



Tipps zur Seniorenpraxis

**Notfalltraining
Herzinfarkt**

**Prävention bei
Erwachsenen**



Foto: Kathrin Harms-Iaif

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

alt werden wir, solange wir leben – und zwar von ganz allein! Gesund bleiben hingegen ist eine aktive Leistung. Sie fordert uns Menschen einiges ab. Die Krux dabei: Wie sehr es sich lohnt, möglichst lange gesund zu bleiben, merken wir in der Regel erst, wenn wir es nicht mehr sind.

Auf dem Weg in die prognostizierte Altersgesellschaft wird heute vieles getan, um bewusst zu machen, was es heißt, als Senior im Alltag bestehen zu müssen. Und dass es sich lohnt, die eigene Schaffenskraft so lang wie möglich zu erhalten. Wer als junger Mensch in einen Alterssimulationsanzug gesteckt wird, kann sich zumindest vorstellen, was es heißt, alt zu sein. Das schafft Verständnis, aber auch Einsicht in die Notwendigkeit zur Achtsamkeit und Vorsorge.

In der Zahnmedizin sind die Aussichten gut: Die Mundgesundheit älterer Menschen entwickelt sich nach Einschätzung des Instituts der Deutschen Zahnärzte positiv. Immer länger behalten immer mehr Menschen ihre eigenen Zähne. In dieser Hinsicht hat sich die Situation der Senioren in der Bundesrepublik deutlich verbessert.

■ *Jüngere können sich kaum vorstellen, was es heißt, alt zu sein. Simulationsanzüge sind ein Weg, den beschwerlichen Alltag der Senioren zumindest körperlich erfahrbar zu machen.*

Auch die Zahl der älteren Deutschen mit hochwertigen Zahnersatzversorgungen wächst. Das bestätigen jedenfalls die Ergebnisse der bisher letzten Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie [2006]. Es ist ein Erfolg, der über Jahre die kontinuierliche Arbeit der Zahnärzteschaft erforderte.

Möglich wurde das sicherlich durch den wachsenden zahnmedizinischen Fortschritt und die damit einhergehende deutliche Optimierung in der Zahnerhaltung. Zum anderen hat aber auch in der älteren Generation die Überzeugungsarbeit der Zahnärzte gefruchtet, dass kontinuierliche Prophylaxe sich lohnt. Von der richtigen Zahnpflege bis zur regelmäßigen Kontrolluntersuchung oder auch PZR reicht das heute auch von Älteren akzeptierte Prozedere für die eigene Gesundheit.

Dass diese Erfolge auch den Praxisteams einiges abfordern, wenn sie die älteren Menschen als Patienten behalten wollen, zeigt die Titelgeschichte dieser zm-Ausgabe. Es ist ein enormes Aufgabenfeld.

Aus den jüngeren Erfolgen der Alterszahnmedizin zu schließen, mit Prävention lasse sich der Leistungsbedarf insgesamt reduzieren, wäre allerdings zu kurz gedacht.

Sparen kann die Volkswirtschaft dadurch nicht – aufgeschoben ist nicht aufgehoben: Wer es schafft, die eigenen Zähne länger zu erhalten, gegenüber früheren Generationen aber deutlich älter wird, braucht ja auch länger zahnärztliche Betreuung.

Darauf werden wir uns – zum Glück – genauso einstellen können, wie wir uns auf den wachsenden Bedarf in der aufsuchenden Zahnheilkunde in Alten- und Pflegeheimen vorbereiten müssen. Der zahnmedizinische Bedarf wird auf dem Weg in die Altersgesellschaft nicht geringer.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: Fotoline / Titelfoto: Fotolia.com - Marcus Scholz

Zum Titel

Berechnungen zufolge wird bereits in zehn Jahren jeder zweite Patient über 65 Jahre alt sein. Die zm werfen einen Blick in die Praxis, wie sie besonders ältere Patienten gerne mögen.

Seite 34



Foto: Fotolia.com - horizont

Jeder Volljährige soll künftig erklären, ob er Organe im Todesfall spenden will oder nicht.

Seite 26

Editorial	3	GOZ-Novelle 2012: Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen	22
Leitartikel		Organspende: Bürger sollen sich entscheiden	26
Der Vorsitzende der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz, empfiehlt, die Überschüsse der GKV im System zu lassen.	8	Aus den Ländern	
Nachrichten	10	Rheinland-Pfälzischer Zahnärztetag: Spannung durch Kontrast	28
Gastkommentar		58. Zahnärztetag Westfalen-Lippe: Der lange Weg zum Zahnersatz	30
Thomas Grünert, Chefredakteur in Berlin, über den Einfluss der Politik auf das ärztliche Vertrauensverhältnis	18	Gesundheit und Soziales	
Politik und Beruf		Pflegereform: Teil der Wegstrecke	32
Kombinierte Koordinierungskonferenz: Vorsorge kennt keine Altersgrenzen	20	Titelstory	
		Senioren in der Zahnarztpraxis: Behandeln ohne Stolperfallen	34

Zahnmedizin

 **Der aktuelle klinische Fall: Diagnose von Schwellungen des Gaumens** **42**

Medizin

 **Trainieren im Team: Der Herzinfarkt** **46**

Tagungen

Jahrestagung DGAZ: Erst fit und dann gebrechlich **52**

3. Deutscher Halitosisstag in Berlin: Hauptsache der Speichel fließt **54**

Implantologie-Gutachtertagung: Im Sinne der Selbstverwaltung **56**

Foto: Fotolia.com - ra2 studio



Die American Dental Association (ADA) informiert per Twitter über Zahn- und Mundgesundheit bei Kindern.

Seite 98

Foto: Fotolia.com - lassedesignen



Fondsangebote: Entscheidend für die richtige Wahl ist die Balance zwischen der Renditerwartung und der Risikobereitschaft des Anlegers.

Seite 78

Foto: Dr. Gieren - Charité



Schäden dentoalveolärer Strukturen sind ein häufiger Zwischenfall bei der allgemeinen Anästhesie – zum Teil mit erheblichen Folgen.

Seite 58

Fachforum	58	EDV und Technik	Persönliches	113	
Veranstaltungen	60	Online-Netzwerk für Patienten: Schluss mit dem Ärztekauferwelsch	96	Bekanntmachungen	114
Finanzen		Prävention per Social Media: Twittern für gesunde Zähne	98	Neuheiten	116
Langfristige Geldanlagen: Fonds im Fokus	78	Prophylaxe		Impressum	142
Praxismanagement		Evidenzbasiert: Prävention beim adulten Patienten	100	Letzte Nachrichten	143
Innenraumgestaltung: Neue Farbe in die Praxis	82	Internationales		Zu guter Letzt	146
Trends	86	NHS-Reform in Großbritannien: Privatisierung durch die Hintertür	108		
Recht		Historisches			
Immobilien: Fiskus honoriert Familienbande	90	Heinrich Friedrich Wilhelm Braun: Sein Leben für die Zahnmedizin	110		
Urteile	92				





Foto: KZBV/Axentis

Ohne Not kein Opfer

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

spare in der Zeit, dann hast Du in der Not. Was Volkes Mund empfiehlt, klingt vernünftig. In politisch kontrollierten Haushalten hingegen scheint gerade das nur selten zu funktionieren. Wir Zahnärzte können davon inzwischen auch mehr als ein Lied singen. Weil der Gesetzgeber annahm, dass die gesetzlichen Krankenkassen mal wieder ins Defizit

sausen, legte er mit dem GKV-Finanzierungsgesetz ein rasches Sparpaket auf. Folgen für uns Zahnärzte: In den Jahren 2011 und 2012 muss die Steigerungsrate für Budgets und Punktwert – in der Regel die ohnehin schon karge Grundlohnsummensteigerungsrate – um jeweils 0,5 Prozentpunkte abgesenkt werden. Insgesamt rund 60 Millionen Euro wurden beziehungsweise werden so bei uns Zahnärzten mal eben eingesammelt. Das ist aber nicht nur Honorarverzicht – das Geld fehlt der Versorgung!

Dass jetzt, zwei Jahre nach dem Spargesetz, die Kassen wie die Entenhausener Ducks im Geld schwimmen, nährt zwar Hoffnungen. Aber die Verantwortlichen werden es nicht müde, die damals abgerungenen Spargelder einzubehalten oder sogar in artfremde

Bereiche abfließen zu lassen. Schäubles Leute warten schon. Gerecht und richtig ist: Der Gesetzgeber nimmt das uns Zahnärzten aufgebremmte Sparpaket zurück.

Dass das Deutschlands Kassen-Dagoberts zum Trockenschwimmen bringen wird, ist nicht zu befürchten. Diese Summe kann kein Leck in den 20-Milliarden-Pool schlagen, den GKV-Spitzenverband und Gesundheitsfonds angespart haben.

Uns Zahnärzten fehlt das Geld indes zur Betreuung unserer Patienten. Wieder einmal zwingt man uns die Funktion der Seehofer-schen Zitrone auf: Pressen geht immer. Ignoriert wird, dass in den zurückliegenden Jahren wir immer wieder die uns auferlegten Budgets überschritten haben, somit ohnehin auf Honorare verzichten mussten.

Sicher wird mit dem Versorgungsstrukturgesetz an der Entkrampfung dieser Situation gearbeitet. Aber das versetzt niemanden von uns in den „Status quo ante“, der vor dem Notopfer-Diktat die Versorgung bestimmt hat. Und dass ausgerechnet wir Zahnärzte, die wir schon in den Jahren zuvor durch immer neue kreative Maßnahmen – sei es durch eine sehr effektive und kostendämpfende Prävention, sei es durch offensiv

begrüßte Entlastungen über die inzwischen von allen bis auf die gesetzlichen Krankenkassen akzeptierten Festzuschussysteme – den GKV-Haushalt über Gebühr entlastet haben, mit anderen Kostenposten über einen Kamm geschoren wurden, spricht nicht gerade für die Verlässlichkeit derartiger politischer Versprechungen.

Versorgungspolitisch, auch darauf haben wir in den zurückliegenden Jahren immer wieder mit Nachdruck hingewiesen, kommt man bei nüchterner Betrachtung zu ganz anderen Schlüssen: Wir werden in den kommenden Jahren eher in Versorgungsengpässen geraten, wenn wir den anstehenden Herausforderungen in der zahnmedizinischen Versorgung, sei es beispielsweise die deutliche Verbesserung der Lage in der aufsuchenden Zahnheilkunde für alte Menschen oder für Menschen mit Behinderungen, sei es für die Prävention und Behandlung der immer deutlicher in den Zusammenhang systemischer Erkrankungen gebrachten Volkskrankheit Parodontitis, nicht gerecht werden. Auch davon können wir und unsere Patienten in weitgehender Harmonie unser Lied singen. Deutschlands Gesetzliche Krankenkassen haben für unsere akuten Forderungen zwecks Deckung von Versorgungslücken oder Engpässen wie so oft kein offenes Ohr. Allein diese 60 Millionen Euro wären eine ausreichende Grundausstattung für den Start einer präventiv orientierten Versorgung alter Menschen und von Menschen mit Behinderungen.

Wir Zahnärzte haben unsere Notopfer für die Krankenkassen geleistet. Jetzt, wo es ihnen besser geht, sollte der Überfluss wieder dem System zugutekommen: den Patienten und ihrer zahn-/medizinischen Versorgung. Sonst wäre alles, was im Rahmen des Finanzierungsgesetzes gemacht wurde, letzten Endes absolut paradox: ein überflüssiges Opfer, erbracht ohne jegliche Not.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Jürgen Fedderwitz
Vorsitzender der KZBV

Zahnärztlicher Notdienst in Bayern**App weist den Weg**

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB) verbreitet ab sofort ein Notdienst-App für iPhones, iPads und Android-Smartphones. Die Idee: Wer am Wochenende oder an Feiertagen Zahnschmerzen bekommt, findet damit den nächsten zahnärztlichen Notdienst dank GPS-basierter Suche jetzt auch unterwegs. Die App, die unter dem Namen „Zahnärzte BY“ kostenlos in den Shops von Apple und Google erhältlich ist, kann laut KZVB noch mehr: Wenn Versicherte mit der Handykamera ihr

Bonusheft fotografieren und es geht danach verloren, stellt der Zahnarzt mithilfe des Fotos auf dem Handy und der Einträge auf der Karteikarte des Patienten ein neues Heft aus.

Außerdem gibt es eine Zahnputzuhr für Kinder, die in Zusammenarbeit mit der Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit erstellt wurde. Auch für Erwachsene hält die App Zahnpflegetipps bereit. Zusätzlich liefert sie Kontaktadressen wie etwa die der Zahnarzt-Zweitmeinung der KZVB. mg/pm

Benefiz-Turnier**Golfen für den guten Zweck**

Die Bayerische Landes Zahnärztekammer (BLZK) lädt Zahnärzte aus der ganzen Bundesrepublik ein, am Benefiz-Golfturnier zugunsten der Rudolf Pichlmayr Stiftung am 25. Juli 2012 aktiv mitzuwirken. Die Rudolf Pichlmayr Stiftung engagiert sich für die Rehabilitation organtransplantier-

der Veranstaltung ein Zeichen für soziale Verantwortung setzen und vereinigt Sportvergnügen und Geselligkeit mit Engagement und Hilfe für diejenigen in der Gesellschaft, die der Hilfe bedürfen. Das Motto lautet traditionell: „Zahnärzte golfen für einen guten Zweck/ Golfen und Zeichen setzen“. Das Turnier ist offen für Golfer aller Handicap-Klassen. Den Golfern wird ein vorgabewirksames 18-Loch-Turnier mit Halfway-Verpflegung geboten.

Gespielt wird als Einzelzählspiel nach Stableford. Die Teilnehmer erhalten eine Spendenquittung abzüglich der Kosten für Startgebühr und Abendessen. Veranstaltungsort ist der GC Erding-Grünbach. Teilnehmen können alle Angehörigen der Freien Berufe.

sf/pm

■ www.blzk.de/golf

Benefiz-Golfturnier

ter Kinder und Jugendlicher. In der Vergangenheit wurde das Turnier bereits zugunsten der Franz-Beckenbauer-Stiftung, der Elterninitiative Intern 3, der Heckscher Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München sowie der Lippen-Kiefer-Gaumenspaltenabteilung an der Universitätszahnklinik München ausgerichtet. Die BLZK möchte mit

Patientenversorgung**Kliniken sehen 20 000 Jobs bedroht**

Angesichts steigenden Kostendrucks haben die deutschen Krankenhäuser vor dem Verlust von tausender Jobs und Einschränkungen zu Lasten der Patienten gewarnt. Zugleich verteidigte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) eine geplante Kampagne für mehr Geld.

„Es geht nicht mehr anders, die Krankenhäuser können die Lohnsteigerungen nicht mehr zah-



Foto: MEV

len“, sagte der DKG-Präsident Alfred Dänzer in Berlin. „Die Kliniken brauchen schnelle finanzielle Hilfe, sonst geraten 20 000 Arbeitsplätze ebenso in Gefahr wie die bisher international als hochwertig anerkannte Patientenversorgung.“ Er fordert die Regierungskoalition auf, die steigen-

den Tariflöhne auszugleichen.

„Wir müssen leider die Gesundheitspolitiker daran erinnern, dass die Menschen uns in jedem Fall vor Ort brauchen und da auch haben wollen“, sagte der DKG-Präsident. „Passiert hier nichts, dann werden immer mehr Krankenhäuser zumachen, weitere Stationen geschlossen, und das Versorgungsangebot wird immer stärker ausgedünnt.“ Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen wies die Forderung zurück.

„Wenn man den Klinikvertretern so zuhört, könnte man denken, dass die Kliniken unter Einnahmekürzungen leider würden. Tatsache ist aber, dass sie allein in diesem Jahr 2,5 Milliarden Euro zusätzlich aus den Portemonnaies der Beitragszahler und damit mehr als 60 Milliarden Euro insgesamt erhalten“, sagte GKV-Sprecher Florian Lanz. Mit den Geldern müsse „jetzt sorgfältig gewirtschaftet werden, statt gleich schon wieder nach noch mehr Geld zu rufen“. mg/dpa

KZBV-Vertreterversammlung**Vorläufige Tagesordnung**

Die 4. Vertreterversammlung der KZBV findet am 21. Juni 2012 in 01067 Dresden, MARITIM Hotel & Internationales Congress Center Dresden, Devrientstr. 10–12, Ostra Ufer 2, Raum „Saal 1 und 2“ statt.

Beginn: Donnerstag, 21. Juni 2012, 9.15 Uhr

1. Begrüßung der Teilnehmer
2. Bericht des Vorsitzenden der Vertreterversammlung
3. Fragestunde
4. Bericht des Vorstandes



Foto: MEV

5. „Überlegungen zur Erfassung der morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfe im Rahmen des vertragszahnärztlichen Versorgungssystems“, Vortrag von Herrn Prof. Reiner Biffar
6. Beschlussfassung über eingebrachte Anträge
7. Verschiedenes

KZBV

Duales System**Streit um Zukunft der PKV**

Die Private Krankenversicherung (PKV) hat nach Meinung der Verbraucherzentralen angesichts teilweise dramatischer Beitragssteigerungen keine Überlebenschance.

„Sie wird sich selbst abschaffen“, sagte der Vorstand ihres Bundesverbandes, Gerd Billen, in Berlin. „Es gibt eine eklatante Zahl von Fällen, bei denen es Beitragssteigerungen von bis zu 30 Prozent von einem Jahr aufs andere gegeben hat“, sagte Billen.

Er forderte Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) auf, den Tarifwettbewerb bei der PKV zügig systematisch zu untersuchen und

kundenfreundliche Reformen auf den Weg zu bringen.

Die Branche wehrt sich. PKV-Verbandsdirektor Volker Leienbach hielt dem Verband mangelnde Seriosität vor: „Mehrere unabhängige Branchen-Analysediensete haben aktuell einen Beitragsanstieg in der PKV von durchschnittlich nur rund 2 Prozent festgestellt.“

Das Analysehaus „Morgen & Morgen“ zeige, dass es für 45 Prozent der Tarife kein Beitragsplus gibt. Jeder könne zudem in einen anderen Tarif seines Versicherers wechseln. sf/dpa

USA**Obama verteidigt Gesundheitsreform**

US-Präsident Barack Obama hat sich erstmals in den juristischen Streit um seine Gesundheitsreform eingeschaltet. Er sei zuversichtlich, dass das Gesetz vom Obersten Gerichtshof der USA bestätigt werde, „weil es bestätigt werden sollte“, sagte Obama in Washington.

Der Präsident hatte seit der aufsehenerregenden Anhörung über die Reform vor dem Supreme Court keinen öffentlichen Kommentar zu dem Verfahren abgegeben. Die Gesundheitsreform ist mit Abstand sein bisher wichtigstes innenpolitisches Projekt. Kernstück ist die Vorschrift, dass

jeder US-Bürger eine Krankenversicherung abschließen muss – andernfalls droht ihm ein Bußgeld. Dieser Teil der Reform soll 2014 in Kraft treten. Viele Experten haben den Eindruck gewonnen, dass der Supreme Court dazu neigt, diese Zwangsversicherung zu kippen.

Mit einem Urteil wird im Juni gerechnet. Damit würde die Entscheidung in die heiße Phase des Präsidentschaftswahlkampfes fallen. Das hätte möglicherweise schwere Folgen für Obama, der sich um eine zweite Amtszeit bewirbt. eb/dpa

Negative wirtschaftliche Situation

Apotheker wollen mehr Geld

Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) hat Bilanz gezogen und unter Hinweis auf die negative wirtschaftliche Situation eine Anpassung der Honorare für die Apotheker gefordert. „Wir brauchen eine Anpassung des Vergütungssystems an die Kostenentwicklung, sprich: eine Anpassung der Vergütung pro Packung“, hieß es in einer Mitteilung der ABDA. Die Nacht- und Notdienste, die Herstellung von Rezepturen und die Abgabe von Betäubungsmitteln müssten leistungsgerecht bezahlt werden. Zudem sei eine Rechts- und Planungssicherheit beim Zwangsabschlag notwendig. „Wir betreiben Apotheken



Foto: MEV

2012 zu den Kosten von heute und den Einnahmen von vor acht Jahren“, rügte ABDA-Präsident Heinz-Günter Wolf auf einer Pressekonferenz „Apothekenlandschaft 2012“ in Berlin. Die Honorierung sei seit acht Jahre unverändert – „gleichzeitig haben wir durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (Amnog) zusätzliche Belastungen – etwa den erhöhten Zwangsabschlag“, begründete Wolf die Forderung. Hintergrund: In Deutschland ist die Honorierung der Apotheker in der Arzneimittelpreisverordnung geregelt; sie besteht aus einem Fixum (8,10 Euro) und einem Festzuschlag (drei Prozent) pro abgegebener Packung. Davon abzuziehen ist ein GKV-Abschlag, der mit dem Amnog auf 2,05 Euro erhöht wurde. Die Zahl der Apotheken in Deutschland habe mit 21 238 den niedrigsten Stand seit 15 Jahren erreicht. Insgesamt betragen die Systemkosten der öffentlichen Apotheke laut Wolf nur 2,3 Prozent der Gesamtausgaben der GKV. ck/pm

Klinik-Abrechnungen

Maßnahmen gegen Betrug geplant

In der Debatte um fehlerhafte Klinik-Rechnungen zulasten der Krankenkassen werden Reformen in diesem Bereich immer wahrscheinlicher.

Auch die FDP-Fraktion ist grundsätzlich dazu bereit, nachdem die Unionsfraktion und Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) bereits mit konkreten Vorschlägen vorgeprescht waren. Rund eine Milliarde Euro kosten falsche

Klinikrechnungen die Beitragszahler nach Schätzungen des Bundesrechnungshofs und der Krankenkassen pro Jahr.

„Wir brauchen ein intelligentes System, das vor Fehlern und möglichen Betrugereien gut schützt“, sagte der gesundheitspolitische Sprecher der FDP-Fraktion, Heinz Lanfermann. Die FDP-Fraktion sei für Vorschläge offen. Lanfermann ließ durchblin-

KZBV fordert

GKV-Überschuss in Versorgung stecken

Angesichts der Überschüsse im Gesundheitsfonds fordert die Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), unverzüglich die Kostendämpfungsmaßnahmen zurückzunehmen, die mit dem GKV-Finanzierungsgesetz 2011 für die zahnmedizinische Versorgung eingeführt wurden. „Die Sparmaßnahmen haben dafür gesorgt, dass für 2011 und 2012 insgesamt 60 Millionen Euro weniger für die zahnmedizinische Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung gestellt wurden“, sagt der Vorstandsvorsitzende der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz. Dieses Geld fehle in der Betreuung der Patienten. „Und das in einer Situation, in der Gesundheitsfonds und Krankenkassen Überschüsse von 20 Milliarden Euro angehäuft haben. Ein



Foto: KZBV/Axentis.de

Notopfer für die GKV ist da wirklich nicht mehr nötig“, so Fedderwitz weiter. Hintergrund: Der Gesetzgeber hatte 2010 Sparmaßnahmen für den drohenden Fall eines Defizits im Gesundheitssystem ergriffen und die Anpassung der Gesamtvergütungen, die die Krankenkassen für die zahnmedizinische Versorgung zur Verfügung stellen, für 2011 und 2012 deutlich reduziert. Aus Sicht der KZBV hat er den Zahnärzten damit nicht nur einen Honorarverzicht auferlegt, sondern der „notwendigen Versorgung erhebliche Mittel entzogen“. Da es statt des befürchteten Defizits mittlerweile eine massive Überfinanzierung im GKV-System gebe, sei eine Fortführung der Sparmaßnahmen nicht mehr haltbar. „Der Anteil der Zahnmedizin an den Ausgaben der GKV ist ohnehin seit Jahren immer weiter rückläufig“, so Fedderwitz. Damit muss Schluss sein.

„Die Patienten haben ein Recht auf gute Versorgung, und Krankenkassen sind keine Sparkassen.“ mg

um hatte auf Wunsch der Unionsfraktion einen Gesetzesvorschlag formuliert, nach dem Krankenhäuser bei Falsch-Abrechnungen erstmals bestraft werden können. Stichproben sollen demnach zudem einer Prüfung weichen, die nach bestimmten Kriterien und Auffälligkeiten stattfindet. Auch die SPD fordert schärfte Regeln für Klinikabrechnungen. eb/dpa

Nationales Gesundheitsziel

„Gesund älter werden“ vorgestellt

Anlässlich des diesjährigen Weltgesundheitstags am 7. April 2012 hat Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP), gemeinsam mit Dr. Rainer Hess, dem Vorsitzenden des Ausschusses gesundheitsziele.de (Foto v.l.n.r., zusammen mit Rudolf Herweck, Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Gesund älter werden“), das

sagte: „Die demografische Entwicklung ist eine große Herausforderung unserer Gesellschaft. Wir wollen mit dem nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ einen Beitrag dazu leisten, dass Menschen auch im Alter bei guter Gesundheit sind. Hierzu gibt es viele Anknüpfungspunkte.“ In drei Hand-



neue nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ vorgestellt. Dazu Minister Bahr: „Jeder und jede von uns kann in jeder Altersphase mit einer gesunden Lebensführung starten. Das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ will zweierlei erreichen: Eine bessere Gesundheitsförderung im Sinne einer Prävention sowie eine bessere Versorgung älterer Menschen im Krankheits- oder Pflegefall.“ Dr. Rainer Hess

lungsfeldern und 13 Unterzielen würden konkrete Schwerpunkte benannt, die es aktiv zu bewegen gilt. Auch die Mundgesundheit von älteren Menschen wird in dem neuen Gesundheitsziel berücksichtigt: Das 1. Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention – Autonomie erhalten“ befasst sich unter anderem mit der „ausgewogenen Ernährung und Mundgesundheit älterer Menschen“. sf/pm

Brandenburg

Herbert bleibt Präsident

Der Vorstand der Landeszahnärztekammer Brandenburg wurde für den Zeitraum 2012 bis 2016 wiedergewählt. Kammerpräsident Jürgen Herbert wurde in seinem Amt bestätigt, ebenso Vize-

präsident Dr. Erwin Deichsel und die Beisitzer Thomas Schwierzy, Bettina Suchan, Dr. Heike Lucht-Geuther und Dr. Thomas Herzog. ck/pm

Zusammenarbeit**BZÄK und Dentista kooperieren**

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat mit dem Dentista Club eine Kooperationsvereinbarung geschlossen. Den Vertrag dazu unterzeichneten in Berlin der BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel die Dentista-Präsidentin Dr. Susanne Fath. Ziel der Kooperation ist der projektbezogene gegenseitige Gedankenaustausch bei der Konzeptionierung und Umsetzung von Maßnahmen im Bereich Praxisführung und in Themenbereichen wie Freiberuflichkeit in der Praxis, Verantwortungsübernahme in wissenschaftlichen Organisationen, Engagement in Selbstverwaltungsorganisationen und Verbesserungen im Bereich der Work-Life-Balance.



Foto: BZÄK

Engel: „Wiewohl die Work-Life-Balance keine Herausforderung ausschließlich an die Zahnärztinnen darstellt, ist festzuhalten, dass nach wie vor in Deutschland

der weit überwiegende Teil der familiären Betreuungsarbeit über die weiblichen Familienmitglieder erfolgt. Im Hinblick darauf, dass in wenigen Jahren die Anzahl der Zahnärztinnen in Wissenschaft und Patientenversorgung die Anzahl der Zahnärzte überschreiten wird, gewinnt dieser Aspekt für die Zukunftsfähigkeit der Zahnmedizin eine besondere Relevanz.“

Die BZÄK hat dazu bereits ein Memorandum zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf herausgegeben. Bei der Umsetzung wird der Dentista Club gezielt mit dem BZÄK-Ausschuss für die Belange der Zahnärztinnen zusammenarbeiten. „Wir freuen uns sehr über diese Entwicklung“, sagt Dr. Susanne Fath, „denn es zeigt sich, dass die Pionierarbeit, die wir mit unserer Club-Gründung gestartet haben, zu einer Beschäftigung der bundesweiten Standesorganisationen mit den Veränderungen im Berufsstand beigetragen hat. Viele Kammern haben mittlerweile auf Grund von Datenerhebungen einen vielfältigen Aufgabenkatalog festgehalten und eigene Initiativen entwickelt.“ BZÄK

GKV**Arzneimittelausgaben steigen**

Nach einem Rückgang im vergangenen Jahr sind die Arzneimittelausgaben der GKV zuletzt wieder deutlich gestiegen. Sie kletterten nach Angaben der Apothekerverbände im Februar 2012 um 5,4 Prozent auf 2,2 Milliarden Euro im Vergleich zum Vorjahresmonat. Bereits im Januar 2012 waren die Ausgaben gestiegen. Für 2011 hatte sich we-

gen der jüngsten Arzneispargesetze der Koalition noch ein Minus von vier Prozent ergeben. Die Krankenkassen warnten vor einem Anstieg für das gesamte Jahr. „Wenn es so weiter geht, dann steigen die Ausgaben für Medikamente in diesem Jahr um rund 1,5 Milliarden Euro“, sagte der Sprecher des Kassen-Spitzenverbands, Florian Lanz. eb/dpa

Initiativen**Glücksspielsucht bekämpfen**

Hunderttausende Menschen sind abhängig von Spielautomaten. Die SPD setzt nun auf Gerätesperren. Über eine Verringerung von Automaten in Gaststätten berät auch die Regierung.

„Wir wollen ein Sperrsystem in den Ländern einrichten, in dem sich Süchtige sperren lassen können“, sagte die SPD-Suchtexperitin Angelika Graf. In einer öffentlichen Anhörung wird auch der SPD-Antrag „Glücksspielsucht bekämpfen“ im Bundestag beraten. Auch Bundeswirtschaftsminister Philipp Rösler (FDP) hält Einschränkungen des Geldautomatenspiels für geboten. Angesichts des oft ungehinderten Zugangs von Jugendlichen zu Spielautomaten droht der SPD-Antrag mit einem Aus für



Foto: MIEV

das Glücksspiel in Gaststätten. Die SPD geht unter Berufung auf ein Expertenbericht von rund 500 000 krankhaften und 800 000 problematischen Glücksspielern in Deutschland aus. Die Drogenbeauftragte Mechthild Dyckmans (FDP) hatte vor einem Jahr mit dem Vorstoß für Schlagzeilen gesorgt, alle Spielautomaten in Gaststätten, Tankstellen, Einkaufszentren und Flughäfen abzubauen. Dies sieht weder Röslers noch Grafs Entwurf vor. Beide wollen maximal zwei statt heute drei Automaten in Gaststätten zulassen. mg/dpa

Demenzkranke**Psychopharmaka sinnlos verschrieben**

Jedes Jahr muss nach Schätzungen fast eine Viertelmillion Demenzkranke in Deutschland Psychopharmaka nehmen, ohne dass damit wirksam Krankheiten behandelt werden. Knapp 240 000 Demenzkranke würden in Heimen oder in ambulanter Pflege mit den verschreibungspflichtigen Medikamenten behandelt. Zu diesem Ergebnis

kommt eine Berechnung des Zentrums für Sozialpolitik an der Universität Bremen im Auftrag der „Welt am Sonntag“.

„In diesen Fällen werden die Medikamente nicht verschrieben, um die Leiden der Patienten zu lindern, sondern um Personal einzusparen und somit den Heimbetreibern höhere Gewinne zu bescheren“, sagt der als Pharmakritiker bekannte Bremer Sozialforscher Prof. Gerd Glaeske, der die Berechnung aufgestellt hat. Nach Schätzungen aus 2011 leiden in Deutschland insgesamt 1,2 Millionen Menschen an Demenz. ck/dpa



Foto: DG

Thema Hygiene**Präventionspreis 2012 ausgelobt**

„Wasser, Seife, Handtuch her, Händewaschen ist nicht schwer“ – so lautet das Motto des diesjährigen Deutschen Präventionspreises, den das Bundesgesundheitsministerium und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gemeinsam mit dem Institut für Hygiene und öffentliche Gesundheit des Uniklinikums Bonn ausloben.

Daran teilnehmen können Betreuungseinrichtungen mit Kindern unter sechs Jahren, die vorbildliche Projekte für eine kindgerechte und nachhaltige Vermittlung von Hygiene-Wissen und -Verhalten durchführen. Die Wettbewerbsbeiträge können bis

zum 15. Juni 2012 online eingereicht werden. „Es ist wichtig, Kinder bereits vor der Schulzeit mit dem richtigen Hygieneverhalten vertraut zu machen. Denn ausreichende Hygiene wie beispielsweise das Händewaschen vor dem Essen, kann vor vielen Infektionskrankheiten schützen“, betont Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP), der die Schirmherrschaft für den Präventionspreis übernommen hat. Die Bewertung der Wettbewerbsbeiträge übernimmt eine Fachjury. Am 6. Dezember 2012 werden die besten Beiträge in Berlin ausgezeichnet und der Öffentlichkeit vorgestellt. eb/pm

Zahnärzte ohne Grenzen**Teams für Namibia-Einsatz gesucht**

Die Stiftung Zahnärzte ohne Grenzen (dentists without limits foundation, DWLF) startet ein neues Länderprojekt und sucht Helfer, die für zwei Wochen oder länger in Namibia arbeiten wollen. Durch die großen sozialen Unterschiede innerhalb der namibischen Gesellschaft sind große Teile der Bevölkerung medizinisch und insbesondere auch zahnmedizinisch unterversorgt. Gemäß einem DWLF Leitsatz „Manpower ist wichtiger als Moneypower“ reisen Helferteams mit Zahnärzten und Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZMF, DH, ZMP) auf eigene Kosten nach Namibia (insbesondere bei

ZMF ist in einer Einzelfallprüfung ein Reisekostenzuschuss möglich). Die Ausrüstung (Behandlungseinheiten und Prophylaxe-einheiten) stellt DWLF, Unterbringung und Verpflegung bietet das Gastland. Aktuell arbeitet DWLF in der Region Otjozondjupa mit Schwerpunkt in Grootfontein. Die Teams werden zwischen Juni und November 2012 in Namibia arbeiten. Interessierte melden sich beim Projektmanager für Namibia (Praxis@DrSchifferdecker.de) oder bei der Geschäftsstelle des DWLF, Waechterstr. 28 D, 90489 Nürnberg (info@dentists-without-limits.de). sf/pm

AFI-Buch**Neue Auflage des Alzheimer-Ratgebers**

In Deutschland sind nach neuesten Schätzungen bis zu 1,2 Millionen Menschen von der Alzheimer-Krankheit betroffen – Tendenz steigend. Die Neuauflage des Ratgebers „Die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzen“ der gemeinnützigen Alzheimer-Forschung Initiative e.V. (AFI) wird ab sofort kostenlos



abgegeben. Das Buch soll nach Angaben der AFI Antworten geben auf die Fragen, mit denen sich Menschen auseinandersetzen müssen, die selbst oder deren Angehörige von einer Demenz betroffen sind. Von den mehr als 50 bekannten Formen

von Demenzen werden im Ratgeber neben der Alzheimer-Krankheit auch die vaskuläre Demenz, die Demenz mit Lewy-

Körperchen und die Frontotemporale Demenz beschrieben. Hirnleistungsstörungen, die bei Parkinson-Patienten auftreten können, werden ebenfalls thematisiert.

Neben Diagnosemethoden, die heute zur Verfügung stehen, sind dem Umgang mit Demenzkranken und den Behandlungsmethoden weitere Kapitel des Ratgebers gewidmet. Informationen zum Bewältigungs- und Trauerprozess beschließen das Buch. eb/pm

Internationale Studie gestartet**Frühe Risikofaktoren für Übergewicht**

Das Klinikum der Universität München koordiniert ein großes internationales Projekt zur Erforschung sehr früher Risikofaktoren für Übergewicht und der damit verbundenen chronischen Erkrankungen. Zum Auftakt der Studie trafen sich Forscher aus Europa, den USA und Australien Ende März anlässlich einer Kick-Off-Tagung in München. Das Projekt wird durch die Europäische Kommission für fünf Jahre mit rund neun Millionen Euro gefördert. Durch zusätzliche Mittel der australischen Forschungsförderung und privater Förderer wird ein Gesamtbudget von mehr als elf Millionen Euro erreicht. Das Konsortium setzt sich aus füh-

renden Wissenschaftlern aus dem Gebiet der frühkindlichen Ernährung zusammen. Darüber hinaus beteiligen sich klein- und mittelständische Betriebe aus Europa sowie die Nahrungsmittelindustrie. Die Projektleitung obliegt Prof. Berthold Koletzko, Dr. von Haunersches Kinderspital der Universität München.

Die Forscher untersuchen die Mechanismen frühkindlicher Prägung auf Übergewicht sowie die Chancen für gezielte Interventionen. Insbesondere soll erfasst werden, welche Art der Ernährung vor und nach der Geburt einen wirksamen Beitrag zur Vorbeugung späteren Übergewichts leisten kann. sp/pm

Neuer Zuckerersatz Stevia**Süßen ohne Säureangriff**

Seit Ende des letzten Jahres erobert ein neuer Süßstoff namens Stevia den Markt. Die Substanz wird gewonnen aus der in Südamerika heimischen Pflanze *Stevia rebaudiana*, die auch der Namensgeber für den Zuckerersatz ist, deren Süßkraft nicht nur Rüben- und Rohrzucker, sondern auch Süßstoffe wie Cyclamat oder Aspartam um ein Vielfaches übersteigt, wie die Landes Zahnärztekammer Hessen (LZKH) jetzt in einer Pressemeldung schreibt. Stevia gilt schon seit längerem als natürliche Alternative zu herkömmlichen synthetischen Süßungsmitteln und normalem Kristallzucker, aber aufgrund mangelnder allgemeiner Zulassung als Zusatzstoff in Lebensmitteln, fristeten die zuckersüßen Blättchen des auch als „Honigkraut“ bezeichneten Stevia-Strauches lange ein Nischendasein in Öko-Läden, bislang getarnt als Badezusatz.



Foto: Fotolia.com - hjschneider

Seitdem Stevia nun aber im Dezember 2011 europaweit als Süßstoff zugelassen wurde, schmücken sich immer mehr Produkte mit der „grünen“ und natürlichen Süße. So ist selbst Schokolade mit Stevia bereits im Handel erhältlich. Die Industrie wirbt bei der Vermarktung des neuen Natur-Süßstoffs damit, dass Stevia trotz seiner hohen Süßkraft nicht nur zahnschonend sei, sondern zudem eine zahn- gesunde Wirkung hätte. Dies sei jedoch durch keinerlei wissenschaftliche Studien belegt, warnt die Kammer.

Da der Naturstoff zwar keinerlei Nahrung für Mund-(sprich Karies-)bakterien liefert, entstehen zwar keine Zahnschmelze zerstörenden Säuren, eine angepriesene bakteriostatische Hemmung jedoch sei bislang nicht belegt, heißt es weiter in der Information der Hessischen Zahnärzte. Selbst wenn sich unter Umständen eine karieshemmende Wirkung irgendwann durch Studien belegen ließe, würde der Konsum von Stevia-Produkten keineswegs die Mundhygiene überflüssig machen, meint Dr. Elke Vietor vom Vorstand der LZKH. sp/LZKH

Welt-Autismus-Tag**Schwere Beziehungsstörungen**

Autismus ist eine schwere Entwicklungsstörung, die in den ersten drei Lebensjahren beginnt. Die Betroffenen sind unfähig, eine normale Beziehung zu anderen Menschen aufzubauen. Der jährliche Aktionstag am 2. April sollte über die sogenannten Autismus-Spektrum-Störungen informieren und dafür werben,

Autisten besser zu fördern und in die Gesellschaft zu integrieren. Der Welt-Autismus-Tag wird seit 2008 in den Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen begangen. Nach Angaben des Bundesverbands Autismus leiden hierzulande pro 1 000 Einwohner etwa sechs bis sieben Menschen unter dieser Störung. sp/dpa

Karlsruher Konferenz

Die Praxis wird digital

Die Akademie für zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe veranstaltete zum 27. Mal ihre Karlsruher Konferenz, an der neben vielen hochkarätigen internationalen Wissenschaftlern rund 500 Teilnehmer anwesend waren, um sich Fortbildung in einem Thema anzuhören, das bereits jetzt schon im Begriff ist, die normale Zahnarztpraxis zu revolutionieren. Denn bei der Auswahl des Fortbildungsprogramms hat der Leiter der Akademie, Prof. Dr. Winfried Walter, ganz ins „Volle“ gegriffen und die Referenten gebeten, alle Bereiche der Digitalisierung abzudecken. „Denn“, so Walter, „während herkömm-

licher Zahnersatz über viele Zwischenschritte zwischen Praxis und Labor erstellt wurde, ist es heute möglich, direkt eine vom Zahnarzt vorpräparierte Situation digital zu scannen und parallel zum Beispiel eine Krone oder ein Brückengerüst aus einem Nichtedelmetallblock oder bei gegebener Indikation einem Keramik-



körper zu fräsen.“ Fehlerquellen, seien sie auch nur im Mikrobereich, könnten sich aber bei jedem Zwischenschritt addieren und schließlich im Endergebnis zu Passungenauigkeiten führen. „Diese neue Methode ist viel genauer, und auch für den Patienten komfortabler, da der Abdrucklöffel entfällt, der bei vielen Patienten einen Würge- reiz auslöste“, sagte Walter bei einer Pressekonferenz im Vorfeld der Tagung. „Viele Techniker arbeiten bereits mit der digitalen Scanmethode, sei es nur, um den herkömmlichen Silikat- abdruck weiterzuverarbeiten“, so der Zahnmediziner. sp

Richtfest in Leipzig

Neue Zahnklinik

Der Medizin-Campus der Leipziger Universität erhält für 18 Millionen Euro ein neues Gebäude. Am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wurde Anfang April Richtfest gefeiert. Wie die Pressestelle des Universitätsklinikums mitteilte, werden auf 4.500 Quadratmetern zahnärztliche Behandlungs- und Operationsräume untergebracht. Zahnprothetische Werkstätten sollen ebenfalls Platz in dem Gebäude finden. Außerdem wird dort das zentrale Bildungszentrum des Universitätsklinikums mit Seminar- und Arbeitsräumen untergebracht. Im Herbst 2012 soll alles fertig sein. sp/dpa

Für eine Kultur des Vertrauens

Eine Zahl sorgt seit wenigen Tagen in der Gesundheitspolitik für Aufsehen: 28 862 780 292 Euro! So hoch sind nach offizieller Berechnung die GKV-Verwaltungskosten, summiert mit den 2011 in diesen Krankenkassen und deren Gesundheitsfonds erwirtschafteten Überschüssen. Da man nicht davon ausgehen kann, dass die Überschüsse unmittelbar in Gesundheitsleistungen gesteckt werden, gibt es erstmals die überraschende Situation, dass die Versicherten mehr Geld für Dinge ausgeben, die nicht in ihre Versorgung gehen – mehr als das, was die komplette ärztliche Versorgung im Rahmen der GKV kostet (27 644 062 709 Euro)!

Was erstaunt, ist nicht nur die Zahl, sondern wie wenig diese die gesundheitspolitische Diskussion zu beeinflussen scheint. Ist das Gesundheitswesen tatsächlich

so weit, dass man mehr über Prozesse, Einsparungsmöglichkeiten und Regulierungsmechanismen spricht als über die eigentlichen Kernfragen des Heilens?

Viele Institutionen, allen voran die Kassen, haben die Angewohnheit, immer mehr Mess- und Regulierungsinstrumente aufzubauen, die in einem Mehr an Bürokratie enden, ohne am Ende Ergebnisse zu erzielen, die dem Patienten nutzen. Jüngstes Beispiel ist der Hype an Arztbewertungsportalen. Unter dem Mantel vermeintlichen Nutzens zur Orientierung von Patienten werden hier Datenbanken aufgebaut, die qualitativ wie datenschutzrechtlich zu hinterfragen sind,



Foto: aldehyde le compte – Fotolia.com

aber auch ein Klima des Misstruens im Arzt-Patienten-Verhältnis erzeugen, das allenfalls Geschäftsinteressen unterschiedlicher Lager, nicht aber der Gesundheit dienlich sein kann. Das deutliche Floppen dieser Portale ist deshalb nicht zu bedauern. Wie sollte auch ein Arzt, der es nur mit Individuen,

zahnärztlichen und ärztlichen Profession. Die Kunst des Heilens bedingt nun mal eine Kultur des Vertrauens. Die grundsätzliche Erkenntnis, dass der Arzt häufig nur den Heilprozess anstoßen und fördern kann, die Heilung aber aus Natur und Seele des Patienten geschieht, ist auch in Zeiten der Hightech-Medizin keineswegs aufgehoben. Evidence-Based-Medicine, Managed-Care-Programme, strukturierte Behandlungspfade und so weiter können allenfalls organisatorische Vorteile bringen. Sobald sie aber die Kunst des Heilens oder nur die Atmosphäre des Vertrauens zwischen Arzt und Patient berühren, wirken sie kontraproduktiv.

Wie aufbauend ist es da, auch in diesen Zeiten noch Ansätze zu finden, die die Kultur des Heilens aus einem anderen Blickwinkel erscheinen lassen. Da hat der Hamburger Mediziner Prof. Dr. Bernd Werner nach langer Recherche ein Buch unter dem Titel „Der Arzt Friedrich Schiller oder wie die Medizin den Dichter formte“ herausgegeben. Darin belegt er unter anderem, dass der Dichterstern auch als Mediziner eine hochaktuelle Botschaft hat. Schillers Beschäftigung mit der Seele des Menschen als Grundlage einer Kultur des Heilens ist alles andere als ein Stück Klassik für verstaubte Regale. Es ist höchste Zeit, dass auch in der gesundheitspolitischen Diskussion der Stellenwert von Vertrauen und der individuellen Kunst des Heilens wieder in den Vordergrund tritt. Leider belegen die oben genannten Zahlen zur Verwendung der Versichertengelder eine andere Tendenz.



Foto: privat

Im Gesundheitswesen behindert eine stetig wachsende Bürokratie zunehmend die für das zahn-/ärztliche Handeln notwendige Kultur des Vertrauens zwischen Arzt und Patient, meint Thomas Grünert, Chefredakteur von Vincentz Network, Berlin.

individuellen Krankheitsbildern und deren Therapien zu tun hat, über solche Portale objektiv bewertet werden? Dass aber dafür Versichertengelder aufgewendet werden, ist schlichtweg ein Skandal.

Eine Wirkung erzielen die ansonsten nutzlosen Bewertungsportale allerdings schon. Sie sind in hohem Maße dazu geeignet, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu stören.

Seit Hippokrates Zeiten wurde eins aus guten Gründen nie infrage gestellt: Das Vertrauen des Heilsuchenden zu seinem Arzt. Ohne Zweifel ist diese Vertrauenskultur heute noch eine der Antriebsfedern der

Kombinierte Koordinierungskonferenz

Vorsorge kennt keine Altersgrenzen

Gesellschaftliche Veränderungen geben Themen vor. Derzeit ist es vor allem die alternde Bevölkerung – und die daraus resultierenden Aufgaben für Berufsgruppen, nicht zuletzt für Gesundheitsberufe wie Zahnärzte. Honorierungsfragen, aufsuchende Zahnmedizin, Veränderungen in der Praxisorganisation sind nur die Spitze des Eisbergs, über den in Mainz debattiert wurde.

Gastgeber der kombinierten Koordinierungskonferenz der Referenten für Alters- und Behindertenzahnheilkunde sowie der Referenten für Präventive Zahnheilkunde in Mainz war in diesem Jahr die Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz.

Den wissenschaftlichen Vortrag hielt PD Dr. Dr. Christiane Gleissner, von der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, gleichzeitig Präsidentin der Deutschen Gesellschaft

Patienten gezielter ansprechen zu können. Es gebe bereits einige Studien und Erfahrungen zum männlichen Selbstbild und zur männlichen Kommunikation. Diese würden im Gesundheitsbereich und in der Prävention, nicht zuletzt in der Zahnmedizin, aber noch nicht genügend genutzt. In fast jedem zahnärztlichen Bereich existiere geschlechterbezogenes Wissen, das aber bisher noch zu wenig in die Praxis gelangt sei. Aufgabe der Zukunft:



wurde. Die „Rahmenempfehlungen zur Umsetzung zahnärztlicher Kinderpässe“ wurden in Mainz verabschiedet. Ein einheitliches, bundesweites Modellkonzept werde jedoch nicht vorgeschrieben. Vielmehr sollten regionale Unterschiede berücksichtigt werden.

Starke Themen in die Regionen tragen

Dr. Sebastian Ziller, BZÄK-Abteilungsleiter für Prävention und Gesundheitsförderung, stellte – ergänzt von Dr. Hans Peter Huber von der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin e.V. (DGAZ) – die Aktivitäten im Kooperationsverbund gesundheitsziele.de vor. Im Rahmen des Nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ wurde auch ein Teilziel für die Mundgesundheit formuliert (siehe diese Ausgabe S.20). Die Konferenz appellierte ausdrücklich, die Zielvorgabe auf Kammerebene zu verbreiten. Mit Blick auf die Entwicklungen in der Pflege lag ein weiterer Schwerpunkt der Konferenz auf der Pflegeausbildung, speziell auf der Mundgesundheit als eigenes Lernfeld in der neuen Ausbildungsverordnung. BZÄK und DGAZ haben einen Entwurf zur Vermittlung von zahn- und mundgesundheitlichen Aspekten im Rahmen der Ausbildung von Pflegekräften erarbeitet, um einem seitens der Zahnärzteschaft, aber auch zunehmend vonseiten der Pflegewissenschaft gehegten Wunsch nachzukommen: Zahnmedizinische Inhalte sollten in der Ausbildungsordnung der Pflegeberufe stärker repräsentiert werden. Der Deutsche Berufsverband für



*V.l.n.r.:
Dr. Sebastian Ziller,
Dr. Michael Rumpf,
Dr. Andreas Wagner,
Prof. Dr. Dietmar
Oesterreich und Prof.
Dr. Christoph Benz*

für geschlechterspezifische Zahnheilkunde (DGGZ). Aus Sicht des Vizepräsidenten der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, ist „Frau Dr. Gleissner derzeit die Expertin im Bereich Gender Dentistry“. In ihrem Referat führte sie aus, dass die Frage des biologischen und sozialen Geschlechts mit in diagnostische und therapeutische Überlegungen aufgenommen werden sollte. Hintergrund seien Erkenntnisse, die mittlerweile zu geschlechterbezogenen Unterschieden in der Mundgesundheit vorlägen. Zu empfehlen seien aus Sicht von Gleissner verstärkt geschlechterspezifische Präventionsangebote und eine geschlechterspezifische Gesprächsführung – gerade im Hinblick darauf, männliche

weitere Daten zu Geschlechterunterschieden zu gewinnen und diese hinsichtlich ihrer klinischen Relevanz und die Überführung in den Praxisalltag zu evaluieren, so Gleissner.

Mit Blick auf die angestrebte Harmonisierung der zahnärztlichen Kinderpässe erläuterte Prof. Oesterreich, dass gemäß Empfehlung der letztjährigen Koordinierungskonferenz, als Handlungsgrundlage für die Kammern bei der Gestaltung zahnärztlicher Kinderpässe ein Kriterienkatalog auf Grundlage der koordinierten Inhalte aus dem Jahr 2001 im Ausschuss Präventive Zahnheilkunde der BZÄK in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) erarbeitet



Pflegeberufe sowie der Deutsche Pflegerat sind im letzten Sommer über dieses Konzept in Kenntnis gesetzt worden.

In puncto Mundhygieneschulungen für die Pflegeberufe führte Dr. Antje Kösterschmidt aus, dass in Hessen im Rahmen des dort aufgebauten Schulungszahnarzt-konzepts für Pflegeheime eine Begleituntersuchung zur Wirksamkeit durchgeführt wurde. Erste Ergebnisse seien positiv. Auch das zahnmedizinische Gruppenprophylaxeprojekt für erwachsene Bewohner Berliner Behinderteneinrichtungen werde evaluativ begleitet und zeige gute Ergebnisse für diese Form der Intervention.

Die Vertreter aus Baden-Württemberg empfahlen, bei Heimbegehungen über die Gesundheitsämter auf Kreisebene eine zahnärztliche Begutachtung mit einzufordern. Viele Pflegeheime würden mittlerweile gemeinsam von Heimaufsicht und Jugendzahnärzten besucht. Hier müssten klare Forderungen gestellt werden. Die Betreuung einzelner Heime werde übernommen, wenn sich die Einrichtung auf Schulungen einlasse und diese auch bezahle.

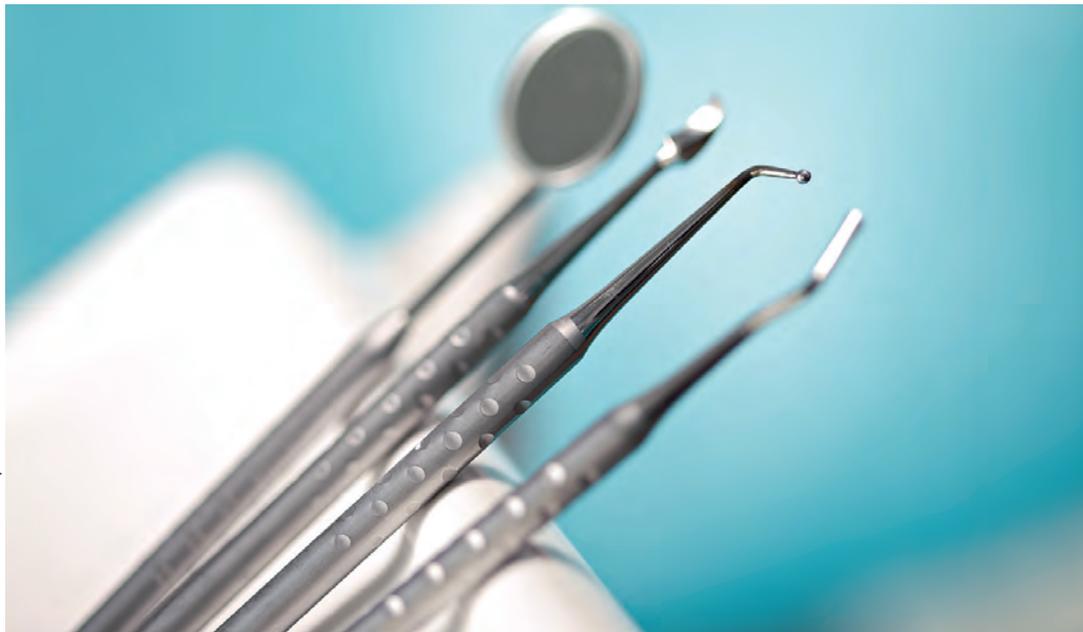
Um eine inadäquate Medikation für ältere Menschen auszuschließen, sei im Praxisalltag die Nutzung der „Priscus-Liste“ (www.priscus.net) hilfreich.

Andreas Kunzler, BZÄK-Statistikabteilung, berichtete über die BZÄK-Internetdatenbank zur Erfassung von Projekten zur Betreuung pflegebedürftiger Menschen aus den einzelnen Regionen. Im Sinne der Transparenz sollten die Kammervorteiler ihre Projekte dort eintragen – via Dr. Ziller. sf

GOZ-Novelle 2012 – die wichtigsten Änderungen

Funktionsanalytische und -therapeutische 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 9 geht es um Abschnitt J „Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen“.



Die Änderungen zu den funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen in der neuen GOZ sind zwar nicht sehr umfangreich, aber dennoch wichtig.

Foto: Fotolia.com - emprise

Die Veränderungen durch die GOZ-Neuauflage im Abschnitt „FAL/FTL“ gegenüber der alten Gebührenordnung sind zwar übersichtlich, aber nicht unwichtig. Unter der Nummer 8000 wurde jetzt der etablierte Terminus „Klinische Funktionsanalyse“ in die Leistungsbeschreibung eingeführt. Auf die schon immer unsinnige Formulierung in der GOZ 1988 „nach vorgeschriebenem Formblatt“ wurde verzichtet, was eine Dokumentation natürlich nicht unnötig macht: Sie ist vorgeschrieben. Verzichtet

wurde auch auf den Leistungsausschluss der allgemeinen Untersuchung nach Nummer 0010 in derselben Sitzung.

Weiterführende Untersuchungen wie die manuelle Strukturanalyse oder Tests, die der Aufdeckung orthopädischer oder psychosomatischer Co-Faktoren dienen, sind nicht Bestandteil dieser Leistung und können gegebenenfalls analog berechnet werden.

Klarstellung bei der Registrierung

Die Registrierung der Zentrallage des Unterkiefers war nach der GOZ 88 häufig Streitpunkt hinsichtlich der Anzahl der Berechnungsfähigkeit. Dies wurde jetzt insoweit klargestellt, dass die Nummer 8010 je Sitzung bis zu zweimal berechnet werden kann. Ausdrücklich wurde hierunter auch die Stützstift-Registrierung subsumiert. Die

bei der Registrierung entstehenden oder erforderlichen Material- und Laborkosten sind nun separat berechnungsfähig.

Gesichtsbogen

Die zentrale zahnärztliche Leistung bei der Nummer 8020, nämlich die arbiträre Scharnierachsenbestimmung, wurde jetzt in der Leistungsbeschreibung richtigerweise an den Anfang gerückt. Weiterhin eingeschlossen ist das Koordinieren des Übertragungsbogens mit einem Artikulator. Nicht mehr Leistungsbestandteil ist die Modellmontage (Eingipsen) selbst, so dass hierfür gemäß § 9 eine zahntechnische Leistung berechnet werden kann. Das gilt entsprechend auch für die kinematische Scharnierachsenübertragung nach Nummer 8030. Für die Nummer 8020 wurde die Punktzahl von 400 auf 300 abgesenkt.



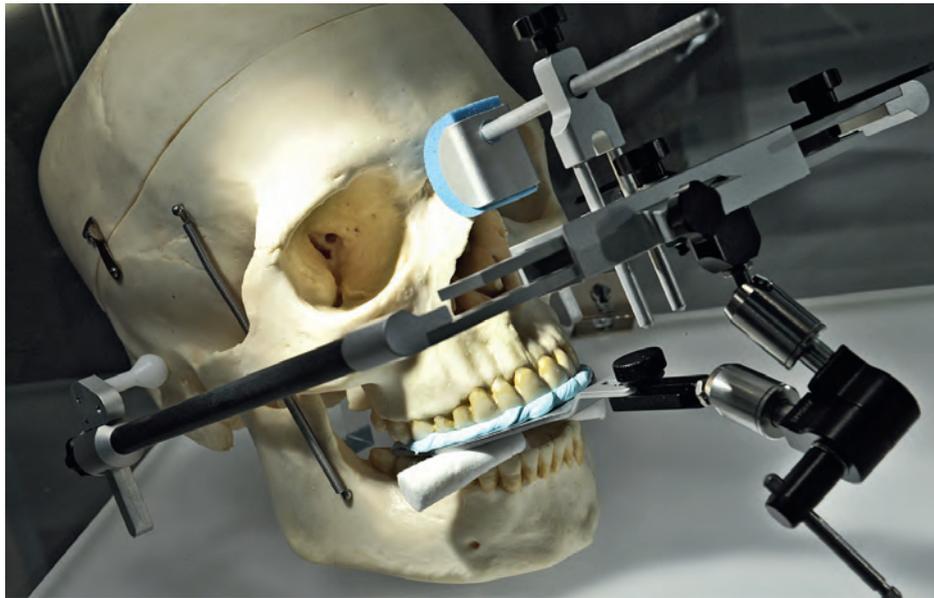


Foto: Kölnmesse IDS

Klarstellungen gibt es bei etlichen Leistungsbeschreibungen, wie zum Beispiel beim Gesichtsbogen.

Neu in der GOZ ist die Nummer 8035. Sie beschreibt die kinematische Scharnierachsenbestimmung mittels elektronischer Aufzeichnung und ist wie die Nummer 8030 mit 550 Punkten bewertet.

Leistung je Sitzung zu berechnen

Bei der Registrierung der Artikulationsbewegungen (nach 8050 für den halbindividuellen, nach 8060 für den volladju-

strierbaren Artikulator, nach 8065 mittels elektronischer Aufzeichnung) ist jetzt festgelegt, dass diese Leistung je Sitzung berechnet werden kann. Die Punktzahlen wurden auf 500, 750 und 850 angehoben und damit spürbar verbessert.

Leistungsstreichungen

Aus der GOZ herausgefallen sind zwei Nummern dieses Abschnitts: Die alte Nummer 804 (Montage des Gegenkieferr-

modells ...) und die alte Nummer 807 (Aufbau einer individuellen Frontzahnführung im Artikulator...). Hier griff die Überzeugung, dass diese Leistungen überwiegend nicht im Behandlungszimmer stattfinden, sondern eher als zahntechnische Leistungen einzustufen sind. Sie bleiben selbstverständlich auch für den Zahnarzt in diesem Wege berechnungsfähig.

Weitere Punktzahlverbesserungen

Die Nummern 8080 (Diagnostische Maßnahmen an Modellen...) und 8090 (Diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen...) wurden in ihrer Punktzahl jeweils um 25 Prozent angehoben. Die „Systematischen subtraktiven Maßnahmen ...“ (Feineinschleifen) nach der Nummer 8100 wurden von 15 auf 20 Punkte (je Zahnpaar) verbessert. Dabei wurde endlich auch die unsinnige Leistungsbeschränkung „höchstens fünfmal“ ersatzlos gestrichen.

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>.

INFO

Erläuterungen im Überblick

Die GOZ-Artikelserie erläutert die wesentlichen Änderungen im GOZ-Gebührenverzeichnis 2012. Hier eine aktualisierte Übersicht über die bereits erschienenen und über die 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
- zm 8/2012: Abschnitt J: Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen
- zm 9/2012: Abschnitt K: Implantologische Leistungen, Teil 1
- zm 10/2012: Abschnitt K: Implantologische Leistungen, Teil 2
- zm 11/2012: Änderungen im Allgemeinen Teil (Paragrafenteil)

Organspende

Bürger sollen sich entscheiden

Jeder volljährige Bürger soll künftig regelmäßig erklären, ob er seine Organe im Todesfall spenden will oder nicht. Darauf haben sich Vertreter aller Parteien im Bundestag geeinigt.



Das neue Transplantationsgesetz soll mehr Klarheit über die Bereitschaft zur Organspende schaffen.

alle zwei Jahre zur Organ- und Gewebespende ausführlich zu informieren und ihnen einen Organspendeausweis zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus müssen die Kassen die Versicherten auffordern, ihre Entscheidung bezüglich der postmortalen Organ- und Gewebespende schriftlich mitzuteilen. Neben der Möglichkeit, sich prinzipiell für oder gegen eine Organspende zu entscheiden, können die Bürger auch bestimmen, dass sie nur bestimmte Organe spenden wollen oder bestimmte Organe ausschließen möchten. Die Erklärung soll ausdrücklich freiwillig sein, betont Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr: „Wir wollen keinen Zwang ausüben, aber wir wollen überzeugen, dass es sich lohnt und dass es wichtig ist, sich mit der Frage der Organspende auseinanderzusetzen. Der Versicherte bleibt Herr seiner Daten. Die Krankenkassen werden den Grundsatz der Freiwilligkeit der Entscheidung eines jeden einzelnen Versicherten berücksichtigen.“

Vorgaben aus der EU

Der Gesetzentwurf zur Änderung des Transplantationsgesetzes setzt europarechtliche Vorgaben um und legt damit europaweit geltende einheitliche Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Organtransplantation fest. Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf vor, dass in jedem Entnahmekrankenhaus ein Transplantationsbeauftragter benannt werden muss. Dieser soll unter anderem Verbindungsglied des Krankenhauses zu den Transplantationszentren sein, das Krankenhauspersonal in Fragen der Organspende beraten und Angehörige aufklären und beraten. Patienten- und Ärzteverbände haben diese Neuregelung ausdrücklich begrüßt. Auch für Prof. Kirste von der DSO ist dies ein Schritt in die richtige Richtung, der allerdings noch viele Fragen offen lasse. So kritisierte Kirste im Deutschlandfunk, dass der Gesetzentwurf weder klar festlege, welche Kompetenzen der Beauftragte hat, noch welche konkrete Ausbildung oder Berufserfahrung für diese Tätigkeit vorausgesetzt wird.

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

Nach einer rund 15 Jahre währenden Debatte hat der Deutsche Bundestag in erster Lesung den parteiübergreifenden Gesetzentwurf zur Reform des Transplantationsgesetzes beschlossen. Das Gesetz soll noch in diesem Sommer in Kraft treten. Ziel des Gesetzes ist es, die Diskrepanz zwischen einer laut Umfragen grundsätzlich hohen Bereitschaft zur Organspende (rund 75 Prozent) in der Bevölkerung und dem tatsächlich dokumentierten Willen zur Organspende (rund 25 Prozent) zu verringern.

Die Gesetzesnovelle sieht vor, dass jeder Bürger künftig regelmäßig aufgefordert wird, seine Bereitschaft für oder gegen eine Organspende zu erklären. Allerdings besteht kein Zwang zur Abgabe dieser Erklärung. Diese sogenannte Entscheidungslösung löst damit die bislang in Deutschland geltende erweiterte Zustimmungslösung ab, derzufolge die Bereitschaft zur Organspende vollständig der Eigeninitiative des Einzelnen überlassen blieb. Die Konsequenz: In der Vergangenheit mussten nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) in neun von zehn Todesfällen die Angehörigen über eine Organspende entscheiden, weil der Verstorbene seinen Willen nicht dokumentiert hatte. Dementsprechend

begrüßt die DSO als zentrale Koordinierungsstelle für Organtransplantationen in Deutschland die anstehende Reform. „Jeder Bürger sollte eine informierte und selbstbestimmte Entscheidung treffen“, betont der medizinische Vorstand der DSO, Prof. Günter Kirste. Er sieht in der Entscheidungslösung einen geeigneten Weg, um die Auseinandersetzung mit dem Thema aktiv zu fördern und die Organspende-Bereitschaft zu erhöhen. Viele Menschen wären zu einer Entscheidung erst bereit, „wenn sie sich ausreichend informiert fühlen“, so Kirste.

Zu wenig Spenderorgane

Derzeit stehen bundesweit etwa 12 000 Menschen auf den Wartelisten für eine Organtransplantation. Schwerst Nierenkranke müssen häufig fünf bis sechs Jahre auf eine Spenderorgane warten. In dieser Zeit sind die Patienten auf die Dialyse angewiesen. Bei Herz- oder Lungentransplantationen ist ein solcher Aufschub nicht möglich, viele Patienten sterben, weil kein Spenderorgan verfügbar ist. Um die Zahl der Organspender zu erhöhen, verpflichtet der Gesetzentwurf die Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen, ihre Versicherten

Rheinland-Pfälzischer Zahnärztetag

Spannung durch Kontrast

Zahnmedizin und Technik – wo bleibt der Mensch? Diese Frage stand als Motto über dem Zahnärztetag, den die Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz am 09./10. März 2012 in Mainz ausrichtete. Bei der Eröffnungsveranstaltung sorgten unter anderem zwei gewichtige Vorträge, wie sie nicht hätten unterschiedlicher ausfallen können, für Spannung.

Gleich zu Beginn der zweitägigen Fortbildungs- und Präsentationstagung konstatierte Dr. Michael Rumpf als Präsident der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz, dass der Mensch nach wie vor im Mittelpunkt zahnärztlicher Behandlungen stehe – dies trotz eines immer größer werdenden Einsatzes technischer Mittel. Rumpf verwies darauf, dass die Angst der Patienten vor einer zu starken Apparatedizin nicht umsonst in der Welt sei.

Zahnärzten falle in der täglichen Praxis daher verstärkt die Aufgabe zu, persönliche und menschliche Aspekte bei der Behand-

Dr. Michael Rumpf (o.), Präsident der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz, Pater Dr. Anselm Grün (l.) und PD Dr. Stefan Rupf (u.r.).



lung einzubringen. Allerdings gehe es nicht darum, die Technik in Misskredit zu bringen, sie sei notwendig, um eine Zahnbehandlung zu garantieren, die auf der Höhe der Zeit ist. Rumpf: „Es ist wichtig, Mensch und Technik in Einklang zu bringen.“

Dem konnte Manfred Heckens als Vorsitzender der Zahntechniker in Rheinland-Pfalz nur zustimmen. Eine hochwertige Zahnversorgung, so der Zahntechnikermeister, werde von Menschen für Menschen gemacht. „Der Mensch bleibt im Mittelpunkt, egal, wie viel Technik wir dafür einsetzen.“ Maschinen könnten bei der modernen Zahnversorgung zwar helfen, sie auch unterstützen, aber nicht ersetzen, so Heckens, der in diesem Zusammenhang den globalen

Zahntourismus infrage stellte, bei dem das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und behandelndem Zahnarzt völlig außer Acht gelassen werde.

Dr. Stefan Rupf aus Homburg eröffnete den wissenschaftlichen Teil des Kongresses mit einem Vortrag über die Möglichkeiten von Plasmaphysik in der Zahnmedizin und



Fotos: Bernward Bertram

unterstrich dabei das Credo, dass sich die Technik in den Dienst der Menschen zu stellen habe. In der Physik stellen Plasmen den sogenannten vierten Aggregatzustand dar und werden in der Technik bislang vor allem zur Behandlung von Oberflächen eingesetzt. In der wissenschaftlichen Arbeitsgruppe, der Dr. Rupf vorsteht, wurden die Effekte von Plasmen auf orale Mikroorganismen sowie oraler Biofilme auf gesunde und kariöse Zahnhartsubstanzen und auf Implantatmaterialien untersucht. Dabei förderten die Studien zutage, dass



durch die Anwendung von Plasma auf dem Dentin orale Mikroorganismen reduziert werden konnten. Die antimikrobiellen Effekte waren dabei vergleichbar mit der Anwendung von Chlorhexidin, eine in der Regel gute Pulpaverträglichkeit konnte nachgewiesen werden. Rumpf sah vor allem im Biofilmmangement und in der Kariesdesinfektion zukünftige Einsatzmöglichkeiten für Plasma in der Zahnmedizin.

Als Kontrapunkt zum hochwissenschaftlichen Vortrag von Rumpf gestalteten sich die theologisch-ethischen Betrachtungen von Pater Dr. Anselm Grün über die Einflüsse spiritueller Elemente auf das Verhalten von Menschen zueinander und ganz speziell auf das Führungsverhalten von Zahnärzten als Vorgesetzte gegenüber sich selbst einerseits und dem gesamten Praxisteam andererseits. Dabei betonte der Geistliche, dass der Mensch dem Menschen ein Freund sein solle und nicht dessen Feind.

Demgemäß sei Führen vor allem gleichzusetzen mit der Ermutigung an andere, Engagement, Verantwortung und Eigenständigkeit zu zeigen. „Führen heißt Leben wecken“, so Grün und appellierte an Zahnärzte als Praxisinhaber, jedem Einzelnen in einem Team den Rücken zu stärken, damit er wachsen könne. Wie in der Bibel die Liebe auch nicht denkbar sei ohne die Eigenliebe, wies Grün darauf hin, dass man als Praxisinhaber auch auf den eigenen Seelenzustand achten müsse. Sonst sei man nicht im Einklang mit sich selbst, was sich wiederum auf das Verhalten gegenüber seinen Mitmenschen auswirke.

Beim Auftakt des Zahnärztetages wurde Dr. Dr. Collins Jacobs als Sieger des Martin-Hermann-Forschungspreises, den die Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz alljährlich vergibt, gekürt. Der Prämierte erhielt die Auszeichnung für seine Arbeit über die „Einflüsse von mechanischer Druckbelastung auf Osteoblasten“. sg

58. Zahnärztetag Westfalen-Lippe

Der Weg zum individuellen Zahnersatz ist lang

Mit insgesamt 3 575 Anmeldungen von Zahnärzten und Mitarbeiterinnen war die Kapazität der Stadthalle Gütersloh nahezu erreicht und die fast dreitägige Fortbildungsveranstaltung damit ausgebucht. Was wieder einmal „die große Fortbildungsbereitschaft der niedergelassenen Kollegen in Westfalen-Lippe bewies“, wie sich die Akademieleiterin Dr. Martina Lösser ausdrückte. Mit dem Thema „Patientengerechte Planung – der lange und schwierige Weg zum individuellen Zahnersatz“ hatte der Tagungsleiter Prof. Dr. Karl-Heinz Utz aus Bonn ein Forum geschaffen, in dem sich jeder Teilnehmer wiederfinden und für seinen Praxisalltag neue Erkenntnisse sammeln konnte.

„Die persönliche Kommunikation ist die beste Basis für das Verständnis gegenseitiger Positionen im politischen Diskurs“, mit diesen Worten leitete Dr. Klaus Bartling, Präsident der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, die mehrtägige Fortbildungsveranstaltung ein und wertete das Kommen des politischen Diskussionsgastes Daniel Bahr als hohe Anerkennung für die Zahnärzteschaft Westfalen-Lippe. Mit einem großen Angebot an Veranstaltungen vielseitiger Couleur wurden die Teilnehmer in Gütersloh für ihr Kommen belohnt. So ist die Versorgung eines Patienten mit einem passend für ihn und seine Bedürfnisse hergestellten Zahnersatz immer eine große zahnmedizinische Herausforderung. Denn alle Aspekte, wie mögliche Vorerkrankungen, was ja –

durch den demografischen Wandel bedingt – bei älteren Patienten mit möglicher Polymorbidität immer häufiger der Fall ist, ihre ästhetischen Wünsche, eine möglicherweise finanzielle Limitierung sowie auch Grenzen des technisch Möglichen sind hier von großer individueller Bedeutung. So bildeten die

Fachvorträge und die begleitenden Seminare das breite Spektrum prothetischer Versorgung ab, reflektierten, ob es besser sei, die implantatgestützte Restauration auf zwei, vier oder gar nur einen „Pfeiler“ zu stellen, oder ob bei der Einzelzahnrestauration im Seitenzahnbereich doch lieber das direkte dem indirekten Verfahren vorzuziehen ist. „Beim mittelgroßen Defekt ist die direkte Komposit-Versorgung für den Patienten günstiger“, so Prof. Dr. Bernd Haller, Ulm, in seinem Vortrag. Und bei sorgfältiger Arbeit ist mittels der Matrizen-technik auch ein Höckeraufbau möglich. Er warnt: „Sollte der Zahn bereits eine Keramikfüllung haben und Sie müssen Komposit aushärten, denken Sie daran, dass die Licht-

Fotos: Stefan Möllers



Fortbildung tut not, sollte aber mit dem „ethischen Auge“ betrachtet werden. Zu diesem Anlass hatten Tagungsleiter Prof. Dr. Karl-Heinz Utz (l.) und Kammerpräsident Dr. Klaus Bartling (r.) den Medizinethiker Prof. Dr. Giovanni Maio, Freiburg, als Festredner geladen. Er reflektierte die Grenzen zwischen Zahnarzt und Unternehmer.

INFO

Hoher politischer Besuch

Selten lässt er sich bei den Länderkammern blicken, aber nach Gütersloh ist er gekommen: Der Bundesminister für Gesundheit und Landesvorsitzende der FDP in Nordrhein-Westfalen, Daniel Bahr, Altmünsteraner, hatte den Weg zu den Zahnärzten in Westfalen-Lippe gefunden und galt als eines der politischen Glanzlichter des Zahnärztetages. Er sprach über aktuelle gesundheitspolitische Themen wie das Patientenversorgungsgesetz und die Versorgung von Pflegebedürftigen – und



damit in vielerlei Hinsicht den anwesenden Zahnärzten aus dem Herzen. Der mündige Patient stehe im Vordergrund, er sprach sich gegen die Einheitskasse aus, weil Staatsmedizin nichts im deutschen Gesundheitssystem zu suchen habe. Jeder Patient solle frei entscheiden können, welche Versorgung er wünsche. Auch sagte er seine Unterstützung in der Finanzierung der mobilen (zahn-)medizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen zu. sp

härtung direkt erfolgen muss, denn die Keramik behindert die Lichtstrahlen. Der Praktiker Dr. Detlef Hildebrand, Berlin, gab den Tipp: „Fragen Sie, was der Patient genau will und vor allem, was nicht!“ Prof. Dr. Frauke Müller, Genf, brachte das Wesentliche für die Frage nach der Wahl der Altersprothetik auf den Punkt: „Gemeinsames Essen ist für den Hochbetagten ein großes Tagesereignis. Das sollten Sie ihm ermöglichen. Der Zahnersatz muss so sein, dass der Patient damit zurechtkommt, einfach erweiterbar und leicht zu adaptieren. Mit ‘schneidenden’ Kauflächen ermöglichen Sie ihm sogar, Salat zu essen.“ sp

Pflegerreform

Teil der Wegstrecke

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) will mit der kürzlich vom Bundeskabinett beschlossenen Pflegerreform vor allem die Lage Demenzkranker verbessern. Dafür sollen die Beiträge zur Pflegeversicherung steigen. Opposition und Sozialverbände kritisieren die Reform als unzureichend.



Foto: Alles Alltag

Wenn Angehörige zu Hause gepflegt werden, bedeutet das für den Betreuenden häufig starke Belastungen. Unter anderem die Situation dieser pflegenden Angehörigen will die Bundesregierung mit der Pflegerreform verbessern.

„Mit diesem zentralen Projekt richten wir die Leistungen der Pflegeversicherung konsequent auch auf die Bedürfnisse der an Demenz erkrankten Menschen aus“, kommentierte Bahr im Nachklang zur Kabinettsitzung, in der der Entwurf des sogenannten Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) verabschiedet wurde. Die schwarz-gelbe Regierung zeigt sich überzeugt, mit der Reform der Pflege in Deutschland einen wichtigen Zukunftsimpuls gegeben zu haben. „Das ist ein Meilenstein, das ist noch nicht die ganze Wegstrecke“, sagte der Minister. Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) begrüßen grundsätzlich, dass der Gesetzgeber die Leistungsangebote ausbauen und entwickeln will.

In Kraft treten soll Bahrs Reform am 1. Januar 2013. Ab diesem Zeitpunkt soll der Beitrag zur Pflegeversicherung von 1,95 auf 2,05 Prozent des Bruttolohns steigen, bei Kinderlosen auf 2,3 Prozent. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) schätzt die Zahl der Pflegebedürftigen in der Bundesrepublik auf

2,4 Millionen, von denen eine hohe Zahl an Demenz erkrankt ist. Das BMG geht von insgesamt 1,2 Millionen Demenzkranken aus.

Mehr Geld und mehr Flexibilität

Die Reform fußt auf mehreren zentralen Punkten.

■ **Leistungen:** Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die ohne Pflegestufe sind (die sogenannte Pflegestufe 0) erhalten künftig 120 Euro Pflegegeld (bei der Pflege durch Angehörige) oder Pflegesachleistungen von maximal 225 Euro (bei der Betreuung durch einen ambulanten Dienst). Pflegebedürftige in Pflegestufe I erhalten 305 Euro Pflegegeld oder Pflegesachleistungen von bis zu 665 Euro. Menschen in Pflegestufe II bekommen 525 Euro Pflegegeld oder Pflegesachleistungen von bis zu 1 250 Euro.

■ **Betreuung:** Die Pflege soll künftig flexibler organisiert werden können. Pflegebedürftige

und ihre Angehörigen verständigen sich demnach mit Pflegediensten auf die wirklich benötigten Leistungen. Dazu können Zeitvolumen gewählt werden, in deren Rahmen die pflegerische Tätigkeiten je nach Bedarf durchgeführt werden. Damit entfernt man sich ein Stück weit von den bisherigen standardisierten, verrichtungsbezogenen Leistungen.

■ **Angehörige:** Die Situation pflegender Angehöriger soll durch die Reform verbessert werden. So sollen sie leichter eine Reha-Maßnahme durch die Krankenversicherung bekommen. Wenn sie eine Kurzzeit- oder Verhinderungspflege für ihren Pflegebedürftigen in Anspruch nehmen, wird das Pflegegeld künftig zur Hälfte weitergezahlt. Wer mindestens 14 Stunden pro Woche für Pflege aufwendet, erwirbt damit einen Rentenanspruch. Dieser Aufwand muss zukünftig nicht allein für einen Pflegebedürftigen getätigt werden, sondern kann auch durch die Betreuung von zwei Pflegebedürftigen erreicht werden.

■ **Pflege-WGs:** Wohnformen zwischen ambulanter und stationärer Betreuung, sogenannte Pflege-WGs, werden zusätzlich gefördert. Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten die Wohngruppen 200 Euro pro Bewohner zusätzlich. Ein zeitlich befristetes Programm zur Gründung von ambulanten Wohngruppen stellt eine Förderung von 2 500 Euro pro Person (maximal 10 000 Euro je WG) für Umbaumaßnahmen zur Verfügung.

■ **Heimbesuche:** Die (zahn-)medizinische Versorgung in Pflegeheimen soll verbessert werden. Durch finanzielle Anreize sollen Ärzte und Zahnärzte verstärkt dazu gebracht werden, sich um Patienten in Heimen zu kümmern. KZBV und BZÄK begrüßen jegliche Maßnahmen, die eine Verbesserung von Pflegebedürftigen und von Menschen mit Behinderung sowie jetzt auch den Einbezug von Patienten mit eingeschränkter Alltagskompetenz darstellen, kritisieren aber, dass die Regelung sich nur auf stationäre Pflegeeinrichtungen bezieht. Dadurch würden

ohne sachlichen Grund Leistungen auf eine bestimmte Personengruppe beschränkt und andere hilfsbedürftige Menschen ausgeschlossen, weil sie sich nicht in einer stationären Pflegeeinrichtung befänden. Zudem werde die Prävention außer Acht gelassen. Wie ein umfassender Plan aussieht, haben BZÄK und KZBV bereits im Juni 2010 im Konzept „Mundgesundheit trotz Handicap und hohem Alter – Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“ definiert.

■ **Umgang:** Die Rechte von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen gegenüber Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst werden gestärkt. Letzterer wird verpflichtet, Servicegrundsätze einzuhalten, um einen angemessenen und respektvollen Umgang mit den Pflegebedürftigen sicherzustellen.

■ **Beratung:** Pflegekassen müssen künftig Antragstellern innerhalb von zwei Wochen einen Gesprächstermin anbieten. Zudem

müssen sie dem Antragsteller zehn Euro pro Tag der Verzögerung zahlen, wenn sie ihre Leistungsentscheidungen nicht fristgerecht treffen.

Kritik aus unterschiedlichen Richtungen

Kritische Stimmen zum PNG ließen nicht lange auf sich warten. Hilde Mattheis, Sprecherin der Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion, erklärte Bahrs Pflegereform für „substanzlos“. „In seinem Gesetzentwurf fehlt eine ganzheitliche Sicht auf pflegebedürftige Menschen. Der dringend benötigte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird nicht umgesetzt.“ Es gebe keinen Ansatz für eine langfristige und nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung oder Konzepte für den Ausbau der Pflegeinfrastruktur- und Pflegeberatung, sagte Mattheis. Auch Ansätze zur Begegnung des Fachkräftemangels in der Pflege sowie

Maßnahmen zur Verbesserung der Reha und Prävention fehlten. Stattdessen begnüge sich Bahr größtenteils mit kleinen oder symbolischen Maßnahmen.

Für Renate Künast, Fraktionsvorsitzende von Bündnis 90/Die Grünen, packt der Gesundheitsminister „die dringendsten Probleme nicht an, weder einen neuen Pflegebegriff noch eine ausreichende Versorgung der Demenzkranken“. Zur nachhaltigen Finanzierung einer besseren Pflege brauche man eine solidarische Pflege-Bürgerversicherung, sagte Künast.

Der Paritätische Wohlfahrtsverband kritisierte, dass das Gesetz nur punktuelle Verbesserungen, aber keine nachhaltige Strukturreform bringe. „Um auch in Zukunft eine würdige Pflege für alle Menschen sicherzustellen, darf die Politik nicht länger Zeit mit Schönheitsreparaturen und Mini-Reformen vergeuden“, sagte Dr. Eberhard Jüttner, Vorsitzender des Paritätischen Gesamtverbands. eb

Behandeln ohne Stolperfallen

Susanne Priehn-Küpper

Wenn Berechnungen zufolge bereits in zehn Jahren jeder zweite Patient über 65, jeder dritte sogar über 70 Jahre alt sein wird, dann ist es endlich an der Zeit, einmal „mit alten Augen“ durch die eigene Praxis zu gehen und zu überprüfen, ob diese für den Seniorenansturm gerüstet ist. Hier eine Reflexion darüber, wie die Lieblingspraxis eines älteren Patienten aussehen könnte.



Foto: Gina Sanders – Fotolia.com

Vorab: Senior ist nicht gleich Senior. Soziologen unterscheiden zwischen sogenannten „young olds“ oder auch „go goes“, wie die US-Amerikaner sie nennen. Diese Gruppe der Senioren ist zwar mehrheitlich im Rentenalter, aber noch körperlich fit, kulturell und gesellschaftlich sehr engagiert und meist auch sportlich aktiv. Sie achten auf ihr Äußeres und sind in ihrer Erwartungshaltung an eine Zahnbehandlung recht anspruchsvoll. Dasselbe gilt natürlich für die Praxis allgemein und den Umgang des Personals mit ihnen.

Die nächste Gruppe nennen die Engländer freundschaftlich „old olds“, auf Neuenglisch sind es die „slow goes“. Diese Senioren haben erste Gebrechen. Mal sind es die Augen, die nicht mehr so recht wollen, mal das Gedächtnis, wegen erster Symptome einer Altersdemenz, oder ein überstandener Infarkt oder gar Apoplex. Ihre Bewegungsfähigkeit ist eingeschränkt, das Hören reduziert, aber sie sind eigenständig genug, zur Kontrolle oder zur Behandlung die Zahnarztpraxis alleine aufzusuchen. Bisweilen kommen diese Senioren aber auch in Begleitung.

Die „very olds“ oder „no goes“ sind Patienten, die immobil sind und daheim oder im Pflegeheim betreut werden. Sie und ihre speziellen Bedürfnisse an eine Zahnbehandlung sollen hier nicht behandelt werden. In diesem Zusammenhang sei auf das Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und von Menschen mit Behinderungen verwiesen, das mit verschiedenen Gremien erarbeitet und von der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) herausgegeben wurde.

Anforderungen an den Praxisauftritt

Es gilt: Auftritt, Anmutung und Einrichtung müssen beide Gruppen, die „go goes“ wie die „slow goes“ ansprechen – und genau darin liegt die Herausforderung. Die schicke Design-Praxis bietet zwar für den modebewussten Mittsechziger ein akzeptables Umfeld, aber auch ein Senior mit Gehhilfe sollte sich in derselben Praxis wohl, behaglich und vor allem sicher fühlen.

Dass ein auch für betagtere Online-User nicht zu komplizierter, aber für diese Zielgruppe ansprechender Auftritt im Netz eine zusätzliche Pflichtübung darstellt, versteht sich heutzutage von selbst und ist mit Unterstützung einer Online-Agentur sicherlich zu realisieren. Aber Vorsicht hierbei: Online-Kreative haben oft ausgesprochen progressive Ideen im Visier. Hier sollte der Auftraggeber genaue Vorgaben machen und vor der Endabnahme möglicherweise noch den einen oder anderen Senior dazu befragen.

schon „angelaufen“ ist. Dasselbe gilt für alkoholabhängige Patienten, deren Abusus bekannt ist. Da bei Senioren der Alkoholkonsum auch in Deutschland inzwischen eine erschreckende Höhe erreicht hat, wie Foundation66 durch eine Umfrage ermitteln konnte, sollte auch dieser Gedanke in Erwägung gezogen werden.

1 000 Meter bis zur Tür

Es ist eine sinnvolle Investition, wenn nach der Terminvergabe der Patient von seinem neuen Zahnarzt umgehend Post erhält. Mit einem freundlichen Anschreiben in großer Schriftgröße kommt dann eine übersichtliche Anfahrtsskizze zur Praxis ins Haus geflattert, auf der auch die Wegabstände zum Beispiel von der Haltestelle zur Praxis vermerkt sein sollten. Denn wenn die Assistenz am Telefon sagt, „dann ist es nur noch ein Häuserblock“, bedeutet das im Klartext für den Senior mit Gehhilfe schon fast sein kaum zu bewältigendes Tagespensum. Um Irrtümer zu vermeiden und den Blutdruck des zu Behandelnden nicht zusätzlich zu strapazieren, sind solche Angaben wichtig. Wenn mit der Post als Anlage der Anamnesebogen mitgeschickt wird, schlägt man damit gleich mehrere Klappen. Denn so können der Partner oder die Kinder zu Hause beim Ausfüllen helfen. Auch die wichtigen Angaben zu den Medikamenten werden genauer und es kommt nicht zu Verwechslungen („Das bekam ich früher einmal.“). Es wird auch weniger vergessen. Patienten mit einer schwerwiegenden Vorerkrankung bekommen auf diese Weise die Gelegenheit, vorab mit ihrem Facharzt Rücksprache zu halten. Nicht zu unterschätzen ist auch der geringere Stressfaktor für den alten Menschen, wenn er seinen Anamnesebogen im häuslichen Umfeld ausfüllen und mehrmals nachlesen kann, als wenn er – auf den Knien balancierend – im Wartezimmer seine Kreuzchen in der falschen Reihe macht, weil die Lesebrille nicht dabei ist oder der graue Star die Zielsicherheit vermindert hat.

Der Leitfaden der BZÄK für die Behandlung von Senioren empfiehlt, umfangreiche Therapiemaßnahmen möglichst nicht in



Foto: CC [M] createur – Fotolia.com

Schön anzusehen, perfekt sauber zu halten, aber nicht unbedingt sicher: Hier droht Rutschgefahr für Seniorenfüße.

Eigentlich beginnt alles bereits mit dem Telefonbuch. Nur die Praxis, die im Ärzteverzeichnis auch für alte Augen noch gut lesbar ist, wird gefunden und aufgesucht. Das heißt also, bereits der Eintrag im Branchen-/Telefonbuch ist entscheidend darüber, ob auch alte Patienten, die auf der Suche nach einem neuen Zahnarzt sind, in die Praxis kommen. Denn nicht jeder Senior ist mit einem PC oder iPad ausgestattet oder ist der Recherche im Netz mächtig. Daher wäre die übersichtliche Ansicht im herkömmlichen Telefonbuch, gekoppelt mit einer Anfahrtsskizze optimal.

Wenn nun der neue Patient in der Praxis anruft, ist es von Nutzen, wenn die Dame an der Rezeption nicht nur den Namen des Patienten und den Grund des gewünschten Zahnarztbesuchs notiert, sondern auch sein Geburtsjahr, die genaue Adresse und Vorerkrankungen erfragt. Hierbei handelt es sich zwar datenrechtlich um eine Grauzone, aber es ist sehr hilfreich für die Terminierung der Behandlungszeit. So ist ein unterzuckerter Diabetiker per se schon ein Risikopatient und der Patient mit sehr niedrigem Blutdruck ist besser mit einem Termin am späteren Vormittag bedient, wenn sein Kreislauf

den Wintermonaten durchzuführen, um die „glatte“ Jahreszeit und damit die erhöhte Sturzgefahr zu vermeiden.

Nützlich ist es auch, mit einem zuverlässigen Taxiunternehmen Kontakt zu haben, das Gehhilfen und Rollstühle transportiert, dessen Fahrer den Patienten beim Aussteigen behilflich sind und sie sicher bis in die Wohnung geleiten.

Wunderbar, wenn eine Zahnarztpraxis über eigene Parkplätze verfügt, von denen aus man barrierefrei den Hauseingang erreichen kann. Dabei ist zu beachten, dass ein Mensch mit Behinderung die Autotür zum Aus- und Einsteigen ganz öffnen muss, der einzelne Parkplatz also entsprechend groß markiert und auch die Möglichkeit, einen Rollstuhl zu wenden, gegeben ist.

Nicht immer liegt die Praxis im Erdgeschoss, und selbst dann können unüberwindbare, einzelne Treppenstufen ein Hindernis sein. Eine sichere optische Markierung und möglichst beidseitige Handläufe (wichtig für Menschen mit halbseitiger Muskelschwäche oder Lähmung) sowie eine nachrüstbare Rollstuhlrampe machen es auch dem Rollstuhlfahrer möglich, seine Zähne behandeln zu lassen. Für Zwischengeschosse kann ein Treppenlift eingebaut werden, das ist heute problemlos im Innen- und im Außenbereich möglich.



Foto: Lisa F. Young – Fotolia.com

Diese „Barriere“ schützt zwar vor Übergriffen und Viren, dient aber nicht unbedingt einem freundlichen Empfang. Das Miteinander könnte noch angenehmer sein, wenn die Mitarbeiterin schneller am Patienten wäre.

Besser noch, es ist ein Aufzug vorhanden. Aber auch der kann zur „Seniorenfalle“ werden, denn nicht jeder ist schwindelfrei. Die Sturzgefahr ist dadurch stark erhöht. Ein möglichst bis auf 60 Zentimeter Höhe angebrachter Spiegel macht es einem Rollstuhlfahrer möglich, rückwärts zu rangieren und hilft bei der Orientierung. Übrigens: Wichtig ist auch eine großzügige und aus der Sitzposition heraus lesbare Beschriftung im Aufzug, wo die Praxis zu finden ist. Eine weitere Hürde kann eine zu schwere Haustür mit sehr hoch angebrachten Griffen sein. Kein alter Mensch mit Stock, Gehhilfe oder gar sitzend im Rollstuhl vermag sie zu

öffnen. Ein elektrischer aber langsamer(!) Öffnungsmechanismus, gesteuert über die Lichtschranke, kann hier Abhilfe schaffen. Dass die Beleuchtung an der Haustür, im Treppenhaus und im Flur mit Sensoren geregelt ist, damit immer ausreichende Sicht vorhanden ist, versteht sich von selbst. Näheres für die Gestaltung von Räumen für Menschen mit Behinderungen regelt die DIN 18040. Bei Neubauten sollte sie berücksichtigt werden. Sie ist aber nicht in allen Bundesländern in die Baugesetze verankerte, verbindliche Vorschrift.

Das Entree

Der erste Eindruck ist entscheidend: Der Eingangsbereich sollte großzügig und übersichtlich gestaltet sein. Der neue „Gast“ muss sich auf den ersten Blick orientieren können. Sehr einladend ist es, wenn eine Mitarbeiterin ihn an der Tür empfängt, zur Garderobe begleitet und aus dem Mantel hilft. Wenn er dabei auch noch mit seinem Namen angesprochen wird, ist das sicherlich eine patientenbindende Maßnahme. Ein Rezeptionstisch, an dem man an einer Stelle dem Rollstuhlfahrer auf Augenhöhe begegnet, wird von diesem sicher gern gesehen. Zwei Stühle neben dem „Tresen“ laden zum Ausruhen nach dem Treppensteigen oder dem beschwerlichen Weg vom Bus in die Praxis ein. Zwei Stühle sollten es sein, da oft der Ehepartner als Begleitung mitkommt. Einer Begleitperson könnte angeboten werden, während der Wartezeit

INFO

Die Krux mit dem Gehör

Bei etwa 30 Prozent aller Menschen über 65 Jahren sind die Höreinbußen so gravierend, schreiben Nitschke et al. in Quintessenz Team-Journal 39 (2009) S. 183-193 und berufen sich dabei auf eine Publikation von M. Wiesner und C. Tesch-Römer über Hörgerätebenutzung im Alter in der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie aus dem Jahr 1996, dass sie mit Hörgeräten versorgt werden müssen. In Deutschland leiden, so die Autoren, rund 20 Prozent aller Menschen (15 Millionen) unter Hörminderung, aber nur rund 2,5 Millionen tragen eine Hörhilfe. Sollte diese getragen werden, so werden Geräusche des Absaugens und des Bohrens sowie des Ultraschallgeräts



Foto: Yuri Arcurs – Fotolia.com

eventuell zum Horror! Bitten Sie den Patienten oder seine Begleitung, eine niedrigere Empfindlichkeit einzustellen oder die Hörhilfe kurz abzuschalten.

Prof. Nitschkes Tipp: Lassen Sie die Mitarbeiterin bereits bei der Anmeldung durch geschicktes, interessiertes Fragen prüfen, ob eine Hörminderung vorliegt, was dann auf der Patientenakte vermerkt wird! ■

Besorgungen zu erledigen. Das bedeutet allerdings, dass das Praxisteam dann stärker auf den älteren Menschen achten muss. Ist der Patient fertig behandelt und wird abgeholt, sollten Angehörige oder Betreuer erfahren, welche Behandlung durchgeführt wurde und welche Probleme möglicherweise dadurch zu Hause auftreten könnten, wie Nachblutungen, Druckstellen durch die neue Prothese, leichte Schmerzen nach Wurzelkanalbehandlung und mehr.

Der eine oder andere Patient hat auch schon vor dem Zahnarzttermin seine Einkäufe erledigt und ist dankbar, wenn er eine Tasche an der Rezeption „unterstellen“ kann. So muss er nicht mehr darauf aufpassen. Die Damen an der Rezeption müssen dann allerdings darauf achten, dass das „Gepäck“ auch wieder mitgenommen wird.

Eine Ecke am Eingang, in der der Rollator Platz findet, ein Angebot an Gehstöcken verschiedener Länge, mit deren Hilfe sich der Besucher einfacher und bequemer in den Praxisräumen bewegen kann, wären weitere sinnvolle Angebote, um dem betagten Patienten den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu machen.

Viele ältere Patienten haben ihren Lebenspartner verloren und sich einen Hund angeschafft. Der Weg zur Zahnarztpraxis bietet sich als mögliche „Gassi-Geh-Strecke“ an. Grundsätzlich muss jede Praxis klären, ob Hunde mitgebracht werden dürfen und wo sie während der Behandlung bleiben. Klar ist, dass sie bei operativen Eingriffen vor der Türe warten müssen. Aber was ist zum Beispiel mit dem Blindenhund? Diese Frage bleibt weiter ungeklärt. Eine „Hundebär“, auch vor der Tür, wäre eine nette Geste, ebenso stimmt ein bereitgehaltenes Leckerli auch den aggressivsten Hund freundlich.

Licht und Schatten

Die Beleuchtung sollte für eine blendfreie, helle, aber angenehme Atmosphäre sorgen. Strahler, die direkt auf den Patienten gerichtet sind, blenden und irritieren besonders die Senioren, die mit künstlichen Augenlinsen und dicken Brillengläsern leben. Störreflexe führen auch hier zu Orientierungs-



Foto: Monkey Business – Fotolia.com

So nicht! Man kennt viele solcher Wartezimmer. Jeder schaut stur vor sich hin, denn es gibt keine „Kommunikationsecken“. Auch der Tisch kann, sollte sich jemand darauf stützen, umkippen. Verletzungsgefahr!

losigkeit, Unsicherheit im Gang und Sturzgefahr. Farblich gut markierte Verkehrswege in der Praxis, eine deutliche Beschriftung der Räume, eine markante Farbwahl der Türblätter – all das trägt zu einer für Senioren sicheren Praxisgestaltung bei.

Das „Patienten“zimmer

Wer eine neue Praxis einrichtet oder seine bisherige umgestaltet, muss sich viele Gedanken über die Einrichtung seines Wartezimmers machen. Viel besser ist es, Patientenzimmer an die Tür zu schreiben, soll es doch zur Kommunikation unter den Patienten dienen und nicht nur dafür da sein, um die Wartezeit zu überbrücken, was ja generell negativ besetzt ist. Alte Menschen sind oft einsam und dankbar, wenn sie bei Ärzten oder Zahnärzten Gleichgesinnte finden. Oft finden hier die einzigen Gespräche des Seniorenalltags statt. Wer ältere Patienten betreut, der weiß, dass diese nie „auf den letzten Drücker“ kommen, sondern es genießen, die eine oder andere Lektüre zu lesen und eben ein Schwätzchen zu halten.

Die Spielecke für die Kleinen sollte in der bisher praktizierten Form – Kiste mit Bausteinen und Spielautos – in der Senioren-

praxis nicht stattfinden (Vorsicht Stolperfallen!), sondern sich auf Kinderbücher und fest montiertes Spielzeug am Tisch oder an der Wand (Memory) beschränken. Kinder geben sicher Auskunft darüber, womit sie gern spielen würden.

Mehr in den Fokus rücken sollte die Frage nach der Aufteilung des Raumes in kleine Gruppen. Das gäbe älteren Patienten mehr Möglichkeiten, sich in intimeren Zweier- oder Dreiergruppen zu unterhalten. Dann sitzen sie enger beieinander, haben Blick-

INFO

Thema Personal

Junges Personal ist vielleicht günstiger, aber die Mischung macht's. So ist es gerade in der Praxis mit einer älteren Patienten Klientel auch sinnvoll, ältere Mitarbeiterinnen zu beschäftigen. Denn oft sind nur sie für den Senior Vertrauenspersonen. „Wer will seine Prothesenprobleme schon gerne mit einer 20-Jährigen besprechen“, formulierte kürzlich Prof. Dr. Christoph Benz, München, Kammerpräsident Bayern und Vizepräsident der BZÄK sowie Fachmann für Alterszahnmedizin in einem seiner Vorträge. ■

kontakt und können sich akustisch besser verstehen, ohne durch das ganze Wartezimmer rufen zu müssen, weil alle aufgereiht an der Wand entlang sitzen.

Wichtig ist auch die Auswahl der Stühle. Der neueste Designerschrei tut nicht allen Seniorenrücken gut. Eine breite Sitzfläche ist wichtig, die auch den XXL-Senior nicht einklemmt. Da Menschen im Alter kleiner werden, dürfen die Stühle nicht so hoch sein, dass beim Sitzen der Fußboden mit den Füßen kaum noch erreicht wird. Das erschwert zudem das Aufstehen, denn dabei müssen sich die Füße schließlich abstützen können. Ist der Stuhl zu hoch, muss der Patient erst nach vorne rutschen, sich mit dem Oberkörper aufrichten, um dann mit den Fußspitzen an den Boden zu gelangen. Das ist sehr kräftezehrend und kann leicht zu Unfällen führen. Ist der Stuhl zu tief, kommt man nicht mehr heraus.

Die häufigsten Fehlkäufe bei Stühlen passieren deshalb, weil der Praxisinhaber seine zukünftigen Sitzstühle selbst ausprobiert, als 1,90-Mann, sportlich und ohne Gebrechen! Ein Tipp: Schwiegermutter oder die Eltern mitnehmen! Gut macht sich es auch, einige Stühle vom Einrichter zur Ansicht zu ordern und die Patienten selbst entscheiden zu lassen, worauf sie am liebsten sitzen möchten. Der Patienten-Wartestuhl sollte unbedingt Armlehnen haben, die als Stütze zum Aufrichten dienen. Diese dürfen auch nicht zu dünn sein, sondern müssen für diesen Zweck eine gute Auflagefläche für die Hände bieten. Breite Armlehnen mit rundem, Knopf-artigem Abschluss sind hier zu bevorzugen.

Wichtig ist auch ein guter, fester Stand. Klappstühle, wie sie in vielen Praxen anzutreffen sind, rutschen schnell weg, und der Unfall im Wartezimmer ist vorprogrammiert.

Die Auswahl der abonnierten Zeitschriften sollte altersgemäß sein, das heißt, die Gartenzeitung ist dem Modejournal mit jungen Models vorzuziehen.



Möglichst günstige Verkehrsverbindungen zur Praxis sind speziell für Senioren optimal. Am besten ist, wenn es nur ein paar Schritte zur Praxis sind.

Foto: Berliner Verkehrsbetriebe

INFO

Mobil behandeln

Wer seine Patienten über Jahre hinweg betreut hat, hat eine enge Arzt-Patienten-Bindung aufgebaut. Diese ist gegenseitig. Wenn die Patienten so gebrechlich geworden sind, dass sie zur Kontrolle oder zur Behandlung nicht mehr in die Zahnarztpraxis kommen können, ist es für sie nicht schön, wenn sie in Kollegenhände abgegeben werden. Viele Zahnärzte haben sich für solche Fälle bereits heute auf die Behandlung von bettlägerigen Patienten mit einer mobilen Behandlungseinheit ausgerüstet und wenigstens eine Assistenz eingearbeitet. Einige Kammern bieten diese sehr praktischen Geräte auch zum Ausleihen an.

Aber im Hinblick auf die Praxisstruktur der Zukunft tut man gut daran, sich schon rechtzeitig auch mit dieser Form der Behandlung seiner Patienten auseinanderzusetzen und sein Personal darauf vorzubereiten. Die Standesvertretungen kämpfen weiterhin um eine entsprechende Vergütung. ■

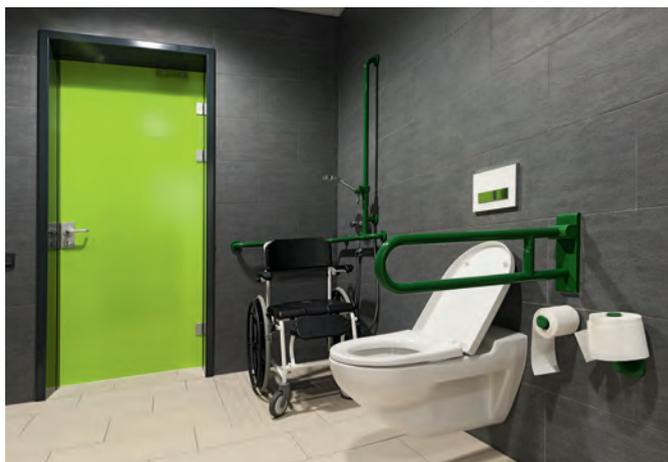
Der sichere Tritt

Ein Teppich im Eingang signalisiert Behaglichkeit, wird aber schnell zur Stolperfalle, wenn der Rollator die Kanten hoch gebogen hat. Deshalb ist es besser, einen Bodenbelag zu wählen, der nicht zu glatt ist, nicht spiegelt und – natürlich – gut zu reinigen ist. Spezielle Schmutzfangmatten sorgen im Winter dafür, dass auftauende Schneeschuhe keine Pfützen und damit gefährliche Rutschbahnen hinterlassen. Wenn sie „draußen vor der Tür“ liegen, kann der Patient in Ruhe seine Schuhe abtreten, bis die Tür geöffnet wird. Dass zwischen den einzelnen Räumen in der Praxis keine Schwellen angebracht sind und man darauf achtet, dass die Türen breit genug sind, damit auch ein Rollstuhl hindurch kommt, ist ohnehin selbstverständlich. Hat der Innenarchitekt dieses Türproblem nicht berücksichtigt, hat sich man-

cher Praxisinhaber schon damit beholfen, einen schmaleren, für seine Türbreite passenden Rollstuhl anzuschaffen, in den der Patient umgesetzt werden kann. Dieses Umsetzen, gerade auch das Umsetzen in den Behandlungsstuhl, sollte mit dem gesamten Team durch einen erfahrenen Ergotherapeuten geschult werden, um Rückenschäden zu vermeiden, empfiehlt Prof. Ina Nitschke, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin aus Leipzig und Zürich: „Hierbei sollte jeder Handgriff von jedem Praxismitglied sitzen!“

Kleiner Service nebenbei

Alte Menschen trinken zu wenig. Deshalb ist es sinnvoll, einen hygienischen Wasserspender in den Patientenraum zu stellen. Aber auch diese haben ihre Tücken: Ein alter Mensch ist nicht unbedingt allein in der Lage, eine Hand auf den Stock gestützt, dem Spender einen Becher zu entnehmen, ihn unter den meistens zu tief aufgestellten Hahn zu halten und dann auch noch einhändig zu bedienen. Das kann nur Pfützen geben! Wer Sprudelflaschen auf den Tisch



Moderne Toiletten für Senioren haben viel Platz für den „Rolli“ zum Rangieren, einen erhöhten, möglichst selbstreinigenden Sitz und sind optisch auf dem neuesten Stand, so dass auch die Jüngeren Patienten sich wohlfühlen können.

stellt und einige Gläser dazu und die Mitarbeiterinnen diese immer wieder kontrollieren lässt, bietet einen besseren Service. Ganz besonders gut kommt es gerade auch im Sommer an, wenn direkt an der Anmeldung schon gesagt wird „Frau Seniors, Sie hatten heute ja schon einen anstrengenden Weg zu uns, darf ich Sie mit einem Glas Wasser erfrischen?“. Manchem Patienten und seinem Kreislauf tut am Morgen auch eine zweite Tasse Tee oder Kaffee gut.

Tabuthema Toilette

Ein von weitem gut lesbares Schild spart die Nachfragen nach dem stillen Örtchen, denn da Senioren öfter „müssen“, ist das in der Regel der erste Gang, bevor das Wartezimmer angesteuert wird. Wie die Toiletten in einer Zahnarztpraxis auszusehen haben, spricht Trennung von Personal- und Patientenbereich sowie die Verwendung von Einmal-Handtüchern, das ist vorgeschrieben.

INFO

Leitfaden der Bundeszahnärztekammer

Grundsätzliche Problematik bei der zahnmedizinischen Versorgung von alten Menschen und Menschen mit Behinderungen:

- Verringerter Speichelfluss reduziert die Immunabwehr sowie die Remineralisation, was die Kariogenese fördert.
- Medikamenten-induzierte Oligosalie begünstigt die Entstehung von Druckstellen durch Prothesen, reduziert den perfekten Sitz von Totalprothesen und kann dadurch Schleimhautirritationen hervorrufen.
- Diabetes mellitus fördert Parodontopathien (und umgekehrt).
- Reduzierter Visus sowie reduzierter Geruchs- und Geschmackssinn

fördern Hygienedefizite (auch des Zahnersatzes und des Restzahnbestands, soweit vorhanden).

- Gewöhnungseffekt (durch verminderte Sensibilität wie auch bei beginnender Polyneuropathie) verhindert Bemerk-

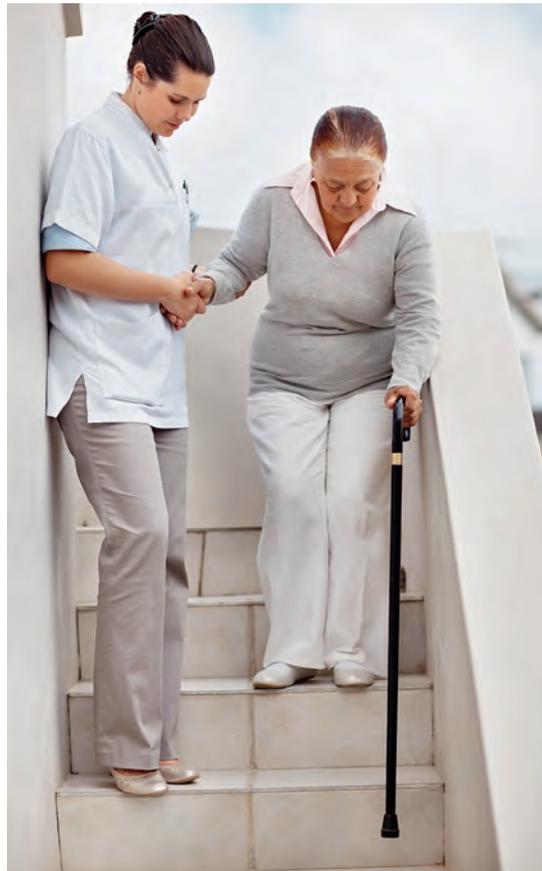
von Passungenauigkeiten des Zahnersatzes.

- zeitaufwendige Zahnarzt-Patienten-Kommunikation durch oft schwierige psychosoziale Situation, entstanden durch viele Lebensdekaden mit diversen Life-Events



Quelle:
modifiziert nach dem Leitfaden der BZÄK: Präventionsorientierte ZahnMedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns, 2002

Aber nirgends steht geschrieben, wie eine Toilette für Senioren ausgestattet sein muss. Wichtig ist generell ein geräumiger Raum, in dem auch ein Rollator oder gar ein Rollstuhl manövriert werden kann. Ein etwas erhöhter Toiletten-sitz, mindestens ein, besser zwei Griffe an der Wand, die das Hochziehen ermöglichen, sollten unbedingt den Toilettengang erleichtern helfen. Auch das Urinal mit Haltegriff wird dankbar akzeptiert. Toilettenpapier in Sichthöhe und gut greifbar angebracht – gilt auch für Ersatzrollen – verhindert gefährliche Verrenkungen. Der zu hoch montierte Seifenspender ist für Rollstuhlfahrer (und Kinder) nicht erreichbar und die moderne Mischbatterie ist genauso unpraktisch wie ihr Design schön ist, denn sie lässt selten klar erkennen, wie heiß das Wasser zu Beginn ist. Hier kann es sinnvoll sein, für die Sanitäreinrichtung den herkömmlichen Hahn mit heiß (rot) und kalt (blau) zu wählen, um Verbrühungen oder unnötiges Spritzen zu vermeiden. Besonders praktisch



Gibt es unüberwindbare Hindernisse, muss ein Praxis-mitarbeiter Hilfestellung leisten. Besser für solche Verhältnisse wäre ein Treppenlift.

und natürlich am hygienischsten ist die Infrarot-Armatur, die heute als Standard auf öffentlichen Toiletten gilt. Einfach und hygienisch, wenngleich auch etwas teurer sind sogenannte Hygienetoiletten. Die Hersteller haben sich hierzu unterschiedlich Praktisches einfallen lassen. Für Neueinrichtungen von Sanitärräumen ist die VDI-6000-Richtlinie informativ, die im Internet nachzulesen ist.

Ausblick

All das wird zukünftig immer bedeutender sein, damit Senioren, also „go goes“ wie „slow goes“, sich in der Zahnarztpraxis wohlfühlen.

Eine seniorengerechte Praxis, bei der möglichst viele dieser angesprochenen Einzelheiten beachtet wurden, am besten natürlich bereits bei der Neugründung oder bei der einen oder anderen Sanierung, wird auch dem „fitten“ stil- und qualitätsbewussten Senior gefallen. Wesentlich ist aber, dass die Umrüstung auf die Patienten-klientel „65 plus“ allen gefällt und besonders für die „slow goes“ viel Bequemlichkeit und Mobilität bereitstellt, damit möglichst lange Eigenständigkeit erhalten bleibt und damit Lebensqualität erzielt wird.

Wenn dann noch ein deutliches „Ausgang“ an der Tür steht, dem Patienten in die Jacke geholfen wird, eine freundliche Dame fragt, ob denn der Heimweg geregelt ist und darauf achtet, dass nichts in der Praxis liegen bleibt, dann kann man sicher sein, dass dieser Patient gern wieder kommt. Und nicht erst, wenn er Schmerzen hat, sondern regelmäßig zur Kontrolle, damit auch im Alter seine gute Mundgesundheit zur Lebensqualität und zu seiner Zufriedenheit beiträgt. ■

■ **Der Leitfaden „Präventionsorientierte ZahnMedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns“ der BZÄK kann kostenlos bei der Bundeszahnärztekammer, Chausseestr. 13, 10113 Berlin angefordert oder auf der Homepage der BZÄK eingesehen werden: www.bzaek.de**

INFO

Praxisservice für Senioren

Geschultes Personal, das gelernt hat, mit älteren Patienten umzugehen, ist für die Seniorenpraxis „Gold wert“. Hier einige Punkte, die einfach umzusetzen sind, aber unbedingt berücksichtigt werden sollten:

- den Patienten an der Tür empfangen, bei der Garderobe helfen, an seinen Platz im Wartezimmer begleiten
- Lektüre für das Wartezimmer auch seniorengerecht aussuchen (große Schriften und mehr)
- Zur Behandlung im Wartezimmer abholen, den Arm reichen, eventuell stützen
- langsam, laut und deutlich sprechen (Lautsprecheranlagen werden überhört)
- kurze Sätze formulieren, eventuell wiederholen
- Wasser anbieten, ganz besonders im Sommer

- freundlich erklären, wo sich die Toilette befindet
- Behandlungsplanungen, neue Termine mit deutlicher Schrift aufschreiben
- lange „Sitzungen“ unterbrechen, in kurzen Abschnitten behandeln
- Termine mit dem Patienten so absprechen, dass für ihn eine günstige Tageszeit getroffen wird
- nach der Behandlung wieder bei der Garderobe helfen; darauf achten, dass nichts vergessen wurde (Stock, Schirm und mehr)
- freundlich fragen, ob der Heimweg geregelt ist oder ob ein Taxi gerufen werden soll, und möglichst dafür sorgen, dass der Fahrer den Patienten in den Praxisräumen abholt und in die Wohnung begleitet

Differenzialdiagnose von Schwellungen des Gaumens

Manifestation eines palatinalen B-Zell-Lymphoms

Thomas Ziebart, Christian Walter



Abbildung 1: Nicht verschiebliche Schwellung des Gaumens in regio 25 bis 28 mit zentraler Ulzeration

Ein 73-jähriger Patient wurde bei bereits seit Monaten bestehender, progredienter Schwellung im Bereich des Alveolarkamms über seinen Hauszahnarzt vorstellig. Anamnestisch war bei dem Patienten fünf Jahre zuvor gluteal ein diffuses, kutanes,

großzelliges B-Zell-Lymphom diagnostiziert worden, das exzidiert und anschließend radiert wurde. Bei Verdacht auf Rezidiv des B-Zell-Lymphoms vier Jahre später wurde eine dermatologische Vorstellung durch den Patienten zur Probengewinnung nicht

wahrgenommen und der Patient ging aus dem Recall verloren. Wegen Beschwerden des Oberkiefers links konsultierte er dann seinen Zahnarzt, der zunächst bei Verdacht auf Osteomyelitis eine antimikrobielle Therapie einleitete. Aufgrund des sich entwickelnden knöchernen Defekts mit deutlich zunehmender Schwellung wurde der Patient erneut überwiesen.

Klinisch zeigte sich eine etwa 4 cm x 3 cm große, nicht verschiebliche Schwellung im Bereich des zahnlosen Alveolarkamms von regio 25 bis 28 vom Gaumen bis fast zur Mittellinie, die das Vestibulum teilweise mit einbezog. Die Schleimhaut war im Bereich der größten Schwellung – auf dem Alveolarkamm – mazeriert mit zentraler Ulzeration (Abbildung 1).

In einer zum Zeitpunkt der Erstvorstellung bereits vorliegenden digitalen Volumentomografie imponierte eine komplette Verschattung der linken Kieferhöhle mit

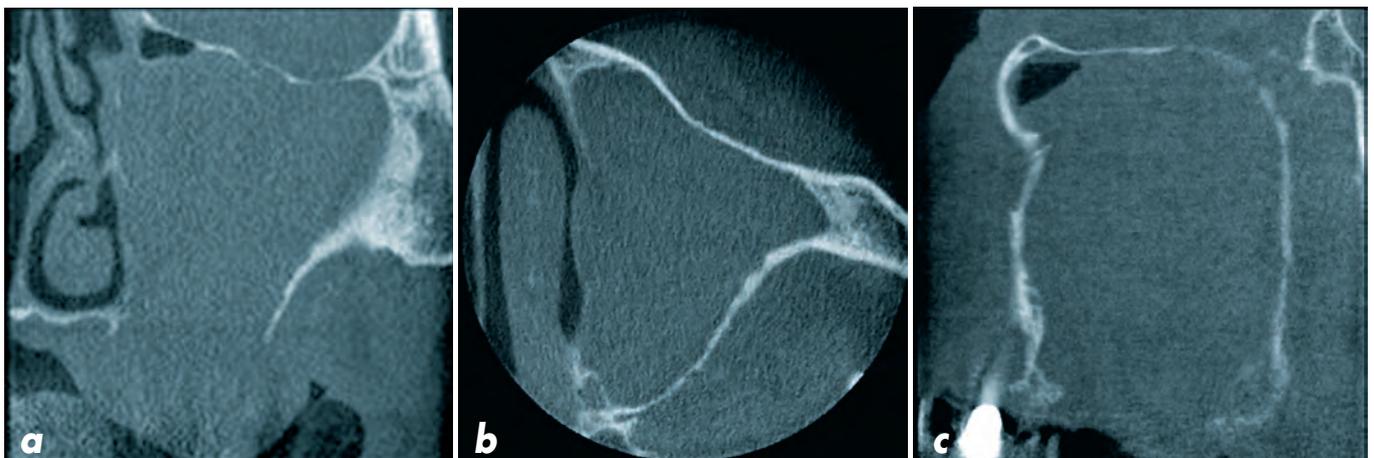


Abbildung 2: In einer zur Erstvorstellung bereits vorliegenden digitalen Volumentomografie zeigt sich die komplette Verschattung der linken Kieferhöhle mit teilweiser Auflösung der Kieferhöhlenseitenwände und des Kieferhöhlenbodens.

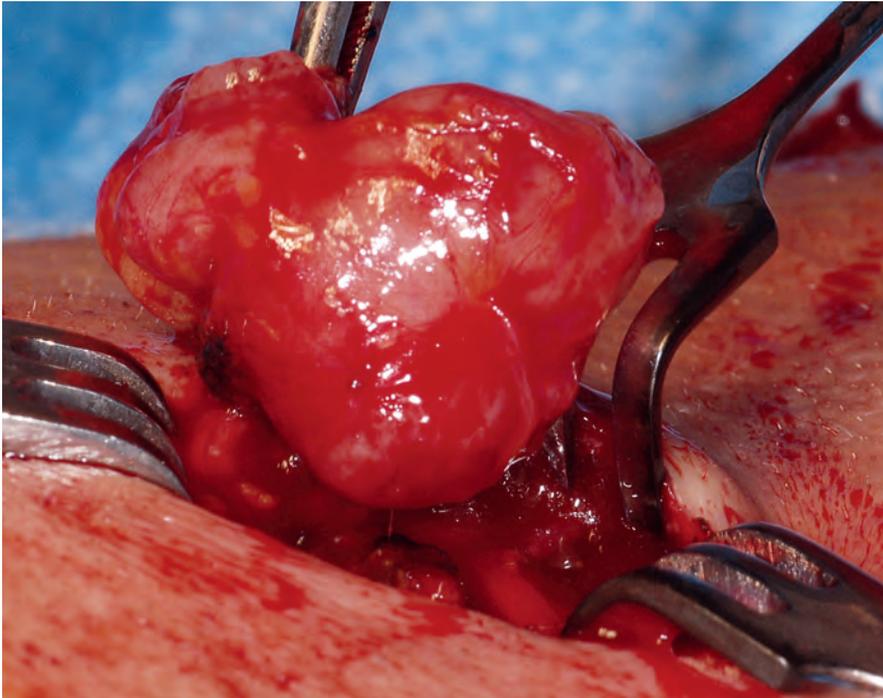


Abbildung 3: OP-Situs mit submandibulär links gelegenen, partiell vergrößerten Lymphknoten

partiell schwer abgrenzbarer knöcherner Kieferhöhlenberandung mit Auflösung des Kieferhöhlenbodens (Abbildung 2).

Bei der klinischen Untersuchung des Halses fielen multiple vergrößerte Lymphknoten zervikal beidseits auf. Zur Befundsicherung erfolgten eine Probeexzision aus dem Gaumen sowie die Entnahme eines vergrößerten submandibulären Lymphknotens ipsilateral (Abbildung 3).

Die histopathologische Beurteilung bestätigte die Verdachtsdiagnose mit diffus großzelligem B-Non-Hodgkin-Lymphom (Abbildung 4a). Immunhistochemisch war der Tumor CD-20- (Abbildung 4b) und bcl-2-positiv. Die Histologie des Lymphknotens zeigte eine weitgehend erhaltene Lymphknotenarchitektur (Abbildung 4c). Die normalerweise bcl-2-negativen Keimzentren zeigten in der durchgeführten Immunhistologie eine kräftige Anfärbung gegen bcl-2 und bewiesen somit auch hier eine Infiltration des Lymphoms.

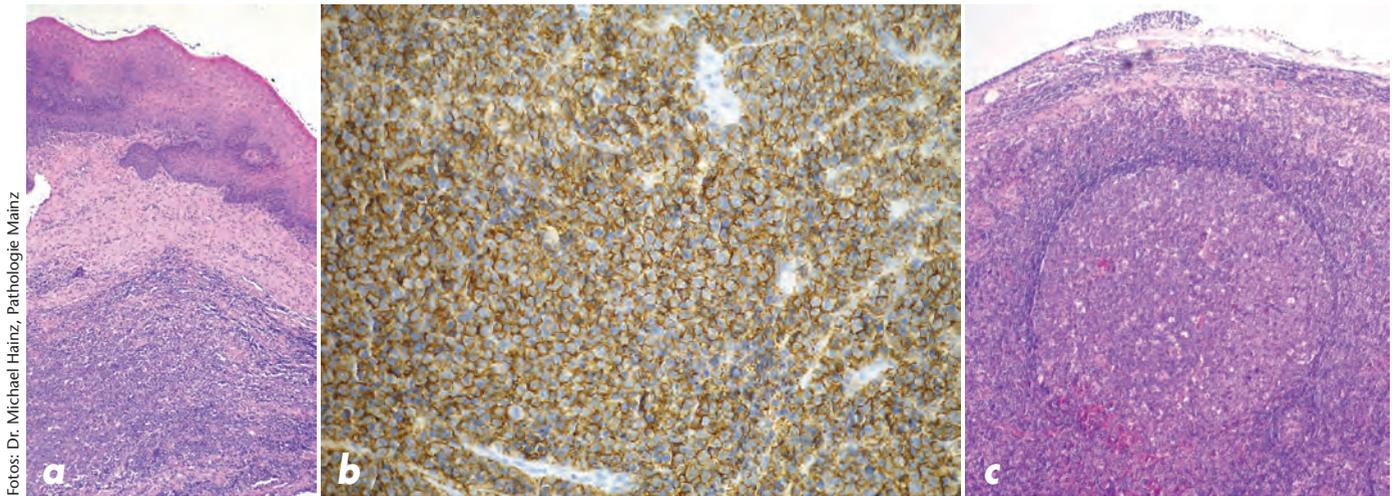
In der weiterführenden ambulanten Behandlung schloss sich ein vollständiges Staging bestehend aus CT Kopf-Hals und CT Thorax-Abdomen an. Hier zeigten sich keine weiteren verdächtigen Lymphknoten

oder Befunde. Zur Einleitung einer systemischen Therapie wurde der Patient an die Hämatookologie weitervermittelt.

Diskussion

Maligne Lymphome sind primäre Neoplasien des lymphatischen Gewebes, das heißt von unterschiedlichen Entwicklungsstadien der B-Lymphozyten, T-Zellen und natürlichen Killerzellen. Die Lymphome können dabei innerhalb (nodale Lymphome: etwa zwei Drittel aller Fälle) oder außerhalb von Lymphknoten (extranodale Lymphome: etwa ein Drittel aller Fälle, Manifestationsorte häufig Haut oder Gastrointestinaltrakt) entstehen. Eingeteilt werden sie traditionellerweise in Hodgkin- und Non-Hodgkin-Lymphome. Hodgkin-Lymphome sind monoklonale B-Zell-Lymphome die sich durch das Vorliegen von Hodgkin-Reed-Sternberg-Zellen auszeichnen, die im Non-Hodgkin-Lymphom nicht anzutreffen sind. Sonderformen unter den malignen Lymphomen sind das Plasmozytom und die chronisch lymphatische Leukämie.

Seit 2001 gibt es eine neue, weltweit anerkannte Klassifikation, die einen stärkeren



Fotos: Dr. Michael Hainz, Pathologie Mainz

Abbildung 4a: HE-Abbildung der Probeexzision aus dem Tumor am Gaumen: Unter der intakten Gingiva zeigt sich eine ausgedehnte Lymphom-infiltration mit dem Bild eines dyskohesiv wachsenden, blastoid imponierenden, hochmalignen Tumors.

4b: Immunhistochemische Färbung des Gaumentumors: Nachweis von CD-20-positiven Zellen als Ausdruck des Vorhandenseins von reichlich B-Zellen.

4c: Das HE-Bild zeigt die weitgehend erhaltene Architektur der Keimzentren des Lymphknotens mit fokaler Infiltration durch das Lymphom.

Fokus auf die Zelllinie und deren Differenzierungsgrad legt, derer das Lymphom entstammt [Jaffe et al., 2001].

In Deutschland erkranken jährlich etwa 2000 Menschen an einem Hodgkin- und 12900 Menschen an einem Non-Hodgkin-Lymphom [Robert-Koch-Institut, 2008], wobei die Inzidenz seit den 1950er-Jahren um etwa das Vierfache zugenommen hat [Zeeb et al., 2001]. Etwas mehr Frauen als Männer sind betroffen. Insgesamt machen das Hodgkin- und das Non-Hodgkin-Lymphom zwischen zwei bis drei Prozent aller Krebssterbefälle in Deutschland aus. Die Fünf-Jahres-Überlebensraten für das Hodgkin-Lymphom liegen bei Männern und Frauen zwischen 87 und 97 Prozent, beim Non-Hodgkin-Lymphom zwischen 62 und 66 Prozent [Robert-Koch-Institut, 2008]. Wegen des Reichtums an lymphatischem Gewebe ist eine Manifestation von Lym-

phomen in der Kopf-Hals-Region nichts Unübliches. Mit 300 Lymphknoten befinden sich knapp 40 Prozent aller Lymphknoten des menschlichen Körpers in der Kopf-Hals-Region [Som, 1987], hinzu kommen unter anderem der Waldeyer'sche Rachenring und das Mucosa-assoziierte-lymphatische-Gewebe (MALT).

In Abhängigkeit vom Grundzustand des Patienten und vom Stadium der Erkrankung besteht die Therapie aus Strahlentherapie, Polychemotherapie, dem Einsatz von Antikörpern oder aus einer kombinierten Radio-Chemotherapie. Die Chirurgie stellt die Ausnahme dar.

Differenzialdiagnostisch kommen von der Lokalisation her viele weitere Erkrankungen infrage: Speicheldrüsentumore, Karzinome und Sarkome, die unter anderem ihren Ursprung in der Kieferhöhle haben können. Der vorliegende Fall soll jedoch nochmals die Wichtigkeit der Anamnese vermitteln. Die bestehende Lymphomhistorie in Verbindung mit dem enoralem Befund und der Hals-Lymphknotenschwellung legte die Verdachtsdiagnose des erneuten Auftretens des malignen Lymphoms nahe. Nach Verifizierung der Diagnose konnte der Patient einer entsprechenden Therapie zugeführt werden.

Fazit für die Praxis

- Die Anamnese ist ein überaus wichtiges Instrument zur Diagnosefindung.
- Aufgrund des Reichtums an lymphatischem Gewebe ist eine Manifestation von malignen Lymphomen in der Kopf-Hals-Region keine Seltenheit.
- Die Chirurgie dient der Stellung der Diagnose, nicht aber der Therapie.

Dr. Dr. Dr. Thomas Ziebart
PD Dr. Dr. Christian Walter
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität
Augustusplatz 2
55131 Mainz
walter@mkg.klinik.uni-mainz.de



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



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

Trainieren im Team

Der Herzinfarkt

Monika Daubländer, Peer Kämmerer, Martin Emmel, Gega Schwidurski-Maib



Übelkeit hinzu, so dass sich die Patientin übergeben muss. Die Patientin wirkt nun auch bleich und schwitzt. Die Helferin bietet ihr ein Glas Wasser an, dieses nimmt sie dankend an. Nachdem die Dame das Glas ausgetrunken hat, verspürt sie eine deutliche Besserung der beschriebenen Symptomatik. Der Zahnarzt vereinbart mit ihr eine kurze Behandlungspause und verlässt den Raum, die ZFA bleibt bei ihr. Wenige Minuten später ruft die verbliebene Zahnarzthelferin den Behandler zurück, der Patientin gehe es nicht gut. Als der Zahnarzt den Behandlungsraum erneut betritt, macht die Patientin auf den ersten Blick in der Tat gar keinen guten Eindruck. Sie schwitzt sehr stark und ist nun sehr bleich. Zusätzlich habe sie jetzt auch einen dumpfen Schmerz in beiden Schultern sowie im Unterkiefer. Da zudem ihr Allgemeinzustand nun deutlich reduziert ist, entscheidet sich das Behandlungsteam den externen Notruf abzusetzen und den Rettungsdienst anzufordern. Der Zahnarzt misst Puls und Blutdruck.

Der Puls ist mit 113/min erhöht, der Blutdruck mit 90/60mm Hg reduziert. Bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes verbleibt die Patientin in sitzender Position und wird kontinuierlich überwacht.

Nach kurzer Zeit trifft der Rettungsdienst ein. Die Patientin wird an einen EKG-Monitor mit Defibrillatorfunktion angeschlossen. Nach kurzem Blick auf das EKG geht der Notarzt von einem akuten Herzinfarkt aus. Er sehe „ST-Streckenhebungen“. Er selbst legt der Patientin einen venösen Zugang und injiziert ihr 500 mg Aspisol, 5000 IE Heparin und lässt danach isotonische Kochsalzlösung einlaufen.

Nach Umlagerung auf die Trage des Rettungsdienstes gibt der Monitor Alarm. Auf dem EKG-Monitor ist ein sehr schneller

Eine 55-jährige Patientin, die zum ersten Mal den Weg in die Praxis gefunden hat, wird behandelt. Eigentlich habe sie immer gute Zähne gehabt, der letzte Zahnarztbesuch liege schon viele Jahre zurück, sie habe ja schließlich niemals Schmerzen gehabt.

Anhand des ausgefüllten Anamnesebogens ist zu ersehen, dass die Patientin raucht und an einem hohen Blutdruck leidet. Gegen den hohen Blutdruck nimmt sie unregelmäßig Delix® ein, aber nur, wenn sie einen hohen Blutdruck auch spüren würde. Ansonsten habe sie keine Erkrankungen. Der Ernährungszustand ist deutlich adipös, der Allgemeinzustand wirkt nicht reduziert.

Bei der Erhebung des Zahnstatus zeigen sich mehrere tief zerstörte Zähne sowie zahlreiche kariöse Läsionen. Beim Sondieren einer dieser Läsionen gibt die Patientin plötzlich stromschlagartige, starke Schmerzen an, gefolgt von einem dumpfen Dauerschmerz. Kurze Zeit später kommt starke

Foto: Sebastian Kaulitzki – Fotolia.com



Notfalltraining



Foto: dalaprod – Fotolia.com

Nicht immer lässt sich so offensichtlich ein Infarkt vermuten wie bei diesem Patienten. Er klagt über eine extreme Enge in der Brust mit Schmerzen im linken Arm. Diese Symptome treten aber bei Frauen sehr selten auf.

Herzrhythmus mit einer angegebenen Frequenz von 210/min zu sehen. Die Patientin gibt sofort starken Schwindel an. Nach wenigen Sekunden ist sie nicht mehr ansprechbar. Der Notarzt handelt sofort und greift die Paddels des Defibrillators. Nach Aufladen gibt er einen Elektroschock ab. Danach zeigt sich wieder ein langsamer Rhythmus. Er berichtet, dies sei eine böartige „ventrikuläre Tachykardie“ gewesen. Die Patientin brauche möglichst schnell eine

Herzkatheteruntersuchung. Er lädt sie in den Rettungswagen und fährt mit Blaulicht davon.

Bei der späteren telefonischen Nachfrage im Kreiskrankenhaus nach dem Zustand der Patientin erfährt der Zahnarzt von dem behandelnden Kollegen auf der Intensivstation, dass die Patientin einen Verschluss eines Herzkranzgefäßes erlitten hatte. Sogar der proximale Teil der Vorderwandarterie (Ramus interventricularis anterior, RIVA) sei betroffen gewesen. Dies würde in der Regel zu großen Herzinfarkten führen und sei sehr gefährlich. Die Patientin habe großes Glück gehabt, dass dies in seiner Praxis passiert sei. Nach dem Absaugen von relativ viel Thrombusmaterial über einen Herzkatheter, habe die Patientin einen Stent in den proximalen RIVA bekommen. Ihr gehe es nun deutlich besser, die Herzfunktion bleibe vermutlich aufgrund der raschen Wiedereröffnung des Herzkranzgefäßes erhalten.

INFO

Notfallserie ab 2012

Eine Notfallsituation ist eine besondere Herausforderung. Aber nicht jedes Praxisteam hat gemeinsam eine Beatmung geübt und für den Tag X geprobt. Doch nur ein eingespieltes Team kann schnell und richtig handeln. Die zm stellen in jeder geraden Ausgabe eine Notfallsituation vor, die im Praxisteam besprochen werden sollte, damit im Notfall jeder seinen Handgriff wirklich beherrscht. Denn Kompetenz rettet Leben.

Bereits veröffentlichte Themen:

zm 2/2012: Die Synkope

zm 4/2012: Die Hypoglycämie

zm 6/2012: Der Schlaganfall

Diagnose Akuter Myokardinfarkt

Von einem Myokardinfarkt spricht man bei einer plötzlichen Minderversorgung von Myokardanteilen mit Blut und dadurch bedingter Ischämie und Nekrose von Kardiomyozyten.

Typische Symptome bei einem Myokardinfarkt sind plötzliche starke, drückende thorakale Schmerzen mit Ausstrahlung in den rechten, linken oder beide Arme, in den Oberbauch, Rücken oder Unterkiefer. Typischerweise spüren die Patienten eine Enge im Brustkorb („als ob jemand darauf sitzt“, „wie ein Schraubstock“). Typisch sind auch Zeichen einer vagalen Reaktion wie Übelkeit, Erbrechen, Schwitzen, Atemnot oder starke Angst.

Frauen zeigen insgesamt deutlich häufiger atypische Beschwerdebilder. Bei nur etwa einem Drittel der Frauen mit Herzinfarkt treten typische linksthorakale Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm auf.

15 bis 20 Prozent aller Patienten beklagen sogar gar keine Symptome („stummer Infarkt“), dieses geschieht insbesondere auch bei Diabetikern mit vegetativer Polyneuropathie. Das Phänomen des stummen Infarkts ist wiederum insgesamt bei Frauen häufiger anzutreffen.

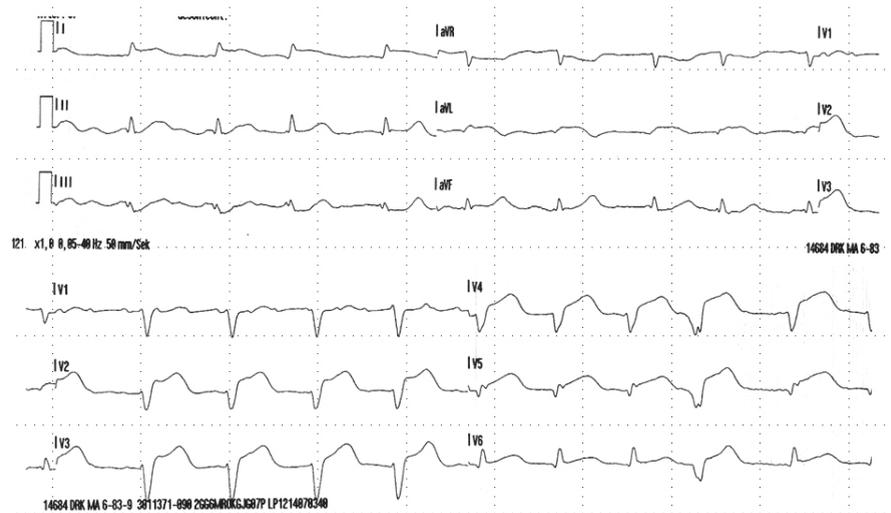
Differenzialdiagnose

Aufgrund der beschriebenen Symptomatik kommen folgende andere kardiovaskuläre Erkrankungen differenzialdiagnostisch infrage:

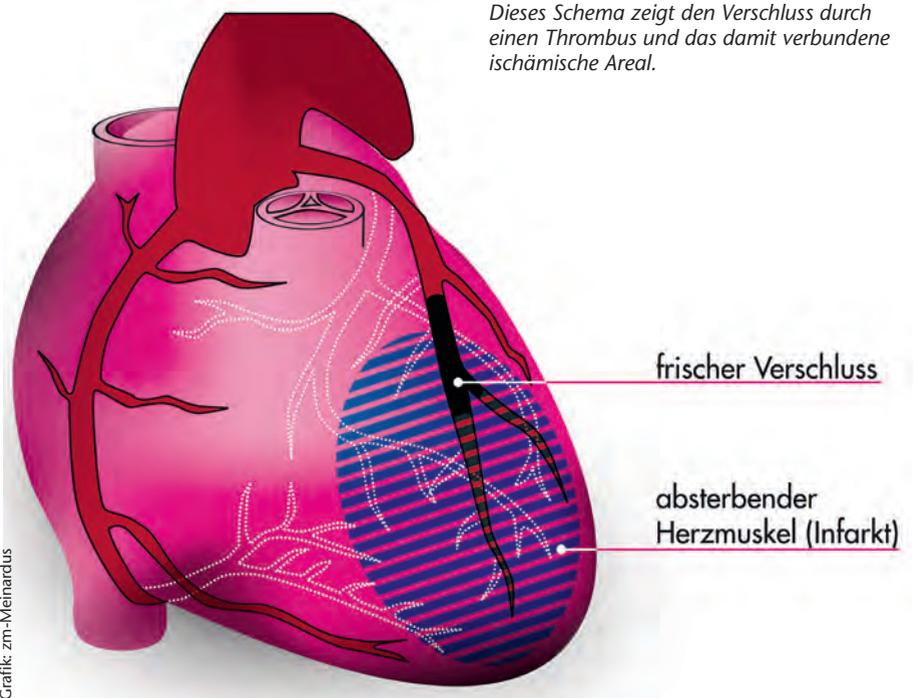
- Angina pectoris
- Herzrhythmusstörungen
- vagale Reaktionen (auf Schmerz/Stress)

Physiologie/Patho-Myokardinfarkte entstehen zumeist aufgrund bereits vorgeschädigter Herzkranzgefäße (koronare Herzkrankheit). Der häufigste Mechanismus scheint das Einreißen eines atherosklerotischen Plaques mit Anlagerung von Thrombozyten und hierdurch bedingtem Gefäßverschluss durch einen Thrombus zu sein.

Verschiedene Formen des Myokardinfarkts werden unterschieden. Die wichtigste Unterscheidung kann mithilfe eines EKG gestellt werden. Zeigen sich „ST-Elevationen“ (Abbildung rechts oben) muss von einer komplett verschlossenen Koronararterie ausgegangen werden. Die entstehende Ischämie und Nekrose betrifft hierbei zumeist die komplette Herzwand (transmural). Dies nennt man daher ST-Hebungs-Infarkt (STEMI).



EKG mit typischen ST-Streckenhebungen bei Verschluss des Ramus interventricularis anterior

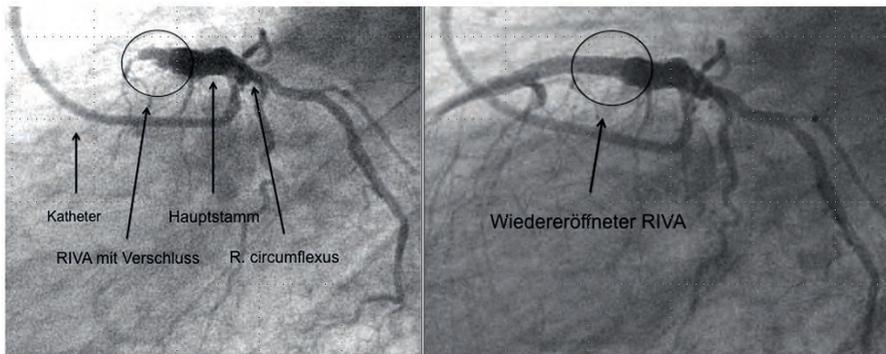


Dieses Schema zeigt den Verschluss durch einen Thrombus und das damit verbundene ischämische Areal.

INFO

Präventive Maßnahmen

- Vermeidung von Stress und Schmerz während der Behandlung
- Verwendung adrenalinreduzierter Lokalanästhesielösungen
- routinemäßiges Monitoring bei Risikopatienten, gegebenenfalls anästhesiologisches Stand-by oder Analgosedierung bei Risikopatienten mit Koronarer Herzkrankung
- keine zahnärztlichen Routinebehandlungen während der ersten sechs Monate nach einem Myokardinfarkt



Coronarangiografische Darstellung links bei Verschluss des RIVA und rechts nach Wiedereröffnung über Herzkatheter

Die zweite Form zeigt keine typischen ST-Hebungen (Nicht-ST-Hebungsinfarkt=NSTEMI). Hierbei kam es vermutlich zu einem kurzzeitigen Verschluss eines Herzkranzgefäßes mit anschließender spontaner Wiedereröffnung.

Bei beiden Formen kommt es zu einem Anstieg von „Herzinfarktmarkern“ im Blut. Am sensitivsten und daher am wichtigsten ist der Anstieg der kardialen Troponine.

Von diesen beiden Formen des Myokardinfarkts unterschieden werden müssen die Angina-pectoris-Anfälle. Hierbei ist durch chronische Verengungen der Herzkranzgefäße der Blutfluss vor allem bei höheren Herzfrequenzen (=höherer Blutbedarf) nicht ausreichend. Typischerweise haben die Patienten bei Belastung Brustschmerzen. Die Troponine im Blut sind nicht erhöht.

Allgemeine Diagnostik

- Überprüfen der Vitalparameter (Bewusstsein, Atmung, Kreislauf)
- Herzfrequenz- und Blutdruckmessung, gegebenenfalls EKG

Allgemeine Therapie

Der Myokardinfarkt ist weiterhin eine der häufigsten Todesursachen in Deutschland. Die meisten Patienten sterben hierbei aufgrund einer verspäteten Vorstellung beim Arzt. Insgesamt sterben aktuell etwa ein Drittel der Patienten, wenn sie einen Herzinfarkt erleiden. Wenn sie das Krankenhaus bereits erreicht haben, sterben aufgrund der besseren Behandlungsmöglich-

keiten des Herzinfarkts nur noch acht Prozent. Patienten mit Myokardinfarkt sind als akut lebensbedroht anzusehen. Daher sollte der Rettungsdienst möglichst schnell alarmiert werden. Bis zum Eintreffen sollte der Patient – je nach technischen Möglichkeiten – überwacht und ein periphervenöser Zugang etabliert werden. Prognostisch sinnvoll ist vor allem die Gabe von Acetylsalicylsäure (ASS) zur Thrombozytenaggregationshemmung.

Diese sollte möglichst intravenös verabreicht werden. Neuere orale Verabreichungsformen wirken jedoch auch relativ schnell (wie Aspirin effect®). Die Gabe von Sauerstoff wird aktuell ebenso empfohlen. Körperliche Anstrengung sollten die betroffenen Patienten unbedingt vermeiden. Die Lagerung erfolgt mit aufrechtem Oberkörper und sofortigem Transport ins Krankenhaus durch den Rettungsdienst.

Nach Eintreffen des Rettungsdienstes ist vor allem bei Patienten mit STEMI der rasche Transport in ein Krankenhaus mit der Möglichkeit für Herzkatheteruntersuchungen

INFO

Mögliche Fehler bei der Therapie

- Gabe von Nitraten bei einem systolischen Blutdruck von < 90 mm Hg
- Gabe von Nitraten bei Einnahme von PDE-5-Hemmern (Sildenafil, Viagra) während der letzten 24 Stunden
- Notruf wird zu spät abgesetzt
- intramuskuläre Injektionen



Foto: Robert Kneschke – Fotolia.com



Foto: Felix Abraham – Fotolia.com

wichtig. Das verschlossene Herzkranzgefäß muss hierbei möglichst schnell mittels Absaugen des Thrombus sowie Ballondilatation und Stent-Implantationen wieder eröffnet werden.

Für die weitere Behandlung sowie zur Reizdivprophylaxe sind vor allem medikamentöse Maßnahmen (ASS, ACE-Hemmer, Beta-blocker, Statine) sowie Lebensstiländerungen für die Prognose entscheidend.

Nach der Implantation von Stents (Drahtgeflecht, durch die die Rest-Stenose-Rate deutlich gesenkt wird) ist eine Funktionshemmung der Thrombozyten in der ersten Zeit dringend notwendig. Unterbleibt dies, kann es zur gefürchteten akuten Stent-Thrombose mit schlechter Prognose kommen.

Daher sollte bei Herzpatienten, die beispielsweise ASS, Clopidogrel (Iscover®, Plavix®) oder neuere Medikamente wie Prasugrel

(Effient®) und Ticagrelor (Brilique®) sowie Kombinationen dieser Medikamente einnehmen, ein etwaiges Pausieren für Zahnbehandlungen mit dem behandelnden Kardiologen unbedingt abgesprochen werden, weil es sehr gefährlich ist.

Kritische Wertung dieser Notfallsituation

Im beschriebenen Fall trat bei der Patientin nach schmerzhafter Manipulation an einem Zahn ein sogenanntes atypisches Beschwerdebild auf, hinter dem sich ein akuter Myokardinfarkt verbarg. Dies führte dazu, dass die zugrunde liegende Erkrankung nicht sofort erkannt wurde. Wäre bereits routinemäßig beim Auftreten der ersten Symptome eine Herzfrequenz- und Blutdruckmessung erfolgt, hätte das Vorliegen

einer Notfallsituation unter Umständen zu einem früheren Zeitpunkt erkannt werden können. Nach der Verschlechterung ihres Zustands und dem Hinzutreten von Schmerzen in Schultern und Unterkiefer, wurde die Notfallsituation erkannt und sodann korrekt gehandelt. Der Notruf wurde abgesetzt und die Patientin bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes kontinuierlich überwacht. Korrekterweise wurde auf die Gabe von Nitraten (Nitrolingual®) aufgrund der ausgeprägten Hypotonie (RR systolisch < 90 mm Hg) verzichtet. Aufgrund der atypischen Symptomatik und der damit verbundenen schwierigeren differenzialdiagnostischen Abgrenzung, wurde auf die Gabe von ASS verzichtet. Beim Vorliegen typischer Symptome hätte die frühzeitige Gabe von ASS durch den Zahnarzt erwogen werden können.

Statistiken der letzten Jahre zeigen, dass immer öfter auch jüngere Frauen einen Herzinfarkt erleiden. Das schnelle Absetzen des Notrufs kann in jedem Fall lebensrettend sein.

Univ.-Prof. Dr. Dr. Monika Daubländer
Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (KÖR)
Augustusplatz 2
55131 Mainz
daublaen@uni-mainz.de

Dr. Dr. Peer Kämmerer
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (KÖR)
Augustusplatz 2
55131 Mainz

Dr. Martin Emmel
Praxis Dr. Mohr
Thilmanystr. 5
54634 Bitburg

Dr. Gega Schwidurski-Maib
Hans-Katzer-Str. 4
50858 Köln



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

Heben Sie diese Seite für einen Fall aus Ihrer Praxis auf

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

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

◀ Graue Felder nicht ausfüllen!
▼

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

Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation):

lebensbedrohlich: ja nein

aufgetreten am: _____ Dauer: _____

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

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

Allgemeinerkrankung: _____

behandelt mit: _____

Anamnestische Besonderheiten: Nikotin Alkohol Schwangerschaft Kontrazeptiva Arzneim. Abusus

Sonstiges: _____

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten
nein ja gegen: _____

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung: _____

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

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

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

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

Unterschrift _____

Jahrestagung DGAZ

Erst fit und dann gebrechlich

In Mainz beleuchteten namhafte Referenten auf der 22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) aus verschiedenen Perspektiven die Fragestellung „Wie kann der Zahnarzt den Übergang von einer scheinbar 'normalen' Behandlungssituation in eine schwierige Phase durch veränderte Lebensumstände erkennen?“

„Durch die letzten DMS-Studien konnte nachgewiesen werden, dass sich die Mundgesundheit in Deutschland deutlich verbessert hat und immer mehr Menschen ohne großen Zahnverlust ins Seniorenalter gelangen“, sagte Dr. Michael Rumpf, Präsident der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz. Damit würden die Prävention und primär die Diagnose von Parodontalerkrankungen in ein neues Licht gerückt. „Seniorenzahnmedizin geht nicht nur 'Überzeugungstäter' an und beschränkt sich nicht nur auf Hausbesuche“, ergänzte der wissenschaftliche Tagungsleiter, Dr. Dirk Bleiel, Rheinbreitbach. Vielmehr betreffe der

Erstmals im Duett referierten die DGAZ-Präsidentin, Prof. Dr. Ina Nitschke, Leipzig, und ihr Vizepräsident, Prof. Dr. Christoph Benz, München, im Eröffnungsvortrag „Erst fit und dann gebrechlich“. Ein vorgelagertes Ziel der Seniorenzahnmedizin sei es – noch mehr als in anderen Fachgebieten – ein spezifisches Gefühl für den einzelnen Patienten und seine Lebenssituation zu entwickeln und zu prüfen inwiefern Therapiefähigkeit, Mundhygienefähig-

toren, wie die Erwartungen der Patienten, die zu erwartende Lebens- und Funktionsdauer der Zähne oder die Folgen eines Zahnverlusts berücksichtigt werden. Ein hilfreicher Partner für den Zahnarzt bei der Therapieplanung für Senioren sei der Geriater. „Der Zahnarzt sollte beispielsweise wissen, inwieweit sein Patient demenzbedingt seinen Anweisungen und Ratschlägen Folge leisten kann“, erklärte Prof. Dr. Roland Hardt, Mainz.

Dr. Martin Emmel, Bitburg, verdeutlichte, dass die – gerade bei Senioren häufig auftre-



Bild oben v.l.n.r.: Dr. Michael Rumpf, Prof. Dr. Christoph Benz, Prof. Dr. Ina Nitschke, Dr. Hans Peter Huber (DGAZ), Dr. Dirk Bleiel

Bild links: Dr. Kerstin Finger erhält ihre Urkunde für das „Dentsply extra Care Stipendium – Mundmedizin im Alter“.



Fotos: sf/zm



Foto: U.Nover/BLZK

viel beschriebene demografische Wandel jede Zahnarztpraxis, jede Universität und jeden Standespolitiker. Das Phänomen müsse sich konkret in Forschung, Lehre und Praxis niederschlagen. Sonst laufe man der Entwicklung hinterher.

keit und Eigenverantwortlichkeit gegeben seien. Wichtig sei die Dreifach-Anamnese: klinisch, sozial und medikamentös. Zudem spiele die Kooperation mit anderen Fachrichtungen eine größere Rolle als sonst.

Prof. Dr. Michael Hülsmann, Göttingen, beantwortete die Frage: „Ist Endodontologie im Alter sinnvoll?“ Wenn eine Wurzelbehandlung indiziert ist, stellten sich beim alten Patienten zunächst 'technische' Probleme, wie eine begrenzte Mundöffnung oder eine eingeschränkte Belastbarkeit. Zudem müssten auch psychologische Fak-

tende – Multimorbidität auch oralchirurgisch tätige Zahnärzte vor therapeutische Schwierigkeiten stellt. Gerade bei nur mäßig belastbaren Patienten sollte sorgfältig abgewogen werden, inwiefern die Person von einem chirurgischen Eingriff profitieren wird.

Mit dem „Dentsply extra Care Stipendium – Mundmedizin im

Alter“ und der damit verbundenen Teilnahme an einem DGAZ-unterstütztem Curriculum zur Seniorenzahnmedizin wurde Dr. Kerstin Finger, Templin, für ihren „Zahnärztlichen Hausbesuchsdienst“ ausgezeichnet. Finger sagte: „Der demografische Wandel ist für uns kein Problem, sondern eine Tatsache, mit der wir seit 20 Jahren leben. Wir sind mit unseren Mitmenschen älter geworden und so war es folgerichtig, ihnen nachzugehen, auch Hausbesuche zu machen und diesen Hausbesuchsdienst bis zu seinem heutigen Stand immer weiterzuentwickeln.“ sf

3. Deutscher Halitostag in Berlin

Hauptsache der Speichel fließt

Die Zahl der Produkte für frischen Atem steigt stetig. Und in den meisten Fällen liegt die Quelle des unangenehmen Geruchs auch im Bereich der Mundhöhle. Was jeweils genau die Ursache ist, zeigt die Einzelfalldiagnose, wenngleich die Innovationen hier eher marginal sind. Fest steht, dass zahlreiche Erkrankungen in der Mundhöhle mit der Halitosis assoziiert sind.

Prof. Dr. Christoph Benz, München, der die Tagung leitete, referierte zum Zusammenhang von Medikamenten, Speichelfluss und Mundgeruch. „Die beste natürliche Abwehr gegen Halitosis ist der Speichel“, so Benz. Immer wenn die Speichelfließrate reduziert wird, ist die Spülfunktion des Speichels gestört und Mundgeruch die Folge. Bundesweit sei jeder Zehnte unter 60 von Xerostomie betroffen – bei den über 60-jährigen sei es jeder Fünfte. Zu den Einflussgrößen zählten neben einer zu geringen Flüssigkeitsaufnahme oder Stress unter anderem auch Funktionsstörungen der Speicheldrüsen. Sogar eine Vielzahl von Medikamenten sei ursächlich für reduzierten Speichel. Dazu zählten unter anderem krampflösende Mittel, Antidepressiva, Beruhigungsmittel (Ritalin) und Schlafmittel, Antihistaminika bei Allergien oder blutdrucksenkende Medikamente. Einzelne Drogen erzielten den gleichen Effekt. Benz erklärte: „Der trockene ‘Meth-Mouth’ wird aktuell viel diskutiert.“ Der Begriff bezeichnet die im Mund sichtbaren Folgen der Droge Methamphetamin (auch als „Crystal Meth“, „Yabaa“, „Crystal Speed“ oder „Thaipille“ bekannt). Die Abhängigkeit könne zum Verlust von einzelnen bis allen kariösen Zähnen führen.

Daneben gibt es auch radiologisch sichtbare Ursachen: „Radiologische Halitosis-Ursachensuche ist streng genommen eine Höhlenforschung“, führte Dr. Dorothea Dagassan-Berndt, Basel, aus. Die Panoramaschichtaufnahme eigne sich als bildgebendes Verfahren in der Zahnmedizin besonders, um Schlupfwinkel und Nischen darzustellen, in denen sich Mikroorganismen fern der täglichen Mundhygiene unkontrolliert vermehren können. So könnten etwa Zysten Halitosis auslösen, wenn durch klinisch unsichtbare Taschen Zystenflüssigkeit ausfließt. Bei zementierten Implantaten könnten sich Bakterien an Zementresten anlagern, erläuterte die Referentin aus Basel.

Probiotisch therapieren

Stellvertretend für Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel, der verhindert war, beleuchtete PD Dr. Rainer Seemann, Bern, als zweiter Tagungsleiter die aktuellen Forschungsergebnisse aus der „breath research“, wie das Gebiet der Halitosis im Englischen genannt wird. Neue Testgeräte befänden sich noch in der „pipeline“. Der Hallimeter sei für die Praxis gut geeignet. Auch das deutlich teurere Oral Chroma habe sich in der

Diagnostik etabliert. In der Therapie gelte es als wissenschaftlich anerkannt, den oralen Biofilm mechanisch zu zerstören, um die Halitosis zu beseitigen. „Hier gilt es, probiotisch zu therapieren“, sagte Seemann.

Durch den Pre-Congress-Workshop führte Dr. Clemens Walter, Basel, der zudem zur Vergesellschaftung von Parodontitis marginalis und Halitosis referierte. Mit Ausnahme der nekrotisierenden Parodontalerkrankungen, sei die Parodontitis eine Volkskrankheit, die ohne eine entsprechende Früherkennung lange „still“ verlaufe, so Walter. Wenn ein Patient dennoch „aus freien Stücken“ die Praxis aufsucht, liege das häufig auch am „unangenehmen Geschmack im Mund oder eben [...] Mundgeruch.“ Walter sagte: „Bakterien in parodontalen Taschen, etwa Spirochäten, können Ursache einer Halitosis sein.“ In der Therapie gelte es, im Rahmen eines Biofilmmangements, positive Bakterien anzusiedeln. Würden dagegen alle Bakterien abgetötet, könne der Patient von einem Pilz befallen werden. Mundspüllösungen könnten nur dann wirken, wenn zuvor der pathogene Biofilm zerstört wurde, erklärte Wagner. „Bis heute gibt es zur mechanischen Zerstörung des oralen Biofilms noch keine wissenschaftlich fundierten Alternativen.“ Schließlich hob Wagner auf die Bedeutung der „oralen Medizin“ ab. Gerade seinen Zahnarzt sehe der Patient häufiger als Kollegen anderer Fachgebiete. Damit habe der Berufsstand eine hohe präventive Verantwortung. Diese gelte es zu nutzen, mit allen opportunen Kommunikationsstrategien. Wagner nannte hier die Neuro-linguistische Programmierung (NLP) und das Motivational Interviewing (MI). sf



Trotz frühlinghafter Temperaturen und strahlendem Sonnenschein herrschte auf dem 3. Halitostag in Berlin gespannte Aufmerksamkeit.

Implantologie-Gutachtertagung

Im Sinne der Selbstverwaltung

Rund 80 Implantologie-Gutachter trafen sich am 14. März 2012 in Köln, um sich zum Thema „Ausnahmeindikation für implantologische Leistungen nach § 28 Abs. 2, Satz 9 SGB V“ weiterzubilden. Neben der Einordnung der Gutachtertätigkeit in das aktuelle gesundheitspolitische Geschehen durch den Stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Wolfgang Eßer, erläuterte der Obergutachter der KZBV, Prof. Günter Dhom, den Stellenwert der Arbeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.



Leiteten gemeinsam die Tagung: der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KZBV, Dr. Wolfgang Eßer (l.) und der KZBV-Obergutachter, Prof. Günter Dhom.

Foto: zm

Zur Einstimmung rief Dr. Eßer den Tagungsteilnehmern in Erinnerung, dass das implantologische Gutachterverfahren ebenso wie die anderen Gutachterverfahren in den Leistungsbereichen Zahnersatz, Kieferorthopädie und Parodontalbehandlung bei den Versicherten, den Krankenkassen und den Zahnärzten eine außerordentlich hohe Akzeptanz genieße. Es sei „integraler Bestandteil einer funktionierenden Selbstverwaltung im Gesundheitswesen“, sagte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende.

Vom Berufsstand initiiertes Qualitätsmanagement

Das Gutachterverfahren stelle darüber hinaus für den Zahnarzt und den Versicherten ein anerkanntes Verfahren dar, um eine geplante Behandlung fachlich begutachten zu lassen und trage so zu einer gesteigerten Akzeptanz der Leistungsentscheidung der Krankenkasse durch die Beteiligten bei. Sei der Zahnarzt mit einer ablehnenden Stellungnahme des Gutachters einmal nicht

einverstanden, habe er das Recht auf ein Obergutachten, das dann bei der KZBV zu beantragen ist. Man könne mit Fug und Recht behaupten, dass sich das vertragliche Gutachterwesen bewährt habe, zeigte sich Eßer überzeugt. Jährlich würden mehr als 2500 Anträge begutachtet, aber nur 20 bis 30 Obergutachten erstellt; aktuell seien bundesweit 68 Gutachter und 16 Obergutachter bestellt.

Dabei unterstrich Eßer die gesundheitspolitische Wichtigkeit des Verfahrens. Es sei notwendig, um in der aktuellen Situation darauf zu verweisen, was Vertragszahnärzte und KZVen an funktionierenden Verfahren zu bieten haben, gerade wenn es um das Stichwort Qualität der Leistungserbringung geht. Eßer sprach die Hoffnung aus, „dass der Gesetzgeber dies im laufenden Verfahren zum Patientenrechtegesetz berücksichtigen und erhalten wird“.

Der wissenschaftliche Leiter der Tagung, der Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Implantologie, Prof. Günter Dhom, wies in seinem Eröffnungsvortrag

auf den Grundgedanken hin, der der gesetzlichen Regelung zugrunde liegt. Eine implantologische Versorgung von Patienten sei nur bei gesetzlich festgelegten Ausnahmeindikationen vorgesehen.

Ausnahmeindikation mit strengen Regeln

Hier sei besonders zu beachten, dass die Hürden recht hoch gelegt worden seien und der Gutachter darauf achten müsse, dass alle folgenden vier Bedingungen zu treffen:

- Eine seltene Ausnahmeindikation für besonders schwere Fälle liegt vor.
- Eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist nicht möglich.
- Die implantologische Leistung wird „im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung“ erbracht.
- Die Behandlung ist ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich und überschreitet das Maß des Notwendigen nicht.

Der Justiziar der KZBV, Dr. Thomas Muschallik, erläuterte den Teilnehmern Rechtsfragen zum implantologischen Gutachterverfahren und machte deutlich, dass es sich dabei um eine Aussage von Zahnärzten als Sachverständige handelt, die in einen Verwaltungsakt der Krankenkassen einbezogen ist.

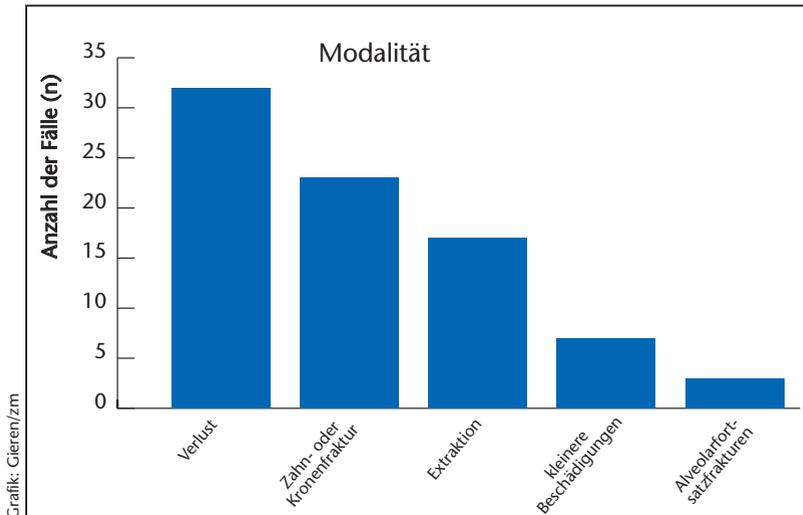
Im haftungsrechtlichen Sinn seien die Gutachter mit Beamten zu vergleichen, bei denen die sogenannte Amtshaftung greife. Die juristische Konsequenz: „Der Zahnarzt ist damit vor einem unmittelbaren haftungsrechtlichen Zugriff geschützt“, so Muschallik.

Die Teilnehmer der Veranstaltung sorgten mit einer Vielzahl von fachlichen Fragen für eine lebhaft diskutierte Diskussion, die von Prof. Dhom kompetent geleitet wurde. Am Ende konnten vielfach Konsentierungen der Gutachter in zahlreichen Einzelfragen erreicht werden und die Teilnehmer zeigten sich erfreut über die hoch qualifizierte und erkenntnisreiche Veranstaltung. KZBV

Dentale Traumatologie

Retrospektive Analyse dentaler Traumafälle durch ITN

Schäden dentoalveolärer Strukturen sind ein häufiger Zwischenfall bei allgemeiner Anästhesie (Intubationsnarkose, ITN) und können mit erheblichen Folgen für den betroffenen Patienten verbunden sein.



Modalität der aufgetretenen Zahnverletzungen

In der vorliegenden Studie erfolgte von 1990 bis 2004 eine zentrale Dokumentation perioperativer, dentoalveolärer Verletzungen in der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin in Kooperation mit der Abteilung für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum. Ziel war, derartige Zwischenfälle genau zu untersuchen. Als perioperative Zahnverletzung wurde dabei jede Form sichtbarer Veränderungen dentoalveolärer Strukturen wäh-

rend oder nach einer Narkose definiert.

Material und Methode

Retrospektiv wurden die Daten aus den Anästhesiecharts und aus den Operationsberichten der Anästhesie sowie der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ausgewertet. Im Fokus der Untersuchung standen die Ätiologie und die anschließende Versorgung der Verletzungen sowie die Einschätzung, ob die Verletzung vermeidbar gewesen wäre. Zusätzlich erfolgte eine Analyse der Häufigkeit, der eventuellen Umstände beziehungsweise der Ursachen im Hinblick auf die Narkosesituation sowie eine Übersicht der Verteilung der einzelnen Zahnverletzungsformen.

Ergebnis

Über einen Zeitraum von 14 Jahren wurden 375 000 Narkosen durchgeführt und untersucht, wobei 82 Fälle von perioperativen Verletzungen dokumentiert wurden. Insgesamt waren 103 Zähne betroffen. Die Inzidenz

von 0,02 Prozent war sehr konstant mit einem Durchschnitt von 5,5 Ereignissen pro Jahr.

89 Prozent der dokumentierten Verletzungen traten bei geplanten operativen Eingriffen auf. Nur 32,9 Prozent der dokumentierten Verletzungen fanden während der endotrachealen Intubation statt, 8,5 Prozent entstanden während der Extubation. Am häufigsten – mit etwa der Hälfte der Fälle – war der Zeitpunkt des Traumas nicht in Verbindung mit der Intubation oder der Extubation vorzufinden, sondern geschah während der Vollnarkose. 80 Prozent der Zahnverletzungen wurden nach Einschätzung des zuständigen Anästhesisten als „nicht vermeidbar“ eingestuft. Die Modalitäten der entstandenen dentalen Verletzungen umfassten dabei Zahnlockerungen, Luxationen, Zahn- oder Kronenfrakturen, Extraktionen, kleinere Beschädigungen der Zahnhartsubstanz sowie Alveolarfortsatzfrakturen (Abbildung oben). Am häufigsten

traten mit 39 Prozent Zahnlockerungen auf, gefolgt von Kronen- und Zahnfrakturen (28 Prozent) sowie von Zahnluxationen (20 Prozent). Oberkieferfrontzähne waren dabei signifikant häufiger betroffen als alle anderen Zähne, wobei die Läsionen dabei insbesondere am oberen linken Schneidezahn auftraten (als mögliche Ursache ist hier die Technik bei der Positionierung des Laryngoskops anzusehen). In 67 Fällen wurde eine präoperativ vorhandene Erkrankung oder strukturelle Schädigung der intraoralen Gewebe dokumentiert. Die Therapie der perioperativ entstandenen Zahnverletzungen erfolgte bei 47 Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus durch den Hauszahnarzt. 27 Fälle wurden bereits im Krankenhaus durch den Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen behandelt oder wurden von diesem an die entsprechenden zahnärztlichen Einrichtungen überwiesen. Bei 45 Prozent war entweder die Extraktion oder gar keine spezifische zahnärztliche Therapie erforderlich. In 47 Fällen waren konservierende oder prothetische Versorgungen notwendig. Entsprechende Zahlen über die dadurch entstandenen Kosten waren nicht Bestandteil der Untersuchung.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass – gemessen an der Vielzahl von Narkosen und dem Spektrum chirurgischer Fachbereiche – die Häufigkeit von Narkosebedingten Zahntraumata gering ist. Allerdings scheinen Zahn-



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



Intubationstrauma: Schmelz-Dentin-Fraktur an den Zähnen 11 und 21



Zustand nach Kompositrekonstruktion

Fotos: Gieren, Charité 2012

verletzungen während der In-/Extubation oder während der Narkose nicht völlig vermeidbar. Bei der Mehrzahl der betroffenen Patienten wurde bereits bei der präoperativen Beurteilung des Zahnstatus eine bestehende strukturelle Schädigung oder Erkrankungen der dentoalveolären Gewebe dokumentiert. Beim Auftreten perioperativer Zahnverletzungen empfiehlt sich unverzüglich eine zahnärztliche Beurteilung. Ein angemessenes therapeutisches Management ist anschließend indiziert, um ein Fortschreiten der Zahnerkrankung während des weiteren Krankenhausaufenthalts zu vermeiden. Eine spezifische Beurteilung der

intraoralen Strukturen sollte vor dem operativen Eingriff insbesondere in Bezug auf bereits vorhandene strukturelle Mängel beziehungsweise Erkrankungen durchgeführt werden, um das Risikopotenzial abschätzen oder noch vorbereitende Maßnahmen treffen zu können. Die Dokumentation (zum Beispiel bereits vorhandene Zahnlockerungen und/oder -verluste durch eine vorhandene parodontale Erkrankung) ist auch ein wichtiges Beweisstück bei später eventuell folgenden Schmerzensgeldforderungen gegenüber dem Operateur beziehungsweise Haftpflichtigen. Bewusstsein für das Problem, ein interdisziplinäres Konzept für das

Management und die ordnungsgemäße Dokumentation sind wichtige Voraussetzungen, um eine angemessene Behandlung und Therapie von perioperativen Zahntraumata zu gewähren. Wichtig sind eine sorgfältige Prüfung und die anschließende Abwägung zwischen dem Nutzen des chirurgischen Eingriffs und der Gefahr einer Verletzung dentoalveolärer Strukturen durch eine Vollnarkose (Fotos oben). Nur durch eine konstruktive Kooperation zwischen Klinikern (Operateur, Anästhesist) und dem Hauszahnarzt können überhaupt präventiv wirksame Maßnahmen getroffen werden und es kann dann im Falle einer

traumatischen Verletzung eine adäquate Therapie erfolgen.

Quelle: Adolphs N, Kessler B, von Heymann C, Achterberg E, Spies C, Menneking H, Hoffmeister B. Dentoalveolar injury related to general anaesthesia: a 14 years review and a statement from the surgical point of view based on a retrospective analysis of the documentation of a university hospital. Dent Traumatol 2011;27:10-14.

*Dr. Anna-Katharina Gieren
Charité-Universitätsmedizin Berlin
CharitéCentrum 3 für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde
Abteilung für Zahnerhaltung und
Präventivzahnmedizin/
Abteilung für Parodontologie und
Synoptische Zahnmedizin
Alßmannshäuser Str. 4-6
14197 Berlin
anna-katharina.gieren@charite.de*



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Nordrhein	S. 61	Kieferorthopädie	LZK Berlin/ Brandenburg	S. 61
	Freie	S. 68		Freie	S. 70
Allgemeine ZHK	Freie	S. 75	Kinder- und Jugend-ZHK	KZV Baden-Württemberg	S. 64
Alterszahnheilkunde	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 63		Wissenschaftl. Gesellschaften	S. 67
Ästhetik	KZV Baden-Württemberg	S. 64	Kommunikation	KZV Baden-Württemberg	S. 63
Bildgebende Verfahren	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 62		Freie	S. 74
	Freie	S. 70	Nofallmedizin	KZV Baden-Württemberg	S. 64
Chirurgie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 62	Parodontologie	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 62
	KZV Baden-Württemberg	S. 64		xxx	S. xx
	Freie	S. 70	Praxismanagement	ZÄK Nordrhein	S. 61
Endodontie	Freie	S. 70		KZV Baden-Württemberg	S. 63
Ergonomie	Freie	S. 72		Freie	S. 74
Funktionslehre	LZK Berlin/ Brandenburg	S. 61	Prophylaxe	KZV Baden-Württemberg	S. 63
	KZV Baden-Württemberg	S. 63	Prothetik	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 62
Homöopathie	LZK Berlin/ Brandenburg	S. 61		Freie	S. 74
Hygiene	LZK Rheinland-Pfalz	S. 62	Qualitätsmanagement	LZK Rheinland-Pfalz	S. 62
Implantologie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 63		KZV Baden-Württemberg	S. 63
	KZV Baden-Württemberg	S. 64	Restaurative ZHK	Freie	S. 70
	Freie	S. 70	Recht	ZÄK Nordrhein	S. 61
				LZK Rheinland-Pfalz	S. 62
			Schlafmedizin	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 63
				Freie	S. 74
			ZFA	LZK Rheinland-Pfalz	S. 62

Fortbildung der Zahnärztekammern **Seite 61**

Kongresse **Seite 64**

Hochschulen **Seite 67**

Wissenschaftliche Gesellschaften **Seite 67**

Freie Anbieter **Seite 68**

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



Absender:

Veranstalter/Kontaktadresse:



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Zahnärztekammern

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Zahnersatz – Abrechnung nach BEMA und GOZ – Teil 1 Seminar für ZÄ und ZFA
Referenten: ZA Lothar Marquardt, Krefeld, Dr. Hans Werner Timmers, Essen
Termin:
 25.04.2012: 14.00 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 12306
Kursgebühr: ZA/ ZFA 30 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Arbeitssystematik bei der Patientenbehandlung
Referent: Dr. Richard Hilger, Kürten
Termin:
 05.05.2012: 09.00 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 12029
Kursgebühr: ZA 320 EUR, ZFA 160 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Mitarbeiterführung: Das A und O für den Chef
Referenten: Dr. Marga Hütz, Cornelia Hedwig, beide Mönchengladbach
Termin:
 05.05.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 12030
Kursgebühr: ZA 180 EUR

Fachgebiet: Kommunikation
Thema: Dental English 2
Referentin: Sabine Nemeč
Termin:
 05.05.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 12043
Kursgebühr: ZA/ ZFA 180 EUR

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: KFO-Abrechnung BEMA/ GOZ
Referent: Dr. Andreas Schumann, Essen
Termin:
 09.05.2012: 13.00 – 20.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 12046
Kursgebühr: ZA/ ZFA 90 EUR

Fachgebiet: Recht
Thema: Seminar mit Workshop – Grundzüge des Arbeitsrechts Seminar für angestellte ZÄ, Praxisinhaber
Referenten: Dr. med. Peter Minderjahn, Stolberg, Joachim K. Mann, RA, Düsseldorf, Sylvia Harms, RA, Düsseldorf
Termin:
 12.05.2012: 09.00 – 14.30 Uhr
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 12398
Kursgebühr: ZA 150 EUR

Fortbildung für ZFA

Thema: Übungen zur Prophylaxe Seminar mit Demonstrationen und praktischen Übungen für ZMA mit geringen Vorkenntnissen
Referentin: ZMF Gisela Elter, Verden
Termin:
 09.05.2012: 14.00 – 19.00 Uhr
Kurs-Nr.: 12209
Kursgebühr: (ZFA) 85 EUR

Thema: Röntgeneinstelltechnik (Intensivkurs mit praktischen Übungen)
Referentin: ZMF Gisela Elter – Verden
Termin: 07.12.2012:
 14.00 – 19.00 Uhr
Kurs-Nr.: 11277
Kursgebühr: (ZFA) 95 EUR

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

LZK Berlin/ Brandenburg



Anzeige

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Interdisziplinäre Fallplanung bzw. Möglichkeiten und Grenzen der Kieferorthopädie in der ästhetischen Zahnheilkunde
Referent: Prof. Dr. Martin Baxmann, Kempen
Termin:
 12.05.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 0924.1
Kursgebühr: 185 EUR

Thema: Update Zahnheilkunde 2012: Der verfärbte Zahn, Schmerzausschaltung, Wurzelfüllmaterial MTA
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: Kieferorthopädie
Thema: Miniplate anchorage for midface protraction in class III patients and molar distalization in class II cases
Referent: Prof. Dr. Hugo de Clerck, Gent
Termin:
 26.05.2012: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 0925.0
Kursgebühr: 335 EUR

Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

Thema: Strukturierte Fortbildung: Homöopathie für Zahnärzte
Referenten: Prof. Dr. Heinz-Werner Feldhaus, Hörstel
erster Termin:
 11.05.2012: 14.00 – 19.00 Uhr
 12.05.2012: 09.00 – 17.00 Uhr (insgesamt 8 Veranstaltungstage)
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 75
Kurs-Nr.: 6055.1
Kursgebühr: 1 750 EUR

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: GOZ 2012 – NEU für KFO: Erste Erfahrungswerte nach der ersten GOZ-Abrechnung
Referentin: Heike Hermann, Köln
Termin:
 02.06.2012: 09.00 – 15.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 9106.0
Kursgebühr: 255 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Sachgerechte Herstellung von Okklusionsschienen: Arbeitskurs für ZÄ und ZT
Referentin: Theresia Asselmeyer, M.A., Nörten-Hardenberg
Termin:
 08.06.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
 09.06.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 17
Kurs-Nr.: 1009.7
Kursgebühr: 315 EUR

Fachgebiet: Homöopathie
Thema: Refresher 2012: Homöopathie: Auffrischungs- und Reperitorisationskurs Homöopathie
Referent: Prof. Dr. Heinz-Werner Feldhaus, Hörstel
Termin:
 11.08.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 6056.1
Kursgebühr: 275 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Funktionslehre – Kompakt
Referent: Prof. Dr. h.c. Georg Meyer, Greifswald
Termin:
 17.08.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
 18.08.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 1007.2
Kursgebühr: 315 EUR

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

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS in der praktischen Anwendung – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem in der Umsetzung
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin:
 25.04.2012: 14.00 – 17.00 Uhr
Ort: Bildungs- und Technologiezentrum der Handwerkskammer Wiesbaden

Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 128281
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS in der praktischen Anwendung – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem in der Umsetzung
Referent: Dr. Holger Dausch
Termin:
 25.04.2012: 17.15 – 20.00 Uhr
Ort: Bildungs- und Technologiezentrum der Handwerkskammer Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 128282
Kursgebühr: 80 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Oralchirurgisches Kompendium: traumatologie – Update 2012 für ZÄ – 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

Fachgebiet: ZFA
Thema: 7. Baustein der berufs begleitenden Aufstiegsfortbildung für Zahnmedizinische Fachangestellte zur ZMF (Aufbaukurs)
Referenten: diverse
Termine:
 02.05.2012 – 26.05.2012: täglich von 09.00 – 16.30 Uhr
Ort: Mainz
Kurs-Nr.: 128214
Kursgebühr: 1 200 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS in der praktischen Anwendung – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem in der Umsetzung
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin:
 09.05.2012: 14.00 – 17.00 Uhr
Ort: Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 128283
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS in der praktischen Anwendung – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem in der Umsetzung
Referent: Dr. Holger Dausch
Termin:
 09.05.2012: 17.15 – 20.00 Uhr
Ort: Bildungs- und Technologiezentrum der Handwerkskammer Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 128284
Kursgebühr: 80 EUR

Fachgebiet: Hygiene
Thema: Hygiene/ MPG-Instrumentenaufbereitung und Klassifizierung
Referent: Sabine Christmann
Termin:
 30.05.2012: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 128272
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Oralchirurgisches Kompendium: Von der Extraktion zur Implantologie-Hartgewebsmanagement in der oralen Implantologie
Referent: PD Dr. Dr. Daniel Rothamel, Köln
Termin: 13.06.2012:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 128113
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Recht
Thema: Praxismarketing – erfolgreich und rechtssicher werben
Referenten: Felix Schütz, Sabine Nemeč
Termin: 04.07.2012:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 128151
Kursgebühr: 160 EUR

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

ZÄK Mecklenburg-Vorpommern



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Entscheidungsfindung in der Parodontologie
Referenten:
 Prof. Dr. Thomas Kocher
Termin:
 12.05.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer M-V,
 Wismarsche Str. 304, 19055
 Schwerin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 24
Gebühr: 200 EUR

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Curriculum Prothetik: Modul 1 Diagnostik und Dokumentation Funktions- und PA-Screening, Bildgebung, präprothetische PA Behandlung: Planung, Forensik (inkl. praktische Übungen)
Referenten: Prof. Dr. Reiner Biffar, Prof. Dr. Peter Ottl
Termin:
 25.05.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
 26.05.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zentrum für ZMK, W.-Rathenau-Str. 42a, 17489 Greifswald
Fortbildungspunkte: 19
Kurs-Nr.: 1
Gebühr: 4 500 EUR für das gesamte Curriculum (Modul 1 bis 10)

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Aktualisierungskurs Fachkunde im Strahlenschutz
Referenten: Prof. Dr. Uwe Rother, Priv.-Doz. Peter Machinek
Termin:
 30.05.2012: 14.30 – 20.30 Uhr
Ort: Intercity Hotel, Grunthalplatz 5-7, 190530 Schwerin
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 25
Gebühr: 90 EUR

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Aktualisierungskurs Fachkunde im Strahlenschutz
Referenten: Prof. Dr. Uwe Rother, Priv.-Doz. Peter Machinek
Termin:
 20.06.2012: 14.30 – 20.30 Uhr
Ort: Hotel am Ring, Große Krauthöferstr. 1, 17033 Neubrandenburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 26
Gebühr: 90 EUR

Fachgebiet: Alters-ZHK
Thema: Alte Menschen gut versorgen – ein Konzept aus der Praxis für die Praxis
Referent: Dr. Elmar Ludwig
Termin:
 22.06.2012: 13.00 – 19.00 Uhr
Ort: Zentrum für ZMK, W.-Rathenau-Str. 42a, 17489 Greifswald
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 27
Gebühr: 150 EUR

Fachgebiet: Schlafmedizin
Thema: Zahnärztliche Schlafmedizin – Protrusionsschienen zur Therapie von Schnarchen und Schlafapnoe
Referentin: Dr. Susanne Schwarting
Termin:
 27.06.2012: 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Zentrum für ZMK, W.-Rathenau-Str. 42a, 17489 Greifswald
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 28
Gebühr: 160 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)

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Integration der Implantologie in die Praxis und das Einzelimplantat
Referent: Dr. Bernhard Drüke
Termin:
 20.05.2012: 14.00 – 18.30 Uhr,
 21.05.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 11 740 031
Gebühr: 439 EUR

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

KZV Baden-Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsforum Freiburg

Fachgebiet: Marketing
Thema: Digitale Medien als Plattform für die Praxis nutzen. Hier die Anleitung!
Referent: Hans J. Schmid, Veitshöchheim
Termin: 18.04.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 195 EUR
Kurs-Nr.: 12/108
Fortbildungspunkte: 5

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Prophylaxe für Schwangere und Kleinkinder
Referentin: Iris Karcher, Freiburg
Termin: 25.04.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 95 EUR
Kurs-Nr.: 12/409

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: PRAXISFIT, Modul 2: Der Zahnarzt als Chef/ Teil 1
Referentin: Christa Maurer, Lindau
Termin: 27./28.04.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 444 EUR
Kurs-Nr.: 12/600B
Fortbildungspunkte: 12

Fachgebiet: Kommunikation
Thema: Dentale Englisch – How can we help you? Fit in der Betreuung Englisch sprechender Patienten
Referentin: Sabine Nemeč, Langenselbold
Termin: 28.04.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: ZÄ 255 EUR, ZFA 225 EUR
Kurs-Nr.: 12/306
Fortbildungspunkte: 8

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Was muss bei der Diagnostik und Therapie der CMD ganzheitlich berücksichtigt werden, um erfolgreich zu behandeln?
Referent: Prof. h.c. VRC Dr. Winfried Wojak, Horn-Bad Meinberg

Termin: 28.04.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 375 EUR
Kurs-Nr.: 12/109
Fortbildungspunkte: 9

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Gestern Kollegin – Heute Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB)
Referentin: Iris Karcher, Freiburg
Termin: 02.05.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 12/410

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Praktisch fitter in der Prophylaxe
Referentinnen: Iris Karcher, Freiburg, Christina Bregenborn, Freiburg
Termin: 03.05.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 195 EUR
Kurs-Nr.: 12/503

Fachgebiet: Kommunikation
Thema: Nörgler, Beihilfe-Patienten, Chefs und andere Nervtöter
Referent: Dr. Wolfgang Stoltenberg, Bochum
Termin: 04.05.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 130 EUR
Kurs-Nr.: 12/411

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Mission impossible – Das Anti-Stress Programm
Referent: Dr. Wolfgang Stoltenberg, Bochum
Termin: 05.05.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: ZÄ 255 EUR, ZFA 225 EUR
Kurs-Nr.: 12/307
Fortbildungspunkte: 7

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Hand-on-Chirurgie: Schnitt- und Nahttechniken für Anfänger
Referent:
 PD Dr. Jörg Neugebauer, Landsberg am Lech
Termin: 05.05.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 395 EUR
Kurs-Nr.: 12/110
Fortbildungspunkte: 10

Fachgebiet: Interdisziplinäre ZHK
Thema: Dysgnathie Klasse III – das interdisziplinäre Behandlungskonzept KFO – MKG – Chirurgie
Referenten:
 Dr. Dr. Philipp Jürgens, Dr. Karin Habersack, beide Basel
Termin: 05.05.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 395 EUR
Kurs-Nr.: 12/111
Fortbildungspunkte: 8

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Management und Versorgung medizinischer Notfälle in der Zahnarztpraxis (Basisseminar)
Referent:
 Reimund Andlauer und Team
Termin: 09.05.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: ZÄ 145 EUR, ZFA 95 EUR
Kurs-Nr.: 12/308
Fortbildungspunkte: 5

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: QM-Kompakt
Referentin:
 Iris Karcher, Freiburg
Termin: 11./12.05.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 395 EUR
Kurs-Nr.: 12/309
Fortbildungspunkte: 18

Fachgebiet: Marketing
Thema: In 4 Stunden zur eigenen Praxiswebseite
Referent:
 Dr. Jörg Naumann, Chemnitz
Termin: 11.05.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 195 EUR
Kurs-Nr.: 12/112
Fortbildungspunkte: 4

Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: Zahntrauma: aktuell – effektiv – praxisbezogen
Referent:
 Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel
Termin: 12.05.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 325 EUR
Kurs-Nr.: 12/113
Fortbildungspunkte: 8

Fachgebiet: Ergonomie
Thema: Ergonomie für die Zahnarztpraxis: korrekte Arbeitshaltung, optimale Patientenlagerung, gezielter Ausgleich
Referent:
 Manfred Just, Forchheim
Termin: 12.05.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: ZÄ 255 EUR, ZFA 95 EUR
Kurs-Nr.: 12/310
Fortbildungspunkte: 8

Fachgebiet: Kommunikation
Thema: Ready für take off: Konflikte im Team erkennen, annehmen und gemeinsam erfolgreich lösen
Referentin:
 Alexandra Wienecke, Bad Säckingen
Termin: 23.05.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 12/412

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Bleaching – Trend in der modernen Zahnheilkunde
Referent:
 Prof. Dr. Karl-Thomas Wrbas, Freiburg
Termin: 25.05.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 275 EUR
Kurs-Nr.: 12/413

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

Fortbildungsveranstaltungen der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe

Fachgebiet: Alterszahnheilkunde
Thema: Alte Menschen gut versorgen – Alters-ZHK in der Praxis
Referenten: Dr. Elmar Ludwig, Ulm, Ulrich Pauls, M.A., Ahaus
Termin:
 1. Teil: 27./28.04.2012
 2. Teil: 13./14.07.2012
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 30
Kurs-Nr.: 4904
Gebühr: 900 EUR inkl. 1 ZFA

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Knochenersatzmaterialien in der Parodontologie und Implantologie
Referent: PD Dr. Dr. Ralf Smeets, Hamburg
Termin: 28.04.2012
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 4885
Gebühr: 150 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Aktuelle Konzepte der Knochenaugmentation und Weichgewebsmanagements
Referent: Prof. Dr. Fouad Khoury, Olsberg
Termin: 04./05.05.2012
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 4854
Gebühr: 800 EUR

Fachgebiet: Kinderzahnheilkunde
Thema: Beste Versorgung für kleine Patienten – Kinderzahnheilkunde in der Praxis
Referent: Dr. M.sc. Tania Roloff, Hamburg
Termin: 04./05.05.2012
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 4887
Gebühr: 500 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

Kongresse

■ 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: -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: -450
 gudrun.kozal@bzk-freiburg.de

14. ZMF-Kongress 2012 Hamburg
 (für ZMF, ZMP, DH, Absolventinnen des HH IP-Kurses; Zusatzprogramm für ZMV)
Termin: 20./21.04.2012
Ort: Hamburg
Tagungsleitung: Prof. Dr. Hans-Jürgen Gülzow (ZMF), Mario Schreen (ZMV)
Information: Bettina Schmalzmack, Tel.: 040/73340536
 bettina.schmalzmack@zaek-hh.de

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

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
 nrw@mci-group.com

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:

DDr. Wolfgang Leja – Innsbruck,

Dr. Anton Mayr – Imst, Univ.-Doz.

DDr. Ivano Moschèn – Bozen

Anmeldung:

Verein Tiroler Zahnärzte

Sekretariat: Christine Kapplmüller

Anichstr. 35, 6020 Innsbruck

Tel.: +43/(0)69915047190

office.vtz@uki.at

www.vtz.at

Information: Ärztezentrale Med.Info

Helferstorferstr. 4, A-1014 Wien

Tel.: +43/1/53116-38

Fax: +43/1/53116-61

azmedinfo@media.co.at

■ Mai

12. Kärntner Seensymposium

Veranstalter: ÖGZMK Kärnten, gemeinsam mit dem Zahnärztlichen Interessenverband (ZIV)

Termin: 03.05. – 06.05.2012

Ort: Casino Velden, Wörthersee

Themen: Erfolgreich durch

sinnvolle Fortbildung:

Implantatfixierung abnehmbaren

Zahnersatzes, gaumenfreier OK –

Prothesen, Zirkonoxidprothesen;

Die Sinusbodenelevation – Eine

Methode für Ihre Praxis?; Lösun-

gen nach Zahnextraktionen; ...

Kongresspräsidenten:

DDr. Martin Zambelli (ÖGZMK

Kärnten), DDr. Franz Tuppy (ZIV)

Information:

Zahnärztekammer Kärnten

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 Gesell-

schaft in Hessen e.V. (ZGH e.V.)

Dr. Edgar Spörlein, Friedhofstr. 13

64407 Fränkisch-Crumbach

Tel.: 06164/2489

Fax: 069/173204499

Stuttgarter Zahnärztetag 2012

Thema:

Zahnheilkunde im Praxisalltag

Klassisch oder digital – was funk-

tioniert wirklich?

Termin: 11./12.05.2012

Ort: Kultur- und Kongresszentrum

Liederhalle Stuttgart

Information:

Bezirkszahnärztekammer Stutt-

gart,

Albstadtweg 9

70567 Stuttgart

Tel.: 0711/7877-233

Fax: 0711/7877-238

■ Juni

61. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien in Kooperation mit der AG Dentale Technologie e.V.

Thema: Digitale Zahnmedizin –

Innovation in der Kooperation

Zahnarzt/Zahntechniker

Tagungspräsidenten:

Prof. Dr. Rammelsberg (DGPro),

Prof. Dr. Setz (ADT)

Termin: 07.06. – 09.06.2012

Gebühr: 96 EUR Mitglieder, 140 EUR Nichtmitglieder
Ort: Böblingen, CongressCentrum
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 www.dgpro.de oder ag-dentale-technologie.de

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@dzo.de www.dzo.de

13. Kongress der EADMFR

Thema: Bildgebende Verfahren, zahnärztliche Röntgenologie – Imaging – What a wonderful science
Veranstalter: European Academy of Dentalmaxillofacial Radiology (EADMFR) 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 Mecklenburg-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 Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft oder der DGI 70 EUR, Nichtmitglieder 90 EUR
Auskunft: Prof. Dr. Wolfgang Sümnig Ernst-Moritz-Arndt-Universität Zentrum für ZMK-heilkunde Poliklinik für MKG-Chirurgie Rotgerberstr. 8 17475 Greifswald Tel.: 03834/867168 Fax: 03834/867302 suemnig@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
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich e.V.
Termin: 23.06.2012
Ort: Kongress Palais Kassel, Holger-Börner-Platz 1, 34119 Kassel
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: Mitglieder DGI: 295 EUR, ab 12.05.2012: 330 EUR; Nicht-Mitglieder: 340 EUR, ab 12.05.2012: 375 EUR
Anmeldung: www.dginet.de/event/kassel2012

■ Juli

MEDcongress

39. Seminarkongress für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Termin: 01.07. – 07.07.2012
Ort: Baden-Baden, Kongresshaus
Auskunft: Medica Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre 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

Zahnärztetag & Prophylaxekongress der ZKN

Termin: 08.09.2012
Ort: OsnabrückHalle Schlosswall 1-9 49074 Osnabrück
Auskunft: Zahnärztekammer Niedersachsen Ansgar Zboron, Zeißstr. 11a 30519 Hannover Tel.: 0511/83391-303 azboron@zkn.de

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

Termin: 14./15.09.2012
Ort: Hannover
Auskunft: Youvivo GmbH Tel.: 089/550520-90, Fax: -92 info@youvivo.de

20. Fortbildungstage der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Thema: Alterszahnmedizin
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Ina Nitschke, Leipzig/Zürich
Termin: 14.09. – 16.09.2012
Ort: Harzer Kultur- und Kongress-Hotel, Wernigerode
Auskunft: ZÄK Sachsen-Anhalt Große Diesdorfer Str. 162 39110 Magdeburg Tel.: 0391/7393914 Fax: 0391/7393920 einecke@zahnaerztekammer-sah.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

Herbstsymposium der ÖGZMK Niederösterreich und der NÖFA
Thema: Zahnheilkunde trifft Allgemeinmedizin (Workshops und Theorie für Zahnärzte und Assistentinnen)
Veranstalter: ÖGZMK NÖ/ NÖFA
Wissenschaftliche Organisation: Dr. Hans Kellner, MDSc. (ÖGZMK Niederösterreich), Dr. Helmut Haider (ÖGZMK Niederösterreich)
Termin: 28.-29.09.2012
Ort: Fachhochschule St. Pölten
Auskunft: ÖGZMK NÖ/ NÖFA, Tel.: (43/1) 050511-3100 Fax: (43/1) 050511-3109 priirschl@noe.zahnarztzkaemer.at

Hochschulen

RWTH Aachen

CEREC-Seminar

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Intensives HandsOn-Training im gesamten CEREC-Chairside-Indikationsbereich
Referent: Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans
Termin: 24.06.2012: 08.30 bis 19.30 Uhr, 25.06.2012: 08.30 bis 14.00 Uhr
Ort: Universitätsklinikum Aachen Pauwelsstr. 30 52074 Aachen
Fortbildungspunkte: 20
Kurs-Nr.: A-06
Kursgebühr: 1 000 EUR oder Sirona-Gutschein

Anmeldung: Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans CEREC-Hotline: 0175/4004756 e-mail: jrotgans@ukaachen.de www.zahnerhaltung.ukaachen.de

Universität Bonn

Fachgebiet: Anästhesie
Thema: Lachgassedierung – Theoretische Grundlagen und Anleitungen zur Anwendung in der Praxis
Veranstalter: Poliklinik für Chirurg. Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Bonn
Referenten: AOR Dr. Barbara Mohr, Univ.-Prof. Dr. Gerhard Wahl, PD Dr. Pascal Knüfermann, Dipl.-Ing. Wolfgang Wegscheider
Termin: 21.09.2012: 09.00 – 16.45 Uhr, 22.09.2012: 09.00 – 13.00 Uhr
Ort: Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Bonn, Welschnonnenstr. 17, 53111 Bonn
Fortbildungspunkte: 12
Kursgebühr: 890 EUR
Anmeldung: Poliklinik für Chirurgische Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Sekretariat: Ute Schlütter-Thaller Welschnonnenstr. 17 53111 Bonn Tel.: 0228/287-22327 Fax: 0228/287-22653 Ute.Schluetter-Thaller@ukb.uni-bonn.de

Wissenschaftliche Gesellschaften

APW

Akademie Praxis und Wissenschaft

Fortbildungskurse

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Möglichkeiten und Grenzen der regenerativen Parodontistherapie
Referent: Prof. Dr. Thomas Hoffmann
Termin: 01.06.2012: 14.00 – 19.00 Uhr, 02.06.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Dresden
Fortbildungspunkte: 15
Kursnummer: ZF2012CP03
Kursgebühr: 540 EUR; (510 EUR DGZMK-Mitglieder; 490 EUR APW-Mitglieder)

Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: Zwischen Ethik und Recht: Entscheidungsfindung in schwierigen klinischen Fällen
Referenten: Prof. Dr. Dr. phil. Dominik Groß, RA Michael Lennartz
Termin: 15.06.2012: 13.00 – 18.00 Uhr, 16.06.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Aachen
Fortbildungspunkte: 112
Kursnummer: ZF2012CA08
Kursgebühr: 405 EUR; (385 EUR DGZMK-Mitglieder; 355 EUR APW-Mitglieder)

Fachgebiet: Kinder- und Jugendzahnheilkunde
Thema: Behandlung von Kindern und schwer behandelbaren Kindern in der zahnärztlichen Praxis
Referenten: ZÄ Barbara Beckers-Lingener, Dr. Lothar Beckers
Termin: 15.06.2012: 13.00 – 19.00 Uhr, 16.06.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Frankfurt
Fortbildungspunkte: 15
Kursnummer: ZF2012CK02
Kursgebühr: 550 EUR; (520 EUR DGZMK-Mitglieder; 490 EUR APW-Mitglieder)

APW-Fachtagung

Thema: APW Select – Die Integration der Lasertechnologie in die Zahnheilkunde
Referenten: Prof. Dr. Norbert Gutknecht, PD Dr. Jörg Meister, Prof. Dr. Matthias Frentzen, Dr. Thomas Kuypers, PD Dr. Andreas Braun, Dr. Detlef Klotz, Dr. Stefan Grümer
Termin: 15.06.2012: 09.00 – 17.30 Uhr
Ort: Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 8
Kursnummer: ZF2012SE02
Kursgebühr: 335 EUR; (315 EUR DGZMK-Mitglieder; 295 EUR APW-Mitglieder)

Auskunft: APW Liesegangstr. 17a 40211 Düsseldorf Tel.: 0211/669673-0 Fax: 0211/669673-31 apw.fortbildung@dgzmk.de www.apw-online.de

GZFA

Gesellschaft für Zahngesundheit, Funktion und Ästhetik

Fortbildungsveranstaltung

Thema: Funktionsdiagnostik & -therapie mit dem DROS-Konzept
Termin:

22.06.2012: 08.30 – 18.00 Uhr,

23.06.2012: 08.45 – 16.00 Uhr

Ort: München, GZFA

Fortbildungspunkte: 19

Kursgebühr: 1 250 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: GZFA

Gallierstr. 70 D/IV

80339 München

Tel.: 089/58988090, Fax: -92

DGCZ

Deutsche Gesellschaft für computergestützte Zahnheilkunde

Fortbildungsveranstaltungen

Thema: CEREC-Fortbildung:

Intensivkurs

Referenten: ZA P. Neumann, ZA L.

Brausewetter

Termin: 15./16.06.2012

Ort: Berlin

Fortbildungspunkte: 21

Kursnummer: IS140412

Kursgebühr: 1 249,50 EUR

Mitglieder DGCZ: 1 249,50 EUR,

ZFA: 624,75 EUR

Thema: CEREC-Fortbildung:

Intensivkurs

Referenten: Dr. W. Schweppe, Dr.

O. Schenk

Termin: 15./16.06.2012

Ort: Fröndenberg

Fortbildungspunkte: 21

Kursnummer: IS130412

Kursgebühr: 1 249,50 EUR

Mitglieder DGCZ: 1 249,50 EUR,

ZFA: 624,75 EUR

Thema: CEREC-Fortbildung:

Intensivkurs

Referent: Dr. Günter Fritzsche

Termin: 15./16.06.2012

Ort: Hamburg

Fortbildungspunkte: 21

Kursnummer: IS080212

Kursgebühr: 1 249,50 EUR

Mitglieder DGCZ: 1 249,50 EUR,

ZFA: 624,75 EUR

Thema: CEREC-Fortbildung:
Intensivkurs

Referent: Dipl.-Stom. Oliver
Schneider

Termin: 11./12.05.2012

Ort: Zwickau

Fortbildungspunkte: 21

Kursnummer: IS290212

Kursgebühr: 1 249,50 EUR

Mitglieder DGCZ: 1 249,50 EUR,

ZFA: 624,75 EUR

Thema: CEREC-Fortbildung:

Brücken- und Abutmenttechnik

Referent: Dipl.-Stom. Oliver Schnei-
der

Termin: 15./16.06.2012

Ort: Zwickau

Fortbildungspunkte: 21

Kursnummer: IL290112

Kursgebühr: 1 249,50 EUR

Mitglieder DGCZ: 1 130,50 EUR,

ZFA: 1 249,50 EUR

Thema: CEREC-Fortbildung

Intensivkurs

Referent: Dr. Otmar Rauscher

Termin: 15./16.06.2012

Ort: München

Fortbildungspunkte: 21

Kursnummer: IS490512

Kursgebühr: 1 249,50 EUR,

Mitglieder DGCZ: 1 249,50 EUR,

ZFA: 624,75 EUR

Thema: CEREC-Fortbildung

Intensivkurs

Referent: Dr. Nagihan Kücük

Termin: 22./23.06.2012

Ort: Bensheim

Fortbildungspunkte: 21

Kursnummer: IS480212

Kursgebühr: 1 249,50 EUR,

Mitglieder DGCZ: 1 249,50 EUR,

ZFA: 624,75 EUR

Thema: CEREC-Fortbildung:

Krone/Veneer m. Malübungen

Referenten: Dr. W. Schweppe, Dr.

O. Schenk

Termin: 23.06.2012

Ort: Fröndenberg

Fortbildungspunkte: 11

Kursnummer: AW130212

Kursgebühr: 624,75 EUR

Mitglieder DGCZ: 565,25 EUR,

ZFA: 624,75 EUR

Anmeldung: DGCZ e.V.

Karl-Marx-Str. 124

12043 Berlin

Tel.: 030/767643-88

Fax: 030/767643-86

e-mail: sekretariat@dgcz.org

www.dgcz.org

DGOI

Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie e.V.

Fortbildungsveranstaltung

Thema: Curriculum Implantologie

„8+1“ Kursreihe 22

Termin: 07./08.12.2012 –

28./29.06.2013 (einzelne Termine
auf Anfrage)

Fortbildungspunkte: 200

Kursgebühr:

DGOI-Mitglieder: 4 800 EUR,

Nicht-Mitglieder: 5 800 EUR

Auskunft und Anmeldung:

DGOI

Frau Semmler

Bruchsaler Str. 8

76703 Kraichtal

Tel.: 07251/618996-15

Fax: 07251/618996-26

DGZI

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie

Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Curriculum Implantologie:

Implantologie aus der Praxis für

die Praxis

Referent: Dr. Dr. Werner Stermann

Termin: 02./03.06.2012

Ort: Hamburg

Fortbildungspunkte: 20

Kurs-Nr.: Wahlmodul 13

Kursgebühr: 750 EUR

Thema: Curriculum Implantologie:

Okklusion und Funktion in der Im-
plantologie

Referent: OA Dr. Torsten Mundt

Termin: 24./25.08.2012

Ort: Greifswald

Fortbildungspunkte: 20

Kurs-Nr.: Pflichtmodul 6

Kursgebühr: 750 EUR

Anmeldung:

DGZI-Geschäftsstelle:

sekretariat@dgzi-info.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

Mai

Fachgebiet: Abrechnung

Thema: KFO-Laborabrechnungs-
Seminar (BEL II und BEB

1997/2009), speziell für Kieferor-
thopädie, für Einsteiger und Fort-
geschrittene

Veranstalter: KFO-Management

Berlin

Referentin:

Dipl.-Kffr. Ursula Duncker

Termin:

11.05.2012: 09.00 – 15.00 Uhr

Ort: Berlin

Fortbildungspunkte: 7

Kursgebühr: 285 EUR zzgl. MwSt.

Anmeldung:

KFO-Management Berlin

Frau Duncker

Berliner Str. 26 B

13507 Berlin

Tel.: 030/96065590

Fax: 030/96065591

optimale@kfo-abrechnung.de

www.kfo-abrechnung.de

Fachgebiet: Abrechnung

Thema: KFO-Laborabrechnungs-
Workshop (BEL II und BEB

1997/2009), speziell für Kieferor-
thopädie, für Fortgeschrittene

Veranstalter: KFO-Management

Berlin

Referentin:

Dipl.-Kffr. Ursula Duncker

Termin:

12.05.2012: 09.00 – 16.00 Uhr

Ort: Berlin

Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 285 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 KFO-Management Berlin
 Frau Duncker
 Berliner Str. 26 B
 13507 Berlin
 Tel.: 030/96065590
 Fax: 030/96065591
 optimale@kfo-abrechnung.de
 www.kfo-abrechnung.de

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: DVT Fach- und Sachkunde Kurs
Veranstalter: Bauer & ReifDental GmbH
Referenten:
 Prof. Dr. Christoph Benz,
 Prof. Dr. Gabriele Kaeppler
Termin:
 Teil 1: 12.05.2012: 09.00 – 17.30 Uhr,
 Teil 2: 15.09.2012: 09.00 – 12.30 Uhr
Ort: München
Fortbildungspunkte: 13
Kursgebühr: 950 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft:
 Bauer & Reif Dental
 Heimeranstr. 35
 80339 München
 Tel.: 089/767083-16
 Fax: 089/767083-50

Juni

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Die neue GOZ – Alle Änderungen im KFO-Bereich: aktuelle Empfehlungen – erste Erfahrungen
Veranstalter: KFO-Management Berlin
Referentin:
 Dipl.-Kffr. Ursula Duncker
Termin:
 01.06.2012: 10.00 – 16.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 6
Kursgebühr: 285 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 KFO-Management Berlin
 Frau Duncker
 Berliner Str. 26 B
 13507 Berlin
 Tel.: 030/96065590
 Fax: 030/96065591
 optimale@kfo-abrechnung.de
 www.kfo-abrechnung.de

Fachgebiet: Restaurative ZHK
Thema:
 Intensiv-Seminar Rekonstruktion und Buxismus
Veranstalter:
 Ivoclar Vivadent GmbH
Termin: 13.06.2012:
 14.30 – 20.15 Uhr
Ort: Miritim Hotel, Pleichertorstraße, 97070 Würzburg
Kursgebühr: 198 EUR zzgl. MwSt., Frühbuchepreis bis zum 16.05.2012: 149 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft:
 Ivoclar Vivadent GmbH
 Dr. Adolf-Schneider-Str. 2
 73479 Ellwangen
 Tel.: 07961/889-205
 Fax: 07961/6326
 www.ivoclarvivadent.de

Fachgebiet: Endodontie
Thema:
 Endodontie für den Praxisalltag – Ein-Feilen-Technik mit Wave One
Veranstalter:
 Westerburger Kontakte
Referent: Dr. Henning Bahne-
 mann, MSc
Termin: 15.06.2012:
 14.00 – 18.00 Uhr bis
 16.06.2012:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Westerburg
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 1570
Kursgebühr: 900 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft:
 Westerburger Kontakte GmbH Co.
 KG,
 Schloss Westerburg
 56457 Westerburg
 Tel.: 02663/9119030
 Fax: 02663/9119034
 info@westerburgerkontakte.de
 www.westerburgerkontakte.de

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: KFO Creativ – der etwas andere Kurs
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referentin: ZT Claudia Stößer
Termin: 15.06.2012
Ort: Ispringen
Kursgebühr: 219 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Implantologie
Thema:
 ITI-Fortbildung: Sicherheit auch in schwierigen Situationen – Komplikationsmanagement
Veranstalter: Kieferchirurgische
 Gemeinschaftspraxis
 Fachärzte für MKG-Chirurgie
 Dr. med. Dr. med. dent. Ulrich Stroink, Dr. med. Dr. med. dent. Bernd Biermann, Dr. med. Dr. med. dent. Wolfgang Schmitt, Dr. med. Dr. med. dent. Thomas Clasen, Prof. Dr. Dr. Claus Udo Fritze
Referent: Prof. Dr. Frank Schwarz
Termin:
 15.06.2012: 15.00 – 17.00 Uhr,
 16.06.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7-9,
 40210 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 13
Kursgebühr: 550 EUR
Anmeldung:
 Kieferchirurgische
 Gemeinschaftspraxis
 Fachärzte für MKG-Chirurgie
 Stresemannstr. 7-9
 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/875508-0, Fax: -99
 www.kieferchirurgie.org

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Kieferorthopädischer
 Grundkurs Teil II – Herstellung von bimaxillären Geräten
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referent: ZT Jörg Meier
Termin: 15./16.06.2012
Ort: Münster
Kursgebühr: 449 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Gaumennahterweiterung (GNE, Hyrax) vs. Quadhelix
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referent: ZT Guido Pedroli
Termin: 15./16.06.2012
Ort: Ispringen
Fortbildungspunkte: 17
Kursgebühr: 449 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Kieferorthopädischer
 Grundkurs Teil I – Herstellung von Plattenapparaturen
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referent: ZT Jörg Stehr
Termin: 15./16.06.2012
Ort: Ispringen
Kursgebühr: 449 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Anatomie und operative
 Techniken
Veranstalter: Dentaurum Implants
 GmbH
Referenten:
 Prof. Dr. Werner Götz und Dr.
 Friedhelm Heinemann
Termin: 16.06.2012
Ort: Universität Bonn
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 460 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: Endodontie
Thema: Endodontie up- (to)- DATE
Veranstalter: MICRO-MEGA Endodontics
Referent: Prof. Dr. Thomas Wrbas,
 Uni Freiburg
Termin: 16.06.2012
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 4
Kursgebühr: 95 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 stephan.gruner@micro-mega.com
 Fax: 07561/98343615
 Tel.: 030/28706055

Fachgebiet: Restaurative ZHK
Thema: Moderne Behandlungskonzepte unter Einsatz neuer Restaurationmaterialien und CAD/CAM
Veranstalter: Ariana Dental-Design GmbH
Referent: Prof. Dr. Daniel Edelhoff, Universität München
Termin: 16.06.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 380 EUR
Anmeldung: Ariana Seminare, Wilmersdorfer Arcaden (5. Stock), Wilmersdorfer Str. 54, 10627 Berlin
 Tel.: 030/810369322
 www.arianadental.de

Fachgebiet: Kommunikation
Thema: Kritik und Konflikte
Veranstalter: KomMed Ute Jürgens
Referentin: Ute Jürgens
Termin: 16./17.06.2012, Transfernachmittag (optional) 18.07.2012
Ort: Lilienthal bei Bremen
Fortbildungspunkte: 19
Kursgebühr: 290 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Ute Jürgens, Peter-Sonnenschein-Str. 59, 28865 Lilienthal
 Tel.: 04298/469977
 info@kommed-coaching.de
 www.kommed-coaching.de

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Mögliche Grenzen der Zahnärztlichen Kieferorthopädie und in der Ästhetischen Zahnheilkunde
Veranstalter: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis Fachärzte für MKG-Chirurgie Dr. med. Dr. med. dent. Ulrich Stroink, Dr. med. Dr. med. dent. Bernd Biermann, Dr. med. Dr. med. dent. Wolfgang Schmitt, Dr. med. Dr. med. dent. Thomas Clasen, Prof. Dr. Dr. Claus Udo Fritzsche
Referent: Dr. Matthias Höschel
Termin: 20.06.2012: 15.00 – 17.30 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7-9, 40210 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 2
Kursgebühr: 50 EUR zzgl. MwSt., aus Überweiserpraxen 35 EUR
Anmeldung: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis Fachärzte für MKG-Chirurgie Stresemannstr. 7-9 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/875508-0, Fax: -99
 www.kieferchirurgie.org

Fachgebiet: Restaurative ZHK
Thema: Modernes Behandlungskonzept der Restauration von Front- und Seitenzähnen
Veranstalter: Westerburger Kontakte
Referenten: ZTM Paul Gerd Lenze, Dr. Dieter Reusch, Dr. Uwe Blunck, ZA Jan Strüder
Termine: 21.06.2012: 09.00 – 19.00 Uhr bis 23.06.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Westerburg
Fortbildungspunkte: 27
Kurs-Nr.: 1567
Kursgebühr: 1 350 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte GmbH Schloss Westerburg, 56457 Westerburg
 Tel.: 02663/9119030
 Fax: 02663/9119034
 info@westerburgerkontakte.de
 www.westerburgerkontakte.de

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: KFO Spezialkurs „Nence, Hydrax etc.“ – Herstellung von Hilfsmitteln in Verbindung mit der festsitzenden Behandlungstechnik
Veranstalter: Dentaurum
Referent: Dr. Wolfgang Scholz
Termin: 21./22.06.2012
Ort: Ispringen
Fortbildungspunkte: 17
Kursgebühr: 449 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum GmbH & Co. KG Jenny Koch
 Turnstr. 31 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Mein erstes Implantat – Teil I – Theoretisch-praktisches Intensivseminar für den Einsteiger
Veranstalter: Westerburger Kontakte
Referent: Dr. Christopher Köttgen
Termin: 22.06.2012: 10.00 – 18.00 Uhr 23.06.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Westerburg
Fortbildungspunkte: 17
Kurs-Nr.: 1553A
Kursgebühr: 800 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte GmbH Schloss Westerburg, 56457 Westerburg
 Tel.: 02663/9119030
 Fax: 02663/9119034
 info@westerburgerkontakte.de
 www.westerburgerkontakte.de

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Laborabrechnungs-Seminar (BEL II u. BEB) – speziell für KFO, für Einsteiger & Fortgeschrittene
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referentin: Ursula Duncker
Termin: 22.06.2012
Ort: Kassel
Fortbildungspunkte: 6
Kursgebühr: 249 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum GmbH & Co. KG Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Psychologie/ Psychosomatik
Thema: – Balint – Supervisionsgruppe für ZÄ
Veranstalter: ZA Dr. Joachim Stoffel, HP-Psychotherapie
Referent: Dr. Joachim Stoffel
Termin: 22.06.2012: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hotel Hanuselhof, Hellengerst bei Kempten/Allgäu
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 140 EUR
Anmeldung: Dr. Joachim Stoffel
 Albert-Schweitzer-Str. 4 87527 Sonthofen
 Tel.: 08321/82995
 info@balint-stoffel.de
 www.balint-stoffel.de

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Kieferorthopädischer Grundkurs Teil I – Herstellung von Plattenapparaturen
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referent: ZT Jörg Meier
Termin: 22./23.06.2012
Ort: Hamburg
Kursgebühr: 449 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum GmbH & Co. KG Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Ergonomie
Thema: Ergonomie und Workflow in der Zahnarztpraxis
Veranstalter: J. Morita Europe GmbH
Referent: Herr Ates
Termin: 22./23.06.2012
Ort: Köln
Fortbildungspunkte: 14
Kursgebühr: 890 EUR für ZÄ, 630 EUR Angestellte/Assistenzärzte
Anmeldung: Anne Altmann
 info@morita.de
 Tel.: 06074/836-113

Fachgebiet: Ergonomie
Thema: Ergonomie und Workflow in der Zahnarztpraxis
Veranstalter: J. Morita Europe GmbH
Referent: Dr. Lohmann
Termin: 22./23.06.2012
Ort: Bremen
Fortbildungspunkte: 14
Kursgebühr: 890 EUR für ZÄ, 630 EUR Angestellte/Assistenzärzte
Anmeldung: Anne Altmann
 info@morita.de
 Tel.: 06074/836-113

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Kurs zur Perfektionierung der Biege- und Streutechnik
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referent: ZT Guido Pedroli
Termin: 23.06.2012
Ort: Frohburg (bei Leipzig)
Kursgebühr: 275 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum GmbH & Co. KG Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Laborabrechnungs-Seminar (BEL II u. BEB) – speziell für KFO, für Fortgeschrittene
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referentin: Ursula Duncker
Termin: 23.06.2012
Ort: Kassel
Fortbildungspunkte: 6
Kursgebühr: 249 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum GmbH & Co. KG Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Implantologie
Thema: SKY fast&fixed / Feste Zähne – sofort!
Veranstalter: bredent group
Referenten: Dr. Georg Bayer, Dr. Frank Kistler
Termin: 23.06.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Landsberg
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 950 M002 0
Kursgebühr: 950 EUR pro Team (1 ZA, 1 ZT) zzgl. MwSt.
Auskunft: bredent medical GmbH & Co. KG Frau Fischer
 Tel.: 07309/872616, Fax: -55 Alina.Fischer@bredent.com www.bredent.de

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Das gelötete Herbstscharnier
Veranstalter: Dentaurum
Referent: ZT Stephan Jopp
Termin: 23.06.2012
Ort: Ispringen
Kursgebühr: 299 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum GmbH & Co. KG, Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-407, Fax: -409 kurse@dentaurum.de www.dentaurum.com

Fachgebiet: Schlafmedizin
Thema: Workshop: intraorale Protrusionsschienen (IPS) bei Schlafapnoe und Schnarchen
Veranstalter: Idsteiner Zentrum Zahnärztliche Schlafmedizin (IZS)
Referent: Dr. J. Langenhan
Termin: 26.06.2012 (IZS 2/12): 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Fresenius Hochschule, 65510 Idstein
Fortbildungspunkte: 11
Kursgebühr: 400 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Tel.: 0172/7242172
 Tel: 06126/989667
 info@zahnarztliche-schlafmedizin.de

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Workshop zur Einweisung in die NewTom-DVT-5-G-Software
Veranstalter: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
 Fachärzte für MKG-Chirurgie
 Dr. med. Dr. med. dent. Ulrich Stroink, Dr. med. Dr. med. dent. Bernd Biermann, Dr. med. Dr. med. dent. Wolfgang Schmitt, Dr. med. Dr. med. dent. Thomas Clasen, Prof. Dr. Dr. Claus Udo Fritzscheier
Referent: Dr. Dr. Ulrich Stroink, ZTM Dominik Kruchen
Termin: 26.06.2012: 19.00 – 21.00 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7-9, 40210 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 2
Kursgebühr: 50 EUR zzgl. MwSt., aus Überweiserpraxen 40 EUR
Anmeldung: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
 Fachärzte für MKG-Chirurgie
 Stresemannstr. 7-9
 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/875508-0
 Fax: 0211/875508-99
 www.kieferchirurgie.org

Fachgebiet: Marketing
Thema: Die acht Grundpfeiler des zahnärztlichen Marketings
Veranstalter: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
 Fachärzte für MKG-Chirurgie
 Dr. med. Dr. med. dent. Ulrich Stroink, Dr. med. Dr. med. dent. Bernd Biermann, Dr. med. Dr. med. dent. Wolfgang Schmitt, Dr. med. Dr. med. dent. Thomas Clasen, Prof. Dr. Dr. Claus Udo Fritzscheier
Referenten: Dr. Gallas, Prof. Dr. Thomas Sander
Termin: 27.06.2012: 17.00 – 19.00 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7-9, 40210 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 2
Kursgebühr: 195 EUR zzgl. MwSt., aus Überweiserpraxen 195 EUR
Anmeldung: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
 Fachärzte für MKG-Chirurgie
 Stresemannstr. 7-9
 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/875508-0
 Fax: 0211/875508-99
 www.kieferchirurgie.org

Fachgebiet: Zahnmedizin
Thema: Innovative Restaurationsmöglichkeiten mit Hochleistungspolymeren und Lava Ultimate
Veranstalter: CORONA Lava™ Fräszentrum
Referent: Prof. Dr. med. dent. Daniel Edelhoff
Termin: 27.06.2012: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Starnberg
Fortbildungspunkte: 4
Kursgebühr: 35 EUR
Anmeldung: bis 20.06.2012
 Frau Mok
 CORONA Lava™ Fräszentrum
 Münchener Str. 33
 82319 Starnberg
 Tel.: 08151/555388

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Wie sag ich es meinem Patienten?
Veranstalter: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
 Fachärzte für MKG-Chirurgie
 Dr. med. Dr. med. dent. Ulrich Stroink, Dr. med. Dr. med. dent. Bernd Biermann, Dr. med. Dr. med. dent. Wolfgang Schmitt, Dr. med. Dr. med. dent. Thomas Clasen, Prof. Dr. Dr. Claus Udo Fritzscheier
Referent: Kurt-Georg Scheible
Termin: 29.06.2012: 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7-9, 40210 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 4
Kursgebühr: 72 EUR zzgl. MwSt.,
Anmeldung: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
 Fachärzte für MKG-Chirurgie
 Stresemannstr. 7-9
 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/875508-0
 Fax: 0211/875508-99
 www.kieferchirurgie.org

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Kieferorthopädischer Grundkurs Teil I – Herstellung von Plattenapparaturen
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referent: ZT Monika Brinkmann
Termin: 29./30.06.2012
Ort: Freiburg (bei Dresden)
Kursgebühr: 449 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum GmbH & Co. KG
 Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Herstellung kieferorthopädischer Retentionsgeräte
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referentin: ZT Christine Ramian-
Termin: 29./30.06.2012
Ort: Ispringen
Fortbildungspunkte: 17
Kursgebühr: 449 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum GmbH & Co. KG
 Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Grundlagen der manuellen Funktionsanalyse
Veranstalter: Westerburger Kontakte
Referent: ZA Siegfried Leder
Termin: 29.06.2012: 09.00 – 19.00 Uhr bis 30.06.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Westerbürg
Fortbildungspunkte: 17
Kurs-Nr.: 1560
Kursgebühr: 850 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte GmbH Co. KG,
 Schloss Westerbürg
 56457 Westerbürg
 Tel.: 02663/9119030
 Fax: 02663/9119034
 info@westerburgerkontakte.de
 www.westerburgerkontakte.de

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Totalprothetik – so geht's: Schritt für Schritt zur funktionierenden totalen Prothese. Mit Hands-On-Übungen und Live-Demo am Patienten
Veranstalter: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
 Fachärzte für MKG-Chirurgie
 Dr. med. Dr. med. dent. Ulrich Stroink, Dr. med. Dr. med. dent. Bernd Biermann, Dr. med. Dr. med. dent. Wolfgang Schmitt, Dr. med. Dr. med. dent. Thomas Clasen, Prof. Dr. Dr. Claus Udo Fritzscheier
Referent: ZTM Felix Gies
Termin: 30.06.2012: 09.00 – 15.00 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7-9, 40210 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 6
Kursgebühr: 195 EUR zzgl. MwSt., aus Überweiserpraxen 180 EUR

Anmeldung: Kieferchirurgische
Gemeinschaftspraxis
Fachärzte für MKG-Chirurgie
Stresemannstr. 7-9
40210 Düsseldorf
Tel.: 0211/875508-0
Fax: 0211/875508-99
www.kieferchirurgie.org

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Implantatplanung – von
klassisch bis dreidimensional
Veranstalter: Dentaurum Implants
GmbH
Referenten:
Dr. Friedhelm Heinemann,
ZTM Eike Erdmann
Termin: 30.06.2012
Ort: Heiligenhaus
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 383 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: Implantologie
Thema: Sinuslift und atrophiertes
laterales Oberkiefer
Veranstalter: Dentaurum Implants
GmbH
Referenten:
Prof. Dr. Dr. Wilfried Engelke und
Dr. Joachim Hoffmann
Termin: 30.06.2012
Ort: Lauf an der Pegnitz
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 460 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: Implantologie
Thema: Implantatplanung – von
klassisch bis dreidimensional
Veranstalter: Dentaurum Implants
GmbH
Referent:
Dr. Sigmar Schnutenhaus
Termin: 30.06.2012
Ort: Ispringen
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 383 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: Kieferorthopädie
Thema: Abformung – aber richtig!
Veranstalter: bredent group
Referentin: Sabine Rissmann
Termin: auf Anfrage
Ort: vor Ort, in Ihrer Praxis
Kurs-Nr.: 950 M008 0
Kursgebühr: 99 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: bredent medical GmbH
& Co. KG, Frau Fischer
Tel.: 07309/872616, Fax: -55
Alina.Fischer@bredent.com
www.bredent.de

Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: Therapiekonzepte die
Basis für die erfolgreiche Praxis
Veranstalter: bredent group
Referenten:
Herbert Bibiza, Roland Benz
Termin: auf Anfrage
Ort: vor Ort, in Ihrer Praxis
Fortbildungspunkte: 2
Kurs-Nr.: 950 M005 1
Auskunft: bredent medical GmbH
& Co. KG, Frau Fischer
Tel.: 07309/872616, Fax: -55
Alina.Fischer@bredent.com
www.bredent.de

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Teamstart Chirurgie
Veranstalter: bredent group
Referent:
PD Dr. Dr. Horst E. Umstadt
Termin: auf Anfrage
Ort: CMF Care Weinheim
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: 950 M008 2
Kursgebühr: 800 EUR pro Team
(1 ZA + 1 ZFA) zzgl. MwSt.
Auskunft: bredent medical GmbH
& Co. KG, Frau Fischer
Tel.: 07309/872616, Fax: -55
Alina.Fischer@bredent.com
www.bredent.de

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Starker Knochenverlust im OK oder UK – was tun?
Veranstalter: bredent group
Referent: PD Dr. Dr. Horst E. Umstadt
Termin: auf Anfrage
Ort: Weinheim
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 950 M008 3
Kursgebühr: 950 EUR
Auskunft: bredent medical GmbH & Co. KG, Frau Fischer
 Tel.: 07309/872616, Fax: -55
 Alina.Fischer@bredent.com
 www.bredent.de

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

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Der Patient 2.0 – Wie richte ich mich auf die Generation Google ein
Veranstalter: Initiative Zahngesundheit
Referent: Hans J. Schmid
Dauer: 3 inspirierende Stunden
Ort: in Ihrer Praxis
Kursgebühr: 399 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Initiative Zahngesundheit
 Kerzenleite 12
 97209 Veitshöchheim
 Tel.: 0931/2076262
 Pr@xiserfolg.com

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Die Zielvereinbarung mit Mitarbeitern vom Zufall zur Zielerfüllung
Veranstalter: Initiative Zahngesundheit
Referent: Hans J. Schmid
Dauer: 3 inspirierende Stunden
Ort: in Ihrer Praxis
Kursgebühr: 399 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Initiative Zahngesundheit
 Kerzenleite 12
 97209 Veitshöchheim
 Tel.: 0931/2076262
 Pr@xiserfolg.com

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Die Patientenqualifizierung: Vom Einmalpatient zum Langzeitkunden
Veranstalter: Initiative Zahngesundheit
Referent: Hans J. Schmid
Dauer: 3 inspirierende Stunden
Ort: in Ihrer Praxis
Kursgebühr: 399 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Initiative Zahngesundheit
 Kerzenleite 12
 97209 Veitshöchheim
 Tel.: 0931/2076262
 Pr@xiserfolg.com

Fachgebiet: Ergonomie
Thema: 2-Tage-Trainingskurs in 12-Uhr-Behandlung zur Vermeidung orthopädischer Beschwerden
Veranstalter: GEPEC
Referent:
 ZA/Oralchirurg Dr. Wolf Neddermeyer (GEPEC Deutschland)
Termin: nach Vereinbarung
Ort: Anmeldepraxis
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 11-34
Kursgebühr: 525 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 www.feelbased.com

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Abformung – aber richtig!
Veranstalter: bredent group
Referentin: Sabine Rissmann
Termin: auf Anfrage
Ort: vor Ort, in Ihrer Praxis
Kurs-Nr.: 950 M008 0
Kursgebühr: 99 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: bredent medical GmbH & Co. KG, Frau Fischer
 Tel.: 07309/872616, Fax: -55
 Alina.Fischer@bredent.com
 www.bredent.de

Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: Therapiekonzepte die Basis für die erfolgreiche Praxis
Veranstalter: bredent group
Referenten:
 Herbert Bibiza, Roland Benz
Termin: auf Anfrage
Ort: vor Ort, in Ihrer Praxis
Fortbildungspunkte: 2
Kurs-Nr.: 950 M005 1
Auskunft: bredent medical GmbH & Co. KG, Frau Fischer
 Tel.: 07309/872616, Fax: -55
 Alina.Fischer@bredent.com
 www.bredent.de

Fachgebiet: Ergonomie
Thema: Ergonomie und Workflow in der Zahnarztpraxis
Veranstalter: Morita
Referenten, Orte und Termine:
 Herr Rethfeld in
 Neuweiler am:
 21./22.04.2012,
 01.02.06.2012,
 07./08.09.2012;
 Dr. Wollner und Dr. Schloss in
 Nürnberg am:
 11./12.05.2012,
 23./24.11.2012;
 Dr. Hoffmann in
 Ingolstadt am:
 11./12.05.2012,
 26./27.10.2012;
 Dr. Ates in
 Köln am:
 22./23.06.2012,
 12./13.10.2012;
 Dr. Lohmann in
 Bremen am:
 22./23.06.2012,
 12./13.10.2012;
 Dr. Huhn in
 Dessau am:
 14./15.09.2012,
 30.11./01.12.2012;
 Dr. Neddermeyer in
 Dietzenbach am:
 13./14.07.2012,
 14./15.09.2012

Fortbildungspunkte: 14
Kursgebühr: 890 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 J. Morita Europe GmbH
 Justus-von-Liebig-Str. 27a
 63128 Dietzenbach
 Tel.: 06074836 – 0
 Fax: 06074836 – 299
 www.morita.com/europe
 info@morita.de

Verlust von Kammerausweisen

ZÄK Niedersachsen

Die Ausweise
 Nr. 5687 von Christoph Langheim
 Nr. 3443 von dr. stom./ Univ. Belgrad Slavka Teodorovic
 Nr. 6056 von Dr. Ulrike Schnaidt
 Nr. 6225 von Dr. Christian Holscher

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

Konstituierte Vertreterversammlung der Bezirkszahnärztekammer Pfalz

Die konstituierende Vertreterversammlung der Bezirkszahnärztekammer Pfalz findet am

Mittwoch, 25. April 2012, 14:00 Uhr,

im Zahnärztheaus, Brunhildenstraße 1, in 67059 Ludwigshafen, statt.

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

gez. Dr. Wilfried Woop
 Vorsitzender der BZK Pfalz

Langfristige Geldanlagen

Fonds im Fokus

Finanzkrise und kein Ende. Viele Anleger sind verunsichert, wünschen sich eine Anlage, die sich langfristig rentiert, und lehnen die Hektik von kurzfristigen Investments ab. Die Angebote der Fondsanbieter sind zahlreich, entscheidend ist die individuelle Balance zwischen Renditeerwartung und Risikobereitschaft.



Die Qual der Wahl: Angesichts der Vielzahl von Anlagemöglichkeiten lohnt ein prüfender Blick.

Welcher Zahnarzt kennt das nicht? Am Abend klingelt das Telefon und der Berater der Hausbank unterbreitet Vorschläge, wie der Kunde sein Depot optimieren könnte, um ja nicht auf spektakuläre Deals verzichten zu müssen. Das passiert wahrscheinlich mehrmals im Jahr. Dabei geht es weniger um das Wohl des (müden) Zahnarztes als vielmehr um die Gebühren, die die Bank bei An- und Verkäufen kassiert. Häufig lautet die Antwort des Bedrängten dann „Ja“, nur um endlich den Feierabend genießen und in Ruhe die Füße hochlegen zu können.

Möglicherweise lukrativer wäre eine Geldanlage mit längerfristigem Investment. Aktien- oder Mischfonds bieten hier vielfältige Möglichkeiten. Das Problem ist nur, unter rund 8000 Investmentfonds die geeigneten herauszufinden. Einfach ist die Entscheidung, wenn dem Anleger eine durchschnittliche

Rendite reicht. Dann wählt er ohne Umstände einen Indexfonds, der sich auf einen internationalen Aktienindex bezieht, wie zum Beispiel den iShares MSCI World. Die Wahl dieser Anlageform erfüllt schon mal das wichtigste Kriterium, nämlich eine möglichst breite Streuung der Werte nach Branchen, Währungen und Ländern.

Index als Gradmesser

Der internationale Aktienindex gilt als der wichtigste Maßstab der Fondsmanager. An ihm messen sie Erfolg und Misserfolg. In ihm sind allerdings keine Schwellenländer wie China oder Brasilien aufgenommen. 50 Prozent der in ihm enthaltenen rund 1600 Werte sind amerikanisch. Das Risiko, Verluste zu erleiden oder Gewinne zu erzielen, entspricht immer dem Durchschnitt der in ihm enthaltenen Werte.

Ein weiterer großer Vorteil, der für alle Indexfonds gilt, sind die niedrigen Gebühren, weil es keinen Manager gibt, der die Fonds betreut. Das muss nicht von Nachteil sein. „Aber“, wendet Christian Michel, Fondsanalyst bei der Ratingagentur Feri, ein, „mit einem gemanagten Fonds besteht die Chance, eine höhere Rendite zu erzielen oder das Risiko zu reduzieren.“ Eine gewisse Risikobereitschaft gehört allerdings dazu. Wie groß die ist, muss jeder Anleger für sich entscheiden, bevor er investiert. Er muss klar definieren, ob er einen Fonds sucht, in dem sein Kapital eher vor Verlusten geschützt ist oder ob er sich mehr Rendite wünscht.

Eher vorsichtig gestimmte Anleger wählen einen Mischfonds. Er legt in verschiedenen Investmentbereichen (Assets) wie zum Beispiel Staats- und Unternehmensanleihen, Aktien aber auch in Zertifikate und Optionen an. Auf diese Weise kann der Manager je nach Marktentwicklung flexibel reagieren und die Risiken breit streuen.

Ein Fonds hingegen, der aus dem Aktienindex entnommen wird, erfordert mehr Mut zum Risiko. Michel meint dazu: „Bevor der Anleger in Aktien investiert, sollte er sich überlegen, ob er bereit ist, kurz- bis mittelfristig auch einen höheren Verlust hinzunehmen.“ Damit sich eine Anlage in Aktienfonds lohnt, sollte nur Geld in diese Anlage fließen, auf das der Anleger mindestens zehn Jahre verzichten kann.

Bei der Auswahl eines Fonds – egal ob Misch- oder Aktienfonds – für die Langfristanlage gilt es, ein paar Kriterien zu beachten. Die breiteste Streuung und damit eine Reduzierung der Risiken gewährt ein Fonds, der international anlegt. Sich auf den deutschen oder ausschließlich europäischen Markt zu beschränken, verschärft das Risiko. Wer lange Zeit in einem Produkt verbleiben will, sollte sich auf Fonds von seriösen Gesell-

Foto: VMD - Fotolia.com

schaften konzentrieren. Am besten wählt man ein „Flaggschiff“, das eine lange Tradition aufweist und ein dementsprechendes Renommee besitzt. Dieser Fonds steht ständig im Fokus, das Management widmet ihm mehr Aufmerksamkeit als einem anderen. Grundsätzlich sollten Anleger und Berater die Performance, also die Entwicklung des Fonds in der Vergangenheit, über einen langen Zeitraum und zu verschiedenen Marktphasen studieren. Wie erfolgreich hat der Manager gearbeitet? Wie lange betreut er den Fonds schon? Wechselt das Management häufig? Dies sind Angaben, die zur Beurteilung eines Fonds erforderlich sind. Natalia Wolfstetter, Fondsanalytikerin bei der Ratingagentur Morningstar, bestätigt: „Die Kontinuität beim Personal ist sehr wichtig. Denn Manager, die lange dabei sind, schaffen Vertrauen und erlauben dem Anleger eine gewisse Berechenbarkeit bei der Fondsentwicklung.“

Damit das Management seine Strategie überhaupt umsetzen kann, bedarf es einer gewissen monetären Fondsgröße. Zwischen 70 und 100 Millionen Euro an Finanzvolumen sollten es schon sein. Denn wird der Fonds zu klein, ist die Gefahr gegeben, dass er eingeht. Das Kapital der Anleger wandert dann in einen anderen Fonds der Gesellschaft, dessen Strategie vielleicht den Vorstellungen des Anlegers nicht mehr entspricht.

Richtiges Finanzvolumen

Zu stark darf der Mittelzufluss aber auch nicht werden. Dann lässt sich das „Schiff“ nur noch schwer manövrieren. So geschah es häufig mit besonders erfolgreichen Fonds wie zum Beispiel dem Carmignac Patrimoine. Im vergangenen Jahr ließ dessen Rendite zu wünschen übrig, weil enorm viel Kapital zufließt. Inzwischen hat

sich die Situation wieder beruhigt. Nachteilig auf die Rendite wirken sich auch die Gebühren aus. Gemanagte Fonds kosten in der Regel einen Ausgabeaufschlag von fünf Prozent. Hinzu kommt eine jährliche Managementgebühr zwischen 0,8 und 1,3 Prozent. Manchmal fällt zusätzlich eine Erfolgsprämie an. Allerdings schaffen es erfolgreiche Manager auch, so viel Rendite zu erwirtschaften, dass die Gebühren kaum mehr ins Gewicht fallen.

Jahrelange Erfolge verhalfen auch dem amerikanischen Templeton Growth Fonds zu einer Position als „Fonds fürs Leben“. Wolfstetter erinnert sich: „Besonders in den Krisenjahren 2000/2001 blieb er erfolgreich. Doch seit 2005 ist er ins Mittelfeld abgerutscht.“ Seitdem hat das Fondsmanagement zwar mehrere Male gewechselt, doch gebessert hat sich nichts. Er gehört schon lange nicht mehr in die Liste der empfehlenswerten Fonds.



Foto: pizutti/pc - Fotolia.com

Gerade bei Anlagen, in denen das Risiko höher ist, sind Rechnen, Taxieren und rechtzeitiges Handeln angezeigt.

Es lohnt sich, vor der Entscheidung etwas mehr Zeit in das Studium der Fondsdaten zu investieren, um aus dem Riesenangebot die richtigen Produkte zu wählen. Hier eine Auswahl von Fonds mit unterschiedlichen Ansätzen, wobei die Zusammenstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt:

■ Vermögensbildungsfonds I

Der Vermögensbildungsfonds I der Deutsche Bank-Fondsgesellschaft DWS gehört zu den Klassikern der deutschen Geldanlage und ist ein Beispiel dafür, wie wichtig der Fondsmanager für den Erfolg ist.

Klaus Kaldemorgen betreute seit 1994 den Fonds, bis er andere Aufgaben bei DWS übernahm. Prompt blieb der Erfolg in 2009 und 2010 aus. Inzwischen hat Kaldemorgen das Ruder wieder übernommen. Seine Aktienausswahl war nicht immer glücklich. Doch die Analysten von Morningstar zeigen sich optimistisch: „Insgesamt halten wir an diesem Fonds fest, doch machen wir aufgrund der Aktienselektion einige Abstriche.“ Das Fondsvolumen beträgt rund 5,1 Milliarden Euro, die Gesamtkosten sind unterdurchschnittlich.

■ Uniglobal

Er gehört zur Familie der Union Investment, die Fondsgesellschaft der Volks- und Raiffeisenbanken. Vor Kurzem kürte die Zeitschrift „Capital“ die Union Investment zur erfolgreichsten Fondsgesellschaft der letzten zehn Jahre. Sie verzichtet auf Modethemen wie

„Schwellenländer“ oder „Wasser“, Investmentbereiche, mit denen andere ihre Fonds aufpolieren wollen, und setzt mehr auf die Wertsicherung. Der bereits 1960 aufgelegte Uniglobal mit einem Fondsvolumen von rund 6,6 Milliarden Euro zählt seit Langem zur Spitzengruppe deutscher Fonds. Er orientiert sich am MSCI-World-Index und ist in rund 250 Werte großer Unternehmen weltweit investiert. Die Gebühren sind moderat.

■ Sauren Global Balanced A

Dieser Fonds gehört zur Kategorie der Dachfonds. Das heißt, er investiert in andere Fonds. Damit werden die Risiken noch breiter gestreut. Der Fonds wurde 1999 gegründet und gehört zu den ältesten seiner Art. Die Hälfte des Kapitals von rund 384 Millionen Euro ist in Aktienfonds investiert. Der Rest verteilt sich auf schwankungsärmere Anlagen wie Rentenfonds. Morningstar setzt vor allem auf das bewährte Team um Firmengründer Eckhard Sauren. Die Kosten, die bei Dachfonds gleich doppelt anfallen, bleiben dennoch moderat.

■ Carmignac Investissement A

Der von dem Franzosen Edouard Carmignac 1989 gegründete Fonds investiert global in Aktien. Bewährt hat er sich dank der Absicherung mit Derivaten besonders in Krisenzeiten. Allerdings fiel er in 2011 etwas hinter der Konkurrenz zurück. Eindeutiger Kritikpunkt ist die Gebührenpolitik. Aufgrund der erhobenen Umsatzgebühren ist der Fonds

ziemlich teuer. Insgesamt empfiehlt ihn Morningstar als Langzeitanlage und verleiht ihm mit Gold das höchste Rating. Wenig schwankend ist auch der Carmignac Patrimoine. Er investiert ebenfalls in Anleihen.

■ Arero – Der Weltfonds

Der Arero-Fonds fällt aus dem Schema. Ge gründet hat ihn der Mannheimer Finanzprofessor Martin Weber vor drei Jahren. Seitdem hat er überdurchschnittliche Ergebnisse erzielt. Morningstar ordnet ihn in das beste Viertel der „Mischfonds EUR aggressiv“ ein. Nach Webers Ansatz investieren Anleger in 60 Prozent Aktien, 25 Prozent Renten und 15 Prozent Rohstoffe. Daran ändert sich übers Jahr nichts. Allerdings investiert der Fonds nicht direkt in Papiere. Er ist mit Swaps (Tauschgeschäfte) konstruiert. Die Kombination von 60 Prozent Aktien mit 15 Prozent Rohstoffen kann zu massiven Schwankungen führen. Der Fonds eignet sich nicht für sicherheitsbewusste, sondern eher für experimentierfreudige Anleger. Morningstar lobt die niedrige Kostenquote von 0,51 Prozent. Das bringt einen Renditevorsprung, der so leicht nicht einzuholen ist.

Ratings beachten

Diese Auswahl zeigt verschiedene Ansätze, wie Fonds gestaltet sein können. Selbstredend gibt es noch mehr seriöse und gut gemanagte Fonds. Mit dazu gehören etwa die Produkte von Aberdeen, Congest, Dr. Jens Ehrhardt oder Flossbach von Storch. Einschätzungen von Ratingagenturen als Hilfe zur Fondswahl sind nützlich, bieten aber keine Garantie, dass der Manager immer richtig liegt. Deshalb empfiehlt es sich, sein Geld auf mehrere Fonds zu verteilen und etwa zweimal pro Jahr die Entscheidung zu prüfen. Letztlich ist das Geschick des Anlegers gefragt, er muss entscheiden. „Aber“, so Christian Michel, „es gibt nicht den besten Fonds, sondern nur den passenden, der der Renditeerwartung und Risikotoleranz des Anlegers gerecht wird.“

Marlene Endrueit
Fachjournalistin Ökonomie
m.endrueit@netcologne.de

Innenraumgestaltung

Neue Farbe in die Praxis

Wer sich für eine Umgestaltung der Praxis entscheidet, der steht vor der Wahl: Manchmal reichen einige neue Akzente, in anderen Situationen ist es ratsam, die Räumlichkeiten komplett neu zu gestalten. In beiden Fällen jedoch sollte auf die Farbgestaltung achtgegeben werden. Sie spielt eine wesentliche Rolle bei der Frage, wie die Praxis nach außen wirkt.



Zahnärztin. „Damit wollen wir den Patienten schon bei der Begrüßung die Angst vor der Behandlung nehmen.“ Verstärkt wird die positive Stimmung durch eine angenehm weiche Beleuchtung sowie durch drei formschöne Lampen in Weiß und in Rot, die über dem Empfang aufgehängt sind.

Grund der Neugestaltung war in diesem Fall die Übernahme einer bereits viele Jahre bestehenden Praxis: „Die komplette Einrichtung stammte noch aus den 1970er-Jahren“, berichtet die Praxisinhaberin rückblickend. „Durch die dunklen Türen und die braunen Fliesen im Flur wirkten die Räume ziemlich bedrückend.

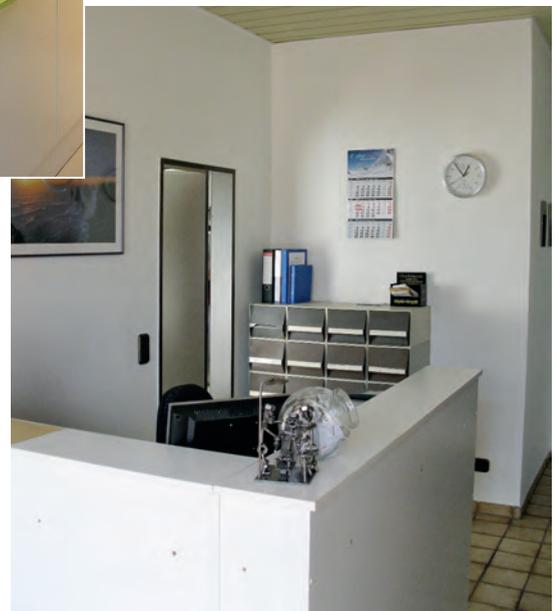


Hier schafft ein zart leuchtendes Grün ...

Farbe ist nicht nur ein kostengünstiges Gestaltungselement mit hohem Wiedererkennungswert, sie trägt auch entscheidend dazu bei, dass Patienten und Mit-

... nach der Umgestaltung eine wesentlich freundlichere Atmosphäre ...

arbeiter sich in der Praxis wohlfühlen. Wer etwa eine bestimmte Zahnarztpraxis in Everswinkel bei Münster betritt, der wird schon im Eingangsbereich mit den Worten „Schön, wenn Sie lächeln“ begrüßt. Der freundliche Satz, der hinter dem organisch geschwungenen Empfangstresen mit weißen Lettern in eine leuchtend grüne Wandfläche eingearbeitet ist, soll auf den ersten Blick für eine angenehme Atmosphäre sorgen: „Das war eine Idee, die gemeinsam mit der Architektin entstanden ist“, verrät die



... als es vorher der Fall war.

Da musste dringend etwas verändert werden. Gleichzeitig war es mir wichtig, meinen eigenen Stil und Geschmack einzubringen.“

Komplettsanierung zur Praxisübernahme

In enger Zusammenarbeit mit der Architektin wurden die bestehenden Räumlichkeiten komplett grundsaniert. Dabei wurden nicht nur sämtliche Behandlungseinheiten und Apparaturen durch moderne Technik ersetzt, es wurden auch der Sanitärbereich erneuert und die abgehängte Decke entfernt. Gleichzeitig wurden der Behandlungsbereich um einen Raum erweitert und ein neuer Wartebereich geschaffen.

Ein zentraler Baustein bei der Umgestaltung der bestehenden Räumlichkeiten war die Entwicklung eines geeigneten Farbkonzepts. Um einen freundlichen und hellen Gesamteindruck zu erzielen, dominieren in sämtlichen Räumen die Farben weiß und grün. Grün wird eine belebende und raumweitende, gleichzeitig aber beruhigende und entspannende Wirkung nachgesagt.

Auf diese Weise erscheint nicht nur der Empfang deutlich offener und moderner, auch im Wartebereich schaffen grüne Sitzmöbel, eine grün akzentuierte Wandfläche hinter der Garderobe sowie ein großes Aquarium mit geschwungener Scheibe eine angenehme Atmosphäre.

Deutlich offener und freundlicher als zuvor wirkt auch der lang gestreckte Flur zu den Behandlungszimmern mit seinen durchgehend weiß gestalteten Wänden. Ein überraschendes Detail sind hier die wie kleine Bullaugen in die Wand eingelassenen, hellgrün umrandeten Vitrinen, in denen Produkte zur Mundgesundheit präsentiert werden. Dazwischen schaffen auf die Vitrinen aufgemalte Begriffe aus dem Dentalbereich wie „Vorsorge“, „Gesunde Zähne“ oder „Prophylaxe“ einen Bezug zur Praxis.

Die Behandlungsräume präsentieren sich dagegen funktional. Im „roten Zimmer“

wurde eine weinrote Behandlungseinheit integriert, von der aus die Patienten auf ein rotes Deckenbild blicken. Ein mutiger Schritt, denn eigentlich gilt die Farbe Rot als problematisch für (Zahn-)Arztpraxen, da sie ungewollt an Blut erinnert und ihr überdies nachgesagt wird, dazu zu verhelfen, dass Aggressionen oder Nervosität ausgelöst werden. Im „grünen Zimmer“ herrschen dunkelgrüne Farbtöne vor. Satinierte Glastüren und Fenster in sämtlichen Räumen sorgen für eine Helligkeit, die eine ausreichende Privatsphäre bei maximaler Transparenz ermöglicht.

Ein rundum gelungenes Gestaltungskonzept, das nicht nur die Patienten und die Mitarbeiter der Praxis, sondern auch die Jury der Architektenkammer Nordrhein-Westfalen überzeugt hat. Kurz nach der Fertigstellung wurde die Praxis beim Tag der Architektur der Öffentlichkeit vorgestellt, die sich einen Eindruck von ihr machen konnte.



Überhaupt nicht aggressiv wirken die Rottöne im Behandlungsraum bei diesem Beispiel.



Da die Praxis insgesamt etwas trist wirkte, entschied sich die Zahnärztin für eine Teilrenovierung.

Gesteigerte Raumqualität nach Teilrenovierung

Keine komplette Neueinrichtung, sondern lediglich eine gezielte Frischzellenkur wurde dagegen in einer Praxis im sächsischen Klingenthal realisiert. Nach langjähriger Nutzung der Räumlichkeiten hatte sich die Zahnärztin von einer Innenarchitektin beraten lassen und sich dann zu einer ge-

suggeriert Verbindlichkeit und soll beim Patienten Vertrauen schaffen. Im angrenzenden Wartebereich trifft der Blick dann als erstes auf die leuchtend-rote Rückwand sowie die ebenfalls rot gepolsterten Stühle. Die nachgesagte Wirkung der Farbe Rot (siehe oben) wird durch zwei in die Wandfläche integrierte „Pusteblumen“ verfremdet und abgemildert.

„Die übergroßen Abbildungen erinnern an eine bunte Sommerwiese und lassen somit jede eventuelle Assoziation mit Blut sofort wieder verschwinden“, so die Innenarchitektin. Zusätzlich gemildert wird die Wirkung durch die angrenzende graue Wand und den ebenfalls grauen Teppichboden.

Die beiden Behandlungsräume der Praxis präsentieren sich entsprechend der Farb-

Fotos: Bauplan Herold



Das aufgetragene Blumenmotiv soll Assoziationen an eine Blumenwiese wecken.

zielten farblichen Umgestaltung der Praxisräume entschieden. „Es wurde einfach Zeit, hier mal frischen Wind reinzubringen“, beschreibt die Inhaberin ihre Motivation. Anders als in Everswinkel wurde dabei festgelegt, die verschiedenen Bereiche der Praxis durch eine betont kontrastreiche Farbgestaltung klar voneinander zu trennen. Um die verschiedenen Räume dennoch als Einheit erscheinen zu lassen, wurde eine horizontale oder vertikale Gestaltung der verschiedenen Farbflächen als verbindendes Element gewählt.

Im Empfangsbereich der Praxis dominiert ein kräftiger Blauton, kombiniert mit einem hellen Grün. Die Farbzusammenstellung

keit der vorhandenen Behandlungseinheiten mit rosa-weiß-violett sowie mit orange-weiß-rot gestalteten Farbfeldern und Streifen. „Auch hier wollten wir eine angenehme Atmosphäre schaffen, die die Patienten von der Behandlung ablenkt“, so die Zahnärztin. „Und die Rückmeldungen, die wir erhalten haben, sind durchgehend positiv.“ Mit wenig Aufwand gelang somit eine deutliche ästhetische Aufwertung der Praxis, in der sich die Patienten wohlfühlen können.

Robert Uhde
Grenadierweg 39
26129 Oldenburg

Finanzierung**Zahnärzte für Banken lukrativ**

Fotos: MEV

Im Vergleich der Finanzierungskosten einer Hausarztpraxis mit denen einer Zahnarztpraxis haben Zahnmediziner einen weit aus größeren Kosten-Aufwand zu stemmen als die Allgemeinmediziner. Dies geht aus einer Aufstellung hervor, die das Institut Deutscher Zahnärzte zusammen mit der apoBank erarbeitete. Demnach beträgt die Übernahme einer Einzelpraxis in den alten Bundesländern bei den Hausärzten 167 000 Euro gegenüber rund 307 000 Euro bei den Zahnärzten. Für die Neugründung einer Einzelpraxis in den alten Bundesländern sind für

einer Praxis kostet den Hausarzt in den neuen Ländern 98 000 Euro, den Zahnarzt hingegen 318 000 Euro.

Da die Finanzierung größtenteils über Banken und Kreditinstitute abgewickelt wird, ist die Höhe der Investitionen gleichzeitig auch ein Gradmesser für die Attraktivität des Berufsstands für die Kreditinstitute. sg

Rentenleistungen**Ernüchterung bei privater Altersvorsorge**

Die freiwillige private Altersvorsorge ist ins Gerede gekommen.

Nach einer Untersuchung zu privaten Rentenversicherungen, Rürup-/Riester-Renten und Fondssparplänen, die die Zeitschrift Öko-Test, durchführte, zieht der Bund der Versicherten (BdV)

eine ernüchternde Bilanz: Vor allem ältere Vorsorgesparer liefen Gefahr, Verluste zu machen. Weil die niedrigen Zinserträge nicht mehr ausreichen, um die Vertragskosten zu decken, sei die garantierte Kapitalzahlung zu Rentenbeginn häufig geringer als die Summe der eingezahlten Beiträge, so der BdV.

Fachkräftemangel**Effizientere Strukturen schaffen**

Der Personalknappheit im Gesundheitsbereich kann man nur durch umfassende Strukturreformen des Gesundheitssystems begegnen. Dies war eine der zentralen Botschaften des diesjährigen Gesundheitskongresses des Westens, der am 14./15.03. in Köln stattfand. In ihrer Rede zum Auftakt des zweiten Kongresstages mahnte die Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Barbara Steffens, effizientere Strukturen für das gesamte Gesundheitssystem an.

Nur so könne man zukünftig knappe Personalressourcen und steigende Bedarfe unter einen Hut bringen. Für den Bereich der Delegation sprach sich Steffens dafür aus, dass es für Patienten das Beste sei, wenn die Delega-

tion in einem abgestimmten Diskurs der Akteure stattfindet. Die Delegation bestimmter Aufgaben und Tätigkeiten muss der Lenkung des Arztes unterstehen und durch multiprofessionelle Teams erfolgen.

Kongresspräsident Senator a. D. Ulf Fink betonte, dass die Akteure der Gesundheitsbranche in keinem Bereich verschwenderisch mit der knappen Ressource Personal umgehen und es nicht an der nötigen Wertschätzung gegenüber den Mitarbeitenden fehlen lassen dürften. Das hätten die Positionen der Experten in den mehr als 100 Referaten deutlich gemacht. Vielmehr gelte es, konsequent den Personaleinsatz im ambulanten Sektor zu erhöhen. „Ambulant vor stationär“ laute daher die Devise für die Zukunft. sg/pm

Trends

die Hausarztpraxis 117 000 Euro fällig, gegenüber 400 000 Euro bei den Zahnärzten.

In den neuen Bundesländern müssen die Allgemeinmediziner 113 000 Euro veranschlagen, wenn sie eine Einzelpraxis übernehmen wollen. Zahnärzte kommen damit nicht hin: Sie benötigen im Durchschnitt 185 000 Euro. Die Neugründung

„Der Test bestätigt unsere Prophezeiungen, dass die Leistungen in vielen Fällen stark absinken werden,“ so Axel Kleinlein, Vorstand des BdV. „Das ist ein Schlag ins Gesicht jedes Verbrauchers, der sich um seine Altersvorsorge bemüht.“

Laut Öko-Test sind die Renditen der angebotenen Rentenleistungen bei fast allen Tarifen mies. Wird das Ersparte nur in Form der garantierten Rente ausgezahlt, liegt die Rendite bis zum 85. Lebensjahr bestenfalls bei null bis 0,33 Prozent. Bisweilen

ist die Rendite zu diesem Zeitpunkt sogar negativ. „Bis zum Alter von 85 Jahren, bei fondsgebundenen Tarifen sogar bis zum 90. Lebensjahr, gibt es nicht einmal die eingezahlten Beiträge zurück. „Dem Verbraucher bleibt also nur, auf ein möglichst langes Leben zu hoffen“, so Kleinlein. sg/pm



Work-Life-Balance**Führungskräfte eher wenig gestresst**

Manager haben sämtlichen Klischees zum Trotz einen ziemlich gesunden Beruf. Das ist das Ergebnis einer Auswertung von



Foto: MEV

Daten der Berufsgenossenschaften und anderer Versicherungen aus den Jahren 2010 und 2011. Ob es um Herzinfarkt, Gelenkverschleiß, Stress, Übergewicht oder andere Gefahren bei der Arbeit geht – Führungskräfte in der Wirtschaft setzen sich beruflich nur wenigen gesundheitlichen Gefahren aus und erhielten darum von den Experten mit der Gesamtnote 1,6 die beste

Beurteilung. Es folgen die Berufe Architekt (1,8), Arzt (2,0), Bankkaufmann (2,2), Ingenieur (2,4) und Finanzbeamter (2,8). Bauarbeiter belegen dagegen mit der Note 5,2 den schlechtesten Platz der 60 untersuchten Berufe. Sie tragen damit das höchste berufliche Gesundheitsrisiko.

Kerstin Rieder, Professorin für Gesundheitsmanagement an der Hochschule Aalen, betont im Lifestyle-Magazin „Men's Health“: „Untersuchungen belegen, dass Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status stärker unter beruflichem Stress leiden und häufiger krank werden.“ Das bestätigt auch eine aktuelle Umfrage: Jeder zweite Geringverdiener mit weniger als 1 500 Euro netto im Monat befindet sich in ärztlicher Behandlung. Bei den Gutverdienern mit mehr als 4 000 Euro netto monatlich ist es dagegen nur jeder fünfte. ck/ots

Kooperationen versus Einzelpraxis**Gemeinschaftspraxen umsatzstärker**

Ärztliche Gemeinschaftspraxen machen mehr Umsatz und investieren auch mehr. Dies berichtet die „Ärzte-Zeitung“ und beruft sich auf Untersuchungen, die das Zentralinstitut (ZI) für die kassenärztliche Versorgung angestellt hat. Laut „Ärzte-Zeitung“ hat das ZI die Einnahmen und die Überschüsse der Jahre 2006 bis 2008 von 4 172 Praxen beleuchtet. Davon waren 798 Gemeinschaftspraxen. Demnach stieg in dieser Zeit der Praxisüberschuss je Inhaber einer Gemeinschaftspraxis um 14 Prozent. Dieser

Wert liegt über dem der Inhaber von Einzelpraxen, die es auf plus 8,7 Prozent brachten. In absoluten Zahlen bedeutete dies ein Anwachsen des Überschusses von gut 99 500 Euro im Jahr 2006 auf rund 113 500 im Jahr 2008. Die Investitionen entwickeln sich bei den Gemeinschaftspraxen dynamischer. In den Einzelpraxen blieben sie im Beobachtungszeitraum nahezu konstant, Tendenz leicht rückläufig. In den Gemeinschaftspraxen ergaben sich Zuwächse bei den Aufwendungen von 7,6 Prozent. sg

Mitarbeiterführung**Anerkennung senkt Burnout-Risiko**

Wenn Arbeitnehmer sich leistungsgerecht belohnt fühlen, ist das Risiko eines Burnouts viel geringer. Das bedeutet allerdings mehr als nur eine angemessene Bezahlung, wichtig ist vor allem die soziale Anerkennung für den Einsatz. Im Rahmen einer jetzt veröffentlichten Studie der Goethe-Universität, des Sigmund-Freud-Instituts und der Technischen Universität Chemnitz wurden 2011 fast 900 Supervisoren, die seit Jahren zumeist Krankenhäuser, Schulen sowie Kinder- und Jugendhilfen beraten, nach ihrer Einschätzung zur Arbeitsbelastung befragt. Arbeitgeber sollten in die Organisationskultur

investieren, lautet das Fazit der Studie. „Neben der leistungsgerechten Belohnung als einflussreichster Faktor kommt es besonders auf das Verhalten und die Einstellung der Vorgesetzten und der Kollegen an“, betont Studienleiter Prof. Dr. Dr. Rolf Haubl aus Frankfurt. Haubl: „Chefs, die ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht nur als Kostenfaktoren betrachten, sondern als eine Belegschaft mit produktiven Fähigkeiten, die sie nachhaltig zu entwickeln suchen, schützen ebenso vor überfordernden Arbeitsbedingungen, wie Kollegen, die sich halbwegs solidarisch verhalten.“ ck/pm

Internet**Bewertungsportal muss Arzt-daten nicht löschen**

Auch Ärzte müssen Bewertungen ihrer Praxis in einem Internetportal hinnehmen, urteilte kürzlich das Oberlandesgericht (OLG) Frankfurt am Main. Wie schon das Landgericht Wiesbaden, wiesen die Richter damit die Klage einer niedergelassenen Ärztin aus dem Raum Würzburg ab, berichtet die „Ärzte Zeitung“. Die Medizinerin hatte mit Hinweis auf den Datenschutz von dem Bewertungsportal „Jameda“ verlangt, sämtliche Daten und Bewertungen über sie zu löschen. Die Ärztin habe kein „schutzwürdiges Interesse“ an der Löschung ihrer Daten, das schwerer wiege als die Meinungsfreiheit, begründete das OLG seine Entscheidung. Die Ärztin stehe im Wettbewerb zu anderen Kollegen, alle angegebenen Kontakt-

daten entstammten öffentlich zugänglichen Branchenverzeichnissen. Äußerungen über Ärzte seien grundsätzlich von der Meinungsfreiheit umfasst, zitiert die Zeitung das OLG. Dies gelte auch für anonyme Äußerungen in einem Bewertungsportal. Zudem müssten die Autoren einer Bewertung ihre E-Mail-Adresse angeben, so dass Jameda die Urheberschaft intern nachvollziehen könne. Ärzte hätten zudem die Möglichkeit des Einspruchs gegen eine Bewertung. Der Umstand, dass die Patienten als medizinische Laien gegebenenfalls nicht alle Dinge richtig beurteilen können, rechtfertige eine Einschränkung der Meinungsfreiheit daher ebenso wenig wie die Möglichkeit „schönrednerischer Eigenwerbung durch Kollegen“. ck

Immobilien

Fiskus honoriert Familienbande

Wer aus steuerlichen Gründen, oder um die Erbschaft früh zu regeln, eine Immobilie zu Lebzeiten auf sein Kind übertragen möchte, muss die wirtschaftliche Verfügung nicht ganz aus der Hand geben. Es gibt Möglichkeiten, die beide Aspekte berücksichtigen.

Überträgt man etwa die Immobilie unter Vorbehalt des sogenannten Nießbrauchs, bleiben die Eltern weiter zur umfassenden Nutzung und Vermietung berechtigt. Die laufenden Kosten trägt der Nießbraucher (Eltern), während für



lig oder lebenslang in der Immobilie wohnen bleiben kann. Kommt der Käufer dann seinen zu leistenden Zahlungen nicht nach, führt dies zu einer Verwirkung des Anspruchs auf die spätere Übertragung der Immobilie. Daher gehört in jeden Vertrag aus Sicht des Verkäufers eine Rückübertragungsklausel.

Darin wird festgelegt, unter welchen Bedingungen der Vertrag rückgängig gemacht werden kann. Das Wohnrecht kann, anders als der Nießbrauch, auch nur zu Teilen eines Gebäudes (etwa einer Etage

eine etwaige Sanierung der neue Eigentümer aufzukommen hat. Da die Kinder jedoch als neue Eigentümer keinen Nutzen aus dem Objekt ziehen und auch keine steuerlichen Absetzungen geltend machen können, sollten per Vertrag auch die außerordentlichen Kosten auf die Eltern übertragen werden, da sie diese steuerlich absetzen können. Unter diese Kosten fallen neben den Schönheitsreparaturen auch die öffentlichen Lasten wie zum Beispiel die Gebühren für Abwasser und Müllabfuhr, aber auch die Zinsen für Hypotheken, die noch auf der Immobilie lasten.

Die Eintragung eines Nießbrauchs im Grundbuch an erster Stelle schützt die Eltern umfassend. Denn die Kinder haben zwar das Recht, über die Immobilie zu verfügen, es besteht jedoch ein Veräußerungsverbot.

Wichtig: Eltern sollten sich keinesfalls dazu überreden lassen, von der ersten Rangstelle im Grundbuch zurückzutreten. Kommt es etwa zu einer Zwangsversteigerung und reicht der erzielte Erlös nicht zur Deckung aller Verbindlichkeiten, so entscheidet der Rang über die Verteilung des Erlöses. Der Rang ist somit ein entscheidender Faktor.

Das Wohnrecht

Eine weitere Steuersparmöglichkeit bietet das Wohnrecht. Hierbei überschreiben die Eltern ihren Kindern zwar die Immobilie, nutzen jedoch die Wohnung weiterhin selbst. Ebenfalls ist hier eine Eintragung ins Grundbuch dringend zu empfehlen, da im Kaufvertrag bestimmt wird, dass zum Beispiel der Verkäufer einer Immobilie entweder zeitwei-

oder einzelnen Räumen) ausgesprochen werden. Wichtig: Das einmal vereinbarte Wohnrecht ist weder übertragbar noch kann es vererbt werden. Alle anfallenden Kosten für Reparaturen und Unterhalt (Strom, Wasser, Heizung, Müll, Versicherung) tragen die Eltern – allerdings nur für die von ihnen selbst bewohnten Räume. Alle weiteren Kosten wie Grundsteuer oder Erschließungsbeiträge und Zinsverpflichtungen gehen dabei auf den neuen Eigentümer über.

Sind keine Sondervereinbarungen wirksam, dürfen nur die Familie, das Hauspersonal oder ein nicht-ehelicher Partner in der Wohnung aufgenommen werden. Der Nachteil: Weder für die Wohnung, in der die Eltern leben, noch für die Kinder besteht die Möglichkeit einer Abschreibung oder Absetzung als Werbungskosten.



Nachrückend Steuern sparen

Die Haus- oder Wohnungsverrentung ist eine weitere Möglichkeit, generationsübergreifend und steuersparend zu leben und zu wirtschaften. Dies geschieht durch Belei-

hung der Immobilie, wenn das Haus vollständig bezahlt ist. Hierzu nehmen die Eltern als Eigentümer der Immobilie ein Darlehen auf die noch nicht erloschene Grundschuld auf. Dieses Darlehen kann an die Kinder übergeben werden, die den entsprechenden Betrag dafür verwenden

Damit der Haussegen nicht in Schiefelage gerät, sollten bei Rechts- und Steuerfragen, die die Immobilien-Weitergabe von Eltern an Kinder betreffen, Steuerberater hinzugezogen werden.

können, eine private Rentenversicherung für die Eltern abzuschließen. Dadurch lässt sich die Steuerrechnung aller Beteiligten optimieren: Die Rentenbeiträge, die die Kinder für die Eltern aufbringen, sind für den Nachwuchs steuerlich absetzbar, die Eltern als Nutznießer der Rentenzahlungen müssen keine Steuern darauf entrichten.

Steuerliche Vorteile ergeben sich auch durch die Vereinbarung einer Leibrente. In diesem Fall vereinbaren die Eltern mit ihren Kindern – im Gegenzug zur Übertragung der Immobilie – eine lebenslange Geldleistung in gleich bleibender Höhe (sogenannte Versorgungsleibrente). Den Betrag, den die Kinder an die Eltern als Rente entrichten, ist für diese steuerlich absetzbar.

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

Parkraumbewirtschaftung**Hilfe gegen Falschparker**

Parkplatzeigentümer, die per Schild darauf hinweisen, falsch geparkte Autos abschleppen zu lassen, können den PKW zurückbehalten, bis alle Kosten bezahlt wurden, entschied der Bundesgerichtshof (BGH).

Damit können Zahnärzte ihre Praxisparkplätze vor Falschparkern schützen. Falsch geparkte Autos dürfen abgeschleppt werden und der Parkplatzeigentümer muss das abgeschleppte Auto erst freigeben, wenn die Abschleppkosten bezahlt oder Sicherheitsleistungen erbracht worden sind.

Eine Frau hatte ihr Auto länger als für ihre Einkäufe nötig auf dem Parkplatz eines Supermarkts



„Zurückbehaltungsrecht“ bis die Abschleppkosten beglichen sind. Zudem könne der Parkplatzeigentümer alle Kosten geltend machen, „die im Zusammenhang mit der Vorbereitung des Abschleppvorgangs entstehen“. Hierzu gehören beispielsweise die Kosten für die Ermittlung des Fahrzeughalters. Eine Nutzungsentschädigung steht einem Falschparker hingegen nicht zu, urteilte der BGH.

BGH
Urteil vom 02.12.2011
AZ: V ZR 30/11

Foto: grafikartist - Fotolia

Ansprüche**Auch Fiskus unterliegt Fristen**

Der Bundesfinanzhof (BFH) in München entschied, dass das Finanzamt eine zu viel erstattete Lohnsteuer nicht mehr zurückfordern kann, wenn seit dem Erlass des Einkommensteuerbescheids mehr als fünf Jahre verstrichen sind.

Im zugrunde liegenden Fall unterließ ein Finanzamt einen Fehler. Im Einkommensteuerbescheid legte der Fiskus den zehnfachen Betrag der für den Steuerpflichtigen abgeführten Lohnsteuer zugrunde und zahlte eine entsprechend hohe Steuererstattung. Das Finanzamt erkannte den Fehler erst mehr als fünf Jahre später. Es korrigierte die Anrechnungsverfügung und verlangte den zu viel ausgezahlten Erstattungsbetrag zurück.

Das Finanzgericht erachtete die Rückforderung als rechtens. Der Bundesfinanzhof sah das anders und hob den Rückforderungsbescheid auf. Nach Ansicht der Richter soll nach Ablauf der Verjährungsfrist eine Rechtssicherheit darüber bestehen, wie viel der Steuerpflichtige zu zahlen hat oder was ihm erstattet wird. Nach Ablauf der Verjährungsfrist darf weder das Finanzamt Zahlungsansprüche geltend machen noch darf der Steuerpflichtige verlangen, dass auf die festgesetzte Steuer nachträglich etwas angerechnet und erstattet wird.

BFH
Urteil vom 25.10.2011
AZ: VII R 55/10



Foto: fovito - Fotolia.com

Urteile

Aktuelles aus der Rechtsprechung – für den Praxisalltag

abgestellt. Wie per Schild angedroht, ließ die Supermarktleitung den PKW abschleppen. Die Rechnung des Abschleppdienstes in Höhe von 219,50 Euro bezahlte die Frau nicht, weshalb ihr das Auto nicht zurückgegeben wurde. Dagegen klagte die Frau und forderte eine Entschädigung in Höhe von 3 758 Euro, da sie ihr Auto längere Zeit nicht nutzen konnte. Die Richter des BGH befanden, dass das Abschleppen rechtmäßig war und der Autofahrerin keine Entschädigung zusteht. Wird auf einem privaten Parkplatz mit einem Schild das Abschleppen angedroht und trotzdem ein Auto dort abgestellt, habe der Parkplatzeigentümer ein

Auszubildende**Bei Kündigung Minderjähriger Eltern einbeziehen**

Wird minderjährigen Mitarbeitern oder Auszubildenden gekündigt, muss die Kündigung auch an die Eltern gerichtet sein, entschied das Bundesarbeitsgericht (BAG) in Erfurt. Dabei reicht der Einwurf des Kündigungsschreibens in den gemeinschaftlichen Hausbriefkasten aus.

Der Kläger hatte eine Ausbildung als Fachkraft für Lagerlogistik begonnen. Da der Kläger erst 17 Jahre alt war, damit noch minderjährig und nur beschränkt geschäftsfähig, hatten seine Eltern als gesetzliche Vertreter den Ausbildungsvertrag mit unterschrieben. Am letzten Tag der Probezeit sprach der Arbeitgeber die Kündigung aus und das Kündigungsschreiben wurde noch am selben Tag in den Hausbrief-

kasten der Familie eingeworfen. Es war an den Auszubildenden und seine gesetzlichen Vertreter gerichtet. Der Azubi leerte erst zwei Tage später den Briefkasten, fand das Kündigungsschreiben und informierte seine verreisten Eltern. Diese hielten die Kündigung für unwirksam, da der Brief sie erst nach Ende der Probezeit erreicht habe. Das sahen die Richter des Bundesarbeitsgerichts anders und erklärten die Kündigung

für wirksam. Der Arbeitgeber habe alles richtig gemacht und die Kündigung sowohl gegenüber dem Azubi als auch gegenüber den Eltern als den Erziehungsberechtigten ausgesprochen. Dadurch, dass die Kündigung in den gemeinsamen Briefkasten der Familie eingeworfen wurde, war auch „der Zugang der Kündigung bewirkt“. Für die Wirksamkeit der Kündigung spielte es nach Ansicht der Richter keine Rolle, dass die Eltern zu diesem Zeitpunkt nicht zu Hause waren.

BAG
Urteil vom 08.12.2011
AZ: 6 AZR 345/10

Steuer**Entfernungspauschale konkretisiert**

Der Bundesfinanzhof (BFH) hat in zwei Urteilen konkretisiert, unter welchen Voraussetzungen die Entfernungspauschale für einen längeren als den kürzesten Weg zwischen Wohnung und Arbeitsstätte in Anspruch genommen werden kann.

Die Entfernungspauschale kann grundsätzlich nur für die kürzeste Entfernung geltend gemacht werden. Eine Ausnahme gibt es nur, wenn eine andere Verbindung vom Arbeitnehmer regelmäßig benutzt wird und diese „offensichtlich verkehrsgünstiger“ ist. In zwei Fällen hatten die Finanzämter die jeweils angegebene Strecke nicht anerkannt. Im ersten Urteil hatte das Finanzgericht die Klage abgewiesen, im zweiten Urteil der Klage teilweise stattgegeben.

Der BFH entschied nun im ersten Fall, dass nicht zwingend eine Zeitersparnis von beispielsweise 20 Minuten erforderlich ist, um sie steuerlich wirksam werden zu lassen. Vielmehr seien alle Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen, wie etwa die Streckenführung, die Ampelschaltung oder Ähnliches. Eine Wegstrecke kann danach auch dann „offensichtlich verkehrsgünstiger“ sein, wenn bei ihrer Benutzung eine nur geringe Zeitersparnis zu erwarten ist.

Im zweiten Fall stellte der BFH klar, dass nur die tatsächlich benutzte Wegstrecke zu berücksichtigen ist. Eine bloß mögliche, aber vom Steuerpflichtigen nicht benutzte Wegstrecke kann somit der Berechnung der Entfernungspauschale nicht zugrunde gelegt werden.

BFH
Urteil vom 16.11.2011
AZ: VI R 19/11 (Zeitersparnis)
BFH
Urteil vom 16.11.2011
AZ: VI R 46/10 (Wegstrecke)

Migranten**Arbeitgeber darf Deutschkurs verlangen**

Sind bei der Arbeit Deutschkenntnisse erforderlich, darf der Arbeitgeber einen dementsprechenden Kurs verlangen, damit die arbeitsnotwendigen Sprachkenntnisse erworben werden. Dies ist kein Verstoß gegen das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz, entschied das Bundesarbeitsgericht (BAG) in Erfurt.

Geklagt hatte eine Frau, die als Reinigungskraft in einem Schwimmbad beschäftigt war. Ihre Muttersprache ist kroatisch. Vertretungsweise wurde die Frau an der Kasse des Schwimmbads eingesetzt. Sie wurde vom Betriebsleiter aufgefordert, zur Verbesserung ihrer Deutschkenntnisse auf eigene Kosten und außerhalb der Arbeitszeit einen Deutschkurs zu absolvieren. Die Frau verlangte, dass der Arbeitgeber die Kosten übernehmen

soll. Da der dies ablehnte, nahm die Klägerin nicht an einem Kurs teil und erhielt eine Abmahnung. Die Betroffene klagte daraufhin wegen Diskriminierung aufgrund ihrer ethnischen Herkunft und verlangte eine Entschädigung in Höhe von 15 000 Euro. Wie schon in den Vorinstanzen blieb die Klage vor dem BAG ohne Erfolg. Erfordert die Arbeit die Beherrschung einer Sprache, kann der Arbeitgeber das Absolvieren von Sprachkursen verlangen. Dabei

Urheberrecht**Keine GEMA-Gebühr bei Musik in Praxis**

Wenn ein Zahnarzt im Hintergrund Musik laufen lässt, verpflichtet das nicht zur Zahlung gegenüber der Gesellschaft für musikalische Aufführungs- und mechanische Vervielfältigungsrechte (GEMA). Dies entschied die 3. Kammer des Europäischen Gerichtshofes (EuGH).

In einem Verfahren gegen einen italienischen Zahnarzt argumentierte die Kammer, dass die Situation, in der Patienten auf eine Behandlung warten, davon ausgenommen ist, Gebühren für Vervielfältigungszwecke auszulösen. Begründung: Die Patienten begäben sich zu dem einzigen Zweck in eine Zahnarztpraxis, behandelt zu werden, die Wiedergabe von Tonträgern gehöre nicht zur Behandlung. Den Patienten würde stattdessen zufällig und unabhängig von ihren Wünschen je nach dem Zeitpunkt ihres Eintreffens in der Praxis und der Dauer des Wartens die Hintergrundmusik angeboten.



Foto: MEV

Unter diesen Umständen könne nicht davon ausgegangen werden, „dass sie einzig und allein für die Wiedergabe aufnahmebereit wären“, so das Gericht. Daher habe eine solche Wiedergabe nicht den Charakter eines Erwerbszwecks, so „dass ein Zahnarzt, der kostenlos Tonträger in seiner Praxis für seine Patienten wiedergibt, die unabhängig von ihrem Willen in deren Genuss gelangen, keine öffentliche Wiedergabe vornimmt“. Somit sei die Ausgangssituation in Zahnarztpraxen eine andere als dort, wo Musik einer Öffentlichkeit zu kommerziellen Zwecken angeboten wird. Das Gericht bezog sogar die Anzahl der Personen mit ein, die sich allgemein in Zahnarztpraxen aufhalten. Der Kreis der in der Praxis Wartenden sei in der Regel sehr begrenzt, hieß es. Damit sei die Quantität hinsichtlich einer Gebührenausslösung unbedeutend. Die zu werden sich in einer der nächsten Ausgaben ausführlich mit den Konsequenzen des Urteils befassen. sg

BAG
Urteil vom 22.06.2011
AZ: 8 AZR 48/10

Alle nicht anders gekennzeichneten Urteile:
ZÄ Dr. Sigrid Olbertz, MBA
Mittelstr. 11a
45549 Sprockhövel-Haßlinghausen

EuGH
Urteil vom 15.03.2012
AZ: C135/10

Online-Netzwerk für Patienten

Schluss mit dem Ärztekauferwelsch

Laborbefunde, zahnmedizinische Befunde oder die Ergebnisse von Röntgen-, CT- oder MRT-Untersuchungen sind für viele Patienten nur schwer zu verstehen. Ein Online-Netzwerk von Medizinstudenten und Ärzten hilft, das Medizinerdeutsch in allgemein verständliche Worte zu übersetzen, und will so zu mündigen Patienten beitragen.

Angefangen hat alles vor gut 14 Monaten. Die Dresdner Medizinstudenten Anja Kersten und Johannes Bittner waren immer mal wieder von Freunden und Bekannten gebeten worden, medizinische Befunde zu „übersetzen“. Das brachte sie auf die Idee, diesen Dienst auch Menschen anzubieten, die niemanden haben, den sie fragen können. Mitte Januar letzten Jahres war es dann soweit. Das kostenfreie Online-Portal mit der Internetadresse <https://washabich.de> war geboren.

Das Angebot sprach sich über Foren und durch Mund-zu-Mund-Propaganda herum wie ein Lauffeuer. Inzwischen erreichen den Dienst pro Woche im Schnitt 150 Befunde und Entlassungsbriefe. Rund 5 500 Übersetzungen haben die Studenten seit dem 15. Januar 2011 bereits geleistet.

Riesiges Informationsbedürfnis

Den Sturm an Anfragen bewältigen sie schon lange nicht mehr allein. „Unser Team besteht derzeit aus 409 Studenten, 90 Assistenz- und Fachärzten der Human- und Zahnmedizin sowie zwei Diplom-Psychologen“, berichtet Bittner. Zurzeit ist der Dienst derart ausgelastet, dass keine neuen Befunde angenommen werden, bis der aufgelaufene Berg an Anfragen abgearbeitet ist. Neue Teammitglieder sind daher willkommen. Alle Studenten und Ärzte arbeiten ehrenamtlich für „Was hab ich?“. Voraussetzung für die Teilnahme ist, dass die Studenten sich mindestens im 8. Fachsemester befinden.

Um den Dienst in Anspruch nehmen zu können, müssen die Patienten ihren anony-



Für viele Patienten ist das, was in der Patientenakte steht, ein Buch mit sieben Siegeln. Wer seine medizinischen Befunde besser verstehen will, bekommt jetzt Hilfestellung im Internet.

misierten medizinischen Befund oder ihren Entlassungsbrief auf der Internetseite lediglich hochladen. Wahlweise können sie ihn auch per Fax senden. Innerhalb weniger Tage erhalten sie das Dokument mit näheren Erläuterungen zurück. So werden zum Beispiel bei einem CT-Befund einer Schulterzerrung neben der Übersetzung der medizinischen Fachbegriffe auch das Verfahren der Kernspintomografie sowie der Aufbau der Schulter erklärt.

Wie die Stiftung Warentest, die den Dienst Ende letzten Jahres kritisch unter die Lupe genommen hat, berichtet, stand die schnellste Übersetzung schon nach wenigen Stunden bereit, die langsamste nach fünf Tagen. Das Portal sei ein nützliches Angebot für Patienten, die ihre Krankheit besser verstehen wollen, urteilte die Stiftung. „Zwar waren nicht alle Befund-

übersetzungen übersichtlich und klar aufgebaut, doch die fachliche Qualität war insgesamt in Ordnung und verständlich“, lautete die abschließende Bewertung.

Corinna Schäfer, Bereichsleiterin Patienteninformation bei der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ), beurteilt das Angebot ebenfalls positiv: „Der Dienst befriedigt das Bedürfnis seitens der Patienten, verständlich informiert zu werden.“ Auch sei erkennbar, dass „Was hab ich?“ keine wirtschaftlichen Interessen verfolge, sondern sich um Qualitätsmanagement bemühe.

Übersetzung nutzt Patienten und Ärzten

Für die Befundübersetzungen sind vornehmlich die Studenten zuständig. Für die Einarbeitung, die Kontrolle von komplexen

Foto: picture alliance

und langen Befunden sowie für Fragen steht ihnen jederzeit das Team aus Ärzten und Psychologen zur Verfügung. Der Zahnmediziner Johannes Seidel ist seit Juni letzten Jahres dabei. „Ich war von der Idee von Anfang an begeistert, da sie für Ärzte und Patienten eine klassische Win-Win-Situation darstellt“, berichtet er. So habe er durch die Übersetzungen gelernt, sich verständlich auszudrücken und hofft, dass dies auch seinen Patienten zugutekommen wird. Seidel beginnt seine zahnärztliche Tätigkeit im Mai.

Katja Niekrawietz aus Dresden, die sich ab April zur Internistin weiterbildet, findet darüber hinaus positiv, dass sie sich durch die Befundübersetzung mit Fachgebieten auseinandersetzen muss, mit denen sie sich sonst so beschäftigen würde, wie die Neurologie und die Orthopädie. Die Studenten können gleichwohl selbst entscheiden, wie viele und welche Befunde sie übersetzen wollen. „Ungefähr die Hälfte der eingesandten Dokumente stammt aus den Bereichen Innere Medizin, Orthopädie und Radiologie“, erklärt Bittner.

Bei den Usern scheint der Dienst ebenfalls gut anzukommen. Von den Patienten gebe es fast ausnahmslos positive Feedbacks,



Foto: contrastwerkstatt – Fotolia.com

Das Fachchinesisch der Ärzte kann der Service erklären, aber den Arztbesuch nicht ersetzen, denn Therapieempfehlungen werden nicht gegeben.

berichtet Luise Bergner, die an der Technischen Universität Dresden im 9. Semester Medizin studiert. In vielen Fällen belohnen die Nutzer des Dienstes ihre Übersetzer auch mit einer kleinen Spende. 15 bis 20 Stunden pro Woche widmet Bergner neben

ihrem Studium den Übersetzungen. Der Arbeitsaufwand pro Befund betrage je nach Länge zwischen einer halben bis zu mehreren Stunden.

Die Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) hält das Internetportal ebenfalls für einen nützlichen Service. „In Einzelfällen könnte es jedoch problematisch sein, zwischen einer reinen Übersetzung und einer Beratung zu differenzieren“, meint Ilona Köstersteinbach, Gesundheitsreferentin bei der vzbv.

Auf ihrer Homepage weisen die Anbieter allerdings ausdrücklich darauf hin, dass die Übersetzer den jeweiligen Befund auch nicht in Zusammenhänge setzen könnten, da sie keinen Überblick über die gesamte Krankengeschichte hätten. Der Dienst macht ferner deutlich, dass der Service keinen Arztbesuch ersetzt und auch keine Therapieempfehlungen ausspricht. „Wir wollen die ärztlichen Leistungen nicht infrage stellen, sondern durch einen besser aufgeklärten und fachlich gut informierten Patienten unterstützen“, betont Bittner.

*Petra Spielberg
Altmünsterstr. 1
65207 Wiesbaden*

Prävention per Social Media

Twittern für gesunde Zähne

Premiere bei der American Dental Association (ADA): Per Twitter informierte sie über das Thema Zahn- und Mundgesundheit bei Kindern. Obwohl die Teilnehmerzahl überschaubar war, will die Organisation die Aktion fortsetzen.



Foto: Fotolia.com - Deklofenak

Am häufigsten fragten die internetaffinen Eltern, die sich als Twitternutzer am Chat mit der ADA beteiligten, nach Tipps zur richtigen Zahnpflege ihrer Kinder.

„Viele Menschen besorgen sich ihre Informationen über Twitter. Weil die Bedeutung der Plattform kontinuierlich wächst, haben wir angefangen, den Dienst zu nutzen und werden unsere Präsenz dort in Zukunft weiter ausbauen“, sagt Dr. Jonathan Shenkin im Interview mit dem *zm*. Der Kinderzahnarzt aus Augusta im US-Bundesstaat Maine war einer der beiden ADA-Ansprechpartner bei der zweistündigen Aktion „Chat-n-Chomp“ („Plaudern und Kauen“) am 28. Februar. Realisiert wurde die Aktion in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsportal Sharecare.com anlässlich des nationalen Monats der Zahn- und Mundgesundheit bei Kindern.

Fachlicher Rat schrumpft auf 140 Zeichen

Vor dem Chat hatten weder Shenkin noch die zweite ADA-Expertin, Dr. Mary Hayes, Twitter je aktiv genutzt. „Wir waren ziemlich

nervös bei dem Gedanken, Fragen live beantworten zu müssen“, erzählt Shenkin. Das Lampenfieber der beiden wurde noch dadurch verstärkt, dass die sogenannten Tweets, also die Beiträge auf Twitter, maximal 140 Zeichen lang sein dürfen. Auf so engem Raum fachliche Empfehlungen in Übereinstimmung mit den wissenschaftlichen Richtlinien der ADA zu formulieren, empfanden die beiden Experten für Kinderzahnheilkunde als große Herausforderung. Während des Chats stellte sich aber schnell heraus, dass die begrenzte Zeichenzahl kein Problem war, berichtet Shenkin. Größtenteils seien unkomplizierte Fragen gestellt worden. Ein Beispiel: „Dürfen Kinder eine Mundspülung benutzen?“ Seine Antwort: „Die ADA empfiehlt, dass Kinder erst ab

sechs Jahren eine Mundspülung mit Fluorid benutzen. Vorher schlucken sie diese zu oft herunter.“ Weitere Tweets widmeten sich Fragen wie: Schadet zuviel Obst den Zähnen? Wie bereitet man Kinder auf den Zahnarztbesuch vor? Oder: Wie oft sollte man die Zahnbürste wechseln? Ein Teilnehmer erkundigte sich nach Tipps für die Zahnpflege bei Autismus. Shenkins Empfehlung: „Meine Erfahrung ist: Seien Sie geduldig und geben Sie Ihrem Kind Zeit, sich an die Zahnpflege zu gewöhnen.“

Testlauf lockt 25 Nutzer

Um trotz der Zeichenbegrenzung ausführlich auf komplexe Themen eingehen zu können, fügten Hayes und Shenkin ihren Tweets bei Bedarf Links hinzu, die die Teilnehmer auf Infoblätter

auf der ADA-Website weiterleiteten. „Trotzdem gab es Fragen, die wir nicht be-



antworten konnten – oder wollten“, berichtet Shenkin. Eine Mutter habe sich beispielsweise wegen einer Zahnverfärbung ihres Kindes an die ADA-Experten gewandt. „Wenn man sich einen so speziellen Fall nicht persönlich anschauen kann, ist eine Diagnose unmöglich“, erklärt Shenkin. „Wir haben der Mutter deswegen empfohlen, einen Zahnarzt aufzusuchen.“

Insgesamt nutzten bei der Auftakt-Veranstaltung des Twitterchats 25 Internetnutzer die Gelegenheit, Fragen zu stellen – eine



Foto: privat

Kinderzahnarzt Dr. Jonathan Shenkin ist trotz aller Startschwierigkeiten des Twitterchats vom Konzept überzeugt.

überschaubare Anzahl. Das dachte auch Shenkin, der vor dem Chat befürchtet hatte, nicht schnell genug antworten zu können. Die geringe Beteiligung empfindet er im Nachhinein betrachtet darum als Vorteil: „Die ADA und ich hatten bisher noch keine Erfahrung mit Twitter. Die konnten wir so in Ruhe machen.“ Außerdem hofft der Kinderzahnarzt auf den Multiplikatoreffekt von Twitter. Denn Nutzer, die einen Beitrag re-tweeten (wiederholen und weiterverbreiten), machen ihn dadurch auch für Menschen sichtbar, die nicht persönlich an „Chat-n-Chomp“ teilgenommen haben, aber generell die Tweets des jeweiligen Nutzers lesen.

INFO

Die ADA

Die American Dental Association, kurz ADA, wurde im Jahr 1859 gegründet. Mit 156 000 Mitgliedern ist sie heute die führende zahnärztliche Organisation in den USA. An ihrer Spitze stehen das 473 Mitglieder umfassende House of Delegates und das 17 Mitglieder starke Board of Trustees, dem unter anderem der Präsident und die beiden Vizepräsidenten der ADA angehören. Die Organisation erstellt fachliche Richtlinien und setzt sich dafür ein, die Zahngesundheit der Bevölkerung zu

Für zukünftige Twitterchats will die ADA die Werbetrommel jedoch auf jeden Fall noch stärker rühren, sagt Shenkin: „Wie man das am besten anstellt, müssen wir erst noch lernen. Vielleicht gelingt es uns ja auch, einen Prominenten als Paten für die Aktion zu gewinnen.“

Von der Kommunikation über Social-Media-Kanäle wie Twitter oder Facebook erhofft sich Shenkin allgemein eine Verbesserung des Wissens über Zahn- und Mundgesundheit in der US-Bevölkerung. Damit ist es seiner Aussage nach bisher nicht weit her. In seiner Praxis höre er von Eltern immer wieder, dass ihnen niemand gesagt habe, wann ihre Kinder anfangen sollen, Zahnpasta zu benutzen oder zum Zahnarzt zu gehen. Ein Artikel in der New York Times vom 6. März 2012 mit dem Thema Karies bei Kindern und grundlegende Aspekte der Mundhygiene habe landesweit großes Aufsehen erregt, berichtet Shenkin. „Deshalb ist es wichtig, die Menschen kontinuierlich für unsere Themen zu sensibilisieren.“

Gegner verzichten auf Kritik im Netz

Für die ADA sind Soziale Netzwerke noch ein relativ unbekanntes Territorium. Die Organisation pflegt zwar einen Twitter-

Account für Nachrichten und hat auch eine Facebook-Seite, letztere ist aber nicht aktiv, das heißt, Außenstehende können sie nicht zur Kommunikation mit der ADA nutzen. „Die ganze Idee, Social Media in die Verbandsarbeit einzubinden, ist für die ADA noch fremd. Wir versuchen, den Vor-

sprung der Industrie und anderer Organisationen aufzuholen, die diese Medien schon länger intensiv nutzen“, erklärt Shenkin.

Obendrein seien vor dem Twitterchat die Risiken der Aktion sehr genau abgewogen worden. Innerhalb der Organisation gab es vor allem die Sorge, dass der Chat von Kritikern der ADA sabotiert werden könnte. Shenkin: „In den USA gibt es zum Beispiel sehr viele Gegner der Fluoridisierung. Wir haben uns gefragt: Was ist, wenn sie sich zusammenschließen und uns mit Tweets, die gar nichts mit dem Thema Kinderzahnheilkunde zu tun haben, bombardieren?“ Trotz aller Bedenken wurde die Aktion schließlich umgesetzt – und war aus Shenkins Sicht ein voller Erfolg.

Die Erfahrung, Informationen mit der Öffentlichkeit per Twitter zu teilen, empfand der Kinderzahnarzt als „bereichernd und wiederholenswert“ – ohne die Risiken darüber zu vergessen. „Natürlich kann es auch bei zukünftigen Aktionen passieren, dass Leute die evidenzbasierte Wissenschaft, die wir vertreten und verbreiten, angreifen“, sagt er. „Dass sie sich auf diese Art einmischen, wäre sicherlich ärgerlich. Aber so ist Twitter eben – es ist eine Unterhaltung.“

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

■ ADA im Internet

www.ada.org

■ Twitter Chat der ADA

www.twitter.com/Amerdentalassn

(Tweets vom 28. Februar)

■ Dr. Jonathan Shenkin auf Twitter

www.twitter.com/jshenkin

Evidenzbasiertes Präventionskonzept für Erwachsene

Prävention beim adulten Patienten

Während die junge Generation präventiv und zahnerhaltend betreut wird, geschieht dies bei Erwachsenen nur im Ausnahmefall. Hier dominiert weitgehend ein invasives, operatives Behandlungskonzept, das im Laufe des Lebens zu relativ hohen durchschnittlichen Zahnverlusten führt. Dieses Konzept ist überholt, fördert den Erhalt der Zähne nur bedingt und widerspricht modernen Erkenntnissen der Forschung sowie einer „lege artis“-Behandlung, die jeder Patient erwarten darf.



Foto: proDente e.V

Das Ziel besprechen: gemeinsam zum präventiven und minimalinvasiven Therapieerfolg.

Das hier vorgestellte Modell berücksichtigt den aktuellen Forschungsstand in der Zahnheilkunde und baut auf international erprobten, evidenzbasierten Verfahren auf. Es beschreibt eine präventive und nicht-invasive Kariestherapie für Erwachsene, die direkt in die Zahnarztpraxis umzusetzen ist. Beherrschende Prinzipien bei der Umsetzung dieses Konzepts sind: der maximale Erhalt gesunder Zahnstrukturen, Patientenbetreuung abhängig von der Einschätzung des individuellen Kariesrisikos und des Status der Läsion sowie die laufende Kontrolle des Kariesgeschehens. Die Betreuung der Patienten erfolgt nach einem festgelegten Ablaufmuster, das je nach persönlichem Risiko variiert. Ein derartiges Präventionskonzept für Erwachsene sollte zu verringerten Kariesinzidenzen und zu weniger Zahn-

verlusten führen. Gleichzeitig würde sich die parodontale Gesundheit in Deutschland verbessern.

Zähne halten ein Leben lang, sofern sie nicht durch orale Erkrankungen oder durch zahnmedizinische Interventionen geschädigt werden. Ihre Lebensdauer hängt vom Ausmaß der Kariesaktivität, vom parodontalen, vom Pulpa- sowie vom periapikalen Status und vom Ausmaß der Rekonstruktionen ab. Grundsätzlich haben Zähne, die von einem gesunden Parodontium umgeben sind, in 99,5 Prozent der Fälle eine Lebensdauer von über 50 Jahren. Wenn sie parodontal geschädigt sind, aber behandelt und regelmäßig überwacht werden, ist die Überlebensrate in circa 92 Prozent der Fälle immer noch sehr hoch. Ähnliches gilt für endodontisch behandelte Zähne [Holm-

Pedersen et al., 2007]. Solange die zahnmedizinische Wissenschaft nicht über das nötige Wissen zur ursächlichen Therapie von Zahnerkrankungen verfügte, blieb dem Zahnarzt nur die Behandlung der Krankheitssymptome, die in der Regel im Füllen von vorhandenen Kavitäten bestand, also in einer Art Reparatur. Seit jedoch die Ursachen der beiden wichtigsten oralen Erkrankungen – Karies und Parodontitis – weitestgehend erforscht sind, sollte es bei regelmäßiger präventiver zahnmedizinischer Betreuung grundsätzlich möglich sein, ein Leben lang die eigenen Zähne zu behalten. Das im Folgenden dargestellte Behandlungskonzept folgt diesen Grundüberlegungen. Obwohl die Zahngesundheit der deutschen Bevölkerung in den letzten 30 Jahren große Fortschritte gemacht hat und seit 1997 auch die Initial- oder Schmelzkaries deutlich zurückgeht [Bauer et al., 2009], offenbart ein Mundgesundheitsvergleich zwischen China und Deutschland, dass ein präventiver und minimalinvasiver Betreuungsansatz für Erwachsene in Deutschland noch die Ausnahme ist und deshalb nicht davon ausgegangen werden kann, dass die in Deutschland praktizierte Zahnheilkunde für Erwachsene grundsätzlich den Erhalt der eigenen Zähne fördert [Saekel, 2010a; Saekel, 2010b]. Dies verwundert, denn eine präventionsorientierte Betreuung von Kindern und Jugendlichen in der deutschen Zahnarztpraxis ist die Norm. Für die Betreuung Erwachsener gilt dies jedoch nur im Ausnahmefall. Hier dominiert noch weitgehend das vor über einem Jahrhundert konzipierte operative und invasive Behandlungskonzept [Evans et al., 2008], obwohl die Wissenschaft seit Anfang der 70er-Jahre



Aktive Karies bei einer 30-jährigen Frau an 15 distal und teilweise insuffiziente Füllungen: Bissflügel-Röntgenaufnahme aus dem Jahr 2005



Bissflügel-Röntgenaufnahme aus dem Jahr 2010



Klinischer Zustand im Jahr 2005



Klinischer Zustand im Jahr 2010: Die Patientin verwendet seit 2005 regelmäßig Zahnseide und hat eine gute Mundhygiene. Die Zwischenmahlzeiten sind weniger kariogen als früher.

Fotos: E. Reich

die Grundlagen für eine präventionsorientierte und zahnschutzschonende Zahnheilkunde geschaffen hat [Dunning, 1970]. Seine Vorteilhaftigkeit hinsichtlich Kariesinzidenz, Patientenzufriedenheit und Erhalt der eigenen Zähne hat dieses Modell zwischenzeitlich überzeugend unter Beweis gestellt [Axelsson et al., 2004; Evans et al., 2008; Li et al., 2011; Hugoson et al., 2005; Ahacic und Thorslund, 2008; Zitzmann et al., 2008].

Bei den internationalen wissenschaftlichen zahnmedizinischen Gesellschaften besteht Einigkeit, dass die Prävention der Schlüssel zur Mundgesundheit ist [Weltgesundheitsorganisation (WHO), International Association for Dental Research (IADR), World Dental Federation (FDI) und International Federation of Dental Educators and Associations (IFDEA), Clarkson et al., 2010].

Zwar bekennt sich auch die deutsche Zahnärzteschaft „zur Prävention als allumfassende Grundlage zahnmedizinischen Handelns“ und betont, dass „die zahnärztliche Tätigkeit [...] in ihrer Gesamtheit schon von ihrem Ansatz her präventiv ausgerichtet sein“ muss [Oesterreich/Buchholz, 2001]. Allerdings wird dies bei erwachsenen Patienten nur in wenigen Praxen umgesetzt. Die Diskrepanz zwischen der präventiven Behandlung von Kindern und der von Erwachsenen ist keine deutsche Besonderheit, sondern zeigt sich zum Beispiel auch im Praxisalltag der USA [Riley et al., 2010]. Seit wissenschaftlich verstanden wurde, dass Karies eine bakteriell-verursachte

Erkrankung ist [Newbrun, 1989], die im wesentlichen durch Mutans Streptokokken und Laktobazillen hervorgerufen wird [Loesche, 1986; Berkowitz, 2003; Featherstone, 2000], erfolgte auch mittels adhäsiver Techniken die Weiterentwicklung des präventiven zum Minimum-Interventions-Ansatz. Seither gilt als aktueller Forschungsstand in der Kariologie, dass demineralisierte Schmelz- oder Dentin-Läsionen ohne Kavitäten remineralisiert, also „geheilt“ werden können. Damit ist der restaurative Ansatz von Black, der mit dem Vorgehen „extension for prevention“ charakterisiert wird und der von einer Irreversibilität des Kariesprozesses ausgeht, hinfällig und entspricht nicht mehr einer „lege artis“-Behandlung [Tyas et al., 2000].

Forschungsergebnisse in die Praxis übertragen

Die erwachsene Bevölkerung in Deutschland besteht einerseits aus Personen, denen in ihrer Jugend keine präventive Betreuung zuteil wurde, die Generation vor 1980, und die daher viele restaurierte Zähne aufweisen, weshalb sie einer lebenslangen Erneuerung der Füllungen (Re-dentistry) bedürfen, und andererseits den jüngeren Generationen, die von Geburt an prophylaktisch betreut wurden und deshalb nur wenig restaurierte Zähne haben oder sogar kariesfrei sind. Allerdings gibt es in beiden Gruppen Patienten, die ein hohes Kariesrisiko aufweisen. Damit besteht das Ziel eines Präventionskonzepts für die Zahnarztpraxis darin, ■ in der jungen Generation eine niedrige Primärkarieserfahrung aufrechtzuerhalten, ■ weitere Primär- und Sekundärkariesschäden in der älteren Generation zu vermeiden und

■ bei Patienten mit hohem Kariesrisiko durch Prophylaxe das Kariesrisiko zu verringern [Evans et al., 2008].

Um dieses Konzept umzusetzen, ist ein konsequent risikoorientiertes, präventives und minimalinvasives Handeln [Tyas et al., 2000; FDI, 2009] des gesamten zahnärztlichen Praxisteam erforderlich. Die Zeit dafür ist reif [Pitts, 2004]. Das Konzept muss risikoorientiert sein, da viele Menschen keine Kavitäten haben und sich deshalb das Gros der Erkrankungen auf einen relativ kleinen Bevölkerungsanteil konzentriert. Im Jahr 2005 entfielen in Deutschland bei Erwachsenen sämtliche unversorgten Kavitäten auf rund 21 Prozent der Bevölkerung [Bauer et al., 2009]. Aufgrund der risikobedingten Verteilung der Karies hatten 13 Prozent der Untersuchten eine Kavität, fünf Prozent zwei. Die Hauptlast (3 D-T) konzentrierte sich auf drei Prozent [Micheelis und Schifferner, 2006].

Hieraus folgt die klinische Implikation, Erkrankungen frühzeitig zu diagnostizieren und dann grundsätzlich präventiv und nicht-invasiv vorzugehen, um so Demineralisationen durch die Reduzierung der Kariesaktivität oder ihre Arretierung zu remineralisieren [Splieth, 2011, Featherstone et al., 2007]. Erst wenn dies nicht mehr möglich ist, sollte minimalinvasiv vorgegangen werden, wobei der Vitalerhaltung der Pulpa sowie generell dem Zahnerhalt Priorität gegeben werden [Jordan und Markovic, 2007; Ericson et al., 2003]. Die alleinige Füllungstherapie, selbst wenn sie zahnschonend erfolgt, würde zwar die Integrität des behandelten Zahnes wiederherstellen, aber nicht die ursächliche bakterielle Infektion beseitigen, mit der Folge eines hohen Risikos für Sekundärkaries [Splieth, 2001]. Dies wurde mehrfach nachgewiesen und in einer randomisierten klinischen Studie belegt [Featherstone und Gansky, 2005].

Zahnmedizin auf internationalem Niveau

Ziel dieses Artikels ist es, über die allgemeine Beschreibung eines derartigen Präventionskonzepts [Splieth, 2011; Splieth, 2001; Reich, 2006; Laurisch, 2010] hinausgehend, aufbauend auf international erfolgreichen Modellen, klare Handlungsanweisungen zu geben und damit einen Beitrag zur beschleunigten „Umsteuerung des zahnmedizinischen Denkens und der Praxisausübung“ [Splieth, 2001] zu leisten. Der präventive Ansatz findet seit den 90er-Jahren breite klinische Anwendung in Skandinavien [Splieth, 2011] und wird seit zehn Jahren in den USA als CAMBRA (Caries Management By Risk Assessment)-Modell von mehr als neun Universitäten gelehrt und in Zahnarztpraxen praktiziert [Featherstone et al., 2007; Young et al., 2011]. In Australien wird das Konzept ebenfalls seit rund zehn Jahren als „Karies-Management-System“ von der Universität Sydney gelehrt und von allgemeinärztlichen Praxen umgesetzt [Klineberg et al., 2002; Evans et al. 2008; Curtis et al., 2011]. Die Beschreibung der Verfahren, die bei der Behandlung existenter Kavitäten nötig sind und die nach dem

Definitionen der FDI-ICDAS II-Kariesklassifikation (Niveau 2 für die Praxis)

Code	Beschreibung
0	Gesund. Keine sichtbare Karies nach Trocknung im Luftstrom (circa fünf Sekunden). Veränderungen wie Schmelzhypoplasie, Fluorose, Abrasion, Erosion und nicht-kariöse Verfärbungen werden mit 0 erfasst.
a	Nach Trocknung des Zahnes sind erste visuelle Veränderungen in der Schmelzoberfläche erkennbar. Es kann sich um Opazitäten, weißliche oder bräunliche Verfärbungen handeln. Am feuchten Zahn bereits deutliche visuelle Veränderungen in der Schmelzoberfläche, etwa als Opazität im Sinne einer White-Spot-Läsion und/oder als bräunliche kariöse Verfärbung in Fissuren oder Grübchen. Die Veränderungen müssen auch am getrockneten Zahn sichtbar sein.
b	Demineralisation oder Verlust der Schmelzstruktur ohne sichtbare Dentinbeteiligung. Die Opazitäten und/oder bräunlichen bis schwarzen kariösen Veränderungen dehnen sich über die Grenze der Fissuren/Grübchen hinaus aus und sind nach Trocknung des Zahns sichtbar. Im Zweifel oder zur Bestätigung der visuellen Einschätzung kann eine WHO-Sonde vorsichtig über den Schmelzdefekt geführt werden, um die Diskontinuität der Schmelzoberfläche zu ertasten.
c	Schattenbildung im Dentin. Farbveränderungen in grau, blau oder braun, mit oder ohne Schmelzeinbruch. Die Schattenbildung ist am feuchten Zahn besonders gut erkennbar.
d	Deutliche Kavitätenbildung im sichtbaren Dentin und deutlicher Schmelzverlust am getrockneten Zahn. Gegebenfalls WHO-Sonde benutzen, um freiliegendes Dentin zu ertasten. Großflächige Kavitätenbildung, wobei das Dentin in Breite und Tiefe des Zahns deutlich sichtbar ist. Mindestens die Hälfte der Zahnfläche ist kariös zerstört, die Pulpa kann betroffen sein.

Tabelle 1, Quelle: FDI, 2011

neuesten Stand – wenn möglich – minimal-invasiv erfolgen sollten [Tyas et al., 2000], steht nicht im Fokus dieser Abhandlung. Eine aktuelle Beschreibung der „lege artis“-Verfahren zur Versorgung akuter Karies mit Kavitätenbildung bieten Fejerskov und Kidd [2008] sowie Reich und Brauchle [2011]. Nach Ansicht der Wissenschaftskommission der FDI [Tyas et al., 2000], umfasst ein Präventions- und Minimum-Interventions-Konzept grundsätzlich mindestens folgende fünf Prinzipien:

- Remineralisation von Frühläsionen
- Reduktion der kariogenen Bakterien, um
- das Risiko weiterer Demineralisierung und Kavitation auszuschließen
- minimalinvasives Vorgehen bei Karies mit Kavitätenbildung
- Reparatur statt Erneuerung defekter Restaurationen
- regelmäßige Verlaufskontrollen zur rechtzeitigen Erkennung von aktiver Karies

Karies-Management-System (KMS)

Der präventive Ansatz [Young et al., 2007] des KMS basiert auf dem von Featherstone entwickelten Karies-Gleichgewichts/Ungleichgewichts-Modell, in dem pathologische Faktoren (Bakterien, mangelhafter Speichelfluss, schlechtes Ernährungsverhalten) mit protektiven Faktoren (genügender Speichelfluss, Versiegelungen, antibakterielle Mittel, Fluoride und wenig kariogene Nahrung) um die Vorherrschaft kämpfen (siehe Grafik 1). Die Balance zwischen den Krankheitsindikatoren, den Risikofaktoren und den schützenden Faktoren entscheidet, ob die dentale Karies fortschreitet, zum Stillstand kommt oder sich zurückbildet.

Kernprinzip im KMS ist die risikoorientierte Herangehensweise, die bereits von Axelsson Ende der 70er-Jahre bei 0- bis 19-Jährigen und seit 1990 bei Erwachsenen eingeführt wurde [Axelsson et al., 1993; Axelsson, 1988]. Wie das Kariesrisiko eines Patienten verlässlich eingeschätzt werden kann und welche bedarfsorientierten Behandlungsschritte sich daraus ergeben, wird im Folgenden anhand von typisierten Handlungsanweisungen dargestellt. Zunächst bedarf das präventiv ausgerichtete KMS zu seiner Umsetzung einer wesentlich verfeinerten klinischen Kariesdiagnostik, die Läsionen nicht – wie bisher – nur auf Kavitationsniveau erfasst, sondern auch Initialläsionen mit erkennt, um dadurch die Möglichkeit der Remineralisierung von Schmelzläsionen zu eröffnen. Ein solcherart verbessertes visuelles Diagnoseinstrumentarium liegt mit dem International Caries Detection and Assessment System (ICDAS II) vor. Dieses System wurde vom Wissenschaftskomitee der FDI um ein Kariesmanagementsystem im obigen Sinne erweitert [Reich, 2011].

FDI-ICDAS II-System zur Kariesklassifikation

Bei der bisher gebräuchlichen Kariesdiagnose mit der Unterscheidung zwischen Karies und gesundem Zahn [WHO, 1977] liegt die diagnostische Schwelle der Erkrankung Karies bei einer fortgeschrittenen Dentinkaries, weshalb damit keine ursachenbezogene Kariesprävention durchgeführt werden kann. Vor etwa acht Jahren begannen Kariologen eine histologisch abgesicherte Kariesdiagnose zu entwickeln. Dieses ICDAS-System wird heute in vielen Universitäten gelehrt. In der FDI, die Mit-

Dreistufiges Schema der Kariesklassifikation	
WHO Basic Methods DMFT-Index	
D (decayed teeth)	kariöse Zähne, fehlende Zähne wegen Karies, wegen Karies gefüllte Zähne
M (missing tooth)	wegen Karies fehlender/extrahierter Zahn
F (filled tooth)	wegen Karies gefüllter oder überkronter Zahn
<i>Quelle: Reich et al.</i>	

initiator des Projekts war, wurde das FDI-ICDAS II modifiziert, um eine breite Anwendung in der Epidemiologie, bei wissenschaftlichen Untersuchungen und in der Praxis zu ermöglichen.

Das neue FDI-ICDAS II-Klassifikationssystem hat einen dreistufigen Aufbau (siehe Seite 103). Je nach Anwendung kann man die althergebrachte Karieseinteilung (ja/nein: Niveau 1) oder differenziertere Unterteilungen in Schmelz-/Dentinkaries (Niveau 2 und Niveau 3) mit und ohne Kavitätenbildung verwenden. Mit den Niveaus 2 und 3 ist eine wesentlich frühere Diagnose der Karies mit feineren Abstufungen möglich, wodurch sowohl die Betreuung der Kariespatienten in der Praxis (Niveau 2) wesentlich besser gesteuert werden kann als auch bessere wissenschaftliche Aussagen (Niveau 3) über die Wirksamkeit von Prophylaxemitteln möglich sind. Auch für epidemiologische Studien bietet es viele Vorteile gegenüber dem alten WHO-Schema. Das FDI-ICDAS II-System ermöglicht, sowohl kariöse Veränderungen an Okklusal- und Glattflächen als auch an Wurzeloberflächen und Restaurationen sowie Versiegelungen zu erfassen. Die Zähne werden im feuchten und im trockenen Zustand befundet und den vom Schweregrad der Läsion abhängigen FDI-ICDAS II-Codes zugeordnet. Die Definitionen der Codes zeigt Tabelle 1 auf.

Die Einschätzung der Kariesaktivität (aktiv oder inaktiv: +/-) von Schmelzläsionen an Glattflächen und an okklusalen Flächen im Rahmen des FDI-ICDAS II-Systems kann

klinisch einfach anhand von optischem Erscheinungsbild, Ertasten mit der WHO-Sonde und Vorhandensein von ausgereifter Plaque vorgenommen werden (siehe Tabelle 2). Für die Praxis am geeignetsten ist das Niveau 2, das eine gute Differenzierung bei Läsionen ohne Kavitäten ermöglicht. PUFA (Pulpa-Beteiligung, Ulzeration, Fistel, Abszess) [Monse-Schneider et al., 2010] kategorisiert schwere Folgen der Karies (Schmerz/Eiter) und wird epidemiologisch in Ländern mit schlechter zahnärztlicher Versorgung verwendet.

Die klinische Untersuchung der Patienten erfolgt an zugänglichen Flächen und Fissuren mit scharfem Auge sowie stumpfer Sonde. Sofern keine offensichtliche Kavitation vorliegt, erfolgt die klinische Untersuchung approximaler Zahnflächen mithilfe einer Bissflügelaufnahme. Um Veränderungen zwischen den Untersuchungsterminen festzustellen und um die Progressionsrate quantifizieren zu können, werden die nicht-restaurierten approximalen Flächen in bestimmten Abständen (siehe Recall) geröntgt und gemäß dem von Mejare et al. [1999] vorgeschlagenen System nach fünf Stadien bewertet (siehe Tabelle 3).

Die Codes der Radioluzenzen werden chronologisch in ein Dokumentationsblatt eingetragen, um das nichtinvasive Management von frühen nicht-restaurierten okklusalen und approximalen Läsionen zu ermöglichen [Evans et al., 2008]. Für jede Fläche in einem (Zahn-)Kasten gibt es eine Spalte von eins bis fünf, die sich auf ein Läsionsergebnis bezieht. Radioluzenzen an

bereits restaurierten okklusalen und approximalen Flächen, zum Beispiel wegen Sekundärkaries, werden im Formblatt nicht erfasst.

Diagnose und Zeitpunkt der Intervention

Voraussetzung für eine ursachenbezogene Prävention der Karies ist die Diagnose der Symptome der Karies wie auch ihrer ätiologischen Faktoren, um damit eine Einschätzung des individuellen Kariesrisikos vorzunehmen. Der Behandlungsplan für den Patienten muss sowohl das präventive Kariesmanagement wie auch den restaurativen Behandlungsplan beinhalten. Das Vorgehen im Kariesmanagement kann durch antibakterielle Maßnahmen, Fluoride und gegebenenfalls eine Umstellung der Ernährung erfolgen. Wenn restaurative Maßnahmen durchgeführt werden, so sollten diese zahnschonend (minimalinvasiv) vorgenommen werden. Solange es möglich ist, den Zahn oder die Pulpa nicht zu gefährden, sollten präventive Maßnahmen den Vorzug bekommen. Restaurative Maßnahmen sind bei Kavitation im Dentin indiziert. Für Approximallflächen ist dies schwierig zu diagnostizieren, da Kavitäten nur zu 20 Prozent mit Radioluzenzen, die bis zur Dentin-Schmelz-Grenze reichten, und nur zu 50 Prozent mit Radioluzenzen, die auf die äußere Hälfte des Dentins beschränkt waren, korrelieren [Rugg-Gun, 1972; Bille und Thylstrup, 1982]. Das vorliegende Präventions- und Minimal-Interventions-Modell (KMS) bietet der Zahnarztpraxis hierfür eine evidenzbasierte und praxiserprobte Problemlösung an.

Das KMS besteht aus mehreren Stufen (siehe Tabelle 4) und stellt eine nichtinvasive Strategie zum Anhalten aktiver Karies und zur Remineralisierung von Frühläsionen dar. Sein Kernprinzip besteht aus folgenden Schritten:

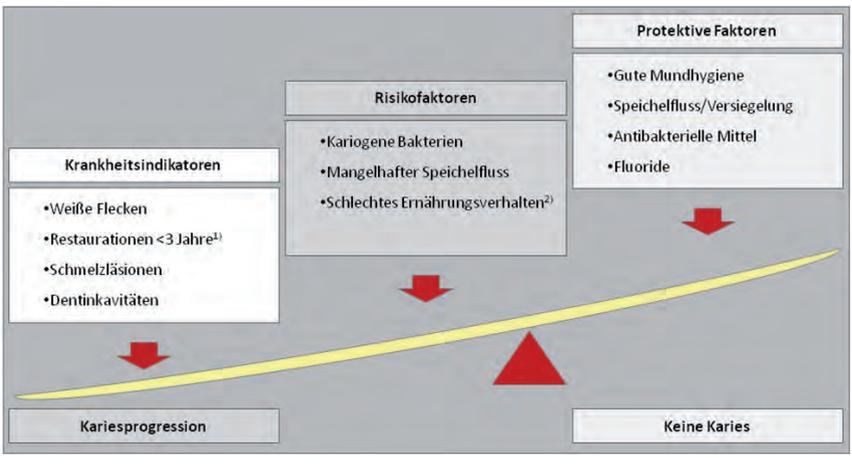
- der Einschätzung des Kariesrisikos
- dem Status jeder vorhandenen Läsion
- der Patientenführung
- dem klinischen Management und
- dem Recall

Kriterien zur Einteilung der Bissflügelradioluzenzen an okklusalen und approximalen Flächen nach Mejare et al.

C0	keine ersichtliche Radioluzenz
C1	Radioluzenz an äußerer Hälfte des Zahnschmelzes
C2	Radioluzenz erstreckt sich bis zur inneren Hälfte des Zahnschmelzes und kann die Schmelz-Dentin-Grenze erreichen
C3	Radioluzenz überschreitet gerade die Schmelz-Dentin-Grenze
C4	Radioluzenz im äußeren Drittel des Dentins
C5	Radioluzenz erreicht die inneren zwei Drittel des Dentins und kann sich bis zur Pulpa erstrecken

Tabelle 3, Quelle: Mejare et al., 1999

Das Karies-Gleichgewichts/Ungleichgewichts-Modell



Quelle: Anlehnung an Featherstone et al. 2007

Grafik 1: 1) Restaurationen < 3 Jahre = Füllungen in den letzten drei Jahren
 2) schlechtes Ernährungsverhalten = mehr als drei zuckerhaltige Zwischenmahlzeiten/Tag

Sowohl die Bestimmung des Kariesrisikos als auch die Behandlung der Karies erfolgen nach festgelegten Protokollschemas, die evidenzbasiert sind und deren nichtinvasive Maßnahmen gleichzeitig auf die Primärprävention der Karies sowie auf die Sekundärprävention (zum Stillstand Bringen und Rückbildung der Frühläsionen) ausgerichtet sind [Evans et al., 2008]. Aus der

Anamnese und der klinischen Untersuchung ergeben sich die Risikofaktoren [Featherstone et al., 2007; Evans et al., 2008]:

- hohe und häufige Zuckeraufnahme
- Plaque/schlechte Mundhygiene
- kariogene Bakterien
- Zahnmorphologie und Speichelfluss
- sowie ungenügende Fluoridanwendung

Das Karies-Management-System

Stufe	Aktion
1	Anamnese inklusive Risikofaktoren (Ernährung, Mundhygiene, Bakterien, Speichel)
2	Diagnose und Kariesrisikobestimmung
3	Behandlungsplanung und Fallpräsentation. Information des Patienten zur Karies <ul style="list-style-type: none"> - Anzahl und Status der gegenwärtigen Läsionen - Präventionsmaßnahmen - Remineralisation (Stopp der Karies / Remineralisation) - Rolle des Zahnarztes/Praxisteam beim Kariesmanagement - Rolle der häuslichen Mundhygiene bei der Kariesprävention - aktueller Kariesrisiko-Status Ernährungsbewertung und Empfehlungen Mundhygieneberatung und -kontrolle
4	professionelle Prävention: PZR, Fluoridapplikation, CHX-Anwendung, Mundhygiene-Instruktion
5	Versiegelungen
6	restaurative Therapie
7	risikoorientiertes Recall-Programm

Tabelle 4, Quelle: Modifiziert nach Domejean-Orliaguet et al., 2009

Bewertung der Ernährung

Ein besonderes Risiko für Karies stellt der häufige Verzehr von vergärbaren Kohlenhydraten dar [WHO/FAO, 2003], wobei gute Plaquekontrolle und ausreichende Fluoridaufnahme das Risiko minimieren können [Woodward und Walker, 1994; Walker, 2000; Burt und Pai, 2001]. Auskunft über das ernährungsbedingte Risiko des Patienten ergibt ein 24-Stunden-Fragebogen über Snack-Gewohnheiten, den der Patient ausfüllt und der mit ihm ausführlich besprochen wird. Diese Anamnese ist insbesondere für Patienten mit hohem Risiko wichtig.

Bewertung Mundhygiene, orale Bakterien, Speichel

Um die Qualität der Mundhygiene einschätzen zu können, wird bei jährlichen klinischen Untersuchungen von Recall-Patienten der Papillen-Blutungs-Index (PBI) nach Saxer und Mühlemann [1975] erhoben, der fünf Bewertungsgrade aufweist. Der Index misst, inwieweit entzündungsfreie Gebisse vorliegen, und bewertet, welches Ausmaß einer Blutung vorliegt. Dieser Mundhygiene-Index hat den Vorteil, nicht nur eine Momentaufnahme der Mundhygiene abzubilden – wie jeder Plaque-Index –, sondern die regelmäßig praktizierte Mundhygiene des Patienten zu erfassen.

Da die Speichelfließrate einen wichtigen Einfluss auf die Kariesinzidenz hat [Tenovuo, 1997; Bardow et al., 2008], wird zusätzlich – sofern die Vermutung eines hohen Kariesrisikos besteht – die Speichelflussmenge (ml/min) gemessen, die innerhalb von drei bis fünf Minuten durch Kauen von Paraffinwachs stimuliert wird. Dabei spuckt der Patient den innerhalb der Zeitspanne anfallenden Speichel in einen Messbecher. Die angefallene Speichelmenge wird durch die Zeit dividiert, um den Indikator ml/min zu bestimmen. Eine Speichelflussrate von 1 ml/min oder mehr signalisiert einen normalen Speichelfluss. Ein Niveau von 0,7 ml/min ist niedrig, alle Werte unter 0,5 ml/min und darunter signalisieren

eine ernste Speicheldrüsenunterfunktion [Featherstone et al., 2007]. In diesem Fall ist das persönliche Kariesrisiko als hoch einzustufen und es könnte eine weitergehende Untersuchung des Speichelflusses angezeigt sein [Evans et al., 2008]. Allerdings ist extrem niedriger Speichelfluss sehr selten und andere Speichelcharakteristika sind nur schwach mit Kariesinzidenz verbunden [Billings, 1993; Johnson, 1991], so dass Evans et al. [2008] es nicht für nötig halten, eine weitere Speicheldiagnostik durchzuführen [siehe auch AGZ-RNK, 2011]. Jedoch können Bakterientests für Mutans Streptokokken (MS) und Laktobazillen (LB) einen stark motivierenden Effekt haben, wodurch Patienten leichter zu Verhaltensänderungen zu bewegen sind. Insofern könnte es – wie es Featherstone et al. [2007] empfehlen – bei Hochrisiko-Patienten, die zur Mitarbeit bereit sind, gerechtfertigt sein, auch Bakterientests auf MS und LB durchzuführen.

Stufe 2 – Diagnose und Risikoeinschätzung

Bei Neupatienten erfolgt die Risikoeinschätzung anhand der klinischen Untersuchung, die die Bissflügelaufnahme mit umfasst [Reich et al., 1999]. Bei Recall-Patienten wird die Einschätzung anhand der Inzidenz neuer Läsionen oder anhand des Fortschreitens bereits bestehender Läsionen bestimmt. Die Einteilung der Risikostufen kann in zwei, drei oder vier Stufen erfolgen.

Bezogen auf die aktuelle deutsche Morbiditätslage (klinisch ohne Röntgenbilder) bedeutete dies, dass knapp 80 Prozent der Erwachsenen kariesfrei sind beziehungsweise ein niedriges Kariesrisiko aufweisen. 13 Prozent der von Karies betroffenen Gruppe sind dem mittlerem Risiko zuzurechnen (D-T 1) und acht Prozent entfallen auf die Hochrisiko-Gruppe (D-T > 1).

Eine verfeinere Risiko-Einschätzung ermöglicht das von Featherstone et al. im Rahmen des CAMBRA-Modells entwickelte Formular. Es ist hierarchisch aufgebaut, das heißt die jeweils vorrangigen Faktoren in den Bereichen Krankheitsindikatoren, Risikoindikatoren und protektive Indikatoren werden zuerst aufgeführt. Die Einschätzung

des Kariesrisikos erfolgt anhand der Summe der angekreuzten schädigenden und schützenden Indikatoren. Sie ist beim Hochrisiko-Grad relativ einfach. Patienten mit einem oder mehreren Anzeichen aus der Gruppe der Krankheitsindikatoren fallen automatisch in die Hochrisiko-Gruppe, es sei denn, therapeutische Gegenmaßnahmen wurden bereits eingeleitet und die Progression der Karies konnte gestoppt werden [Featherstone et al., 2007]. Schwieriger ist häufig die Differenzierung zwischen niedrigem und mittlerem/moderatem Risiko. So weisen manche Patienten schlechte Mundhygiene-Werte oder hohen Plaquebefall auf, zeigen aber keine anderen Risikofaktoren. Das kann zu unterschiedlichen Einstufungen führen, was aber bezüglich der Therapie keine großen Auswirkungen hat. Jeder der protektiven Faktoren kann dazu beitragen, das Kariesgeschehen im Mund des Patienten in Balance zu halten oder die Remineralisierung zu fördern, wodurch der natürliche Reparaturprozess in Gang gesetzt wird [Featherstone et al., 2007].

Die einzelne Zahnarztpraxis muss entscheiden, welche Methode zur Kariesrisikoeinschätzung sie für überlegen hält und wie die Methode von ihren Patienten angenommen wird. Praxisbewährt sind beide Methoden, wobei die Methode von Featherstone et al. jüngst in einer großen Sechs-Jahres-Studie ihre Zuverlässigkeit unter Beweis gestellt hat [Doméjean et al., 2011].

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Elmar Reich
Rolf-Keller-Platz 1
88400 Biberach
ereich@t-online.de

■ Die Fortsetzung dieses Artikels erscheint in der kommenden Ausgabe, zm 9/2012.

zm Leser service

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

1&1 Internet AG
Seite 71 und 73

3M Espe AG
Seite 31

Adam Opel GmbH
Seite 89

American Dental Systems GmbH
Seite 53

Bai Edelmetalle AG
Seite 115

BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG
Seite 55

Beycodent Beyer + Co GmbH
Seite 49

Carestream Health Deutschland GmbH
Seite 113

Castellini Spa
Seite 91

Coltène/Whaledent GmbH & Co. KG
Seite 9 und 61

DAMPSOFT Software-Vertriebs GmbH
Seite 81

dentaltrade GmbH & Co. KG
Seite 13

Dexcel Pharma GmbH
Seite 15

DMG Dental-Material GmbH
Seite 65 und 75

Doctorseyes GmbH
Seite 67

Dreve Dentamid GmbH
Seite 39

Els DENT Zirkonfräszzentrum
Seite 123

GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG Consumer Healthcare
Seite 41 und 69

Hager & Werken GmbH & Co. KG
Seite 79

Heraeus Kulzer GmbH
Seite 45

Hofmeester Dental B.V.
Seite 93

ic med EDV-Systemlösungen für die Medizin GmbH
Seite 43

IMEX Dental + Technik GmbH
Seite 21

Institut für dentale Sedierung
Seite 63

J. Morita Europe GmbH
3. Umschlagseite

KaVo Dental GmbH
Seite 25

Komet Gebr. Brasseler GmbH & Co. KG
2. Umschlagseite

Kreussler & Co. GmbH Chemische Fabrik
Seite 57

M.I.S. Implant Technologies GmbH
Seite 103

Medentis Medical GmbH
Seite 6 und 7

Miele & Cie KG
Seite 33

Neue Gruppe
Seite 97

Nobel Biocare Management AG
Seite 29

orangedental GmbH & Co. KG
Seite 77

Permadental BV
Seite 11

Procter & Gamble GmbH
4. Umschlagseite

PROTILAB
Seite 19

Ratiodental
Seite 115

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Seite 59

Semperdent Dentalhandel GmbH
Seite 47

Septodont Holding S.A.S
Seite 83

teamwork media Verlags GmbH
Seite 95

Trinon Titanium GmbH
Seite 105

Ultradent Dental-medizinische Geräte GmbH & Co. KG
Seite 87

Ultradent Products USA
Seite 119

Vita Zahnfabrik H.Rauter GmbH & Co. KG
Seite 23

Voco GmbH
Seite 27

W & H Deutschland GmbH
Seite 85

youvivo GmbH
Seite 17 und 117

ZM-Jahresband
Seite 109

Einhefter 4-stg. PROTILAB
zw. Seite 50/51

Vollbeilagen Acteon Germany GmbH

Biber Umweltprodukte Versand GmbH

HYGITECH SAS

Wrigley GmbH

Teilbeilagen Aktion Mensch Deutsche Behindertenhilfe e.V.
in PLZ 2-9

proDentum Dentaltechnik GmbH
in PLZ 6-9

NHS-Reform in Großbritannien

Privatisierung durch die Hintertür

Der staatliche britische Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) erfährt tief greifende Reformen. Nach monatelangem Streit und gesundheitspolitischen Winkelzügen der Opposition, die bis zuletzt versuchte, die Reformen zu stoppen, verabschiedete das Londoner Unterhaus Mitte März ein Reformpaket, das das Gesundheitswesen grundlegend verändern soll.



Foto: seeyou-c.steps – Fotolia.com

Ziel der NHS-Reformen ist laut Gesundheitsminister Andrew Lansley, den staatlichen Gesundheitsdienst unbürokratischer zu machen sowie die Rolle der Hausärzte weiter zu stärken. Großbritannien hat seit 1948 ein staatliches Gesundheitssystem, das auf dem Primärarztprinzip basiert. Die erste Anlaufstelle für den Patienten ist stets der Hausarzt. Dieser überweist zum Facharzt oder in die Klinik. Fachärzte praktizieren in den Krankenhäusern und nicht in freier Praxis. Die freie Arztwahl der Patienten ist – bislang zumindest – erheblich eingeschränkt.

Die jüngsten Gesundheitsreformen der konservativ-liberalen Koalitionsregierung unter Premierminister David Cameron zielen darauf ab, den Hausärzten mehr Freiheiten einzuräumen. Erstmals in der 64-jährigen NHS-Geschichte sollen Hausärzte mehr oder weniger eigenständig über ihre Budgets verfügen dürfen. Praktisch bedeutet das, dass die rund 100 000 NHS-Hausärzte über das Ausgeben von Milliardenbeträgen entscheiden werden. Die Idee ist, dass der Hausarzt für seinen Patienten direkt im Krankenhaus Operationen oder fachärztliche Konsultationen einkauft. Das werde den Wettbewerb innerhalb des stationären Sektors fördern, argumentiert der Gesundheitsminister.

Skepsis bei Ärzten und Patienten

Doch ärztliche Berufsverbände, Zahnärzte und Gewerkschaften sind ebenso skeptisch wie die britischen Patientenverbände. „Es besteht die Gefahr, dass mehr Wettbewerb und damit die Involvierung privater Leistungsanbieter das Prinzip der staatlichen Gesundheitsversorgung, die grundsätzlich für jeden Bürger kostenlos ist, untergräbt“, so eine Sprecherin des britischen Ärztebundes (British Medical Association, BMA). Und: „Wir fürchten uns vor einer schleichenden Privatisierung des Gesundheitswesens.“

Gesundheitspolitische Beobachter weisen darauf hin, daß die Involvierung privater Leistungsanbieter in der Tat dazu führen kann, daß staatliche Versorgungsangebote mittel- und langfristig knapper werden. Beispiel ist die britische Zahnmedizin. In den vergangenen 20 Jahren sind immer mehr private Unternehmen und privat praktizierende Zahnärzte in den Markt eingetreten. Dies ging Hand in Hand mit einer Reduzierung des staatlichen Versorgungsangebots. Genau dieser Effekt könne sich auch im restlichen Gesundheitswesen einstellen, argumentieren Reformkritiker. So beobachtet denn auch der britische Zahnärzterverband (British Dental Association, BDA) den ge-

sundheitspolitischen Reformeifer der Regierung Cameron mit großem Interesse und mit einiger Sorge. „Das sind sehr tief greifende Reformen und sie werden starke Auswirkungen und Folgen auf alle Gesundheitsberufe haben.“

Manche Gesundheitsexperten nennen die jetzt vom Oberhaus nach rund 50 Stunden Parlamentsdebatte und 14-monatiger Beratungsphase verabschiedeten Reformen „eine Jahrhundertreform“. „Die Umwälzungen sind so enorm, dass man sie sogar aus dem Weltall sehen kann“, spottete die ehrwürdige Tageszeitung „Times“.

In Zahlen: Die Regierung Cameron hofft, durch die Reformen Effizienz-Einsparungen von „mindestens zehn Milliarden Pfund (rund 13 Milliarden Euro) in den nächsten zehn Jahren“ zu schaffen. Rund 20 000 Verwaltungsstellen sollen wegrationalisiert werden. Gleichzeitig versprach der Gesundheitsminister mehrfach, dass die sogenannten Frontline Services, also die direkte Patientenversorgung, nicht gekürzt werde. Immerhin ist der NHS heute mit jährlichen Ausgaben von rund 104 Milliarden Pfund der mit Abstand größte Kostenblock im britischen Staat.

Mehr Mitsprache geplant

Allerdings geht es bei der Reform um mehr als nur ums Geld. Stichwort Privatmedizin: Die Regierung wünscht sich „mehr Wettbewerb innerhalb des NHS“. Zum einen sollen Arztpraxen und Staatskrankenhäuser untereinander um Patienten werben und rangeln. Davon erhofft sich das Londoner Gesundheitsministerium mehr Effizienz. Zum anderen sollen Ärzte und andere Gesundheitsberufe wieder mehr Entscheidungsfreiheit erhalten.

So ist unter anderem geplant, die bisherige enge und unflexible Vernetzung von Haus- und Fachärzten, Kliniken und ambulanten Pflegediensten zu entzerren, in der Hoffnung, Handlungsspielräume zu gewinnen und so den Patienten mündiger zu machen. Konkret: Der Patient soll mehr Mitspracherecht bekommen, in welche Klinik er überwiesen wird. Die Regierung hofft, dass diese neue Form der Marktwirtschaft dazu führen wird, dass Kliniken, die gut arbeiten, mit besseren Patientenzahlen belohnt werden. Mehr Patienten bedeuten in der Regel auch mehr Geld aus dem Gesundheitsetat.

Berufsverbände sind kritisch

Allerdings fürchten Berufsverbände und Gewerkschaften eine „schleichende Privatisierung“ des Gesundheitsdienstes. Erst kürzlich wurde das erste NHS-Krankenhaus vollends



Foto: FOTEX-westend61

in den Privatsektor überführt: Das Hinchingsbrook Hospital (Grafschaft Cambridgeshire) wird nun als Privatklinik geführt. Das sorgt die NHS-Fachärzte. Heute verfügt jeder zehnte Patient in Großbritannien über privaten Krankenversicherungsschutz. Kritiker bezweifeln, dass die Reform zur richtigen Zeit kommt. Der NHS muss wegen der

Wirtschaftskrise deutlich sparen. Es sei fraglich, ob derart große Strukturreformen in Zeiten des Geldmangels tatsächlich machbar seien, so der britische Ärztebund.

*Arndt Striegler
Grove House
32 Vauxhall Grove
GB-London SW8 1SY*

Die Rolle des Hausarztes soll durch die Reform gestärkt werden.

Heinrich Friedrich Wilhelm Braun

Sein Leben für die Zahnmedizin

Die Verdienste des Geheimen Medizinalrats Prof. Dr. med. habil. Dr. h. c. Heinrich Friedrich Wilhelm Braun für die Weiterentwicklung der Zahnmedizin sind heute fast in Vergessenheit geraten. Durch wissenschaftliche Gründlichkeit verhalf er der Lokalanästhesie in der Zahnheilkunde zu einem neuen Stellenwert. Er setzte die Bedeutung der Schmerzausschaltung zur Zahnextraktion der Entdeckung der Narkose für die Chirurgie gleich.

Am 1. Januar jährte sich der 150. Geburtstag des Wissenschaftlers Heinrich Braun. Er wurde 1862 als drittes Kind einer Kaufmannsfamilie in Rawicz (Posen) geboren. Da die Eltern früh verstarben, wuchs er bei Verwandten auf, kam mit neun Jahren nach Dresden in ein Internat und besuchte das Vitztumsche Gymnasium. Seine Vorlieben gehörten der Musik und den Naturwissenschaften. Die Liebe zur Musik „wurde schließlich so heftig, daß ich ernstlich vorhatte, mich ihr nach der Reifeprüfung ganz zu widmen“ [1].

Auf Rat der Angehörigen wählte er dann doch das Medizinstudium, das ihn – den Gepflogenheiten der Zeit entsprechend – an verschiedene Universitäten führte, so nach Straßburg, Greifswald und Leipzig, wo er 1887 das Studium abschloss und im gleichen Jahr promovierte.

Während des Studiums famulierte Braun in der chirurgischen Klinik bei Prof. Carl Thiersch (1822–1895, Chirurg in Leipzig) und führte schon als Student Narkosen durch. Die Tätigkeit entwickelte bei ihm das Interesse für die Verfahren der Anästhesie und für deren praktische Anwendung.

In seiner dreijährigen chirurgischen Ausbildung in der Volkmannschen Klinik in Halle hospitierte er bei Prof. Maximilian Oberst (1849–1925, Chirurg in Halle). Hier lernte er erstmalig die Anwendung der örtlichen Betäubung kennen, nicht ahnend, welche Bedeutung dies für seine weitere wissenschaftliche Arbeit haben sollte. Oberst „wendete schon 1889 bei Fingeroperationen das mit seinem Namen verbundene [...] Betäubungsverfahren“ [1] an.

Braun strebte nach wissenschaftlicher experimenteller Arbeit. 1894 habilitierte er an der Leipziger Universität extern bei Thiersch



Foto: Karl-Marx-Universität Leipzig

Prof. Dr. Dr. Heinrich Friedrich Wilhelm Braun, 1862–1934

mit der Arbeit „Untersuchungen und Bau der Synovialmembran und Gelenkknorpel, sowie über die Resorption flüssiger und fester Körper aus den Gelenkhöhlen“ [1].

Um sich mehr seinen wissenschaftlichen Untersuchungen widmen zu können, ging Braun als Oberarzt an das neu erbaute Diakonissenhaus in Leipzig und hielt dort Vorlesungen über örtliche Betäubung.

Seine experimentellen und klinischen Erfahrungen auf dem Gebiet der allgemeinen und örtlichen Schmerzausschaltung veröffentlichte er 1897, vier Jahre später folgte

seine Arbeit „Über Mischnarkosen und deren rationelle Verwendung“ [2]. Die darin aufgeführten Grundgedanken über Mischnarkosen haben bis heute Gültigkeit.

Pionierarbeit

Auf Grundlage des Junker'schen Narkoseapparats entwickelte Braun ein Gerät, mit dem man erstmalig Chloroformdampf, Ätherdampf oder ein Gemisch aus beiden zusätzlich zur Atemluft verabreichen konnte, so wurde die Steuerung der Narkose

möglich. Dieser Apparat galt seinerzeit als unübertroffen und wurde auf dem 30. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie am 11. April 1901 in Berlin vorgestellt. Er ging als „Braunscher Narkoseapparat“ in die Geschichte ein und fand in vielen Ländern Eingang in die tägliche Praxis [4].

Seit dem Jahr 1895 beschäftigte sich Braun, angeregt durch die Zusammenarbeit mit Oberst, mit der örtlichen Betäubung. Insbesondere das 1894 erschienene Buch „Schmerzlose Operationen“ von Carl-Ludwig Schleich (1859–1922, Chirurg in Berlin) ließ Braun die noch zu lösenden Probleme erkennen.

Schleich genoss seinerzeit den Ruf als Entdecker der Lokalanästhesie. Bei gründlicher Analyse der Leistungen vieler Mediziner zur Begründung und Entwicklung der örtlichen Betäubung ist dieser Ruf Schleichs jedoch umstritten. So war ihm die bei Oberst in Halle angewandte Anästhesie an Fingern und Zehen nicht bekannt, zumindest fand sie in seinem Lehrbuch keine Beachtung. Schleich war vielmehr der Ansicht, „Echte regionale Anästhesie kann nur central

Apparat zur Äther-Chloroform-Mischnarkose nach Braun



Foto: Dr. Ute Hoffmann

ausgelöst von den Stellen der Gefühlsapperception (Gehirn – und Rückenmark). [...] thatsächlich sind wir praktisch ausser Stande, [...] Nervenleitungen von anatomischen Prädilectionstellen aus (Knochenpunkte, Plexus, Durchtritte aus Knochenostien) zu erreichen“ [6].

„Der Wunsch, nach einer brauchbaren Form der Lokalanästhesie war so groß, dass jede neu entdeckte Anwendungsform von Arzneimitteln auch sofort auf diesem Gebiet versucht wurde. [...] Allen diesen Bemühungen fehlte indessen das Punktum saliens, ein geeignetes Arzneimittel“ [5] schrieb Braun über die Zeit intensiver Experimente mit Adrenalin.

Selbstversuche

„Im Jahre 1895 und den folgenden Jahren suchte ich mit einem meiner Schüler (Heinze) der Infiltrationsanästhesie experimentell näher zu kommen, weil ich gefunden hatte, dass das, was Schleich über solche Versuche mitteilte, einer Nachprüfung nicht standhielt [...]. Wir haben gemeinschaftlich eine sehr große Zahl von Substanzen aller Art in wässriger Lösung uns selbst eingespritzt und haben geprüft, wie die Substanzen die kutane Sensibilität beeinflussen. Meine mit Narben bedeckten Vorderarme sind noch heute die Zeugen dieser Untersuchungen“ [1]. Probleme dabei waren die Toxizität des verwendeten Kokains und die Beschränkung der Anwendung an Körperregio-

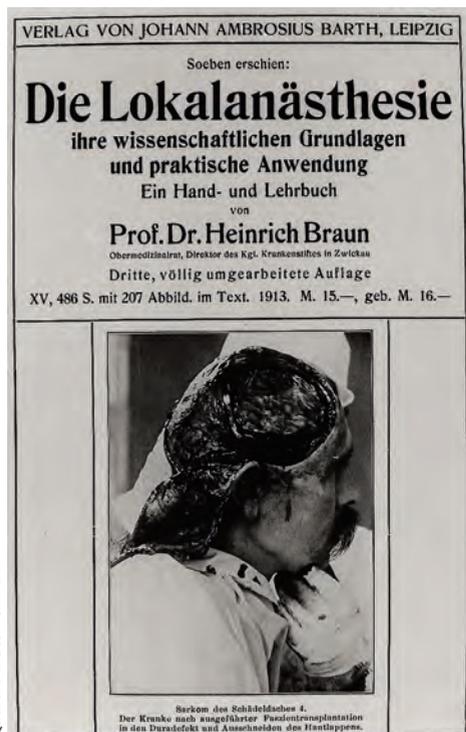
nen, die abgebunden werden mussten, um die erforderliche Blutleere zu erreichen.

„Eines Tages im Frühjahr 1900 las ich in einer Wochenschrift, es sei aus den Nebennieren von Schlachttieren ein Extrakt gewonnen worden, welcher, örtlich angewendet, die Blutgefäße verengt und die Gewebe blutleer macht [...]. Wenige Tage später hatte ich mir eine Probe dieses Extraktes verschafft, setzte davon einer dünnen Kokainlösung zu, spritze die Mischung in meinen Vorderarm und beobachtete eine örtliche Betäubung von bis dahin unbekannter Intensität, Ausdehnung und Ausdauer. [...] Ich stürzte mich mit Feuereifer auf das neue Problem und suchte zu ergründen, weshalb denn ein Betäubungsmittel soviel örtlich wirksamer ist in Geweben, deren Blutkreislauf unterbrochen ist“ [1].

An der Isolierung des Nebennierenextrakts waren viele Forscher beteiligt, Otto von Fürth (1867–1938 Arzt und Chemiker in Wien) nannte es 1898 Suprarenin. In seinen vielen Forschungsversuchen fand Braun heraus, dass diese Wirkstoffe nicht nur die Gewebe anämisch macht und damit die parenchymatöse Resorption herabsetzt, sondern dass sie die Intensität und die Dauer der Anästhesie erhöhen.

Die richtige Mischung

Braun ließ sich von der Londoner Firma Parke, Davis & Co Adrenalin schicken. Nur sie konnte dieses Präparat herstellen. Die eigentliche Lösung musste jeder Arzt vor der Operation selbst herstellen. Die Vorschrift



Quelle: Dr. Ute Hoffmann

Werbeblatt des J.-A.-Barth-Verlags zur 3. Auflage von Brauns Lehrbuch zur Lokalanästhesie, 1913

dazu veröffentlichte Braun: „Als Lösungsmittel für das von der Firma Parke, Davis & Co in London fabrizierte basische Adrenalinum purum dient folgende Mischung:

Acidi hydrochlorici puri 0,2

Natrii chlorati 0,8

Aquae destillatae 100,0

10 ccm dieser Mischung werden im Reagenzglas zum kochen erhitzt, 1 cg Adrenalinum purum wird hineingeschüttet, nochmals aufgeköcht.“ [8]

Ab 1904 stellte das Farbenwerk Hoechst eine Substanz her, die unter dem Namen Suprarenin vertrieben wurde. Zusammen mit der Leipziger Firma Heynemann entwickelte Braun einen Kasten, in dem alles zur Herstellung dieser Lösung untergebracht war [3]. Nach und nach wurden die verschiedenen Applikationsgebiete erarbeitet. „Die technische Vollendung gelang mir zuerst bei den

holt zu Tagungen ein, um die neuesten Erkenntnisse zu erfahren.

Braun setzt die Bedeutung der Schmerzausschaltung zur Zahnextraktion der Entdeckung der Narkose für die Chirurgie gleich. 1905 erschien die erste Auflage des Handbuchs „Die Lokalanästhesie, ihre wissenschaftlichen Grundlagen und praktische Anwendung“. In diesem Buch fasste Braun die in umfangreichen Experimenten und wissenschaftlichen Untersuchungen sowie in praktischen Anwendungen gewonnenen Erfahrungen zusammen.

Welche Bedeutung dieses Buch hatte, zeigen die bis 1951 herausgegebenen neun Neuauflagen sowie Übersetzungen ins Englische 1913 und 1924. Es war das Verdienst Brauns, durch wissenschaftliche Gründlichkeit der Lokalanästhesie einen neuen Stellenwert zu verschaffen. Am 9. Januar 1906

■ die Einführung der offenen Wundbehandlung

■ die Braunsche Beinlagerungsschiene

■ die Schrift über die Aus- und Weiterbildung der Assistenzärzte in Krankenanstalten

Visionen

Zu seinen weiteren Verdiensten gehört außerdem der Bau eines neuen Krankenhauses am Rande der Stadt Zwickau. Der Bau begann 1913, wurde durch den Ersten Weltkrieg mehrfach unterbrochen und erst 1921 fertiggestellt. Braun hat alle Gebäude selbst entworfen. Es entstand der „Zwickauer Pavillionstil“. Als Neuerungen galten die zentrale Operationsabteilung mit kleinen Operationssälen und die Unterbringung der Röntgenabteilung im gleichen Haus, die Ausrichtung großer Dosquet'scher Fenster nach Süden für genügend Licht und Frischluft. Das Modell des Zwickauer Krankenhauses war Objekt der Gesundheitsausstellung 1926 in Düsseldorf. Zwickau wurde dadurch über Jahre zum Mekka der Krankenhausarchitekten.

Der Lebensweg von Heinrich Braun ist beeindruckend. Er erhielt viele Würdigungen und war über die Grenzen Deutschlands hinaus bekannt. Trotz aller Erfolge blieb er stets bescheiden und stellte die Gemeinschaft

über das persönliche Ansehen.

Für die Medizin und die Zahnmedizin hat er Außerordentliches geleistet und den Zahnärzten die Ausübung ihres Berufs erleichtert. Der Patient – insbesondere der Schmerzleidende – standen zeit seines Lebens im Fokus seiner Arbeit.

Dr. Ute Hoffmann
Karl-Gaule-Str. 22
08060 Zwickau



Foto: Norbert Peschke/HBK-Zwickau

Das Haupthaus des Heinrich-Braun-Klinikums Zwickau



Foto: HBK-Zwickau

Historisches Luftbild des Klinikgeländes, 1930

Operationen an den Alveolarfortsätzen“ [1]. Gerade an den Kieferknochen hatten Schleicht stark verdünnte Kokainlösungen versagt. Braun konnte nachweisen, dass einzelne große Nervenstränge leicht zu unterbrechen sind: „[...] sicher mit der Hohlzahn treffen [...] wenn ihre Lage irgendwie durch Knochenpunkte fixiert ist, dass weit größere Übung notwendig ist, wenn sie mitten in Weichteilen gelegen sind“ [7].

Anerkennung

1923 verlieh ihm die Universität Marburg ehrenhalber Titel, Rechte und Würden eines Doktors der Zahnheilkunde [3]. Zahnmedizinische Gesellschaften luden ihn wieder-

trat er die Stelle des Direktors des Königlich Sächsischen Krankenhauses in Zwickau an, wirkte dort 22 Jahre, um – nach einem Jahr Verlängerung über die Pensionsgrenze hinaus – aus einem arbeitsreichen Arbeitsleben auszuschcheiden. Sechs Jahre lebte er in Überlingen am Bodensee. Am 26. April 1934 verstarb Heinrich Braun.

Alle Leistungen Heinrich Brauns aufzuzeichnen ist in diesem Rahmen nicht möglich. Erwähnt werden sollen:

■ 1913 erste Auflage einer fünfbändigen chirurgischen Operationslehre gemeinsam mit Prof. August Bier (1861–1949, Chirurg in Greifswald, Bonn und Berlin) und Geh.-Rat Prof. Hermann Kümmel (1852–1937, Chirurg in Hamburg)

zm Leser service

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

Bundesverdienstkreuz für Dr. Janusz Rat

Der Vorsitzende des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns sowie des Berufsverbands Zukunft Zahnärzte Bayern e.V. (ZZB), Dr. Janusz Rat, hat das Bundesverdienstkreuz am Bande erhalten. Der bayerische Wissenschafts-

stands der Bayerischen Landes-zahnärztekammer (BLZK), 1994 bis 2001 Referent der BLZK für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Public Relations und neue Medien. Er konzipierte in dieser Zeit den ersten Internetauftritt der BLZK. Von 2001 bis 2002 war er GOZ-Referent der BLZK und verfasste unter anderem die GOZ-Fibel. 1998 bis 2002 prägte er als zweiter Vorsitzender die Arbeit des Zahnärztlichen Bezirksverbands München mit. Auf Bundesebene ist Rat Vorsitzender des Datenschutzkontrollausschusses der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und Vorsitzender der AG Basistarif/Festzuschüsse der KZBV. Seit 2005 ist er hauptamt-



Foto: KZVB

minister Dr. Wolfgang Heubisch – selbst Zahnarzt – händigte Rat den vom Bundespräsidenten verliehenen Orden aus. Heubisch würdigte in seiner Laudatio die Verdienste Rats um den zahnärztlichen Berufsstand. Der Minister lobte das hohe Maß an berufsständischem Engagement und Rats Fähigkeit, sich in Probleme einzuarbeiten. „Die zahnärztliche Standespolitik in Bayern ist hoch anerkannt“, so Heubisch. Rat betonte, dass er im Bundesverdienstkreuz auch eine Anerkennung für den standespolitischen Kurs des ZZB sieht.

Rat engagiert sich seit 20 Jahren in der Standespolitik. 1994 bis 2002 war er Mitglied des Vor-

standes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Außerdem vertritt er die bayerischen Interessen in zahlreichen Gremien auf Bundesebene sowie im Beirat der gematik. Auch die Gründung der AG KZVen, der die KZVen Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein angehören, geht auf seine Initiative zurück. Rat hat mit seinem Engagement dafür gesorgt, dass in Bayern eine flächendeckende, wohnortnahe zahnärztliche Versorgung erhalten geblieben ist. Über viele Jahre war er darüber hinaus sowohl im sportlichen als auch im sozialen Bereich ehrenamtlich tätig. KVB

Die Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz (LZK) erlässt aufgrund des Beschlusses des Berufsbildungsausschuss vom 21. Oktober 2011 als zuständige Stelle nach § 9 in Verbindung mit § 79 Abs. 4 Berufsbildungsgesetz (BBiG) vom 23. März 2005 (BGBl. I, Seite 931), zuletzt geändert durch Art. 15 Abs. 90 Dienstrechtsneuordnungsgesetz (DNeuG) vom 05.02.2009 (BGBl. I, Seite 160), folgende

Verfahrensordnung für den Schlichtungsausschuss nach § 111 Abs. 2 ArbGG

§ 1 Errichtung und Zuständigkeit

Die LZK errichtet gemäß § 111 Abs. 2 Arbeitsgerichtsgesetz (ArbGG) einen Ausschuss zur Beilegung von Streitigkeiten zwischen Auszubildenden und Auszubildenden aus einem bestehenden Berufsausbildungsverhältnis, das im Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen ist.

§ 2 Zusammensetzung

(1) Der Ausschuss setzt sich aus je 2 Vertretern der Arbeitgeber und Arbeitnehmer zusammen.

(2) Die Mitglieder des Ausschusses werden von der LZK für fünf Jahre berufen.

(3) Die Mitglieder üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Für bare Auslagen und Zeitversäumnis wird eine Entschädigung gewährt, deren Höhe von der LZK festgesetzt wird.

§ 3 Vorsitz

Den Vorsitz übernimmt ein Mitglied des Ausschusses nach vorausgegangener Wahl. Bei Stimmgleichheit entscheidet das Los. Der/die Vorsitzende leitet die Sitzung.

§ 4 Beschlüsse

Entscheidungen bedürfen der Mehrheit der Ausschussmitglieder.

§ 5 Antrag

(1) Der Ausschuss wird nur auf Antrag der/des Auszubildenden oder der/des Auszubildenden tätig. Ist die Antragstellerin oder der Antragsteller minderjährig, so kann der Antrag nur von den gesetzlichen Vertretern gestellt werden.

(2) Der Antrag ist bei der Geschäftsstelle der LZK schriftlich einzureichen oder mündlich zu Protokoll zu geben. Die Geschäftsstelle gibt den Antrag unverzüglich dem Ausschuss zur Kenntnis.

(3) Der Antrag soll enthalten:
a) die Bezeichnung der Beteiligten (Antragstellerin oder Antragsteller und Antragsgegnerin oder Antragsgegner),

b) ein bestimmtes Antragsbegehren,
c) eine Begründung des Antragsbegehrens.

(4) Bei unvollständigen oder unklaren Anträgen wirkt die Geschäftsstelle auf Ergänzung oder Richtigstellung hin.

§ 6 Ladung und Zustellung

(1) Die Geschäftsstelle setzt den Verhandlungstermin fest und beruft den Ausschuss ein. Sie lädt die Beteiligten zur mündlichen Verhandlung durch Einschreiben und ordnet in der Regel ihr persönliches Erscheinen an.

(2) Der Antragsgegnerin oder dem Antragsgegner ist die Ladung mit einer Ausfertigung des Antrags zuzustellen. Es ist der Antragsgegnerin oder dem Antragsgegner anheimzustellen, zu dem Antrag bereits vor dem Schlichtungstermin schriftlich Stellung zu nehmen.

(3) Bei minderjährigen Beteiligten sind auch deren gesetzliche Vertreter zu laden.

(4) Die Beteiligten sind in der Ladung auf die Folgen ihres Nichterscheinens (§ 16) sowie auf die Zulässigkeit einer Vertretung (§ 7) hinzuweisen.

(5) Die Ladungsfrist beträgt mindestens zwei Wochen.

§ 7 Bevollmächtigte

Die Beteiligten können die Verhandlung vor dem Ausschuss selbst führen oder sich vertreten lassen. Für die Vertretung gilt § 11 Abs. 2 ArbGG.

§ 8 Öffentlichkeit

(1) Die Verhandlung vor dem Ausschuss ist nicht öffentlich.

(2) Der Ausschuss kann Personen zur Verhandlung zulassen, wenn diese ein berechtigtes Interesse nachweisen.

§ 9 Ablehnung des/der Vorsitzenden und der beisitzenden Personen

(1) Der/die Vorsitzende und die beisitzenden Personen können von den Beteiligten wegen Besorgnis der Befangenheit zu Beginn der Sitzung gem. § 42 ZPO abgelehnt werden.

(2) Die Entscheidung über die Befangenheit fällt der Ausschuss; hierbei darf die betroffene Person nicht mitwirken.

§ 10 Verfahren vor dem Ausschuss

(1) Den Beteiligten ist ausreichend Gehör zu gewähren. Während des Verfahrens soll eine gütliche Einigung angestrebt werden. Das Verfahren ist so schnell wie möglich durchzuführen.

(2) Der/die Vorsitzende soll die der Aufklärung der Streitigkeit dienenden Beweismittel in die Verhandlung einbeziehen. Bildet der Auszubildende nicht selbst aus, kann das persönliche Erscheinen der mit der Ausbildung beauftragten Person angeordnet werden.

(3) Eine Beeidigung der Beteiligten, Zeugen oder Sachverständigen ist unzulässig. Zur Entgegennahme von eidesstattlichen Versicherungen ist der Ausschuss nicht berechtigt.

§ 11 Vertagung

Falls für die Aufklärung des Streitfalles ein weiterer Verhandlungstermin erforderlich ist, kann der Ausschuss die Vertagung der Verhandlung beschließen. Mit dem Beschluss über die Vertagung ist zugleich der neue Verhandlungstermin festzusetzen; der Ausschuss soll nach Möglichkeit in gleicher Besetzung zusammentreten.

§ 12 Abschluss der Verhandlung

Die Verhandlung kann abgeschlossen werden durch:

- a) gütliche Einigung (§ 13 Vergleich)
- b) Spruch des Ausschusses (§ 14)
- c) die Feststellung des Ausschusses, dass weder eine Einigung noch ein Spruch möglich war (§ 15)
- d) Säumnisspruch (§ 16)

e) Rücknahme des Antrages, die vom Ausschuss festzustellen ist.

§ 13 Vergleich

Ein vor dem Ausschuss abgeschlossener Vergleich ist unter Angabe des Tages seines Zustandekommens von den Mitgliedern des Ausschusses und den Beteiligten zu unterzeichnen.

§ 14 Spruch

(1) Sofern das Verfahren keine anderweitige Erledigung findet, hat der Ausschuss einen Spruch zu fällen.

(2) Über den Spruch wird in Abwesenheit der Beteiligten beraten. Der Spruch wird im Anschluss daran verkündet. Dabei soll der wesentliche Inhalt der Entscheidungsgründe mitgeteilt werden.

(3) Der Spruch ist unter Angabe des Tages seines Zustandekommens von den Mitgliedern des Ausschusses zu unterzeichnen. Der Spruch ist schriftlich zu begründen, soweit die Beteiligten hierauf nicht verzichtet haben.

(4) Den Beteiligten ist unverzüglich eine vom Ausschuss unterzeichnete Ausfertigung des Spruches mit Rechtsmittelbelehrung auszuhändigen oder innerhalb von zwei Wochen durch Einschreiben zuzustellen.

§ 15 Nichtzustandekommen eines Spruches

(1) Kommt im Ausschuss keine Entscheidung zustande, sind die Beteiligten durch mündliche Verkündung zu unterrichten.

(2) Den Beteiligten ist darüber eine Niederschrift zusammen mit einer Rechtsmittelbelehrung auszuhändigen oder innerhalb von zwei Wochen durch Einschreiben zuzustellen.

§ 16 Nichterscheinen eines Beteiligten

(1) Erscheint die Antragstellerin oder der Antragsteller ohne ausreichende Entschuldigung nicht zum Verhandlungstermin und lässt sie oder er sich auch nicht

vertreten (Säumnis), so ist auf Antrag ein Versäumnispruch dahingehend zu erlassen, dass die Antragstellerin oder der Antragsteller mit seinem Begehren abgewiesen wird.

(2) Bei Säumnis der Antragsgegnerin oder des Antragsgegners ist dem Antragsbegehren stattzugeben, sofern die Begründung den Antrag rechtfertigt.

(3) Den Beteiligten ist der Spruch zusammen mit einer Rechtsmittelbelehrung auszuhändigen oder durch Einschreiben zuzustellen.

§ 17 Kosten

(1) Das Verfahren ist gebührenfrei.

(2) Jeder Beteiligte trägt die ihm durch das Verfahren entstandenen Kosten selbst. Zeugen und Sachverständige sind von demjenigen Beteiligten zu entschädigen, der sie zum Beweis seiner Behauptung angeboten hat.

(3) Wenn die Regelung von Abs. 2 zu unbilligen Härten führen würde, kann der Ausschuss durch Spruch eine Kostenentscheidung fällen.

§ 18 Niederschrift

(1) Die Beteiligten erhalten in den Fällen des Nichtzustandekommens eines Spruches eine Niederschrift über das Ergebnis der Verhandlung.

(2) Die Niederschrift wird von einem Mitglied des Ausschusses oder von einem Protokollführer erstellt.

(3) Die Niederschrift muss enthalten:

- a) den Ort und Tag des Verhandlungstermins,
- b) die Namen des Vorsitzenden, der Ausschussmitglieder und des Protokollführers,
- c) die genaue Bezeichnung des Verfahrens, die Beteiligten und den Streitgegenstand,
- d) die Angabe der erschienenen Beteiligten sowie ggf. der gesetzlichen Vertreter,
- e) die wesentlichen Angaben über den Verlauf und das Ergebnis des Termins.

(4) Die Niederschrift ist von dem/der Vorsitzenden und vom Protokollführenden zu unterzeichnen.

§ 19 Fristen für Anerkennung und Klage

(1) Ein vom Ausschuss gefällter Spruch (§§ 14, 16) wird nur wirksam, wenn er innerhalb von einer Woche nach Aushändigung oder Zustellung von den Beteiligten anerkannt wird. Die Anerkennung des Spruches kann auch im Verhandlungstermin schriftlich oder zu Protokoll der Geschäftsstelle der LZK erklärt werden.

(2) Die Geschäftsstelle der LZK hat die Beteiligten unverzüglich davon zu unterrichten, ob der Spruch anerkannt wurde. Bei Nichtanerkennung sind die Beteiligten darauf hinzuweisen, dass eine Klage beim zuständigen Arbeitsgericht nur binnen zwei Wochen nach Aushändigung oder Zustellung des Spruches zulässig ist.

(3) Ein von den Beteiligten anerkannter Spruch besitzt die Rechtskraft eines Urteils.

§ 20 Zwangsvollstreckung

Aus den Vergleichen, die vor dem Ausschuss geschlossen worden sind (§ 13) und aus Sprüchen des Ausschusses, die von den Beteiligten anerkannt sind, findet die Zwangsvollstreckung statt, wenn der Spruch von dem/der Vorsitzenden des Arbeitsgerichts, das für die Geltendmachung des Anspruchs zuständig wäre, für vollstreckbar erklärt worden ist.

§ 21 Genehmigung und Inkrafttreten

Diese Verfahrensordnung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung in Kraft. Mit Inkrafttreten dieser Verfahrensordnung tritt die bisherige Verfahrensordnung außer Kraft.

Mainz, am 19. November 2011

Dr. Michael Rumpf
Präsident

Wünsche, Anregungen,
Kritik? So erreichen Sie uns:

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

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 122

Coltène/Whaledent

Erste NiTi-Feile mit Memory Effekt



HyFlex CM aus dem Hause Coltène ist die erste Endo-Feile, die über einen Memory Effekt verfügt: Der kontrollierte Rückstellereffekt eröffnet Zahnärzten neue Möglichkeiten bei der Wurzelkanalbehandlung. Controlled Memory steht für eine neue Generation von Materialien mit hoher Flexibilität. HyFlex CM lässt sich ähnlich wie Edelstahl-Feilen verbiegen und passt sich optimal an die Kanal Anatomie an. Die Fei-

le kann nach Belieben in eine bestimmte Form gebracht werden und behält diese Form. Diese Besonderheit ist ein entscheidender Vorteil, vor allem bei extrem gekrümmten Wurzelkanälen. Der Zahnarzt kann somit einfacher schwierige Behandlungen durchführen, da ihm die Feile eine viel größere Flexibilität bietet. Probleme wie die Perforation eines Kanals oder eine Via Falsa lassen sich leichter vermeiden.

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

BEGO Medical

Abutments für diverse Systeme



Die Bremer BEGO Medical GmbH bietet neben individuellen Abutments und Stegen für die hauseigenen BEGO Sema-dos Implantatsysteme jetzt auch die Möglichkeit, Implantatsysteme anderer Anbieter mit

hochmoderner CAD/CAM-Technik zu versorgen. Das betrifft einteilige Abutments je nach System aus BeCe CAD Zirkon XH, Titan oder der edelmetallfreien Wiro-bond Legierung, aber auch zwei-

teilige Abutments aus einer Vielzahl weiterer Materialien. So können jetzt auch die Implantatsysteme aus dem Hause CAMLOG per CAD/CAM prothetisch versorgt werden. Neben der Möglichkeit, die Daten aus dem Speedscan/3shape Scanner an BEGO Medical zu senden, kann auch das Meistermodell inklusive Gegenbiss und abnehmbarer Wachsaufrstellung verschickt werden.

BEGO Medical GmbH
Technologiepark Universität
Wilhelm-Herbst-Str. 1
28359 Bremen
Tel.: 0421 2028-0
Fax: 0421 2028-100
E-Mail: info@bego.com
www.bego.com

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

3M

Vielseitig und einfach

Vielseitig: Scotchbond Universal Adhäsiv erlaubt die Verwendung in allen gängigen Adhäsivtechniken. Dabei werden unabhängig von der angewendeten Technik sowie – dank seiner Feuchtigkeitstoleranz – auf feuchten und trockenen Zahnoberflächen konstant hohe Haftwerte erzielt. Gleiches gilt für die Restaura-tionsseite, bei der die Verwendung von Scotchbond Universal Adhäsiv zusätzliche Primer oder Silane überflüssig macht.



Einfach: Bei der Anwendung des Produkts wird das Adhäsiv vom Zahnarzt auf den Zahn aufgetragen, 20 Sekunden einmassiert und fünf Sekunden getrocknet sowie zehn Sekunden lichtgehärtet. Wenn gewünscht, ist eine Vorbehandlung des Zahnschmelzes beziehungsweise von Schmelz und Dentin etwa mit dem neuen, anwenderfreundlichen Scotchbond Universal Ätzgel, einem 34-prozentigen Phosphorsäuregel mit verbesserter Viskosität und intensiver blauer Farbe, möglich.

3M Deutschland GmbH
ESPE Platz, 82229 Seefeld
Tel.: 08152 700-0
Fax: 08152 700-1196
E-Mail: rtschamler@mmm.com
www.3MESPE.de/Scotchbond

Nobel Biocare

Update für Planungssoftware

Nobel Biocare hat mit seiner Software NobelClinician ein innovatives Programm für Mac OS X und Windows entwickelt, die den digitalen Workflow im implantologischen Team von der Diagnostik über die prothetikorientierte Planung bis hin zur navigierten Chirurgie optimal unterstützt. Das neue Update macht NobelClinician noch attraktiver: Die Implantatbibliothek der Software wird für Implantate anderer führender Hersteller erweitert. Zudem liefert das Programm noch präzisere Ansichten für die Diagnostik.

In der Bibliothek der Software findet man bereits jetzt die Implantatlinien des Herstellers Straumann. Weitere werden in den nächsten Updates aufgenommen. Damit werden die Anwen-



der noch flexibler in der Diagnostik und Planung. Die Vorteile von NobelClinician sind nun auch für die Fälle nutzbar, in denen Implantate verschiedener Anbieter geplant werden sollen.

Nobel Biocare Deutschland GmbH
Stolberger Straße 200
50933 Köln
Tel.: 0221 50085590
Fax: 0221 50085333
E-Mail:
info.germany@nobelbiocare.com
www.nobelbiocare.com

B.E.O.S.

WaterSaver für mehr Hygiene

Ab sofort ist der WaterSaver, ein Produkt, das für mehr Hygiene in den Nassbereichen von Zahnarztpraxen sorgt und den Wasserverbrauch senkt, bei B.E.O.S. erhältlich. Durch das neue Zusatzgerät ist eine berührungslose Benutzung des Wasserhahns möglich. Es lässt sich an fast jedem herkömmlichen Wasseranschluss einfach und kostengünstig anschließen. Statt des üblichen Perlators lässt es sich auch an Mischbatterien anbringen. Es basiert auf einem Dosiermechanismus, der durch die Bewegung der Hand eine definierte Menge Wasser freigibt. Interessanter Nebeneffekt: Tests haben ergeben, dass der durchschnittliche Wasserverbrauch beim Händewaschen um zirka 40 Prozent reduziert wird. Für die Entnahme grö-



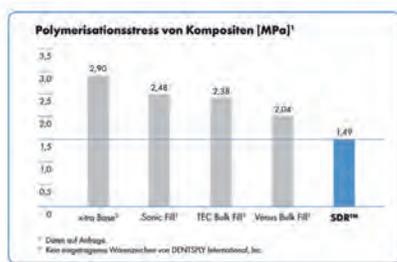
ßerer Wassermengen hat der WaterSaver eine spezielle Funktion, die es erlaubt, die Abgabemenge zu erhöhen.

Das Unternehmen vertreibt außerdem die Hygienetastatur Cleankeys.

B.E.O.S. GmbH
Schwägriichenstraße 15
04107 Leipzig
Tel.: 0341 6985244
www.b-e-o-s.de

DENTSPLY DeTrey

SDR besser im Wettbewerbsvergleich



SDR, das fließfähige Unterfüllungskomposit für die Bulk-Fülltechnik, gewinnt immer mehr zufriedene Anwender. Es ist verständlich, dass sich auch andere Hersteller für dieses Konzept von DENTSPLY interessieren und an ähnlichen Produkten arbeiten. SDR – Smart Dentin Replacement – vereint kompromisslos exzellentes Anfließen an

die Kavitätenwände und sich selbst glättende Oberfläche mit der für den Seitenzahnbereich erforderlichen hohen mechanischen Festigkeit – und dies bei Inkrementstärken von bis zu vier Millimeter. Dass der bei der Polymerisation von SDR entstehende Schrumpfstress sogar am geringsten ist (Grafik), bestätigt inzwischen ein aktueller Vergleichstest des Mitbewerbers Ivoclar Vivadent¹.

¹ DZW 40/2011; S. 20–22

DENTSPLY DeTrey
De-Trey-Straße 1
78467 Konstanz
Tel.: 07531 583-0,
Fax: 07531 583-104
www.dentsply.de

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

*Heraeus***Neu: Desensitizer PowerGel**

Heraeus Dental hat mit GLUMA Desensitizer PowerGel sein etabliertes GLUMA-Sortiment erweitert. Der neue Ein-Schritt-Desensibilisierer in grüner Gel-Form wird zur unmittelbaren und langfristigen Schmerzreduktion bei Dentinüberempfindlichkeit verwendet. Die nicht tropfende Gel-Formel zeichnet sich durch punktgenaues und sehr kontrolliertes Applizieren aus. Dank seiner Gel-Konsistenz bleibt das GLUMA Desensitizer

PowerGel exakt dort, wo es platziert wurde. Die grüne Farbe ermöglicht zudem ein besonders sicheres und einfaches Anwenden sowie die Kontrolle beim Entfernen des Desensibilisierers. Das Präparat wird zur Schmerzreduktion bei freiliegenden, nicht-restaurationsbedürftigen Zahnhalsbereichen eingesetzt. Außerdem kann es zur Schmerzlinderung nach Zahnpräparationen zur Aufnahme von Restaurationen angewendet werden.

*Heraeus Kulzer GmbH
Grüner Weg 11
63450 Hanau
Tel.: 0800 43723368
E-Mail: info.dent@heraeus.com
www.heraeus-dental.com*

*DUX Dental***Keime auf Patienten-Serviettenhaltern**

Der Hygienestandard in deutschen Zahnarztpraxen ist sehr hoch. Doch ein vermeintlich harmloser Gegenstand fällt oft durch das Hygienearter. Die Universität Witten/Herdecke hat in einer In-vitro-Studie insgesamt 30 benutzte Patienten-Serviettenhalter aus Metall



oder Kunststoff mikrobiologisch untersucht. Die Ergebnisse zeigen: 70 Prozent der Serviettenhalter waren mikrobiell kontaminiert.

Diese Hygienelücke kann durch den Einsatz von hygienischen Einweg-Serviettenhaltern wie etwa Bib-Eze leicht geschlossen werden. Eine Aufbereitung der Halter entfällt, zudem ist eine mögliche Keimbelastung und

übertragung kein Thema mehr. Die Einweg-Halter sind leicht zu handhaben, passen durch das dehnbare Krepppapier jedem Patienten und sind angenehm zu tragen.

*Dux Dental
Zonnebaan 14
NL-3542 EC Utrecht
Tel.: +31 30 2410924
Fax: +31 30 2410054
E-Mail: info@dux-dental.com
www.dux-dental.com*

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

*American Dental Systems***Thermoplastische Obturation kabellos**

Die bakteriendichte Abfüllung des kompletten Wurzelkanalsystems gelingt am besten durch den Einsatz warmer Guttapercha-Techniken. Ein kabelloses Komplettgerät für die thermoplastische Obturation garantiert eine hohe Behandlungseffizienz. Das B&L Super-Endo ermöglicht vier Stunden Dauerbetrieb.

Der leichteste Pen auf dem Markt ist für die vertikale Kondensations- oder Downpacking-Technik mit erwärmter Guttapercha geeignet. Mit ihm erfolgt die Obturation des apikalen Bereichs, um eine Über- oder Unterfüllung zu vermeiden. Der Pen, der einen ergonomischen Griff mit gut sichtbarem Display besitzt, erreicht die gewünschte Tempera-



tur innerhalb von zehn Sekunden. Nach dem Downpack wird der Kanal im Backfill-Verfahren abgefüllt. Hierbei wird die Pistole zum direkten Injizieren erwärmter Guttapercha in den Wurzelkanal verwendet.

*American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Straße 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 08106 300-300
Fax: 08106 300-310
E-Mail: info@ADSystems.de
www.ADSystems.de*

*Tokuyama***Bonding mit 3D-Monomer-Technologie**

EE-Bond ist ein spezielles Adhäsivsystem für die selektive Schmelzätzung, das gleichzeitig die Vorzüge eines Total-Etch- und eines Self-Etch-Systems in sich vereint. So bietet EE-Bond eine besonders starke Haftkraft und einen optimalen Randschluss bei gleichzeitiger Technikunempfindlichkeit gegenüber Anwendungsfehlern und einer daraus resultierenden Reduzierung der post-operativen Sensitivitäten. Die Gefahr von Mikroleakages wird somit minimiert. Einen weiteren Vorteil stellt die konstante Flouridabgabe dar.

Zusätzlich beinhaltet das neue Adhäsivsystem ein eigens entwickeltes Ätzelgel, das durch die extra feinen Nadeln exakt – und aufgrund der Farbgebung gut



sichtbar – dosiert werden kann sowie dank seiner hohen Viskosität genau an den applizierten Stellen haftet. EE-Bond 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
E-Mail: info@tokuyama-dental.de
www.tokuyama-dental.de*

15. DENTSPPLY Friadent Symposium

Gewebeerhalt im Fokus

Mehr als 2500 implantologisch interessierte Zahnärzte und Zahntechniker aus rund 60 Ländern kamen vor kurzem zum 15. DENTSPPLY Friadent World Symposium ins Congress Center Hamburg. „Tissue Response erfolgreich beherrschen“ lautete das Kongressmotto.



Rund 100 international anerkannte Referenten aus Wissenschaft und Praxis diskutierten Themen rund um das Hart- und Weichgewebsmanagement.

DENTSPPLY Friadent-Geschäftsführer Dr. Werner Groll (Foto) hob die Bedeutung des Gewebemanagements für den langfristigen Implantaterfolg hervor. Nur wenn alle Komponenten und Behandlungsschritte perfekt ineinandergriffen, werde der Implantologe den heutigen Patientenansprüchen gerecht. Gewebemanagement müsse ganzheitlich betrachtet werden, betonte er, angefangen bei Diagnostik und Planung über die Augmentationstechnik bis hin zum Abutmentdesign. Kein Glied in dieser Kette dürfe fehlen, sonst drohe der Misserfolg.

Prof. John Davies vom „Institute of Biomaterials an Biomedical Engineering“, University Toronto, gab einen Überblick zum Thema

Osseointegration. Besonders anschaulich erklärte er das „Fressverhalten der Osteoklasten“. Prof. Dr. German Gómez-Román und Dr. Nigel Saynor präsentierten eindrucksvolle klinische Langzeitergebnisse der Implantatsysteme ANKYLOS und XiVE. Dr. Frank Kistler und Dr. Steffen Kistler (Landsberg am Lech) betonten, dass viele Patienten vor augmentativen Maßnahmen innerhalb einer Implantatbehandlung zurückschreckten. Daher sei die möglichst weitgehende Ausnutzung des vorhandenen Knochenvolumens sehr wichtig. Die neuen angulierten Abutments der Implantatsysteme XiVE und ANKYLOS seien dabei von großem Vorteil.

Neue Marke DENTSPPLY Implants

Auf dem Symposium kündigte das Unternehmen an, die beiden Implantatmarken DENTSPPLY Friadent und Astra Tech unter der Dachmarke DENTSPPLY Implants zusammenzufassen. „Zwei der wachstumsstärksten Unternehmen im Bereich dentale Implantate treten damit gemeinsam auf und besetzen im internationalen Wettbewerb die dritte Marktposition nach Straumann und Nobel Biocare“, sagte Groll. Wichtig für die Behandler in Kliniken und Praxen: Sämtliche Produktlinien bleiben bestehen, Zubehör und Ersatzteile sind weiterhin erhältlich.

*DENTSPPLY Friadent
Steinzeugstr. 50
68229 Mannheim
Tel.: 0621 4302-000, Fax: -001
E-Mail: friadent@dentsply.com
www.dentsply-friadent.com*

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

Metoxid**Neues Implantatsystem aus Keramik**

Das Unternehmen Metoxid stellt vor kurzem sein neues Implantatsystem Ziraldenta vor. Speziell für Implantate wurde die keramische Zusammensetzung von Ziraldent entwickelt – für hohe hydrothermale Beständigkeit und hohe Bruchfestigkeit. Die Oberfläche weist eine gewisse Rauigkeit auf und ist mikroporös.

Zu den weiteren Merkmalen dieses Implantatsystems zählen ein extra für CAD/CAM optimiertes Abutment, ein auf dem Niveau des kristallinen Austritts reduzierter Durchmesser, ein konisches selbstschneidendes Gewinde und eine atraumatische Implantatpitze. Es handelt sich um Einstück-Implantate in drei verschie-



denen Größen. Die für die Chirurgie benötigten schneidenden Instrumente bestehen ebenfalls aus Zirkonoxid. Die Ergebnisse einer ersten Drei-Jahres-Studie (Uni Freiburg): vielversprechend.

Metoxid AG
Emdwiesenstrasse 6
Postfach 160
CH-8240 Thayngen
E-Mail:
jens.reichenbach@metoxid.com
www.metoxid.com

Kettenbach**Neues Bissregistriermaterial**

Die „Futar“-Familie hat Zuwachs bekommen: Ab sofort ergänzt das Bissregistriermaterial Futar Fast die Produktpalette.

Das Präparat bietet die besonderen Eigenschaften aller Produkte aus dieser Familie: konstant hohe

Produktqualität „made in Germany“ für präzises und komfortables Arbeiten. Die hohe Endhärte (Shore-D 90) vermeidet Federn bei der Zuordnung, die extraschnelle Verarbeitungszeit (15 Sekunden) und eine extra kurze Mundverweildauer (45 Sekunden) erlauben zügiges Arbeiten: In nur einer Minute ist das hochwertige Registrat erstellt, das sich leicht mit dem Skalpell beschneiden oder mit der Fräse bearbeiten lässt.

Kettenbach GmbH & Co. KG
PF 1161
35709 Eschenburg
Tel.: 02774 705-0
Fax: 02774 705-33
E-Mail: info@kettenbach.de
www.kettenbach.de

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

Septodont**Roadshow in Tierparks**

Der Natur auf der Spur – so lautet das Motto der Fortsetzung der erfolgreichen Roadshow von Septodont, die auch in diesem Jahr wieder in zoologischen Anlagen stattfindet. Die Durchführung der bundesweiten Fortbildungsreihe ist ein echtes Naturereignis.

Im Hinblick auf zeitsparende und komfortablere Technologien wird Dr. Said Mansouri, Aachen, das neue Injektionssystem für eine bessere Arzt-Patienten-Beziehung vorstellen: Biofeedject. PD Dr. Till Dammaschke, Oberarzt der Poliklinik für Zahnerhaltung, Uni Münster, wird das Programm mit seinem Vortrag über den neuen Dentinersatz Biodentine abrunden. Die Termine:



Foto: Frank Jansen – Fotolia.com

15. Juni 2012, Zoo Dresden
29. Juni 2012, Zoologischer Garten Augsburg
19. September 2012, Zoologischer Garten Köln
26. September 2012, Tierpark Hagenbeck, Hamburg

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

Loser & Co.**Für effektives Implantatdebridement**

Die sorgfältige mechanische Oberflächenreinigung von Implantaten und deren Suprakonstruktionen ist eine wichtige Voraussetzung für die Langlebigkeit einer implantat getragenen Versorgung. Für ein effektives Debridement stehen nun spezielle Implantatküretten von American Eagle zur Verfügung. Der amerikanische Hersteller hat sein umfangreiches Produktprogramm erweitert und bietet neben der erfolgreichen XP-Instrumentenlinie für die allgemeine Parodontologie nun auch einen Instrumentensatz

zur Kürettage von Implantaten an. Die aus einer sehr haltbaren Titanlegierung gefertigten Implantatküretten ermöglichen dem Behandler das schonende Entfernen von Konkrementen und granulomatösem Weichgewebe an allen Implantatoberflächen. Zahnstein, Granulationsgewebe und andere Makrostrukturen werden schonend abgetragen.

Loser & Co GmbH
Benzstr. 1c
51381 Leverkusen
Tel: 02171 706670
E-Mail: info@loser.de
www.loser.de

lege artis

Endo leicht gemacht

Neue Materialien, neue Instrumente, Aufbereitung manuell oder maschinell, Spülprotokolle. In der Endodontie hat sich in den vergangenen Jahren viel getan. Um dem Behandler die Übersicht über zeitgemäße Spülprotokolle zu erleichtern, hat lege artis Pharma, Dettenhausen, zusammen mit dem Endodontie-Spezialisten Prof. Dr. Michael Hülsmann, Universität Göttingen, aus diversen Veröffentlichungen einheitliche Spülprotokolle in einer praktischen Übersicht erstellt, jeweils sortiert nach infiziertem/nicht infiziertem Endodont und Revisionen – gegliedert nach klassischer und Ultraschallaufbereitung. Diese Übersicht kann als PDF-Da-



tei kostenfrei per E-Mail oder in gedruckter Form gegen 1,45 Euro Rückporto bestellt werden.

lege artis Pharma GmbH + Co. KG
Breitwasenring 1
72135 Dettenhausen
Tel.: 07157 5645-0
Fax: 07157 5645-50
E-Mail: info@legeartis.de
www.legeartis.de

VOCO

Fluoridlack zur Desensibilisierung

Profluorid Varnish ist der bewährte Fluoridlack zur Behandlung von Hypersensibilitäten. Durch seinen hohen Fluoridgehalt (22600 ppm Natriumfluorid), die gute Haftung an der Zahnhartsubstanz sowie die problemlose Anwendung auf feuchten Oberflächen dient Profluorid Varnish einer wirksamen Zahndesensibilisierung. Indem es zur

Auffüllung der Kalziumfluoriddepots beiträgt, stellt dieses Produkt eine effektive Unterstützung der Prophylaxe dar. Profluorid Varnish weist eine weiß-transparente Farbe auf und beeinträchtigt somit nicht die Zahnästhetik. Das Präparat gibt es in der Tube und auch in der SingleDose in den Geschmacksrichtungen melon, caramel, cherry und mint. Damit bietet VOCO die Möglichkeit, eine bevorzugte Geschmacksrichtung zu wählen. Profluorid Varnish – mehr als nur eine Geschmackssache.

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



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

Wegold

Einstieg in die digitale Welt

Um der steigenden Nachfrage nach CAD/CAM-Restaurationen gerecht zu werden, geht die Wegold Edelmetalle GmbH neue Wege. Mit Zirkon-, PMMA- und Wachsblanks bietet Wegold nun auch Produkte für CAD/CAM-basierte Lösungen an.

Den Anfang bilden Wegold Zirkon Blanks aus yttriumstabilisiertem Zirkoniumdioxid zur frästechnischen Herstellung von Einzelkappchen und weitspannigen Brückengerüsten mit bis zu 14 Gliedern als auch Abutments und Primärteile. Die gefrästen Versorgungen zeichnen sich durch ihre Biokompatibilität und hohe Festigkeit im Bezug auf die Druckbeanspruchung aus. Die Varianten Wegold Zr w (weiß), t (transparent) und



Eingefärbter Wegold PMMA Blank für Langzeitprovisorien

voreingefärbt unterscheiden sich durch einen unterschiedlichen Gehalt an Aluminiumoxid.

Wegold Edelmetalle GmbH
Alte Salzstraße 9
90530 Wendelstein
Tel.: 09129 4030-167
Fax: 09129 4030-55-167
www.wegold.de

MIS Implants

Mit C1 Stabilitätslücke verringern

Der besondere Duale Stabilitätsmechanismus (DSM) des C1 Schraubenimplantats von MIS kombiniert die Vorteile einer hohen Primärstabilität mit einer beschleunigten Osseointegration. Dadurch minimiert sich die Stabilitätslücke zwischen der mechanischen und der biologischen Stabilität.

Im Lieferumfang von C1 ist ein von MIS entwickelter Finalbohrer für die Differential-Bohrmethode enthalten. Diese Bohrung und die konische Form von C1 führen bei Insertion zu einer moderaten Kompression des Knochens in den oberen zwei Dritteln des Implantats für eine sofortige und anhaltende Primärstabilität. Im apikalen Drittel bilden sich zwischen speziell gestalteten Gewin-



degängen Kammern, die ein nachhaltiges Knochenwachstum und damit die Sekundärstabilität beschleunigen.

Die Combo-Packung des C1 enthält einen Einmal-Finalbohrer, eine Abdeckschraube, eine Einheitskappe mit 4 mm Höhe und einen temporären Zylinder.

MIS Implants Technologies GmbH
Simeons carré 2
32423 Minden
Tel.: 0571 972762-0
Fax: 0571 972762-62
E-Mail: service@mis-implants.de
www.mis-implants.de

Zimmer Dental

Synthetisches Knochenersatzmaterial

Zimmer Dental hat mit der cursa-san AG eine Vereinbarung über den weltweiten Vertrieb innovativer synthetischer Knochenersatzmaterialien unter der Marke *IngeniOs* vereinbart.

IngeniOs HA synthetisches Knochenersatzmaterial ist ein 100 Prozent synthetischer, phasenreiner Knochenersatz aus Hydroxylapatit (HA) für die Füllung von Knochendefekten bei einer Reihe von zahnärztlichen Verfahren wie etwa Kieferkammaugmentation,

gesteuerte Geweberegeneration, Extraktionen und Sinuslifts. Für Zahnärzte, die sich für eine 100 Prozent synthetische, resorbierbare Lösung interessieren, bietet Zimmer Dental *IngeniOs* β -TCP bioaktives synthetisches Knochenersatzmaterial an. Dieses siliziumhaltige Materialgemisch bietet das Potenzial für gesteigerte Bioaktivität und wurde für die Resorption im Gleichgewicht mit dem Ersatz durch sich natürlich regenerierenden mineralisierten Knochen entwickelt.

Zimmer Dental GmbH
Wentzinger Str. 23,
79106 Freiburg
Tel.: 0800 2332230
Fax: 0800 2332232
E-Mail: info@zimmerdental.de
www.zimmerdental.de

DMG

Luxatemp Star Top Provisional Material

Zu Beginn eines Jahres würdigt das amerikanische Fachmagazin „The Dental Advisor“ besonders empfehlenswerte Produkte mit seinen „Product Awards“ beziehungsweise dem Titel „Preferred Products“. Eine doppelte Auszeichnung gab es aktuell für das Präparat Luxatemp Star* von DMG:

Das provisorische Kronen- und Brückenmaterial wurde zum „Preferred Product“ erklärt und erhielt außerdem den begehrten 2012 Product Award**.

Das „Top Provisional Material“ überzeugte die Experten unter anderem durch seine verbesserte Bruchstabilität.

DMG
Elbgaustraße 248
22547 Hamburg
Kostenfreies Service-Telefon:
0800 3644262
E-Mail: info@dmg-dental.com
www.dmg-dental.com

* Luxatemp Star wird in den USA als „Luxatemp Ultra“ verkauft und wurde unter diesem Namen auch vom Dental Advisor getestet.

** The Dental Advisor, January-February 2012, Volume 29, No. 01.



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 7.5.2012 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** – Vielseitig und einfach (S. 116)
- American Dental Systems** – Thermoplastische Obturation kabellos (S. 118)
- BEGO** – Abutments für diverse Systeme (S. 116)
- B.E.O.S.** – WaterSaver für mehr Hygiene (S. 117)
- DENTSPLY DeTrey** – SDR besser im Wettbewerbsvergleich (S. 117)
- Coltène/Whaledent** – Erste NiTi-Feile mit Memory Effekt (S. 116)
- DMG** – Luxatemp Star Top Provisional Material (S. 122)
- DUX Dental** – Keime auf Patienten-Serviettenhaltern (S. 118)
- DENTSPLY Friadent** – Gewebeerhalt im Fokus (S. 119)
- Heraeus** – Neu: Desensitizer PowerGel (S. 118)
- Kettenbach** – Neues Bissregistriermaterial (S. 120)
- lege artis** – Endo leicht gemacht (S. 121)
- Losier** – Für effektives Implantatdebridement (S. 120)
- Metoxid** – Neues Implantatsystem aus Keramik (S. 120)
- MIS Implants** – Mit C1 Stabilitätsücke verringern (S. 121)
- Nobel Biocare** – Update für Planungssoftware (S. 116)
- Septodont** – Roadshow in Tierparks (S. 120)
- Tokuyama** – Bonding mit 3D-Monomer-Technologie (S. 118)
- VOCO** – Fluoridlack zur Desensibilisierung (S. 121)
- Wegold** – Einstieg in die digitale Welt (S. 121)
- Zimmer** – Synthetisches Knochenersatzmaterial (S. 122)

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
Maria Winkler, M.A. Redaktionsassistentin (Leserservice,
Veranstaltungen), mw; E-Mail: m.winkler@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 IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.



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

Verlag:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln;
Postfach 40 02 54, 50832 Köln
Tel.: +49 2234 7011-0, Fax: +49 2234 7011-224
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

Welttuberkulosestag 2012

TB-Erkrankung bei Kindern steigt

Bei Kindern und Jugendlichen diagnostizieren Experten immer häufiger Tuberkulose, das meldet das Robert Koch-Institut, Berlin, und beruft sich dabei auf eine hauseigene Statistik, die die Erkrankungsrate verfolgt. Das RKI zeigt sich anlässlich des Welttuberkulosestages 2012, der am 24. März stattfand, besorgt, da bei Kindern ein Zuwachs an Neuerkrankungen mit Tuberkulose zu sehen sei. Demnach erkrankten 2009 deutschlandweit 142 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren an Tuberkulose. Im folgenden Jahr waren es sogar 158 Neuerkrankungen.

Zwar sei die Zahl der Neuerkrankungen seit dem Zweiten Weltkrieg in Deutschland fast jährlich um bis zu sieben Prozent deutlich

gesunken. Und seit 2008 sinken die Zahlen auch weiter, allerdings fällt der Rückgang mit nur 1,8 Prozent deutlich geringer aus. So erkrankten im Jahr 2009 4419 Menschen an Tuberkulose, während die Zahl im Folgejahr bei 4330 lag. Auch die durch Tuberkulose verstorbenen Patienten verringerten sich von 164 auf 136. Dennoch betont RKI-Präsident Reinhard Burger, dass diese Zahlen immer noch erschreckend hoch seien. Das Robert Koch-Institut vermutet nun, dass es deutschlandweit zu einer Trendänderung kommen könnte. Ein Problem stellt dabei auch die Migration aus Ost-, Mittel-, Südeuropa und Asien dar, was sich an den sehr hohen Erkrankungszahlen im Ruhrgebiet, Berlin und



Foto: Magalice – Fotolia.com

Frankfurt zeige. Da vor allem die Ansteckung bei Kindern meist nur kurze Zeit zurückliegt, könnten sich bereits viele Kinder in Deutschland angesteckt haben. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) starben 2006 etwa 1,5 Millionen Menschen an der schlimmen Infektionskrankheit. Und die Zahlen steigen weiter dramatisch an: 2009 vermutete die WHO bereits mehr als 1,8 Millionen Todesfälle wegen Tuberkulose weltweit. sp/RKI

Pflege

Leistungen können delegiert werden



Foto: TK-Pressfoto

Die Übertragung ärztlicher Leistungen auf Kranken- und Altenpfleger in Modellprojekten kann beginnen. Die entsprechende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde im Bundesanzeiger veröffentlicht und trat am 22. März 2012 in Kraft. Jedoch können nur speziell qualifizierte Pflegekräfte

ärztliche Aufgaben übernehmen, berichtet die „Ärzte Zeitung“. Ärzten hatten im Vorfeld des Beschlusses immer wieder darauf hingewiesen, dass der Facharztstandard in der Behandlung durch die Delegation nicht eingebüßt werden dürfe. Nun liegt es an Kassen und Leistungserbringern Modellprojekte zu vereinbaren. sf

Konzernexpansion

Fresenius will weitere Kliniken kaufen

Der Medizinkonzern Fresenius plant weitere Klinikkäufe. „Wir wollen expandieren und an der Privatisierung teilhaben“, sagte Vorstandschef Ulf Schneider. „In den ersten Monaten dieses Jahres sind bereits Kliniken mit einem

Jahresumsatz von 400 Millionen Euro auf dem Markt.“ Wie die „Wirtschaftswoche“ weiter berichtet, sagte Schneider: „Wir sind keine Kaufmaschine, halten aber die Augen offen.“ Wachstumschancen sehe das Unter-

nehmen auch im Ausland. Vor allem im Bereich Infusionslösungen und künstliche Ernährung wolle Fresenius in Schwellenländern wie Brasilien, Indien und China um 15 bis 17 Prozent im Jahr wachsen. mg/dpa

PKV-Kritik vom AOK-Chef

Leienbach kontert

Auf die PKV-kritischen Äußerungen des Vorsitzenden des AOK-Bundesverbands, Jürgen Graalmann, reagierte der PKV-Verbandsdirektor Volker Leienbach. „Die abfälligen Äußerungen des Vorsitzenden des AOK-Bundesverbands über die Private Krankenversicherung (PKV) haben mit der Realität nichts zu tun. Wider besseres Wissen erfindet Herr Graalmann ein Horrorszenario, das durch nichts belegt ist“, erklärte Leienbach in einer schriftlichen Mitteilung.

Graalmann hatte in einem dpa-Interview gefordert: „Wenn das heutige Geschäftsmodell der PKV gescheitert ist, darf es keine politischen Kompensationsgeschäfte geben.“ Tatsache sei aber vielmehr, so Leienbach, dass es aktuell so viele Privatversicherte gebe wie nie zuvor: 9 Millionen Vollversicherte und 22 Millionen Zusatzversicherungen – und alle kämen freiwillig in die PKV.

Dass der Repräsentant einer privilegierten öffentlich-rechtlichen Körperschaft wie der AOK wahrheitswidrig einen privatwirtschaftlichen Wettbewerber schlecht rede, sei eine üble Entgleisung. Wenn in der freien Wirtschaft ein Unternehmen so etwas über ein anderes sagen würde, wären Schadenersatzansprüche fällig, moniert der PKV-Chef. „Nur die Private Krankenversicherung trifft Vorsorge für den demografischen Wandel. Die Privatversicherten haben einen großen Kapitalstock für ihre höheren Kosten im Alter gebildet – während die GKV ihre steigenden Ausgaben einfach den kleiner werdenden künftigen Generationen überlässt“, erklärte Leienbach. sf/pm

Medizin**Pharmaprodukte ohne Zulassung**

Trotz PIP-Skandal und Studien zu gefährlichem Abrieb bei Metall-Metall-Prothesen soll es eine staatliche Zulassung von Medizinprodukten auch künftig nicht geben, schreibt die Ärzte-Zeitung. Verbesserungen in der Zulassung seien jedoch notwendig, zitiert die Zeitung Susanne Conze, Referatsleiterin im BMG. So müssten etwa Medizinprodukte leichter rückverfolgt werden können, auch die Anforderungen an die europaweit etwa 80 benannten Stellen wie dem TÜV müssten konkretisiert werden. Einem kompletten Systemwechsel erteilte das BMG jedoch eine klare Absage. Schließlich seien die Anforderungen bei der Zulassung von Medizinprodukten der Risikoklasse 3 bereits so hoch wie für Arzneimittel, so Conze. Aus Sicht des CDU-Politikers Dietrich Monstadt war der Skandal um die Silikonkissen in Brustimplantaten ein „Überwachungsproblem“. Ein Vorstoß der Unionspolitiker sieht daher vor, dass künftig striktere Kontrollen der Medizinprodukte möglich sein

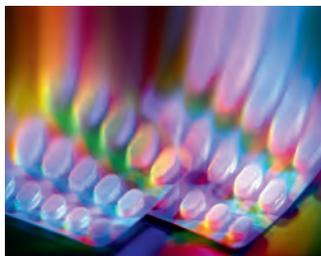


Foto: photodisc

sollen. Zudem sollen benannte Stellen wie zum Beispiel der TÜV Medizinprodukten der höchsten Risikoklasse die CE-Kennzeichnung nicht mehr nur aufgrund von Herstellerangaben vergeben dürfen. Dennoch wolle auch die Union keinen Systemwechsel. Vor allem kleinere Unternehmen könnten große Probleme bekommen, wenn die Zulassungsvoraussetzungen für Medizinprodukte massiv verschärft würden, so Monstadt. Indessen warnte Uwe Deh, Vorstandsmitglied des AOK-Bundesverbands, davor, das System so zu belassen, wie es jetzt ist: „Am Ende steht ein Patient.“ Einige Skandale hätten in der Vergangenheit durch schärfere Zulassungsvoraussetzungen verhindert werden können. sg

Berliner Urteil**Generelles Sterbehilfeverbot gekippt**

Das von der Bundesärztekammer in ihrer Muster-Berufsordnung festgelegte strikte Verbot für Ärzte, „Hilfe zur Selbsttötung zu leisten“, ist jetzt in einem Musterprozess am Verwaltungsgericht Berlin gekippt worden (AZ: VG 9 K 63/09). Wie die beteiligte Anwaltskanzlei Wollmann & Partner informiert, ist dank dieser Entscheidung „ein generelles und ausnahmsloses Verbot mit verfassungsrechtlichen Grundsätzen

nicht vereinbar. Es muss Ärzten gestattet sein, in Ausnahmefällen eine ihrem Gewissen entsprechende Entscheidung zu treffen, die von diesem Verbot abweicht“, heißt es. „Dies bedeutet, dass Ärzte in Ausnahmefällen Beihilfe zum Suizid leisten dürfen, ohne damit gegen das Berufsrecht zu verstoßen.“ Die Ärztekammer Berlin hatte einem in Berlin tätigen Arzt 2007 untersagt, anderen Personen tod-

BZÄK verweist auf Jubiläum**60 Jahre Zahnheilkundegesetz**

Die BZÄK verweist auf das 60-jährige Jubiläum des Zahnheilkundegesetzes und fordert gleichzeitig, die hohe zahnmedizinische Qualität in Deutschland zu erhalten. Vor 60 Jahren wurde – aus Patientenschutzgründen – erstmals gesetzlich festgelegt, dass die Ausübung der Zahnheilkunde in Deutschland nur Zahnärzten vorbehalten ist. Als Grundvoraussetzung wurden ein Hochschulstudium und die Approbation nach dem Examen fixiert. Zum Jubiläum macht die BZÄK auf die hohe und international Maßstab setzende Qualität der deutschen Zahnmedizin aufmerksam und postuliert, diese nicht über Bord zu werfen. Mit dem „Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde“ (ZHG) vom 31. März 1952 wurde in der Bundesrepublik Deutschland die Zahnmedizin elementar neu geordnet. Deutschland professionalisierte die Zahnmedizin analog der Medizin. Als vornehmliche Aufgabe sieht es die BZÄK an, das Zahnheilkundegesetz in



Foto: Mihai Simonia – Fotolia.com

Deutschland vor nationalen, aber auch europäischen Einflüssen zu schützen. „Ziel muss es sein, dieses Gesetz nicht aufzuweichen“, erklärt BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel, denn es sei beispielgebend. „Aktuelle Tendenzen, wie sie durch Vorschläge zur Substitution (zahn-)ärztlicher Verantwortlichkeiten auf nichtärztliche Gesundheitsberufe angestrebt werden, höhlen die hohe Qualität der Zahnmedizin in Deutschland aus. Im Interesse der Patientensicherheit darf es keinen Qualitätsabfall aus wirtschaftlichen Gründen geben. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, bei allen Effizienzbestrebungen im Gesundheitssystem die herausragenden deutschen Standards nicht zu nivellieren“, appelliert der BZÄK-Präsident. BZÄK

Piratenpartei**Gesundheit nur peripheres Thema**

Die Piratenpartei ist als parlamentarische Kraft in den Landtagen von Saarland und Berlin vertreten. Im Unterschied zu den Themen Datenschutz und Freiheit kommt von den Piraten zur Gesundheitspolitik bisher recht wenig. Das belegt ihr Grundsatzzprogramm im Landtagswahlkampf im Saarland. Darin hat die Partei der Gesundheitspolitik zwei Seiten ihres Programms (38 Seiten) gewidmet. Sie fordern unter anderem die Abschaffung der Praxisgebühr und den Stopp der elektronischen Gesundheitskarte. Diese habe sich „weit von ihrer ursprünglichen Zielsetzung entfernt, da Patientendaten in zentralen Datenbanken gespeichert werden sollen“, zitiert die „Ärzte Zeitung“. Zudem fordern sie ein „spezielles Ausbildungsprogramm für Notfallmediziner“, weil angesichts des Ärztemangels immer mehr Patienten „die Notaufnahmen von Krankenhäu-



sern stürmen“. Die dort arbeitenden Ärzte aber seien notfallmedizinisch zu wenig geschult. In der Sozialpolitik wird als Ziel ein bedingungsloses „Einkommen zur Existenzsicherung für jeden“ genannt. Außerdem plädieren die Piraten dem Blatt zufolge für ein gebührenfreies Studium. Breiten Raum nimmt die Drogen- und Suchtpolitik im Programm ein. Darin wird für eine „repressionsfreie Drogenpolitik“ geworben, die bisherige Unterscheidung von legalen und illegalen Stoffen wird als „wissenschaftlich nicht haltbar“ verurteilt. An die Stelle von Schwarzhandel müssten „kontrollierte Erwerbsstrukturen“ für diese Stoffe treten. Erlauben wollen die Piraten die Erforschung „illegaler Stoffe zu therapeutischen Zwecken“. ck

KOMMENTAR**Wenig Sinn für Gesundheit**

Die Piraten „kapern“ sukzessive Sitze in den deutschen Landtagen. Zuletzt vier im Saarland. Davor 15 im Berliner Abgeordnetenhaus. Im saarländischen Wahlkampf versprach die Partei ihren potenziellen Wählern mehr Bürgerbeteiligung, eine Absenkung des Wahlrechts auf 16 Jahre, einen transparenten Staat und ... freie Bildung. Während letztere einen Schwerpunkt darstellte und inhaltlich von frühkindlicher Bildung bis zur Hochschulpolitik gespannt wurde, war das große Feld der Gesundheitspolitik vergleichs-

weise spärlich besetzt: Ganze fünf Themen, darunter ein spezielles Ausbildungsprogramm für Notfallmediziner, die Förderung von Senioren-WGs und die Abschaffung der Praxisgebühr. Ein Blick in das Grundsatzzprogramm der Piratenpartei Deutschland offenbart: Im Bereich Gesundheit wird der Drogen- und Suchtpolitik Gewicht beigemessen. Wenn die junge Partei eine Bürgerpartei werden möchte, gilt es hier fehlende Themen nachzureichen.

Sara Friedrich

MDK-Pflegegutachten**Bußgeld bei Fristüberschreitung**

Bis März 2013 soll sich der medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) nicht nur eine neue Service-Satzung inklusive Beschwerdemanagement geben. Darüber hinaus soll die Kontrollbehörde bei schlechter Leistung in der Pflege demnächst Strafe zahlen. Bei fast einem Drittel der 1,4 Millionen Gutachten pro Jahr wird vom MDK die vorgeschriebene Frist von vier Wochen nicht eingehalten, meldet das „Handelsblatt“. Mit seiner Pflege-reform will Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) den MDK deshalb dazu zwingen, für jeden Tag nach der Terminfälligkeit zehn Euro Strafe an den Pflegebedürftigen zu zahlen. Die Pflegekassen

sollen die Kontrolle und Auszahlung übernehmen. Allein dieses Controlling kostet dem Blatt zufolge geschätzte 3,5 Millionen Euro pro Jahr. Ist absehbar, dass der MDK das Gutachten nicht rechtzeitig erstellen kann, sollen die Pflegekassen Externe beauftragen. Dabei müssen sie den Versicherten drei Gutachter zur Auswahl benennen. Eine Beratung müssen die Kassen im Pflegefall künftig binnen zwei Wochen auf den Weg bringen, auf Wunsch des Pflegebedürftigen auch in seiner Wohnnähe. Zudem sollen laut „Handelsblatt“ zu jeder dieser Beratungen genaue Vorschläge für Reha-Maßnahmen gehören. ck

Sportmedizin**Neues Register zum plötzlichen Herztod**

Pro Jahr sterben in Deutschland mehr als 100 000 Menschen an einem plötzlichen Herztod, einige Hundert trifft es beim Sport. Mit einem bundesweiten Register will das Institut für Sport- und Präventivmedizin der Universität des Saarlandes nun exakte Zahlen ermitteln und die Ursachen genau erforschen.

Jüngst sorgte der Herzstillstand des Fußballers Fabrice Muamba (Foto) vom englischen Erstligisten Bolton Wanderers bei einem Pokalspiel Mitte März diesen Jahres für Aufsehen. Darum will Tim Meyer, Leiter des Instituts an der Saar-Uni und seit elf Jahren Arzt der deutschen Fußball-National-elf, handeln. „Wir versprechen uns von dem Register ein klares Urteil darüber, welche Ursachen es in Deutschland für den plötzlichen Herztod im Sport gibt“,



sagt er. Die Online-Datenbank ist noch im März unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) gestartet worden. Über einen Link auf der Internetseite der Saar-Uni können Trainer, Athleten, Ärzte oder Zuschauer plötzliche Todesfälle beim Sport melden. Meyer hofft, in zwei bis drei Jahren daraus konkrete Ergebnisse ableiten zu können, zunächst würden einige Hundert Fälle als Datenbasis benötigt. eb/dpa



Kolumne

Gaucks Mundpflege

Alex Frommayer ist ein umtriebiger Mann: Dem unbeugsamen Fortschrittsglauben des US-Amerikaners verdankt die Welt die erste Zahnbürste, die mit dem Smartphone synchronisiert werden kann. Die Elektronik im Gummigriff der „Beam Toothbrush“ erfasst, wie lange das Gerät bewegt wird und funkt diese Information via Bluetooth zur zugehörigen App.

Sein frommer Traum: Mami und Papi ergötzen sich jeden Tag aufs Neue an den bonbonbunten Diagrammen auf dem Handydisplay und schrubben mit ihren Sprößlingen um die Wette. Stattdessen kursieren schon vor dem Verkaufsstart in Internet-Tauschbörsen die ersten Programme, mit denen Kids die Software von Bürste und App überlisten

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

können. Ende 2012 startet dann Google Putz, eine Community zum Austausch privater Zahnputzdaten. Als Wikileaks wenig später enthüllt, dass Bundespräsident Gauck die Bürste nur selten bewegt, fordert die Boulevardpresse seinen Rücktritt.

Merkel kündigt ein reinigendes Gespräch an, spricht Gauck aber ihr Vertrauen aus. Die Kanzlerin ist Mitte

2013 mehr denn je um Geschlossenheit in der Regierungskoalition bemüht. Grund ist der schwelende Streit darüber, ob deutsche Krankenkassen eine illegale CD mit den Daten von Millionen Zahnputzständen kaufen dürfen.

Ihr vollkommener Ernst