur von Schäden der Mundgesundheit und gab wenig Anreize für eine präventive Zielausrichtung.“ Bedingt durch international aufgezeigte Erfolge im Hinblick auf die Prävention zahnmedizinischer Erkrankungen, aber auch durch die zunehmenden wissenschaftlichen Publikationen zu den Möglichkeiten zahnmedizinischer Prävention sowie einer gesundheitspolitisch veränderten Ausrichtung auf grup-



Mit dem Mentor: Prof. Hans-Robert Metelmann (rechts) hat die neue Honorarprofessur initiiert und Oesterreich nach Greifswald berufen.

pen- und individualprophylaktische Leistungen konnte dann zu Beginn der Neunzigerjahre der Wandel des Berufsstands weg vom „Handwerkermodell Zahnmedizin“ hin zur einem Verständnis einer gelebten und flächendeckend praktizierten „oralen Prävention“ realisiert werden. Dank Durchsetzung des bio-, psycho- und sozialen Krankheitsverständnisses habe dieser Prozess noch zusätzlich an Dynamik gewonnen.



Fotos: zm/sf

*Glückwunsch:
BZÄK-Präsident
Dr. Peter Engel
gratuliert seinem
Vize Prof. Dr.
Dietmar Oesterreich
in der Greifswalder
Aula zum Antritt.*

Standespolitik gestalten – Themen richtig aufbereiten

Welche Facetten Oesterreichs Lehrtätigkeit haben wird, konnten die Gäste in Greifswald bereits erahnen: Am Beispiel eines der bedeutsamen Krankheitsbilder in der Zahnmedizin – der Karies – zeigte er entsprechende Handlungsansätze auf und erläuterte, welche Schlussfolgerungen unter Einbezug wissenschaftlicher Erkenntnisse und theoretischer Überlegungen für eine nachhaltige Professionspolitik zu ziehen seien. Diese Vorgehensweise lasse sich auf andere Krankheitsbilder übertragen. Thematisch will Oesterreich Schwerpunkte auf zeitgenössisch relevante Themen legen. So setzt er sich im Rahmen seiner Lehrtätigkeit auch mit der Frage auseinander, was Risikokommunikation für die Prävention

-bedeutet. Hintergrund ist die wissenschaftliche Erkenntnis, dass dem individuellen Patientenverhalten große Bedeutung im Rahmen der Krankheitsentstehung und entsprechend auch bei der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zukommt. Hier besitze die gezielte Veränderung der Risikoverhaltensweisen durch eine umfassende und verständliche Risikokommunikation eine herausragende Bedeutung für den Erfolg der Therapie.

Angehende Zahnärzte müssten insbesondere auf die verstärkte Patientenorientierung im Gesundheitswesen vorbereitet werden. Denn in der Praxis bestimme die partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making) zunehmend das Arzt-Patienten-Verhältnis auf dem Weg zur therapeutischen Intervention. Somit werde der Patient selbst ein wesentlicher Koproduzent von oraler

Gesundheit. Um aber Einstellung und Verhalten im Hinblick auf gesundheitliche Risiken zu verändern, bedürfe es einer entsprechenden Kommunikation zur Wahrnehmung. Das könne mithilfe unterschiedlicher wissenschaftlich anerkannter Ansätze trainiert werden. Oesterreich: „Vor dem Hintergrund der Mortalität oraler Tumorerkrankungen, aber auch der Legitimation des zahnärztlichen Berufsstands, bedarf es auch der Kommunikation, dass zahnärztliche Kontrolluntersuchungen immer auch ein wesentlicher Bestandteil der Tumorfrüherkennung sind.“

Versorgungsforschung – methodisch vorantreiben

Darüber hinaus befasst sich Oesterreich in seinen „Cancer politics“ mit einem weiteren anwendungsorientierten Thema: der Versorgungsforschung. „Aus Sicht präventiver Ansätze sind insbesondere die zahnmedizinischen Versorgungsbedarfe, die Verteilungsgerechtigkeit, Fragen von Gesundheitsbeziehungsweise Krankheitsindikatoren, aber auch der Zugang beziehungsweise die Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen von Bedeutung“, führte er aus. Dabei sei es eine wichtige wissenschaftliche Aufgabe zielgruppenspezifische Zuschnitte zu definieren, zu nutzen und zu evaluieren. Ein Erfolgsbeispiel: Das Versorgungskonzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ zur Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen und von Menschen mit Behinderungen sei durch gemeinsame Anstrengungen von Zahnärzteschaft, Wissenschaft und Professionspolitik entstanden und wirke nachhaltig in die Gesundheitspolitik hinein.

Langfristig gesehen sollen neue methodische Ansätze spezifisch für die zahnmedizinische Versorgung konzipiert werden. Durch seine Dreifachfunktion als Standespolitiker, Honorarprofessor und niedergelassener Zahnarzt begreift sich Oesterreich hier als „lebendige Schnittstelle“.

Schließlich möchte er traditionelle Präventionsansätze (Pathogeneseansatz) in seinen Vorlesungen durch komplementäre Strategien (Salutogeneseansatz) ergänzen. sf

INFO Vita

Prof. Dr. med. dent. Dietmar Oesterreich hat von 1976 bis 1981 Zahnheilkunde in Rostock studiert. Am 29. April 1990 wurde er zum Präsidenten der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern gewählt und hat das Amt seitdem inne. Seit 1991 ist er in eigener Praxis niedergelassen. Darüber hinaus ist er seit dem Jahr 2000 auch Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer. Er

ist in zahlreichen Ausschüssen tätig. Unter anderem hat Oesterreich den Vorsitz des Ausschusses „Präventive Zahnheilkunde“ der Bundeszahnärztekammer. Sein Engagement wird jetzt durch die Honorarprofessur an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität ergänzt, wo er bereits zuvor Vorlesungen zur zahnärztlichen Berufskunde gehalten hat. ■

Neues EU-Gesetzgebungspaket

Kontroversen um den Datenschutz

Die EU-Justizkommissarin Viviane Reding hat ein Gesetzgebungspaket der Europäischen Kommission zur Überarbeitung der europäischen Datenschutzregeln vorgelegt. Damit sollen die Vorgaben der bestehenden Datenschutzrichtlinie aus dem Jahr 1995 aktualisiert und dem Internetzeitalter angepasst werden. Kritiker befürchten ein Aufweichen hoher nationaler Standards – wie zum Beispiel in Deutschland.



Nach den Plänen der EU-Kommission soll der Datenschutz in Europa auf den neuesten Stand gebracht werden. Die angestrebte Harmonisierung ist jedoch nicht unumstritten.

Foto: MEV

Das Paket besteht im Wesentlichen aus einer Mitteilung, die die politischen Ziele der Europäischen Kommission zusammenfasst (KOM (2012) 9), einer Verordnung über einen Rechtsrahmen für den allgemeinen Datenschutz (KOM (2012) 11) sowie einer Richtlinie zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten durch die zuständigen Behörden zum Zwecke der Verhütung, Aufdeckung, Untersuchung oder Verfolgung von Straftaten oder der Strafvollstreckung sowie zum freien Datenverkehr (KOM (2012) 10). Es basiert auf den Ergebnissen umfassender Konsultationen, die in den Jahren 2009 und 2010, unter anderem unter Beteiligung der BZÄK, durchgeführt wurden.

Der Rat der Europäischen Union stimmte im Februar 2011 in seinen Schlussfolgerungen für das Konzept der Europäischen Kommission, das Europäische Parlament sprach sich wenig später mit seiner Entschließung im Juli 2011 für eine Reform des Datenschutzrechts aus.

Einheitliche Vorgaben

Mit der Verordnung sollen primär europaweit einheitliche und verbindliche Datenschutzstandards eingeführt werden. So soll jedes Mitgliedsland mindestens eine unabhängige Datenschutzaufsichtsbehörde einrichten, die mit umfassenden Befugnissen ausgestattet wird. Diese Behörde soll eigene Ermittlungen durchführen, bindende Entscheidungen treffen und Strafen verhängen können. Außerdem sollen die nationalen Datenschutzbehörden eine neu zu gründende zentrale Kontaktstelle für den Datenschutz in der EU unterstützen und beraten. Ein unabhängiger Datenschutzausschuss soll für eine kohärente Anwendung der Datenschutzregeln sorgen.

Ziel ist weiterhin der Abbau des Verwaltungsaufwands in datenverarbeitenden Unternehmen. Gleichwohl werden Unternehmen ab 250 Mitarbeitern und öffentliche Einrichtungen verpflichtet, einen Datenschutzbeauftragten einzustellen, wie dies bereits

in Deutschland der Fall ist. Ferner sind spezielle Regelungen vorgesehen, um die Verschwiegenheitspflicht einzelner Berufsgruppen, wie zum Beispiel der Anwaltschaft und der Ärzteschaft zu sichern.

Das „Recht auf Vergessenwerden“ soll eine bessere Beherrschung der bei Online-diensten bestehenden Datenschutzrisiken ermöglichen. Bürger bekommen dabei das Recht, ihre Daten löschen zu lassen oder auch ihr Einverständnis zurückzunehmen sowie das Recht auf Datenportabilität. Bei einem Datenverlust müssen die Nutzer sowie die jeweilige Datenschutzaufsicht innerhalb von 24 Stunden informiert werden. Die Weitergabe von Daten an Drittländer ist nur unter engen Voraussetzungen möglich.

Gesundheitsdaten

Der Verordnungsvorschlag soll auch die Bedingungen für die Verarbeitung gesundheitsbezogener Daten harmonisieren. Darunter fällt das Recht natürlicher Personen auf Auskunft über ihre eigenen gesundheitsbezogenen Daten (zum Beispiel Patientenakten) sowie auf Informationen über Diagnosen, Untersuchungsergebnisse und Befunde der behandelnden Ärzte: Grundsätzlich sollen dabei personenbezogene Gesundheitsdaten, das heißt Informationen, die sich auf den körperlichen oder geistigen Gesundheitszustand einer Person oder auf die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen für die betreffende Person beziehen, nicht verarbeitet werden.

Ausnahmsweise dürfen Gesundheitsdaten aber zum Zweck der Gesundheitsversor-

gung, der Arbeitsmedizin sowie der medizinischen Diagnostik durch ärztliches Personal verarbeitet werden. Darüber hinaus dürfen diese Daten unter anderem zum Zweck des öffentlichen Interesses zum Schutz vor schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren sowie/oder zur Gewährleistung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards oder aus anderen Gründen des öffentlichen Interesses in Bereichen wie der sozialen Sicherheit, insbesondere um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Verfahren sicherzustellen, verwendet werden. Aus Gründen des öffentlichen Interesses kann es im Bereich der öffentlichen Gesundheit notwendig sein, Daten auch ohne Einwilligung der betroffenen Person zu verarbeiten. Diesbezüglich sollte der Begriff „öffentliche Gesundheit“ im Sinne der Verordnung 2008 Nr. 1338 (EG) zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz ausgelegt werden. Danach erfasst der Begriff „öffentliche Gesundheit“ den Gesundheitszustand, Morbidität, Behinderung, den Bedarf an Gesundheitsversorgung, die der Gesundheitsversorgung zugewiesenen Mittel sowie den allgemeinen Zugang zu Gesundheitsversorgungsleistungen.



Foto: MEV

Erhebliche Kritik

Der geplante Gesetzentwurf dürfte nach Einschätzung der Bundeszahnärztekammer in den kommenden Monaten für erhebliche Kontroversen sorgen. Einzelne EU-Mitgliedstaaten und Datenschützer befürchten, dass die Verordnung, die in allen Teilen verbindlich ist und unmittelbar gelten soll, im Widerspruch zu nationalen Datenschutzregeln stehen könnte. Gerade Mitgliedstaaten wie Deutschland, die hohe Anforderungen an den Datenschutz beziehungsweise an das Erbringen von medizinischen Dienstleistungen stellen, befürchten sogar, dass das nationale Datenschutz-, Berufs- oder Landesrecht entsprechend „nach unten“ angepasst werden müsste. Sehr kritisch wird in diesem Zusammenhang gesehen, dass die Europäische Kommission

im Wege sogenannter delegierter Rechtsakte viele technische Fragen des Datenschutzes regeln möchte. Bundesinnenminister Hans-Peter Friedrich hatte diese Ermächtigungen bereits im Vorfeld kritisiert und der Kommission vorgeworfen, Macht an sich zu reißen.

Die von der Europäischen Kommission in Aussicht gestellten finanziellen Entlastungen in Höhe von 2,3 Milliarden Euro pro Jahr für Unternehmen, die künftig nicht unterschiedliche nationale Regeln für Datenschutz befolgen müssen, werden von Kritikern bezweifelt. Dabei wird argumentiert, dass die Verordnung den Unternehmen umfangreiche Pflichten zum Datenschutz auferlege, die mit erheblichen Kosten verbunden seien. Außerdem könnten nach dem Willen der Kommission bestimmte Verstöße gegen die die neuen Datenschutzregeln mit empfindlichen Strafen von bis zu einer Million Euro oder zwei Prozent des weltweiten Umsatzes künftig geahndet werden.

Das Europäische Parlament und die im Rat versammelten EU-Mitgliedstaaten werden in Kürze mit den Beratungen beginnen. Es wird erwartet, dass der Gesetzgebungsprozess nicht vor 2013 abgeschlossen werden wird.

pr/BZÄK

Bekanntmachungen der KZBV und der KZVen

Veröffentlichung der Vorstandsvergütungen

Gemäß § 79 Abs. 4 SGB V sind die jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen in einer Übersicht jährlich zum 1. März zu veröffentlichen.

Veröffentlichung der Höhe der Vorstandsvergütung einschließlich Nebenleistungen (Jahresbeträge) und der wesentlichen Versorgungsregelungen der einzelnen Vorstandsmitglieder gemäß § 79 Abs. 4 SGB V										
Funktion	Vorjahresvergütung				wesentliche Versorgungsregelungen					
	Grundvergütung	Variable Bestandteile	Umfang der Nebentätigkeit in der Praxis	Dienstwagen auch zur priv. Nutzung	Übergangsregelung nach Ablauf der Amtszeit	in der gesetzl. Rentenvers. versichert	berufsständische Versorgung	Zuschuss zur priv. Versorgung	vertragl. Sonderregelung der Versorgung	Regelung für den Fall der Amtenhebung oder -entbindung
Erläuterung	Höhe gem. Vorstandsvertrag in €	gezahlter Betrag in €	Wochenstunden	ja/nein	Höhe/ Laufzeit	ja/nein	jährlich aufzuwendender Betrag in €	jährlich aufzuwendender Betrag in €	Höhe/ Laufzeit	Höhe/ Laufzeit einer Abfindung/ eines Übergangsgeldes
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung										
Vorstandsvorsitzender	244 828,14	38 383,33	Nebentätigkeit gem. § 79 Abs. 4 SGB V	ja		nein	39 216,83	nein	nein	die Übergangentschädigung entfällt
Vorstandsmitglied	242 441,07	38 383,33	Nebentätigkeit gem. § 79 Abs. 4 SGB V	ja	zwei Monatsfestgehälter für jeweils 12 Monate der Amtstätigkeit	nein	35 378,50	nein	nein	die Übergangentschädigung entfällt
Vorstandsmitglied	242 441,07	38 383,33	Nebentätigkeit gem. § 79 Abs. 4 SGB V	ja		nein	39 216,83	nein	nein	die Übergangentschädigung entfällt
Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg										
Vorstandsvorsitzende	199 060,-	–	–	ja	nein	nein	ja 6 567,- berufsständische Versorgung	nein	nein	die Übergangentschädigung entfällt
stellv. Vorstandsvorsitzender	183 750,-	–	–	ja	Fortsetzung des vorherigen Dienstverhältnisses	Beamtenvers. BBO / B 7	nein	nein	nein	Fortsetzung des vorherigen Dienstverhältnisses
stellv. Vorstandsvorsitzender	183 750,-	–	–	ja	Fortsetzung des vorherigen Dienstverhältnisses	Beamtenvers. BBO / B 7	nein	nein	nein	Fortsetzung des vorherigen Dienstverhältnisses

Veröffentlichung der Höhe der Vorstandsvergütung einschließlich Nebenleistungen (Jahresbeträge) und der wesentlichen Versorgungsregelungen der einzelnen Vorstandsmitglieder gemäß § 79 Abs. 4 SGB V										
	Vorjahresvergütung				wesentliche Versorgungsregelungen					
Funktion	Grundvergütung	Variable Bestandteile	Umfang der Nebentätigkeit in der Praxis	Dienstwagen auch zur priv. Nutzung	Übergangsregelung nach Ablauf der Amtszeit	in der gesetzl. Rentenvers. versichert	berufsständische Versorgung	Zuschuss zur priv. Versorgung	vertragl. Sonderregelung der Versorgung	Regelung für den Fall der Amtenhebung oder -entbindung
Erläuterung	Höhe gem. Vorstandsvertrag in €	gezahlter Betrag in €	Wochenstunden	ja/nein	Höhe/ Laufzeit	ja/nein	jährlich aufzuwendender Betrag in €	jährlich aufzuwendender Betrag in €	Höhe/ Laufzeit	Höhe/ Laufzeit einer Abfindung/ eines Übergangsgeldes
Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayern										
Vorstandsvorsitzender	220 000,-	18,2 %	bis 13	ja, seit 5/2011	nein	nein	Höchstbeitrag der gesetzlichen Rentenversicherung	nein	3 % p.a.	9 Monate
stellv. Vorstandsvorsitzender	220 000,-	–	bis 13	nein	1 Monatsgehalt je Dienstjahr maximal 6 Monate	nein	Höchstbeitrag der gesetzlichen Rentenversicherung	befristete Risiko-LV zur Absicherung der Ehefrau	3 % p.a.	9 Monate
Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin										
Vorstandsvorsitzender	192 000,-	nein	Nebentätigkeit gem. § 79 Abs. 4 SGB V	nein	halber Monatsbezug je Dienstjahr für max. 12 Dienstjahre	nein	Zuschuss analog gesetzl. Rentenvers.	nein	nein	½ Jahr Fortzahlung der mtl. Bezüge
stellv. Vorstandsvorsitzender	192 000,-	nein	Nebentätigkeit gem. § 79 Abs. 4 SGB V	nein	halber Monatsbezug je Dienstjahr für max. 12 Dienstjahre	nein	Zuschuss analog gesetzl. Rentenvers.	nein	nein	½ Jahr Fortzahlung der mtl. Bezüge
Vorstandsmitglied	192 000,-	nein	Nebentätigkeit gem. § 79 Abs. 4 SGB V	nein	halber Monatsbezug je Dienstjahr für max. 12 Dienstjahre	nein	Zuschuss analog gesetzl. Rentenvers.	nein	nein	½ Jahr Fortzahlung der mtl. Bezüge
Kassenzahnärztliche Vereinigung Brandenburg										
Vorstandsvorsitzender	160 000,-	–	8 Std.	nein	–	nein	–	2 160,-	–	–
stellv. Vorstandsvorsitzender	160 000,-	–	–	nein	–	nein	–	Beihilfe	Ruhegehalt nach beamtenähnlichen Regelungen	–

Veröffentlichung der Höhe der Vorstandsvergütung einschließlich Nebenleistungen (Jahresbeträge) und der wesentlichen Versorgungsregelungen der einzelnen Vorstandsmitglieder gemäß § 79 Abs. 4 SGB V										
	Vorjahresvergütung				wesentliche Versorgungsregelungen ¹⁾					
Funktion	Grund- vergütung	Variable Bestand- teile	Umfang der Neben- tätigkeit in der Praxis	Dienstwa- gen auch zur priv. Nutzung	Übergangs- regelung nach Ablauf der Amtszeit	in der gesetzl. Rentenvers. versichert	berufs- ständische Versorgung	Zuschuss zur priv. Versorgung	vertragl. Sonderrege- lung der Versorgung	Regelung für den Fall der Amts- enthebung oder -entbindung
Erläuterung	Höhe gem. Vorstands- vertrag in €	gezahlter Betrag in €	Wochen- stunden	ja/nein	Höhe/ Laufzeit	ja/nein	jährlich aufzuwen- dender Betrag in €	jährlich aufzuwen- dender Betrag in €	Höhe/ Laufzeit	Höhe/ Laufzeit einer Abfindung/ eines Übergangs- geldes
Kassenzahnärztliche Vereinigung Bremen										
Vorstands- vorsitzender	126 960,-	–	im Jahres- durchschnitt nicht mehr als 1/3 des zeit- lichen Um- fangs der Haupt-tätigkeit (= mind. 30 Std./Woche)	nein	–	nein	–	–	12 000 € p.a. Beitrag an eine Unter- stützungs- kasse; bis 2016	–
stellv. Vorstands- vorsitzender	111 504,-	–	–	nein	–	ja	–	–		–
Vorstands- mitglied	–	–	–	–	–	–	–	–		–
Kassenzahnärztliche Vereinigung Hamburg										
Vorstands- vorsitzender	161 000,-	–	k.A.	nein	nein	nein	6 567,-	–	–	–
stellv. Vorstands- vorsitzender	141 000,-	–	k.A.	nein	nein	nein	–	–	–	–
Vorstands- mitglied	153 000,-	–	–	nein	nein	nein	–	–	Pensionszusa- ge nach Ham- burger Recht	–
Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen										
Vorstands- vorsitzender	180 210,-	–	in begrenz- tem Umfang § 79 Abs.4 SGB V	nein	2)	nein	Zuschuss analog gesetz. Rentenvers.	6 567,-	–	–
stellv. Vorstands- vorsitzender	174 867,-	–	in begrenz- tem Umfang § 79 Abs.4 SGB V	nein	2)	nein	Zuschuss analog gesetz. Rentenvers.	6 567,-	–	–
stellv. Vorstands- vorsitzender	180 210,-	–	in begrenz- tem Umfang § 79 Abs.4 SGB V	nein	2)	nein	Zuschuss analog gesetz. Rentenvers.	6 567,-	–	–

1) (gilt für Bremen) Gültig ab dem 01.01.2012; Anpassung gemäß Tarifierhebung TVöD der Länder

2) Bei Ausscheiden vor Vollendung des 67. Lebensjahres wird je Dienstjahr ein Monatsgehalt auf Basis des Durchschnittsgehalts der letzten 12 Monate gezahlt. Der Gesamtbetrag der Übergangsgelder ist auf das 12-fache des Durchschnittsgehalts der letzten 12 Monate beschränkt.

Veröffentlichung der Höhe der Vorstandsvergütung einschließlich Nebenleistungen (Jahresbeträge) und der wesentlichen Versorgungsregelungen der einzelnen Vorstandsmitglieder gemäß § 79 Abs. 4 SGB V										
	Vorjahresvergütung				wesentliche Versorgungsregelungen					
Funktion	Grund- vergütung	Variable Bestand- teile	Umfang der Neben- tätigkeit in der Praxis	Dienstwa- gen auch zur priv. Nutzung	Übergangs- regelung nach Ablauf der Amtszeit	in der gesetzl. Rentenvers. versichert	berufs- ständische Versorgung	Zuschuss zur priv. Versorgung	vertragl. Sonderrege- lung der Versorgung	Regelung für den Fall der Amts- enthebung oder -entbindung
Erläuterung	Höhe gem. Vorstands- vertrag in €	gezahlter Betrag in €	Wochen- stunden	ja/nein	Höhe/ Laufzeit	ja/nein	jährlich aufzuwen- dender Betrag in €	jährlich aufzuwen- dender Betrag in €	Höhe/ Laufzeit	Höhe/ Laufzeit einer Abfindung/ eines Übergangs- geldes
Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern										
Vorstands- vorsitzender	162471,91	–	–	ja	Fortsetzung des vorherigen Dienstver- hältnisses	nein	–	–	nach beam- tenrechtl. Regelungen	Fortsetzung des vorherigen Dienstver- hältnisses
stellv. Vorstands- vorsitzender	86000,-	–	–	nein	–	nein	11462,40	–	–	–
Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen¹⁾										
Vorstands- vorsitzender	168000,-	32550,- (monatl. km- Pauschale)	nein	nein	1) AVW/ 6567,-	nein	nein	nein	nein	halbes Jahres- bruttogehalt bei Abwahl
Vorstands- mitglied	168000,-	13230,- (monatl. km- Pauschale)	nein	nein	1) AVW/ 6567,-	nein	nein	nein	nein	halbes Jahres- bruttogehalt bei Abwahl
Vorstands- mitglied	168000,-	3780,- (monatl. km- Pauschale)	nein	nein	1) AVW/ 6567,-	nein	nein	nein	nein	halbes Jahres- bruttogehalt bei Abwahl
Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein										
Vorstands- vorsitzender	207000,-	30000,-	in begrenz- tem Umfang	Pauschal- erstattung	in Höhe der zum Zeit- punkt des Ausscheidens dynamisierten Jahresver- gütung	nein	–	–	1,8 % der monatlichen Grundver- gütung für jedes versor- gungsfähige Dienstjahr	keine
stellv. Vorstands- vorsitzender	190000,-	24000,-	in begrenz- tem Umfang	ja	1/6 der Grundvergü- tung für jedes Jahr haupt- amtlicher Tätigkeit ²⁾	nein	13134,-	–	nein	keine
Vorstands- mitglied	190000,-	–	in begrenz- tem Umfang	Pauschal- erstattung	1/12 der Grundvergü- tung für jedes Jahr haupt- amtlicher Tätigkeit ²⁾	nein	13134,-	–	nein	keine

1) Zahlung des Arbeitgeberanteils zur berufsständischen Versorgung (AVW = Altersversorgungswerk) analog dem Arbeitgeberzuschuss zur gesetzlichen Rentenversicherung

2) uneingeschränkter Anspruch nur beim Ausscheiden nach 6 Jahren

Veröffentlichung der Höhe der Vorstandsvergütung einschließlich Nebenleistungen (Jahresbeträge) und der wesentlichen Versorgungsregelungen der einzelnen Vorstandsmitglieder gemäß § 79 Abs. 4 SGB V										
	Vorjahresvergütung				wesentliche Versorgungsregelungen					
Funktion	Grund- vergütung	Variable Bestand- teile	Umfang der Neben- tätigkeit in der Praxis	Dienstwa- gen auch zur priv. Nutzung	Übergangs- regelung nach Ablauf der Amtszeit	in der gesetzl. Rentenvers. versichert	berufs- ständische Versorgung	Zuschuss zur priv. Versorgung	vertragl. Sonderrege- lung der Versorgung	Regelung für den Fall der Amts- enthebung oder -entbindung
Erläuterung	Höhe gem. Vorstands- vertrag in €	gezahlter Betrag in €	Wochen- stunden	ja/nein	Höhe/ Laufzeit	ja/nein	jährlich aufzuwen- dender Betrag in €	jährlich aufzuwen- dender Betrag in €	Höhe/ Laufzeit	Höhe/ Laufzeit einer Abfindung/ eines Übergangs- geldes
Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz										
Vorstands- vorsitzender	188 000,04	–	16 Std.	nein	6 Monats- gehälter	nein	16 417,56	3 350,76	–	–
Vorstands- mitglied	188 000,04	–	16 Std.	nein	6 Monats- gehälter	nein	16 417,56	3 350,76	–	–
Kassenzahnärztliche Vereinigung Saarland										
Vorstands- vorsitzender	117 000,-	nein	13 Std.	nein	nein	nein	Zuschuss anal. gesetzl. Rentenvers.	nein	nein	nein
stellv. Vorstand- vorsitzender	100 500,-	nein	12 Std.	nein	nein	nein	Zuschuss anal. gesetzl. Rentenvers.	nein	nein	nein
Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen										
Vorsitzender	189 000,-	–	nein	keine	nein	nein	nein	20 000,-	Sitzungsgeld (Pauschale) 9 000 €	nein
stellv. Vorsitzender	184 500,-	–	ja	keine	nein	Wiederaufleben Dienstvertrag von 1991	nein	nein	Sitzungsgeld (Pauschale) 6 000,-	nein
Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt										
Vorstandsvor- sitzender	195 000,-	–	nein	–	Zuschuss ana- log gesetzl. Rentenvers.	–	–	–	10 % des Monats- brutto ab 65. Lj	10 % des Monats- brutto
stellv. Vorstandsvor- sitzender	170 000,-	–	nein	–	Zuschuss ana- log gesetzl. Rentenvers.	–	–	–	10 % des Monats- brutto ab 70. Lj	10 % des Monats- brutto
Kassenzahnärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein										
Vorstands- vorsitzender	182 000,-	nein	vereinbart gem. § 79 Abs. 4 S. 4 SGB V	nein	nein	nein	nein	wie gesetzl. RV	nein	nein
stellv. Vorstands- vorsitzender	160 000,-	nein	vereinbart gem. § 79 Abs. 4 S. 4 SGB V	nein	nein	nein	wie gesetzl. RV	nein	nein	nein
Vorstands- mitglied	132 000,-	nein	–	nein	nein	ja	nein	nein	beamtenähn- liche Gesamt- versorgung	nein

Veröffentlichung der Höhe der Vorstandsvergütung einschließlich Nebenleistungen (Jahresbeträge) und der wesentlichen Versorgungsregelungen der einzelnen Vorstandsmitglieder gemäß § 79 Abs. 4 SGB V										
	Vorjahresvergütung				wesentliche Versorgungsregelungen					
Funktion	Grund- vergütung	Variable Bestand- teile	Umfang der Neben- tätigkeit in der Praxis	Dienstwa- gen auch zur priv. Nutzung	Übergangs- regelung nach Ablauf der Amtszeit	in der gesetzl. Rentenvers. versichert	berufs- ständische Versorgung	Zuschuss zur priv. Versorgung	vertragl. Sonderrege- lung der Versorgung	Regelung für den Fall der Amts- enthebung oder -entbindung
Erläuterung	Höhe gem. Vorstands- vertrag in €	gezahlter Betrag in €	Wochen- stunden	ja/nein	Höhe/ Laufzeit	ja/nein	jährlich aufzuwen- dender Betrag in €	jährlich aufzuwen- dender Betrag in €	Höhe/ Laufzeit	Höhe/ Laufzeit einer Abfindung/ eines Übergangs- geldes
Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen										
Vorstands- vorsitzender	134 500,-	42 600,-	nicht bestimmt	nein	1/12 der Grundvergü- tung monatl. max. 18 Monate	befreit	5 650,-	3 600,-	–	wie Übergangs- regelung
stellv. Vorstands- vorsitzender	134 500,-	41 300,-	nicht bestimmt	nein		befreit	5 650,-	2 100,-	–	wie Übergangs- regelung
Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe										
Vorstands- vorsitzender	180 273,-	–	13 Std.	nein	nein	nein	gesetzl. RV	60 000,-	nein	nein
stellv. Vorstands- vorsitzender	206 686,14	–	13 Std.	nein	nein	nein	ja	6 000,-	nein	nein

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 117

VOCO

Teilnehmen und dauerhaft profitieren

Reputationserhöhung, wertvolle Kontakte, perfektes Präsentationstraining: Wer sich einmal bei der VOCO Dental Challenge der wissenschaftlichen Herausforderung gestellt hat, der profitiert davon noch weit über den Wettbewerb hinaus.

Teilnehmen können Studenten und Absolventen, die ihr Studium 2007 oder später beendet haben. Eine weitere Voraussetzung ist die Präsentation einer Studie, an der zumindest ein VOCO-Präparat beteiligt ist. Außerdem dürfen die Untersuchungsergebnisse vor dem 30. April 2012 noch nicht öffentlich



präsentiert worden sein. Zu den Bewertungskriterien der Jury zählen neben einer wissenschaftlich überzeugenden Untersuchung und ihrem medizinischen Nutzen auch deren Darstellung und Präsentation. Die Anmeldung und Abgabe der einzureichenden Unterlagen (Abstract von einer DIN A4-Seite, Lebenslauf) muss spätestens bis zum 30. April 2012 erfolgen.

VOCO GmbH
Dr. Martin Danebrock
Postfach 767
27457 Cuxhaven
Tel.: 04721 719-209
Fax: 04721 719-219
www.voco.de
E-Mail: m.danebrock@voco.de

GABA

Nachwuchs gefördert

Auf der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Grundlagenforschung (AfG), einer Fachgruppierung der DGZMK, in Mainz wurden zwei Präsentationen junger Wissenschaftler ausgezeichnet. Die Preise, dotiert mit 300 und 200 Euro, stiftete das Unternehmen GABA.

Das Preiskomitee, bestehend aus namhaften Hochschullehrerinnen und -lehrern, traf aus der Fülle der qualifizierten Beiträge die Auswahl der besten Vorträge junger, noch nicht habilitierter Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Über den ersten Platz

freute sich Dr. Stephanie Krifka von der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universität Regensburg für ihre Präsentation mit dem Titel „2-Hydroxyethylmethacrylat beeinflusst die Expression antioxidativer Proteine“. Ihre Arbeit trägt zum Verständnis des Einflusses von Monomeren dentaler Komposite auf die Funktion des zellulären Immunsystems bei.

GABA GmbH
Berner Weg 7
79539 Lörrach
Tel.: 07621 907-0, Fax: -124
www.gaba-dent.de
E-Mail: info@gaba.com

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

BEGO

Vertriebsniederlassung in der Türkei



Zufriedene Gesichter (v.l.): Dr. Thomas Kosin (GF Technik BEGO Bremer Goldschlägerei), Christoph Weiss (Geschäftsführender Gesellschafter BEGO-Gruppe), Hakan Görgün (GF BEGO Türkiye), Felix Levold (Mitglied der Geschäftsleitung BEGO-Gruppe), Walter Esinger (GF BEGO Implant Systems) und Beikir Görgün (Vater von Hakan Görgün)

BEGO Implant Systems, Bremen, hat zu Beginn des Jahres eine Vertriebsniederlassung in der türkischen Metropole Istanbul gegründet. Sie entstand aus der Übernahme des früheren Exklusivpartners HG Dis Desposu, Türkei, und einer Gründungsfinanzierung durch die BEGO Bremer Goldschlägerei Wilh. Herbst GmbH und Co. KG.

„HG Dis Desposu hat den türkischen Markt für unsere Implantologielösungen sehr gut entwickelt. Für uns ist das eine ideale

Voraussetzung, unsere Position in einer der dynamischsten Wirtschaftsregionen der Welt weiter auszubauen“, ist Walter Esinger, Geschäftsführer von BEGO Implant Systems, überzeugt. Bereits heute zählt BEGO zu den fünf größten Implantatanbietern in der Türkei.

BEGO
Technologiepark Universität
Wilhelm-Herbst-Str. 1
28359 Bremen
Tel.: 0421 2028-0
Fax: 0421 2028-100
www.bego.com

Dentsply Maillefer

WaveOne Feile gesondert berechenbar



Im Zuge der GOZ-Novelle ist im Teil C (Konservierende Leistungen – Allgemeine Bestimmungen) festgelegt, dass „nur einmal verwendete Nickel-Titan-Instrumente [...] zur Wurzelkanalaufbereitung gesondert berechnungsfähig“ sind. Dies eröffnet dem Behandler interessante wirtschaftliche Perspektiven beim Einsatz der WaveOne-Feile von DENTSPLY Maillefer: Die Feile wird steril ge-

liefert und kann nach der Wurzelkanalaufbereitung nicht sterilisiert werden, um einen sicheren Einmalgebrauch zu gewährleisten. Die Materialkosten der Feile lassen sich seit Inkrafttreten der GOZ-Novelle am 1. Januar 2012 somit gesondert abrechnen; der wirtschaftliche Aufwand für die Anschaffung der Einmalfeile liegt dann bei Null.

DENTSPLY Maillefer
De-Trey-Straße 1
78467 Konstanz
Tel.: 07531 583-0
Hotline:
08000 735000 (gebührenfrei)
Fax: 07531 583-104
www.dentsply.de

Hager&Werken

Für optimale Retention



Die traditionellen Sandstrahlgeräte sind für das Labor ausgelegt und meist nicht für den Praxisgebrauch geeignet. Genau für diesen Zweck wurde der Airsonic Mini Sandblaster konzipiert. Das extrem handliche, autoklavierbare Sandstrahlgerät für den intra- und extraoralen Gebrauch raut Klebeflächen von Kronen, Brücken, Brackets, Stiften etc. für eine optimale Haftung von Befestigungsmaterialien auf. Ebenso eignet es sich zum schnellen und gründlichen Entfernen von Zementresten aus Kronen und Brücken vor dem Wiedereinsetzen.

Das Gerät wird wie ein Kugelschreiber gehalten und der Pulverstrahl über den Druckluftknopf aktiviert. Der Airsonic Mini Sandblaster wird ganz einfach mittels Adapters an die Turbinenkupplung der Behandlungseinheit angeschlossen. Das leistungsstarke, langlebige Gerät ist sehr leise und ermöglicht eine problemlose Reinigung des herausnehmbaren Filters.

Hager & Werken GmbH & Co. KG
PF 100654, 47006 Duisburg
Tel.: 0203 99269-0
Fax: 0203 299283
www.hagerwerken.de

DGOI

Internationales Fortbildungsprogramm



Im Januar fand der erste gemeinsame wissenschaftliche Kongress mit der „Thai Private Dental Assoziation“ (TPDA) in Bangkok statt, v.l.n.r. Dr. Eduard Krahé, Dr. Fred Bergmann, Dr. Georg Bayer und Prof. (NYU) Ady Palti.

Die Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie (DGOI) engagiert sich seit ihrer Gründung weltweit für die Fortbildung implantologisch interessierter Zahnärzte. Mit einer englischsprachigen Kursreihe für Einsteiger in die Implantologie hat die Fachgesellschaft eine curriculare

Fortbildung entwickelt, die in immer mehr Ländern erfolgreich umgesetzt wird. Vor wenigen Wochen startete eine weitere englischsprachige Kursreihe im Iran. Und: Anfang Januar gab es in der Zusammenarbeit mit der Thai Private Dental Assoziation (TPDA) einen weiteren Höhepunkt der internationalen Arbeit der DGOI. Mit mehr als 300 Teilnehmern fand vom 6. bis 8. Januar in Bangkok der erste gemeinsame Kongress der beiden Fachgesellschaften statt.

DGOI
Bruchsaler Straße 8
76703 Kraichtal
Tel.: 07251 618996-0
Fax: 07251 618996-26
www.dgoi.info
E-Mail: mail@dgoi.info

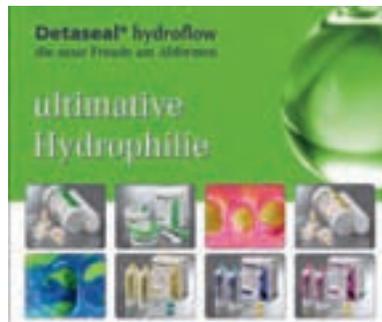
■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

DETAG

Für Flexibilität bei der Abformung

Das Anfließverhalten eines Abformmaterials an die noch restfeuchte Oberfläche ist eines der entscheidendsten Kriterien für hochpräzise Abformungen. Detaseal hydroflow wurde exakt dafür entwickelt und zeigt eine ultimative Hydrophilie über die gesamte Verarbeitungszeit hinweg.

5 High-End-Abformsilikone mit harmonisierten Konsistenzen bilden ein komplettes System. Putty und Wash sind aufeinander abgestimmt und genügen höchsten Ansprüchen in Bezug auf Fließfähigkeit, Detailschärfe, Reißfestigkeit, flexible Verarbeitungszeiten und Patientenkomfort. Das Präparat in 5:1 Hartkartuschen zeichnet sich durch eine softgeschmeidige Anfangskonsistenz aus; das Material erreicht



direkt nach der Löffelbefüllung seine typisch knetbare Konsistenz. Es lässt sich nach einer Mundverweildauer von nur zwei Minuten leicht entformen. Es eignet sich sowohl für die Doppelmisch-, als auch Sandwichtechnik und bietet mehr Flexibilität bei der Abformung.

DETAG GmbH & Co. KG
Carl-Zeiss-Str. 4
76275 Ettlingen
Tel.: 07243 510-0, Fax: -100
www.detax.de
E-Mail: post@detax.de

Kuraray

Neues selbstätzendes Adhäsiv



CLEARFIL S³ BOND PLUS ist das neue selbstätzende Adhäsiv, welches drei maßgebliche Ansprüche an ein Ein-Schritt-Adhäsiv kombiniert: schnell, sicher und stark. Dank seiner kurzen Einwirkzeit und äußerst einfachen Handhabung im Vergleich zu herkömmlichen Ein-Schritt-Adhäsiven hat das Präparat eine sehr hohe Fehlertoleranz bei gleichzeitig besonderer Haftkraft

an Schmelz und Dentin. Es lässt sich sicher und bequem anwenden, da zeitintensive Arbeitsschritte nicht mehr notwendig sind: Ätzen, Primern und Bonden mit nur einer Flüssigkeit bei nur einer Applikation.

Die zeitsparende Prozedur macht CLEARFIL S³ BOND PLUS jederzeit bereit für eine sofortige Anwendung in nur drei kurzen Schritten: Auftragen, lufttrocknen, licht härten – fertig in weniger als 30 Sekunden.

Kuraray Europe GmbH
BU Medical Products
Industriepark Höchst / F821
65926 Frankfurt am Main
Tel.: 069 30535836
Fax: 069 3059835636
www.kuraray-dental.eu

Clinical House Dental

Qualität entscheidet bei Implantaten

Hersteller dentaler Implantate müssen bei Produktdesign und Materialwahl präzise und qualitätsorientiert arbeiten, um eine sichere Abdichtung zu erreichen. Die dichte Verbindung ist wichtig, da in der Mundhöhle mehr pathogene Keime als an jeder anderen Körperstelle leben.

Ein nach dem Schweizer Uhrenprinzip gefertigter metallischer Dichtsitz wie beim PerioType X-Pert-Implantat von Clinical



House Europe verhindert das Eindringen von Bakterien. Der prothetische Aufbau des Implantats ist zusätzlich mit Zirkoniumnitrid beschichtet, was eine Anlagerung von Bakterien erschwert. Ein solches Implantat bietet aufgrund seines entzündungshemmenden Designs im besten Fall über viele Jahrzehnte Entzündungsfreiheit und Sicherheit für den Patienten.

*Clinical House Dental GmbH
Am Bergbaumuseum 31
44791 Bochum
Tel.: 0234 97476020
Fax: 0234 97476030
www.clinical-house.de
E-Mail:
periotype@clinical-house.de*

Procter & Gamble

„Up to date“-Fortbildungsreihe 2012

Das Weiterbildungsprogramm UP TO DATE von Oral-B bietet Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie ihren Teams auch in 2012 die Möglichkeit, sich mit den neuesten Forschungsergebnissen zum Thema Prophylaxe vertraut zu machen. In Deutschland und Österreich informieren namhafte Referenten über aktuelle Trends in der zahnmedizinischen



Vorsorge. Zu den Vortragenden zählen unter anderem Prof. Dr. Johannes Einweg, Zahnmedizinisches Fortbildungszentrum (ZfZ) Stuttgart, sowie Prof. Dr. Nicole Arweiler, Universität Gießen/Marburg. Unter dem Motto „Prophylaxe in der modernen Zahnmedizin – ein vielfältig nutzbares Instrument“ erleben die Teilnehmer einen interessanten Nachmittag mit jeweils zwei Beiträgen. Alle Termine und Veranstaltungsorte finden sich online auf www.uptodate-oral-b.com.

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

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

VITA Zahnfabrik

Navigation zur besten Versorgung

Wer sicher an sein Ziel kommen will – sei es im Auto oder zu Fuß, zieht heutzutage oft ein Navigationssystem zu Rate. Gemäß diesem Prinzip unterstützt jetzt der neue Service, den die VITA Zahnfabrik auf ihrer Website anbietet: VITA ToothFinder heißt dieses Programm, das die Auswahl passender Front- und Seitenzähne für herausnehmbare voll- und teilprothetische Versorgungen erleichtert. Schritt für Schritt erreicht der Anwender sicher die richtigen Garnituren. Das System ist anwenderfreundlich und führt zielorientiert durch das VITA Zahnkonzept. Das Angebot reicht vom



vollanatomischen Frontzahn VITA PHYSIODENS bis hin zum unschlagbaren Klassiker VITAPAN, der ab April 2012 in optimierter Anatomie und Schichtung als VITAPAN PLUS angeboten wird.

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

Trinon

Q-Implant-Marathon



In neun Jahren Kurserfahrung des Trinon Collegium Practicum wurden von mehr als 1000 Ärzten in über 90 Kursen mindestens 40 000 Implantate gesetzt. Einer dieser Kurse fand vor kurzem in der Dominikanischen Republik statt: 15 Teilnehmer aus vier verschiedenen Ländern bildeten eine zehnköpfige Anfängergruppe und eine fortgeschrittenen Runde mit fünf erfahrenen Implantologen. Innerhalb einer Woche setzten die Teilnehmer insgesamt

430 Implantate. Wie in jedem Marathonkurs waren auch hier jedem Anfänger garantiert, selbst 30 Implantate während der 40 Stunden Woche zu setzen. Die fortgeschrittenen Teilnehmer führten komplizierte

Implantationen und 25 Sinuslifts und Augmentationen durch. Die Marathonkurse in Kooperation mit den Universitätskliniken finden bis zu achtmal jährlich in der Dominikanischen Republik, Kambodscha und Laos statt. Nähere Infos gibt es online.

*Trinon Collegium Practicum
Augartenstr. 1
76137 Karlsruhe/ Germany
Tel.: 0721 932700
Fax: 0721 24991
www.collegium-practicum.org
E-Mail:
q-implant-marathon@trinon.com*

Hu-Friedy

Scaler und Küretten – bunt und scharf

Hu-Friedy präsentiert eine neue Generation von Scallern und Küretten: Die Produktlinie Resin 8 Colors umfasst 80 farblich differenzierte Handinstrumente, die durch EverEdge Technologie deutlich länger scharf bleiben als Standard Equipment. Das Farbsystem ordnet jedes



Instrument der Region im Mundraum zu, in der es eingesetzt wird. Dadurch wird die Identifikation geeigneter Scaler erheblich vereinfacht. Auch der Umfang der Instrumente wurde ergonomisch optimiert: Sie liegen angenehm in der Hand und ermöglichen komfortables Arbeit-

ten. Das einzigartige Griffdesign mit Wellenschliff und die spezielle Rändelung garantieren hohe Rotationskontrolle und einen sicheren Halt.

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

Tokuyama

Verlässlicher Desensitizer

SHIELD FORCE PLUS ist ein Desensitizer, der zur Behandlung von überempfindlichem Dentin, zur Verringerung von exponiertem Dentin sowie zur Linderung oder Prävention der Sensibilität



von Zähnen nach direkten und indirekten Restaurationen eingesetzt wird. Er erzeugt eine resistente Versiegelungsschicht, die Kunststoffzotten ausbildet und Schmelz sowie Dentin dauerhaft schützt.

Die Widerstandsfähigkeit beruht auf einer Versiegelungsschicht, die durch einen sogenannten „Doppel-Block“ entsteht. Der Desensitizer dringt zuerst in die Tubuli ein und versiegelt anschließend die Tubulioberfläche. Die Kombination aus Monomerverschluss an der Oberfläche und Kunststoffzotten in den Tubuli erzeugt die resistente Versiegelungsschicht. SHIELD FORCE PLUS wird in Deutschland von der Kaniedenta GmbH & Co. KG (Herford) vertrieben.

*Tokuyama Dental Deutschland GmbH
Siemensstr. 46, 48341 Altenberge
Tel.: 02505 938513
Fax: 02505 938515
www.tokuyama-dental.de
E-Mail: info@tokuyama-dental.de*

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

Heraeus

Zwei Produkte ausgezeichnet

Das unabhängige amerikanische Testinstitut „The Dental Advisor“ bestätigt die hohe Zuverlässigkeit und Qualität der iBOND-Produkte zum Jahresbeginn 2012 gleich doppelt: Das All-in-One-Adhäsiv iBOND Self Etch wurde mit der Bestnote von „Fünf Plus“ mit dem „Editors' Choice Product Award“ ausgezeichnet. Diesen renommierten Preis erhielt mit insgesamt 4,5 Bewertungspunkten auch das neue Etch & Rinse 2-Step-Adhäsiv iBOND Total Etch, das zudem in die Liste der „Preferred Products 2012“ aufgenommen und als „TOP 5th Generation Bonding Agent“ ausgezeichnet wurde.

Diese Ehrungen bestätigen Heraeus in seiner Produktstrategie. Bereits im vergangenen Jahr wurde das scanbare Heraeus-Bissregis-



trierungsmaterial Flexitime Bite von „The Dental Advisor“ mit dem „Editors' Choice Award“ sowie als „Top Bite Registration 2011“ ausgezeichnet.

*Heraeus Kulzer GmbH
Grüner Weg 11
63450 Hanau
Tel.: 0800 43723368
www.heraeus-dental.com
E-Mail: info.dent@heraeus.com*

Intersanté

Waterpik wird 50 Jahre alt

In diesem Jahr blickt das Unternehmen Waterpik Inc. mit Hauptsitz Fort Collins, Colorado/USA auf eine 50-jährige Erfolgsgeschichte zurück. 1962 entwickelten der Zahnarzt Dr. Gerald Moyer und sein Patient, John Mattingly, ein Ingenieur, zusammen die erste Munddusche der Welt. Eines der ersten Exemplare des neuen Mundhygienegerätes mit dem Namen Octopus gab Moyer einem seiner Patienten, der unter heftiger Parodontitis litt. Nach wenigen Wochen war er über die Verbesserung in seinem Mund so glücklich, dass er später einen erheblichen Geldbeitrag in die frisch gegründete Firma investierte und später sogar der erste Präsident des Unterneh-



mens wurde. In Deutschland werden die Mundhygienegeräte von Waterpik seit vielen Jahren von der intersanté GmbH, Bensheim, vertrieben.

*Intersanté GmbH
Berliner Ring 163 b
64625 Bensheim
Tel.: 06251 9328-10
Fax: 06251 9328-93
www.intersante.de
E-Mail: info@intersante.de*

American Dental Systems

Fluoridgel – effizient gegen Karies



Karies entsteht durch das Zusammenwirken von kariesauslösenden Mikro-Organismen, unzureichender Mundhygiene und Fehlernährung. Die wichtigste Kariesprophylaxe ist die Fluoridanwendung. Mit Gelato Fluoridgel können stark kariesgefährdete Patienten präventiv oder gegen bereits bestehende Karies behandelt werden.

Das thixotrope Gel wird in das E-Vent Fluoridtray gegeben, der Speichelsauger der Einheit wird angeschlossen, dann 60 Sekunden einwirken lassen. Die leichte Säure des Gelato APF-Gels begünstigt eine schnelle Aufnahme in den Zahnschmelz. Bei stark erodierten Zähnen ist das PH-neutrale Gelato Neutral-Gel empfehlenswert. Verschiedene Geschmacksrichtungen sind erhältlich, darunter Strawberry, Orange Vanilla, Cherry und Peppermint.

American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Straße 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 08106 300-300
Fax: 08106 300-310
www.ADSystems.de
E-Mail: info@ADSystems.de

R-dental

Bissregistriermaterial ausgezeichnet

Das unabhängige US-Testinstitut The Dental Advisor hat kürzlich das universelle Bissregistriermaterial R-SI-LINE METAL-BITE mit der Höchstnote fünf Sterne ausgezeichnet. Zudem vergaben die Evaluatoren das Prädikat „Editor's Choice“ für das leistungsstarke A-Silikon mit breitem Indikationsspektrum. METAL-BITE wurde vom Dental Advisor außerdem zum „2012 Top Bite Registration“-Material gekürt. Dieser Product Award bestätigt die hohe Qualität des Präparats. Es gehört damit zur Gruppe der besten Bissregistriermaterialien im Dentalmarkt.

Sehr gute Materialeigenschaften, ein gutes Handling und eine ge-



nügend lange Verarbeitungszeit bei gleichzeitig kurzer Aushärtungszeit kennzeichnen das dunkelgraue A-Silikon. Zudem ist METAL-BITE puderfrei scanbar für CAD/CAM-Applikationen und eignet sich für die Bissgabel bei der Gesichtsbogenübertragung.

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Winterhuder Weg 88
22085 Hamburg
Tel.: 040 227576-17 Fax: -18
www.r-dental.com
E-Mail: info@r-dental.com

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

Dentaurum

Interaktiver Zahnsparren-Konfigurator



Als App für das iPhone bietet Dentaurum ab sofort einen interaktiven Zahnsparrenkonfigurator an. Diese ist kostenfrei im App-Store oder über die Homepage www.dentaurum.de erhältlich. Mit dem Programm können schnell und einfach kreative Zahnsparren zusammengestellt werden. Dabei stehen dem Benutzer insgesamt 14 Farben, sechs Glitzereffekte und viele bunte Einlegemotive zur Verfügung. Nach der Wahl der Lieblingsfarbe aus der breiten Orthocryl-Palette, können optional zusätzlich Glitzereffekte und bis zu drei Einlegemotive auf der virtuellen Zahnsparre platziert wer-

den. Die Auswahl an Motiven reicht vom beliebten Pferdemotiv bis hin zum Formel 1-Wagen. Diese App eignet sich nicht nur für den kreativen Einsatz am Smart-Phone des Patienten, sondern kann auch in der Patientenberatung in der Praxis eingesetzt werden.

DENTAURUM GmbH & Co. KG
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 07231 803-0, Fax: -295
www.dentaurum.de
E-Mail: info@dentaurum.de

3M Deutschland

Vielseitig einsetzbares Adhäsiv

Mit der Einführung von Scotchbond Universal Adhäsiv, einem vielseitig einsetzbaren Einfaschen-Adhäsiv für direkte und indirekte Restaurationen, sorgt 3M für eine deutliche Vereinfachung des Arbeitsablaufs. Bislang mussten Zahnärzte mit Adhäsivsystemen jonglieren und zwischen verschiedenen Flaschen je nach Indikation und Adhäsivtechnik unterscheiden.

Mit dem neuen Präparat steht Zahnärzten jetzt ein leicht zu handhabendes Einfaschen-Adhäsiv zur Verfügung, mit dem sich auf allen Zahn- und Restaurationsoberflächen im Selbstätzenden oder Etch & Rinse-Verfahren zuverlässige Ergebnisse erzielen lassen. Zudem tragen



die verfügbaren Dosiersysteme – eine neue innovative Flasche, die sich mit einer Hand öffnen lässt, sowie das L-Pop-Applikationssystem – zur Vereinfachung der Anwendung bei.

3M Deutschland GmbH
ESPE Platz, 82229 Seefeld
Tel.: 08152 700-0
Fax: 08152 700-1196
www.3MESPE.de/Scotchbond
E-Mail: rtschamler@mmm.com

AVT-College für Osteopathische Medizin

Interdisziplinärer Dialog geht weiter



Spannungskopfschmerzen haben multifaktorielle Ursachen, wobei nicht selten funktionelle Probleme und muskuläre Para-funktionen der Kaumuskelatur mit verantwortlich sind. Im Modul A führt Herr Dr. Reinhold Nölting (Foto, r.) u.a. den Einsatz und Behandlungsschwerpunkt der NTI-tss Aufbiss Schiene (Nociceptive Trigemiale Inhibition – tension suppression system / Zantomed GmbH, Duisburg) ein. Der

kleine Frontzahn-Aufsatz wird durch den Zahnmediziner direkt am Behandlungsstuhl als Sofortmaßnahme angepasst, um nächtliches Pressen, Knirschen und Mahlen von Zähnen zu vermindern oder gar zu vermeiden. Um aufzuzeigen, wie diese Patienten erkannt und mit zielgerichteten Therapien behandelt werden können, veranstalten die Referenten Prof. Dr. Matthias Beck (Foto, l.) und Dr. Reinhold Nölting vom 9. bis 11. März einen Weiterbildungsvortrag für Zahn- und Humanmediziner in Nagold.

AVT-College für Osteopathische Medizin
Leibnizstraße 7
72202 Nagold
Tel.: 07452 8880920
www.avt-osteopathie.de

GC

Zuverlässige Adhäsionskraft

Profi-Eigenschaften für die provisorische Langzeit-Befestigung: Das neue Fuji Temp LT von GC wurde speziell für die dauerhafte temporäre Befestigung aller Arten von Kronen und Brücken auf Vollkeramik-, Kunststoff- und Metall-



basis entwickelt. Dank seiner ausgewogenen chemischen Formel garantiert der erste provisorische Zweikomponenten-Glasionomerzement aus der Kartusche nicht nur einen längerfristigen Halt,

sondern gleichzeitig auch eine sichere und leichte Entfernbarkeit der indirekten Restaurationen – besonders auch bei Implantat-abutments. Der angenehm zu applizierende Befestigungszement bietet neben dem optimierten Handling, der Zeitersparnis und den physikalischen Vorteilen zudem die bewährte Sicherheit und die hohe, stetige Fluoridabgabe eines modernen Glasionomermaterials – für eine nachhaltige Stabilität und Prävention.

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



Nr. 5/2012

Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 23. 03. 2012 schicken oder faxen an:

zm
Deutscher Ärzte-Verlag
Leserservice Industrie und Handel
Rosemarie Weidenfeld
Postfach 40 02 65
50832 Köln

Fax: 02234 7011-255

Ich bitte um Zusendung näherer Informationen zu den von mir angekreuzten Produkten. Mir ist bekannt, dass für die Zusendung der von mir gewünschten Informationen eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an die jeweiligen Firmen erforderlich ist, damit diese mir die Produktinformationen unmittelbar zusenden können. Ich bin damit einverstanden, dass die Deutscher Ärzte-Verlag GmbH meine nebenstehenden Kontaktdaten weitergibt.

- 3M Deutschland** – Vielseitig einsetzbares Adhäsiv (S. 116)
- American Dental Systems** – Fluorid-Gel – effizient gegen Karies (S. 116)
- AVT-College** – Interdisziplinärer Dialog geht weiter (S. 117)
- BEGO** – Vertriebsniederlassung in der Türkei (S. 112)
- Clinical House** – Qualität entscheidet bei Implantaten (S. 114)
- Dentaurum** – Fortbildungsprogramm 2012 (S. 116)
- Dentsply Maillefer** – WaveOne Feile gesondert berechenbar (S. 112)
- Detax** – Für Flexibilität bei der Abformung (S. 113)
- DGOI** – Internationales Fortbildungsprogramm (S. 113)
- GABA** – Nachwuchs gefördert (S. 112)
- GC** – Zuverlässige Adhäsionskraft (S. 117)
- Hager & Werken** – Für optimale Retention (S. 113)
- Heraeus** – Zwei Produkte ausgezeichnet (S. 115)
- Hu-Friedy** – Scaler und Küretten – bunt und scharf (S. 115)
- Intersanté** – Waterpik wird 50 Jahre alt (S. 115)
- Kuraray** – Neues selbststützendes Adhäsiv (S. 113)
- Procter & Gamble** – „Up to date“-Fortbildungsreihe 2012 (S. 114)
- R-dental** – Bissregistriermaterial ausgezeichnet (S. 116)
- Tokuyama** – Verlässlicher Desensitizer (S. 115)
- Trinon** – Q-Implant-Marathon (S. 114)
- VITA** – Navigation zur besten Versorgung (S. 114)
- VOCO** – Teilnehmen und dauerhaft profitieren (S. 112)

- 3M Espe AG**
Seite 41
- American Dental Systems GmbH**
Seite 19
- APW Akademie Praxis & Wissenschaft**
Seite 77
- Bandelin electronic GmbH & Co. KG**
Seite 69
- Beycodent Beyer & Co. GmbH**
Seite 45
- Coltène/Whaledent GmbH & Co. KG**
Seite 7
- Coltène/Whaledent GmbH & Co. KG**
Seite 71
- Dentaltrade GmbH & Co. KG**
Seite 11
- Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/ Dental Magazin**
Seite 93
- Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/ Versandbuchhandlung**
Seite 89
- DMG Dental-Material GmbH**
Seite 13
- DMG Dental-Material GmbH**
Seite 83
- Doctorseyes GmbH**
Seite 73
- Dreve Dentamid GmbH**
Seite 35
- el'sDent Zirkonfräszentrum**
Seite 119
- Enretec GmbH**
Seite 75
- Gaba GmbH**
Seite 49
- GC Germany GmbH**
Seite 87
- Hager & Werken GmbH & Co. KG**
Seite 61
- Heraeus Kulzer GmbH**
Seite 27
- ic med EDV-Systemlösungen**
Seite 65
- Imex Dental + Technik GmbH**
Seite 21
- Ivoclar Vivadent GmbH**
Seite 81
- KaVo Dental GmbH**
Seite 31
- Kettenbach GmbH & Co. KG**
3. Umschlagseite
- Komet Gebr. Brasseler GmbH & Co. KG**
2. Umschlagseite
- Kuraray Europe GmbH**
Seite 85
- lege artis Pharma GmbH & Co. KG**
Seite 57
- Medentis Medical GmbH**
Seite 29
- Micro-Mega Endodontics**
Seite 55
- Miele & Cie**
Seite 43
- Permamental BV**
4. Umschlagseite
- Protilab**
Seite 23
- Ratiodental**
Seite 69
- R-dental Dentalerzeugnisse GmbH**
Seite 105
- SciCan GmbH**
Seite 9
- Semperdent Dentalhandel GmbH**
Seite 39
- Sirona Dental Systems GmbH**
Seite 69
- Solutio GmbH**
Seite 25
- Teamwork media Verlags GmbH**
Seite 97
- Trinon Titanium GmbH**
Seite 67
- Ultradent Products, USA**
Seite 17
- youvivo GmbH/DGI**
Seite 15
- Zantomed GmbH**
Seite 91
- ZM-Online.de**
Seite 95
- Einhefter 4-stg.**
Protilab zw. Seite 50/51
- Einhefter 2-stg.**
Cumdente zw. Seite 98/99
- Vollbeilagen**
7 Days Job Wear Marc Staperfeld GmbH
- Acteon Germany GmbH**
- Dental-Union GmbH**
- F1 Dentalsysteme Deutschland GmbH**
- Mey & Edlich GmbH**
- Roos Dental e.K.**

Zwangsrabatte

Pharmakonzerne erwägen Klage

Die Pharmabranche schließt juristische Schritte gegen staatlich verordnete Preisnachlässe grundsätzlich nicht aus. „Wir behalten uns vor zu klagen, wenn mit uns der Dialog nicht geführt wird“, sagte Hagen Pfundner, neuer Chef des Berufsverbands VFA. Verhandlungen seien aber das erklärte Ziel, zitiert die „Financial Times Deutschland“ Pfundner.

Die Regierung hatte 2010 den von den Pharmakonzernen zu gewährenden Rabatt zeitlich befristet von sechs auf 16 Prozent auf verschreibungspflichtige Arzneien angehoben. Grund war

das drohende Minus von elf Milliarden Euro in der GKV. Obwohl die Krankenkassen mittlerweile Milliardenüberschüsse einfahren, will Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) den Abschlag beibehalten.

Die Pharmabranche reagierte ungehalten, zögerte aber, juristische Konsequenzen zu benennen. „Sie müssen sich überlegen: Verklagen Sie Ihren einzigen Kunden?“ sagte Pfundner laut „FTD“. Nach seinen Worten schmälern die Zwangsrabatte neben den Gewinnen für die Firmen auch die Bereitschaft, im Land zu investieren. ck

KOMMENTAR

Total daneben

Bis zum 1. August 2010 war Deutschland für Pharmakonzerne das Land, in dem Milch und Honig fließen. Bis zu diesem Datum konnten sie den Preis für neue Medikamente nämlich selbst bestimmen. Und – das ist der Irrwitz – die Krankenkassen mussten ihn zahlen! Es wundert niemanden, dass Arzneimittel bei uns zwischen 50 bis 100 Prozent teurer waren als anderswo.

Preisstopp und „Zwangsrabatte“ haben die Pharmaindustrie nun um ihren Dauer-Jackpot gebracht. Dafür sparen die Kassen pro Jahr rund 1,4 Milliarden

Euro. Geld, das für die Versorgung zur Verfügung steht; Geld für präventive Leistungen, Therapien und OPs. Auch das überraschende Milliardenplus der GKV gehört in erster Linie denen, die es möglich machten: den Beitragszahlern.

Dass jetzt der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie sich als „Melckuh für die Überschüsse der Krankenversicherungen“ bezeichnet, zeugt entweder von mangelnder Sensibilität, fehlender Selbstwahrnehmung, ist aber vielleicht auch einfach nur eins: total daneben.

Claudia Kluckhuhn

Deutsch-französische Kooperation

Forschung zu Alterskrankheiten

Im Rahmen des deutsch-französischen Ministerrats in Paris vereinbarten Forschungsministerin Annette Schavan (CDU) und ihr französischer Ressortkollege Laurent Wauquiez jetzt mehrere grenzübergreifende Forschungsinitiativen – unter anderem zu Alterskrankheiten. Für Studien zu diesen Leiden und zu Arbeits-



Foto: jon11 - Fotolia.com

platzrisiken wollen Wissenschaftler aus beiden Ländern Patientendaten gemeinsam nutzen. Ziel sei eine breitere Datengrundlage, berichtet die „Berliner Zeitung“. Zudem soll ein bilaterales Institut zu Lungenkrankheiten eingerichtet werden, auch weitere Forschung zu Diabetes ist geplant. eb

Unions-Programm

Mehr Prävention

Die Union will mit einem großen Aktionsprogramm die gesundheitliche Vorsorge erheblich ausbauen. „Wie brauchen einen nationalen Präventionsrat, der die einzelnen Maßnahmen dauerhaft koordiniert“, fordert der Vizechef der CDU/CSU-Fraktion, Johannes Singhammer.

Der „Financial Times Deutschland“ sagte er, man müsse zudem erheblich mehr Geld für präventive Maßnahmen zur Verfügung stellen: „Denkbar wäre, die Prävention mit Mitteln aus dem Gesundheitsfonds zu fördern“, so Singhammer.

Heute fließen nur fünf Prozent aller Gesundheitsausgaben in die Prävention von Krankheiten. Schätzungen zufolge könnten laut „FTD“ mittels einer langfristig angelegten Strategie zwischen 25 und 30 Prozent der Gesundheitsausgaben eingespart werden. ck

Private Pflegepflichtversicherung meldet

155 Milliarden Euro für Rückstellungen

Während die gesetzliche Pflegeversicherung kränkelt, senkt die PKV die Beiträge zur Pflegepflichtversicherung jetzt erneut. Seit Einführung dieser Police vor 17 Jahren sei der Satz stetig gesunken, so der Direktor des PKV-Verbands, Volker Leienbach. Abhängig vom Alter zahlen Privatversicherte demnach ab sofort zwischen zwei und zehn Prozent

weniger in die Pflegekasse. Die Ansprüche auf Leistungen seien dabei mehrfach ausgeweitet worden, heißt es in einer Mitteilung. „Bei uns sind die Beiträge mehrfach gesenkt worden, in der umlagefinanzierten gesetzlichen Pflegeversicherung steigen sie“, meinte Leienbach. Seine Schlussfolgerung: „Das System der Kapitaldeckung funktioniert sehr gut.

Es ist generationengerechter und auf Dauer günstiger, also gut für die Zukunft aufgestellt.“ Nach eigenen Angaben hat die PKV aktuell Rückstellungen von 155 Milliarden Euro. Nach Ansicht des PKV-Verbands werde die gesetzliche Krankenversicherung bei der aktuellen demografischen Entwicklung in „massive finanzielle Probleme“ geraten. ck

Dentalsektor**Rund 76 000 neue Jobs**

Etwa 76 000 neue Arbeitsplätze entstehen bis 2030 in Zahnarztpraxen, in Dentallaboren und im Einzelhandel.

Zu dieser Einschätzung kommen das Darmstädter WifOR-Institut und das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in einer neuen Studie, die am 16.2. in Berlin auf einer Pressekonferenz vorgestellt wurde (siehe auch Titelstory zm 4/2012). Der Untersuchung zufolge, die im Auftrag der KZBV und der BZÄK durchgeführt wurde, kommen die stärksten Wachstumsimpulse im Dentalsektor aus der Vorsorge-orientierten Nachfrage im zweiten Gesundheitsmarkt.

„Man darf den zahnmedizinischen Sektor nicht immer nur als Kostenfaktor diskutieren“, kommentierte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz die Ergebnisse der Studie. Schon jetzt arbeiteten über 400 000 Menschen in der Dentalbranche. Die präventive Zahnmedizin von heute bedeute vor allem „eine sinnvolle Investition, deren Dividende die ständige besser werdende Zahngesundheit der Bevölkerung ist“.

Dass die Ausbildungsquote in den Berufen rund um die Zahnmedizin traditionell hoch sei und die demografische Entwicklung aller Voraussicht nach für weitere Beschäftigungsimpulse sorgen werde, erläuterte BZÄK-Vizepräsident Prof. Dr. Christoph Benz: „Die Menschen werden immer älter, Prävention wird immer bedeutender. Um die Mundgesundheit und die damit zusammenhängende Allgemeingesundheit bis ins hohe Lebensalter zu erhalten, bedarf es intensiver zahnmedizinischer Betreuung, innovativer Versorgungsstrukturen und Therapien sowie der technischen Weiterentwicklung von Medizinprodukten.“

Die positive Prognose des Dentalsektors stehe und falle freilich mit der Bereitschaft der Gesundheitspolitik, stabile Rahmenbedingungen zu setzen, betonten beide Zahnärzteorganisationen. Die Studie „Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft“ erscheint als Band 33 der Schriftenreihe des IDZ und ist im Fachbuchhandel erhältlich. ck/pm



Foto: KZBV/Darçhinger

IQWiG**Erste positive Bilanz bei AMNOG**

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bilanziert die ersten Nutzenbewertungen neu zugelassener Medikamente nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) insgesamt positiv. Nach Abschluss der ersten zehn Bewertungen hätte sich gezeigt, dass das Verfahren funktioniert und die Ergebnisse insgesamt relativ gut ausfielen, teilte



Foto: EyeWire

das Institut mit. Es zeige sich nun auch, dass die Regelungen des AMNOG einen erheblichen Zugewinn an Transparenz brächten, erklärte Institutsleiter Jürgen Windeler. „Jeder kann nachlesen, welche Unterlagen und Argumente ein Hersteller vorlegt, und jeder kann nachvollziehen, wie wir zu unserem Ergebnis gekommen sind. Alle Informationen, auf denen die Bewertung beruht, werden publiziert.“ Das Zwischenfazit des IQWiG fällt positiv aus: Die frühe Nutzenbewertung sei machbar und erlaubt trotz des frühen Zeitpunkts relevante Aussagen. Darüber hinaus führe sie zu einem erheblichen Zugewinn an Transparenz. eb/pm

Pflege-Neuausrichtungsgesetz**Neuregelungen führen ins Abseits**

In einer gemeinsamen Stellungnahme äußerten sich die Vertreter der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zum Entwurf eines Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG), laut dem eine Leistungsposition für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung vorgesehen ist (§ 87 Abs. 2j SGB V-E). Jedoch sei „diese Leistung nur für Personen in stationären Pflegeeinrichtungen bestimmt und sie darf nur im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b SGB V erbracht werden“, kritisieren BZÄK und KZBV. Und: „Die vorgesehenen Regelungen gehen im Ergebnis in die falsche Richtung.“ Zudem stehe die Regelung im Widerspruch zur eigentlichen Zielsetzung des PNG, wonach die Pflegebereitschaft

von Angehörigen und nahestehenden Personen erhalten werden soll. Daher dürften die Mittel nicht auf Personen beschränkt werden, die sich in stationären Pflegeeinrichtungen befinden, sondern sollten allen Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung in gleichem Maße zukommen, so der Tenor des Papiers. KZBV und BZÄK sprechen sich dafür aus, mit den vorgesehenen finanziellen Mitteln ein zahnärztliches Präventionsmanagement einzuführen. Darüber hinaus sei ein ergänzender präventionsorientierter Leistungskatalog zwingend erforderlich, der dem größeren zahnärztlichen Behandlungs- und Präventionsbedarf Rechnung trage. Die Maßnahmen sollten in § 22a SGB V verankert und der G-BA mit der Umsetzung betraut werden. sf/pm

Studie zu GKV und PKV

Zweiklassenmedizin ist relativ

Die von manchen Politikern viel beklagte Zweiklassenmedizin lässt sich anhand unterschiedlicher Wartezeiten von gesetzlich und privat versicherten Patienten festmachen.

Zu diesem Schluss kommt die Studie von Prof. Dr. Jonas Schreyögg von der Uni Hamburg. Beim Hausarzt betrage der Unterschied bei der Wartezeit auf einen Termin zwischen den Versicher-



tengruppen lediglich 0,8 Tage. Der GKV-Patient warte dort 2,2 Tage durchschnittlich, der Privatpatient 1,4 Tage, zitiert der „Ärztlichendienst“ (änd). Dagegen sei in der fachärztlichen Versorgung die Wartezeit für PKV-Patienten um neun Tage oder umgerechnet um 56 Prozent kürzer: Privatpatienten warten sieben, gesetzlich Versicherte 16 Tage. Nicht berücksichtigt sei

jedoch die Tatsache, dass ein GKV-Versicherter in der Regel erst eine Überweisung braucht, während der Privatpatient den direkten Weg gehen kann.

Die vermeintliche Bevorzugung von PKV-Patienten relativiere sich weiter bei der Betrachtung dringlicher Arztbesuche. Im Notfall spiele der Versichertenstatus keine Rolle. Im Gegensatz zur Masse der GKV-Versicherten

komme der Privatversicherte darüber hinaus nicht in den Genuss einer integrierten Versorgung, für ihn gebe es keine Evaluation durch das IQWiG und keine Disease-Management-Programme.

Der Streit zwischen PKV und GKV werde – insgesamt gesehen – als emotional besetztes Umverteilungsargument in der sozialpolitischen Diskussion missbraucht, kritisierte Schreyögg. sf/pm

Pflegepläne

Auch Schäuble zerpfückt Bahrs Reform

Auch Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble (CDU) hat gegen die Pflegereformpläne von Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) Einspruch eingelegt. In einer Stellungnahme fordert sein Ministerium weitreichende Änderungen am Entwurf. Wie die „Süddeutsche Zeitung“ meldet, stellen Schäubles Fachleute an zahlreichen Stellen die veranschlagte Kostenentwicklung infrage. Das Finanzministerium könne dem Gesetzentwurf deshalb in der vorliegenden Form nicht zustimmen, zitiert die Zeitung aus dem Papier. Bereits 2014, im zweiten Jahr der Reform, seien die geplanten Ausgaben größer als die erwarteten Einnahmen. Dissens besteht auch

in der Frage, wie die private Zusatzversicherung für die Pflege definiert werden soll. Während Bahr eine Förderung mit individuellen Zuschüssen anstrebt, beharrt Schäuble auf einer steuerlichen Regelung. Seine Fachleute bestehen deshalb darauf, entsprechende Stellen im Entwurf umzuschreiben. Zuvor hatte bereits das Ressort von Arbeitsministerin Ursula von der Leyen (CDU) Bahrs Pläne abgelehnt. Der Entwurf verschärfe die bestehende Ungleichbehandlung zwischen Behinderten und Pflegebedürftigen. „Das ist Chaos pur“, kommentierte die SPD-Gesundheitsexpertin Elke Ferner mit Blick auf den Pflegestreit in der Regierung. Bahr solle den



Foto: Fotolia.com - CHW

Entwurf am besten einstampfen und von vorn beginnen, wird sie von der „SZ“ zitiert. Auch die Arbeitgeber üben heftige Kritik. Die BDA spricht von einer unverantwortlichen Politik, die Arbeitnehmern weniger Netto vom Brutto bringe. ck

Großbritannien

Mehr Frauen sollen Medizin studieren

„Mehr Frauen in die Mediziner- ausbildung“, fordert die ranghöchste britische Gesundheitsbeamtin von den Universitäten. Medizinische Fakultäten könnten in Großbritannien nach ihrer Vorstellung schon bald öffentliche Fördergelder verlieren, wenn sie nicht mehr Frauen aufnehmen. Chief Medical Office Dame Sally Davies droht den Universitäten und medizinischen Fachhochschulen Geldstrafen an, falls ihre Frauenquote nicht erhöht wird. Obwohl laut

Londoner Gesundheitsministerium 42 Prozent aller in Großbritannien praktizierenden Ärzte weiblich sind, liegt der Prozentsatz der Frauen in der medizinischen Ausbildung deutlich darunter.

Es gibt 14 Prozent klinische Professorinnen. In Nobeluniversitäten wie Oxford ist die Lage laut Davies sogar noch prekärer: Unter den in Oxford im Fachbereich Medizin unterrichtenden Professoren befindet sich nicht eine Frau.

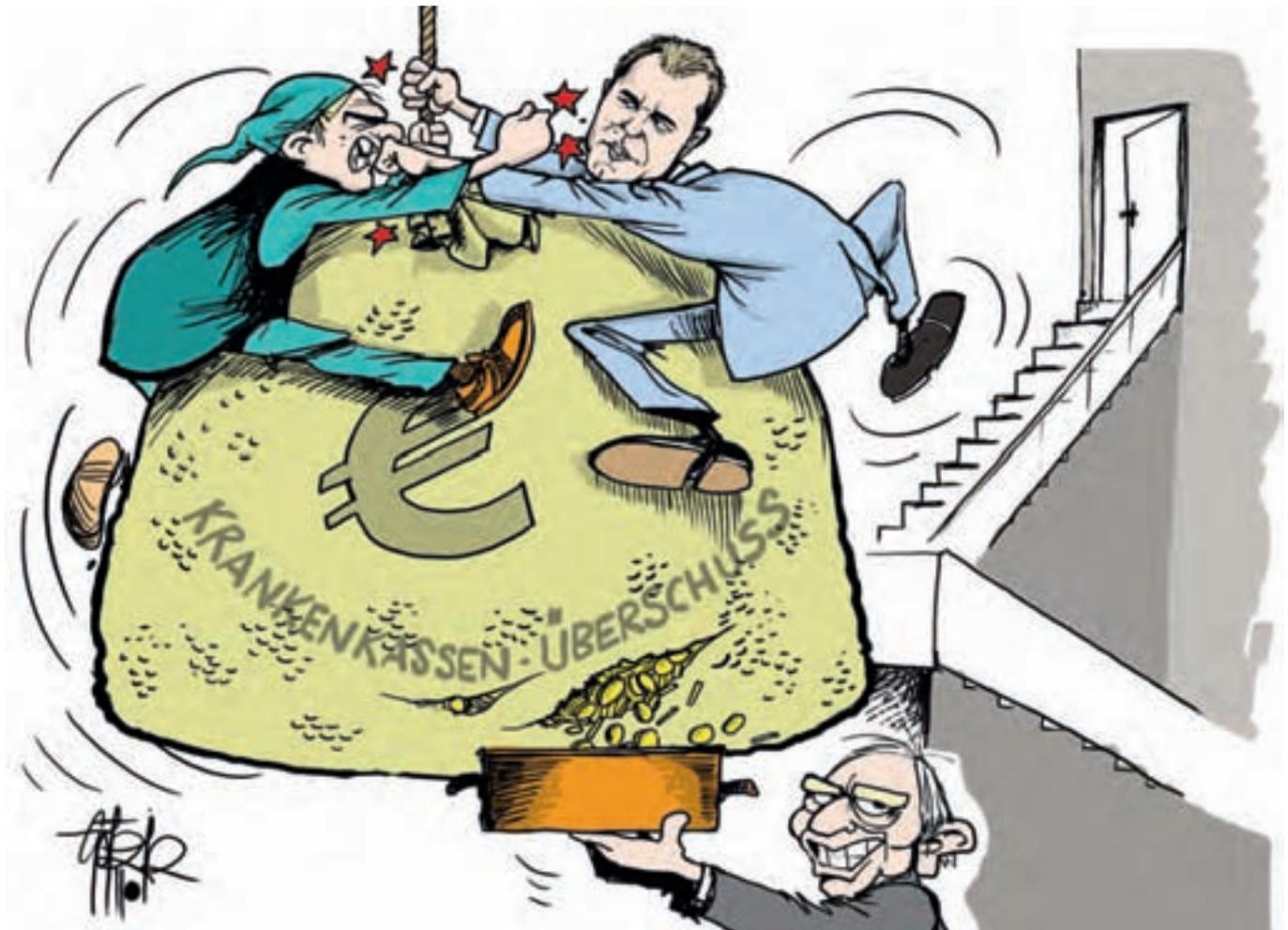
Die Universitäten von Liverpool, Leicester und Nottingham schneiden ähnlich schlecht ab. „Das ist unfassbar, wir müssen das ändern“, sagte Davies vor Journalisten in London. Sie kündigte an, dass sie Frauenquoten in der Ausbildung einführen will.

Jenen Ausbildungsstätten, die nicht genug Frauen beschäftigen, drohen

dann finanzielle Strafen. Innerhalb der britischen Ärzteschaft wird derzeit kontrovers über die Vorschläge diskutiert. eb/ast



Foto: Fotolia.com - Robert Kneschke



Wenn zwei sich streiten ...

Kolumne

Der Kaffee ist fertig

Was wäre die Welt ohne iPhone? Zumindest um eine App für Koffeinjunkies ärmer. Wer an seinem exorbitanten Kaffeekonsum verzweifelt, kann die Zufuhr nämlich jetzt mit der neuen „caffeine zone software app“ steuern.

Ausgelegt für iPod, iPhone und iPad wird sie mit Infos über die geplante Koffeinaufnahme gefüttert und stellt dann grafisch dar, wie die Menge über den Tag hinweg wirkt. Stürzt man etwa schnell einen Pott Kaffee hinunter, kann man sich vermutlich kurzfristig stark konzentrieren, heißt es, aber

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

dafür Stunden später nicht einschlafen. Manometer! Hätten wir das früher gewusst, nicht auszudenken.

Coffee to go war also gestern, coffee to control heute.

Alkohol, Rauschgift, Zigaretten – alles kalter Kaffee. Letzterer ist die neue Droge. Und wollen wir es mal so richtig krachen lassen:

Vergiss das Pils. Hoch die Tassen! No risk, no fun! Dann gibt es einen doppelten Espresso.

Ihr vollkommener Ernst