

Stationäre Versorgung

## Im Schatten des Geldes

**Urheberrecht bei  
Medien in Praxen**

**Fakten zur  
Intersexualität**



Foto: ddpimages

■ „Schöne neue Welt“ in Pflege und Medizin wie im Bereich Information und Kommunikation: Richtig ist nur das, was Menschen wirklich nutzt.

## Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

als Mitte der achtziger Jahre des vorigen Jahrhunderts das digitale Zeitalter seine erste Euphorie erlebte, wähten sich die Gewerkschaften auf dem Weg in eine goldene Ära. Massive Arbeitszeitreduzierungen, Entlastung für nahezu alle Wirtschafts- und Dienstleistungsbereiche schienen greifbar nah.

Mehr als 25 Jahre später mag sich kaum einer undifferenziert freuen, wenn es um Zeit- und Produktionsgewinne durch EDV geht. Die Menschheit ruht sich eben nicht auf ihren Lorbeeren aus, um einmal Erreichtes zu genießen. Heute steckt unsere Gesellschaft nach EDV-bedingter Globalisierung mit allen Errungenschaften mehr denn je in einem Arbeitsalltag, der verdichtet wie nie zuvor seinen Tribut verlangt.

In der Medizin vollzieht Fortschritt ohnehin eine Nonstop-Entwicklung. Sie wirkt sich zwar wohltuend auf Gesundheit und Lebensalter aus, kostet aber Geld und Service. Versuche, hier eine wie auch immer geartete Bremse einzuziehen, wirken ähnlich abstrus wie die Reaktion der Gewerkschaften auf die Anfänge des digitalen Zeitalters.

Inzwischen zeichnet sich ab, dass auch Stell-

schrauben wie die der Ökonomisierung nur begrenzte Wirkung zeigen: Die Hoffnung auf eine bessere Versorgung durch private Betreiber – zum Beispiel im Krankenhauswesen – ist über den Punkt des puren Optimismus längst hinweg. Ein Marburger Bund beurteilt die Situation im stationären Bereich alles andere als euphorisch – ganz zu schweigen von hilflosen Experimenten, menschliche Hinwendung vermehrt Maschinen zu überlassen. Es ist nun mal so: Wer im Krankenhaus liegt, mag kein vom Roboter serviertes Abendessen.

Trotzdem bleibt es beim Trend zur Rationalisierung, wohin das kritische Auge auch blickt. Stein des Anstoßes bleibt dabei der Mensch: Er ist im gesellschaftlichen Geschehen der teuerste Faktor.

Was wir Fachjournalisten im Gesundheitswesen beobachten, hat auch in unserem Handwerk sein Pendant: Verlagswesen und Journalismus suchen händeringend nach neuen Möglichkeiten, ihrer Aufgabe im digitalen Zeitalter nutzeradäquat zu gestalten. Dabei haben die technischen Möglichkeiten die Schere zwischen Kosten und Qualität bis zum Zerbrechen geöffnet.

Die zm haben die Herausforderung angenommen. Wir bauen an einem umfassend

neuen Online-Auftritt: Crossmedial, aktuell, servicegerecht, sachlich und analytisch auf der Höhe muss die Redaktion sein, wenn sie Partner des Zahnmediziners bleiben will.

Die Weichen sind gestellt. Ab September sind wir mit einer ganz neuen digitalisierten Plattform für Sie da. „zm-online“ hat das Ziel, von dem, was technisch geht, das einzusetzen, was nützt. Wir freuen uns auf diese neue Form fachlich orientierten Miteinanders mit unseren „Nutzern“.

Mit freundlichem Gruß



*Egbert Maibach-Nagel*

**Egbert Maibach-Nagel**  
zm-Chefredakteur



**26** Eine gute Patientenversorgung ist die Grundaufgabe jedes Krankenhauses. Doch durch die Ausbreitung privater Betreiber ist die Versorgungslandschaft im Umbau begriffen.

## TITELSTORY

# Stationäre Versorgung

Im Schatten des Geldes

26



Foto: picture alliance

**22** Proteste und kein Ende? Jetzt hat der Supreme Court entschieden und die US-Gesundheitsreform für verfassungskonform erklärt.

Foto: Frontline / Titelfoto: creativenature.nl, Fotolia.com-Meinardus

## MEINUNG

Editorial	3
Leitartikel	6
Gastkommentar	16

## POLITIK

<b>IZZ-Pressforum Straßburg</b> Exzellenzprojekt aus der Zahnmedizin	18
<b>KZBV-Klausur</b> Wettstreit mit Spenden-Mehrwert	20
<b>Gesundheitsreform in den USA</b> Punktsieg für Obama	22

## ZAHNMEDIZIN

 <b>Der aktuelle klinische Fall</b> Manifestation eines follikulären Lymphoms	32
--	----



Foto: picture alliance-akg images

**56** Erinnerung an Christoph Wilhelm Hufeland, einen der Pioniere der Prävention. 2012 jährt sich sein Geburtstag zum 250. Mal.



Foto: R.Kaps

**63** Es gibt nichts gutes, außer man tut es. Zahnärztliche Hilfsorganisationen leisten Hilfe zur Selbsthilfe in Togo und im Westjordanland.



Foto: picture alliance

**78** Immer mehr Anleger setzen in der Krise auf Diamanten. Trotz guter Voraussetzungen bergen die Steine aber auch einige Risiken.

**Die klinisch-ethische Falldiskussion**  
Unangemessener Umgang mit einer Assistenz Zahnärztin **36**

**Wrigley-Prophylaxe-Preis 2012**  
Vielseitige Aktivitäten belohnt **42**

**DGZ-Jahrestagung**  
Impulse aus den Naturwissenschaften **46**

**MEDIZIN**

**Repetitorium**  
Intersexualität **48**

**GESELLSCHAFT**

**Urteil zur Sterbehilfe**  
Kein pauschales Verbot **54**

**Christoph Wilhelm Hufeland**  
Prävention als Lebensinhalt **56**

**Zahnärzte ohne Grenzen**  
Einsatz im Westjordanland **62**

**Engagement nach dem Berufsleben**  
Zum Zähne ziehen nach Togo **63**

**Diätportale**  
Virtuelle Tipps gegen echtes Fett **64**

**PRAXIS**

**Diamanten als Anlage**  
Steinchen fürs Depot **78**

**Kommunikation mit der Bank**  
Offensiv und ohne Scheu **81**

**Musik, Film und TV in Zahnarztpraxen**  
Urheberrechtliche Fallstricke **82**

**MARKT**

**Neuheiten** **86**

**RUBRIKEN**

**Termine** **66**

**Nachrichten** **8, 111**

**Bekanntmachungen** **84**

**Impressum** **85**

**Zu guter Letzt** **114**



Foto: BZÄK\_Pietschmann

## Falscher Rat

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

in 50 Jahren wird in dieser Republik jeder dritte Bürger älter als 65 sein. Daraus resultierende, möglicherweise drastische Folgen dürften die betroffenen heute 15-Jährigen kaum bekümmern. Das ist Sache der Elterngeneration, die jetzt noch mit Zuversicht an den eigenen Ruhestand denken kann.

In der Tat ist die gesellschaftliche Fachöffentlichkeit im interdisziplinären Streit auf der Suche nach geeigneten Maßnahmen – zumal die aus dieser Entwicklung erwachsenden Probleme nicht erst in fünfzig Jahren aufschlagen werden.

Handeln müssen wir jetzt, hier und heute. Und wir müssen die nötigen Schritte rational, nicht aus hektischer Betroffenheit und ohne sachliche Abwägung planen.

Das in diesem Zusammenhang immer wieder gehörte Argument, medizinischer Fortschritt, qualitativ hochwertige Versorgung oder Prävention seien zu teuer, ist monokausal und nicht nur zu einfach, sondern in der Konsequenz auch gefährlich. Schon aus Kostengründen ist die Argumentation brüchig: Jeder dieser Faktoren für sich wirkt auch

kostenmindernd. Falsch angesetzter Verzicht kann hier höchst unwirtschaftlich werden.

Falsch und ebenfalls viel zu einfach wäre die Behauptung, die höhere Lebenserwartung schaffe höhere Kosten. Dafür gibt es noch keine Daten. Richtig ist, dass sie der Gesellschaft mehr gesunde und damit potenziell auch produktive Lebensjahre einbringt.

Dass in dem gesamten Umfeld vorschnell zu einfachen scheinenden Lösungen gegriffen wird,

wissen wir nicht erst seit der jüngsten Bildungsreform. Differenzierte und verkürzte Studiengänge sollen dazu beitragen, dass wir dem sogenannten Wachstumsmotor im Bereich Medizin und Pflege schneller auf die Sprünge helfen. Qualifizierungsmaßnahmen der Pflege- und Hilfsberufe und erweiterte Möglichkeiten zur Delegation sollen über etwaige Versorgungsmängel hinweg helfen. Hört sich gut an. Aber ist es das wirklich? Würde es helfen, wenn wir die Hilfs- und Pflegeberufe, wie es der Deutsche Wissenschaftsrat zu bedenken gibt, akademisieren und dann als Ärzte unsere Tätigkeiten delegieren?

Soviel vorweg: Zahn-/ärztliche Verantwortung für Diagnose und Therapie ist nicht delegierbar. Auch nicht an akademisierte

Neuberufe. Gerade angesichts der immer weiter wachsenden Anforderungen an den Arzt und seine Verantwortlichkeit wäre es absurd, diese durch die Substitution von Leistungen zu zergliedern. Die weitere Fragmentierung des Berufsfeldes bedingt zwangsläufig einen höheren Bedarf an Qualifizierung, Kommunikation und Koordination. Mangelt es an Ärzten, brauchen wir mehr Ärzte – und nicht abgespeckte Bachelor-Versionen anderer Art.

Aber was kann der Arzt delegieren? Im zahnärztlichen Bereich ist die Frage der Delegation schon heute rechtlich klar geregelt. Daran sollte vernünftigerweise niemand etwas ändern. Die schon heute in der Zahnarztpraxis übliche Delegation an vorhandene Fachkräfte ist hingegen, wie der Praxisalltag zeigt, praktikabel, deshalb sinnvoll.

Das muss vor Augen haben, wer sich Gedanken über die künftige Struktur der zahn-/medizinischen Versorgung Deutschlands macht. Wer heute über die medizinische und pflegerische Versorgung nachdenkt, muss sich auch klar darüber sein, dass Qualifizierung gerade im Berufstand wichtig ist. Er muss aber auch wissen, dass eine dem Gesundheitswesen übergestülpte Pauschalqualifizierung dem eigentlichen Ziel einer qualitativ hochwertigen und sachgerechten medizinischen und pflegerischen Versorgung kaum gerecht werden kann. „Viel hilft viel!“ bringt hier nicht weiter.

Für die Zahnmedizin, das wissen wir aus intensiver Erfahrung, galt das schon immer. Hier werden entsprechende Maßnahmen an der Sache orientiert gehandhabt. Dass an der Zahnmedizin, deren versorgungstechnische Erfolge gelobt werden, sich andere Bereiche ein Beispiel nehmen sollen, sei dahingestellt und anderen überlassen – auch wenn der Bundesgesundheitsminister das – bezogen auf unseren Präventionserfolg – so sehen mag.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Peter Engel

Präsident der Bundeszahnärztekammer

BMG

## eGK soll 2014 funktionieren

Bereits vor acht Jahren kündigte Ulla Schmidt (SPD) die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) an. Die Kosten des gesamten Projekts sind bisher völlig unklar. Läuft alles „planmäßig“, könne „Mitte 2014 mit der bundesweiten Einführung der ersten Ausbaustufe der Telematikinfrastruktur“ begonnen werden, so das Bundesgesundheitsministerium (BMG). Bis zum Ende dieses Jahres sollen mindestens 50 Millionen der insgesamt rund 70 Millionen GKV-Mitglieder die neue Karte erhal-

ten haben. So steht es zumindest in einem Vermerk des BMG, der der „Welt“ nach eigenen Angaben vorliegt. In zwei Jahren sollen dann die auf der Karte gespeicherten Versichertendaten erstmals online aktualisiert werden können. Laut BMG-„Sachstandsbericht“ haben demnach inzwischen fast alle Krankenhäuser und 90 Prozent der Arzt- und Zahnarztpraxen die passenden Lesegeräte für die neue Karte gekauft. Außerdem hätten die Krankenkassen das Ziel erreicht, Ende 2011 rund zehn Prozent ihrer Versicherten mit einer neuen Karte auszustatten. Fakt ist: Das Ministerium zeigt sich zuversichtlich. Und sicher ist, dass auch die für Ende 2012 gesetzlich vorgeschriebene Quote von 70 Prozent erzielt wird. ck



Foto: BARMER GEK

PKV-Studie

## Privatversichern ist nicht unsozial

Die Private Krankenversicherung (PKV) ist keine Versicherung für Besserverdiener oder reiche Menschen – zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Studie des wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP). Das teilt das größte private Krankenversicherungsunternehmen, die Debeka mit. Wie es in einer Pressemitteilung heißt, verfügten nur rund 20 Prozent der Privatversicherten über

ein Einkommen, das oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von derzeit rund 50 000 Euro Jahreseinkommen liege. „Die Versicherungsgemeinschaft besteht darüber hinaus sogar zur Hälfte aus nicht erwerbstätigen Personen“, informiert die Debeka, bei der rund ein Viertel aller Privatversicherten Mitglied sind. Bei dem Krankenversicherungsunternehmen liege die Zahl mit 16 Prozent sogar noch etwas niedriger. „Die PKV hat eine durchmischte Bevölkerungsstruktur, das haben wir auch schon immer betont, man wollte es aber nie hören,“ kommentiert Uwe Laue, Vorstandsvorsitzender der Debeka, die Analyseergebnisse. mg



Foto: Fotolia.com - Sandor Jackal

Rechtsverordnung zu PID

## Bahr attackiert Kritiker

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) hat die Proteste gegen seine Rechtsverordnung zur Präimplantationsdiagnostik (PID) zurückgewiesen. Kritikern warf er vor, die Bundestagsentscheidung von 2011 zur begrenzten Freigabe solcher Embryonen-Gentests hintertreiben zu wollen.

„Die Kritiker wollen offensichtlich den damaligen Beschluss wieder aushebeln und versuchen nun, die Verordnung in eine Richtung zu bewegen, mit der die Grundsatzentscheidung des

Bundestags konterkariert würde“, sagte Bahr der „Welt“. „Mitteln öffnet der Entwurf Tür und Tor für die PID.“

Vor einem Jahr hatte der Bundestag nach emotionaler Debatte die PID bei künstlichen Befruchtungen begrenzt zugelassen. Die im Reagenzglas erzeugten Embryonen werden dabei vor der Einpflanzung in den Mutterleib auf Gendefekte untersucht, die eine Tot- oder Fehlgeburt oder eine schwere Krankheit des Kindes wahrscheinlich machen. Bahr wies Befürchtungen zurück,



Foto: Fotolia.com - Juan Gärtner

„dass die PID häufiger angewendet werden könnte, weil in den Genehmigungscommissionen Mediziner die Mehrheit haben sollen. Sie benötigten „für eine Mehrheitsentscheidung die Unterstützung von Juristen, Ethikern oder Patientenvertretern“. ck/dpa

Vergleich

## Öko-Test bewertet Zahnzusatztarife

Der neue Zahnzusatztarif der Bayerischen Beamten Versicherungen (BBV) wurde in der aktuellen Ausgabe der Zeitschrift Öko-Test unter 56 Tarifen am besten bewertet.

Bei dem Tarif „V.I.P. dental Prestige“ vermerkten die Tester von Öko-Test unter anderem „sehr hohe“ Erstattungen bei Füllungen und Wurzelbehandlungen sowie „hohe“ Erstattungen bei Inlays, Kronen oder Implantaten. Um die Tarife „V.I.P. dental“ in

den drei Varianten „Smart“, „Komfort“ und „Prestige“ „bei hohem Leistungsumfang mit günstigen Beiträgen“ anbieten zu können, basiert die Kalkulation nach Auskunft der Kasse auf dem Prinzip der Schadenversicherung: Der Kunde zahle nur die Beiträge, die seinem individuellen Risiko entsprechen, auf die Bildung von Altersrückstellungen werde ganz verzichtet. Eine Risikoprüfung findet demnach statt. ck/pm

Honorarbericht:

## **Ärzte verdienen 5 500 Euro netto**

Deutschlands Kassenärzte haben im ersten Halbjahr 2011 ein Netto-Monatseinkommen von knapp 5 500 Euro bezogen. Das geht aus dem ersten Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hervor. Wie die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ (FAZ) mit Verweis auf den ihr vorliegenden Bericht schreibt, betrug das monatliche Netto über alle Vertragsärzte rechnerisch 5 442 Euro, das war knapp ein Viertel des Umsatzes mit Kassen- und Privatpatienten. Die Rechnung beziehe sich auf die von den KVen gezahlten Honorare sowie auf Einkünfte aus Privatabrechnungen, heißt es. Diese seien auf Basis von Zahlen aus dem Jahr 2008 berechnet und um die durchschnittlichen Kosten, Steuern und Sozialabgaben bereinigt worden. KBV-Vorstandschef Andreas Köhler sagte

der Zeitung, der Honorarbericht zeige, dass „das tatsächliche Nettoeinkommen einer Praxis häufig zwar nicht schlecht, aber längst nicht üppig ist“. Wie in jeder Berufsgruppe gebe es Verlierer und Gewinner. Hintergrund: Kassenumsatz und Überschuss (Umsatz abzüglich Praxiskosten, aber vor Steuern und Abgaben) je Arzt waren im ersten Halbjahr 2011 um drei Prozent gestiegen. Doch konnten davon nicht alle Arztgruppen profitieren. Köhler: „Wer den Arztberuf ergreift, tut das nicht wegen des Geldes.“ Der Bericht verweist darauf, dass die Zahlen wegen regionaler Eigenheiten in den einzelnen Ländern stark abweichen könnten. Das Gesamtbild habe sich wenig geändert, bilanziert die FAZ. Den größten Überschuss erwirtschafteten Fachärzte der Inneren Medizin. mg/dpa

Europäische Union

## **Zypern übernimmt Ratsvorsitz**

Für das nächste halbe Jahr hat Zypern den Ratsvorsitz in der Europäischen Union inne. Die Ratspräsidentschaft steht unter dem Motto „Für ein besseres Europa“. Schwerpunkte sind ein effizienteres und nachhaltigeres Europa, eine leistungsstärkere und wachstumsorientierte Wirtschaft sowie Bürgernähe, Solidarität und sozialer Zusammenhalt und ein Europa mit größerer Nähe zu seinen Nachbarn.

Diese Gedanken sollen auch in die Verhandlungen über den mehrjährigen EU-Finanzrahmen für den Zeitraum 2014 bis 2020 einfließen. Er ist die Grundlage aller Ausgaben und Programme,

die die EU in den kommenden sechs Jahren tätigen wird.

Im Gesundheitsbereich wollen die Zyprioten besonderes Augenmerk auf das gesunde Altern legen, die Beratungen über den Gesetzentwurf zur Bekämpfung grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren ins Zentrum rücken, Organspende und Pharmakovigilanz thematisieren, die geplante Überarbeitung der Richtlinie zur Transparenz bei der Preisgestaltung von Arzneimitteln sowie die geplante Revision der Rechtsvorschriften über medizintechnische Produkte fokussieren.

pr

Aids-Aufklärung**Viele Menschen fühlen sich uninformiert**

Allen Kampagnen zum Trotz findet fast die Hälfte der Menschen in Deutschland die Aufklärung über Aids und den HI-Virus ungenügend. Es werde nicht genug über die Krankheit informiert, sagten rund 45 Prozent der 1060 Befragten in einer Umfrage des Kölner Meinungsforschungsinstituts YouGov zwischen Ende Juni und Anfang Juli. Rund 48 Prozent der Menschen gaben an, dass genug aufgeklärt werde. Und fast die Hälfte der Deutschen hatte schon einmal Sex ohne ausreichenden Schutz. Die Aussagen ließen allerdings keine Rückschlüsse darauf zu, ob Menschen in Deutschland von Kampagnen bereits erreicht würden, gab die Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Elisabeth Pott, zu bedenken. Vor rund 25 Jahren



Foto: Fotolia.com - Jan Engel

startete die Kampagne „Gib Aids keine Chance“. „Wir haben einen langsamen, aber kontinuierlichen Zuwachs an Schutzverhalten und wir haben einen ganz hohen Wissensstand“, betonte Pott. Allerdings seien noch vor einigen Jahren Fernsehspots über den Schutz vor Aids zur besten Sendezeit gelaufen. „Wir machen einen großen Teil der Aufklärung über das Internet“, sagte Pott. „Daraus kann natürlich grundsätzlich der Eindruck entstehen, es wird nicht mehr so viel aufgeklärt.“ In Deutschland leben nach Daten des Berliner Robert Koch-Instituts rund 73 000 Menschen mit HIV (Stand: Ende 2011). Etwa 2 700 Menschen infizierten sich 2011 mit dem Virus, etwa 500 Betroffene starben. mg/dpa

GlaxoSmithKline**Drei Milliarden Dollar Strafe**

Es ist die höchste Strafe, die jemals in den USA gegen einen Pharmakonzern verhängt wurde: Das britische Unternehmen GlaxoSmithKline (GSK) muss drei Milliarden Dollar (2,4 Milliarden Euro) zahlen, unter anderem wegen der irreführenden Vermarktung von Medikamenten. Das Unternehmen habe sich schuldig bekannt, teilte das US-Justizministerium mit. Die Zahlung bedeutet das Ende von Ermittlungen, die vor acht Jahren ihren Ausgang nahmen. Im Kern ging es um die Antidepressiva Pa-

xil und Wellbutrin sowie das Diabetesmittel Avandia. Die US-Justiz hatte GSK unter anderem vorgeworfen, Paxil für den Einsatz bei Patienten unter 18 Jahren empfohlen zu haben, obwohl das Mittel von der Gesundheitsbehörde FDA gar nicht dafür zugelassen war. Die Vorwürfe reichten bis hin zum Betrug des staatlichen Gesundheitsprogramms Medicaid durch überhöhte Preise. Mit dem Vergleich wurden die Fälle nun aus der Welt geschafft. eb/dpa

Wissenschaftsrat**Pflegekräfte sollen auch studieren**

Der Wissenschaftsrat hat Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe erarbeitet: Fachpersonal, das komplexe Aufgaben in Pflege, Physio-, Logo- und Ergotherapie und der Geburtshilfe hat, soll an Hochschulen ausgebildet werden.

In primärqualifizierenden patientenorientierten Studiengängen mit einem Bachelor-Abschluss sollen künftig zehn bis 20 Prozent eines Ausbildungsjahrgangs zur unmittelbaren Tätigkeit am

Patienten befähigt werden. Die neu zu schaffenden Studienplätze sollten stärker als bisher an staatlichen Hochschulen und auch an Universitäten eingerichtet werden. So werde speziell der demografisch-epidemiologische Wandel eine wachsende Zahl multimorbider, chronisch erkrankter und pflegebedürftiger Patienten zur Folge haben. Das bedeute: Diese Menschen brauchen künftig nicht nur mehr, sondern auch qualitativ andere Versorgungsleistungen.



Foto: Fotolia.com - gilles bougassi

Der Wissenschaftsrat berät die Bundesregierung und die Regierungen der Länder in Fragen der inhaltlichen und strukturellen Entwicklung der Hochschulen, der Wissenschaft und der Forschung. sf/pm

proDente**Broschüre „Zahngesundheit im Alter“**

Patienten können sich ab sofort in der komplett überarbeiteten Broschüre „Zahngesundheit im Alter“ der Initiative proDente

zum Thema ansehen. Dazu müssen sie die QR-Codes in der Broschüre scannen. Sie erhalten dann zum Beispiel weiterfüh-

rende Informationen über viele Facetten der Seniorenzahnmedizin informieren. Auf vier DIN-A4-Seiten werden Beiträge über die zahngesunde Ernährung, die Planung und Pflege von Zahnersatz oder auch Vollprothesen aufbereitet. Erstmals können die Leser mit einem Smartphone Filme und weitere Online-Beiträge

oder über die Homepage [www.prodente.de](http://www.prodente.de) oder über die Hotline (01805-55 22 55) beziehen. eb/pm



Foto: proDente e.V.



*Uni Witten/ Herdecke*

## **Der Pflege-Ph.D kommt**

Anfang 2013 startet im Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke (UW/H) ein Ph.D.-Programm. Um international die Anschlussfähigkeit der Promotion in der Pflegewissenschaft und die Perspektiven für die Forschung zu verbessern, wurde das Programm mit dem akademischen Grad Philosophical Doctor konzipiert, so der Wortlaut einer Meldung der Universität. Der Ph.D. baue auf den Masterabschluss auf und ergänze die Systematik mit Bachelor- und Masterab-

schlüssen. Ziel ist, die Absolventen durch das Studium auf Laufbahnen innerhalb der Hochschulen und auf außeruniversitäre, wissenschaftliche Leitungspositionen vorzubereiten. Wissenschaftler aus Deutschland gerieten im Ausland immer wieder in Erklärungsnot. Sie müssten erläutern, was ein deutscher Dokortitel bedeute und was eine Habilitation sei. Letztere gebe es im Ausland nicht. Der Ph.D. habe somit international eine höhere Wertigkeit als der Dokortitel.

sf/pm

*Untersuchung der Bertelsmann Stiftung*

## **Kranke Mitarbeiter kosten Milliarden**

Kranke Arbeitnehmer kosten die deutsche Wirtschaft jedes Jahr Milliarden Euro. Einer Studie zufolge summieren sich die Produktionsverluste durch Depressionen, Asthma, Rückenschmerzen, Bluthochdruck und Rheuma auf 38 bis 75 Milliarden Euro.

Das „Handelsblatt“ beruft sich in seiner Berichterstattung auf eine Untersuchung der Bertelsmann Stiftung und der Strategieberatung Booz & Company. Arbeitsunfähigkeit, Fehlleistungen kranker Arbeitnehmer und Erwerbsunfähigkeit sorgten für die Pro-

duktivitätsverluste, heißt es darin.

Und: Durch eine konsequentere Behandlung von Volkskrankheiten könne die Produktivität der deutschen Wirtschaft der Studie zufolge um 20 Milliarden Euro pro Jahr gestärkt werden. Wenn chronisch kranke Arbeitnehmer bei ihrer Therapie besser unterstützt würden, könne ein Teil der Verluste vermieden werden.

Bis zu 27 Prozent ließen sich die Produktionsausfälle durch Programme senken, die Betroffene im Job entlasten. mg/dpa

Patientenbeauftragte**Patientencoach ist nötig**

Berlins Patientenbeauftragte Karin Stötzner hat einen Patientencoach gefordert. Das gesetzlich vorgesehene Entlassungsmanagement der Krankenhäuser reiche nicht aus, weil viele Patienten von einer Stelle zur nächsten ge-



Foto: Fotolia.com - 12foto.de

schickt würden. Sie sprach von einem Hin und Her zwischen Krankenhaus, Hausarzt und Kasse: „Das ist nicht sauber geregelt“, sagte Stötzner. „Gerade alte Leute, die überfordert sind mit Pflegeversicherung, ärztlicher Versorgung, ambulanter Reha oder Fahrdienst, brauchen keine Beratung, die brauchen Unterstützung“, sagte sie der „Berliner Morgenpost“. An der Art der Fragen, die ihr gestellt werden, erkenne sie einen sehr großen Bedarf. ck/dpa

Diskussion um religiöse Beschneidung**Bundesregierung will Rechtssicherheit**

Die Bundesregierung will schnell Rechtssicherheit für religiöse Beschneidungen schaffen. „Wir wissen, da ist eine zügige Lösung notwendig, da kann nichts auf die lange Bank geschoben werden“, sagte Regierungssprecher Steffen Seibert in Berlin. Verantwortungsvoll durchgeführte Beschneidungen müssten in diesem Land straffrei möglich sein. Seibert und eine Sprecherin des Justizministeriums wollten sich aber nicht festlegen, ob es zu einem klarstellenden Gesetz kommen wird, wie es von SPD und Grünen gefordert wird. Der Präsident des Zentralrats der Juden in



Foto: Fotolia.com - vege

Deutschland, Dieter Graumann, hat währenddessen mehr Achtung gegenüber jüdischem Leben gefordert. „Wir erwarten ein Stück mehr Respekt, guten Willen und Toleranz“, sagte Graumann. Er begrüßte den scharfen Protest der Konferenz Europäischer Rabbiner gegen das Kölner Beschneidungsurteil. „Wenn sich der Tenor des Gerichtsurteils bestätigt, würde jüdisches Leben in Deutschland wirklich auf Dauer unmöglich gemacht“, erklärte der Zentralratsvorsitzende. „Das bitte ich sehr ernst zu nehmen. Wir wollen uns auch nicht immer dafür rechtfertigen müssen, dass wir Juden sind.“ Besonders verletzend sei der Vorwurf, dass den Kindern Schaden zugefügt würde. Das Landgericht Köln hatte als erstes Gericht die Beschneidung von Jungen als Körperverletzung bewertet. Das Selbstbestimmungsrecht des Kindes werde dadurch verletzt. eb/dpa

## KOMMENTAR

**Ein langer Weg**

Das Ansinnen der Berliner Patientenbeauftragten, einen Patientencoach zwischen die Instanzen Krankenhaus, Hausarzt und Kasse zu schalten, klingt auf den ersten Blick vernünftig. Gilt es doch hier, fehlende Synergien zu überbrücken und vor allem älteren Patienten bei den komplizierten Wegen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu unterstützen.

Auf den zweiten Blick offenbart sich hier – wieder einmal – der

Fehler des Gesundheitssystems: Die mangelnde Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich macht eine weitere Instanz wie den Patientencoach erst nötig. Sinnvoller wäre, das Übel direkt an der Wurzel zu packen und die Synergieeffekte beider Sektionen zu verbessern. Die Forderung ist nicht neu, nach wie vor ist der Gesetzgeber in der Pflicht, hier Lösungen zu erarbeiten. Doch bis dahin ist der Weg lang.

Gabriele Prchala

Nach Legalisierung**Kein Anstieg der Sterbehilfe**

In den Niederlanden hat einer Studie zufolge die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe nicht zu einem Anstieg solcher Fälle geführt. Bei weniger als drei Prozent aller Todesfälle 2010 war aktive Sterbehilfe beziehungsweise ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung die Ursache. Dies entspreche den Zahlen vor der Legalisierung 2002, berichten Wissenschaftler der Universitätskliniken in Rotterdam und Amsterdam im Fachjournal „The Lancet“. Die Ergebnisse widerlegen demnach auch Befürchtungen von Kritikern, dass durch die Legalisierung mehr Patienten gegen ihren Willen getötet würden. „In den Niederlanden hat das gerade deutlich abgenommen“, betont Bregje Onwuteaka-Philipsen, Professorin an der Freien Universität Amsterdam. 2010 wurde demnach das Leben von 13 Patienten ohne deren aus-

drückliche Zustimmung beendet (0,2 Prozent aller Todesfälle), 1990 waren das 45 (0,8 Prozent). Die Niederlande hatten 2002 als erstes Land der Welt ein Sterbehilfegesetz verabschiedet. Da-



Foto: Fotolia.com - Alexey Klementiev

nach ist Sterbehilfe und ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung nicht strafbar, wenn ein Patient aussichtslos krank ist und unerträglich leidet sowie mehrfach und ausdrücklich um Sterbehilfe gebeten hat. Ein zweiter Arzt muss konsultiert und jeder Fall bei regionalen Prüfungskommissionen gemeldet werden. eb/dpa

Syrien

## Ärzte und Patienten gezielt attackiert

Im innersyrischen Konflikt zwischen Rebellen und den Truppen von Präsident Baschar al-Assad werden medizinische Einrichtungen gezielt angegriffen. Das teilte die Organisation Ärzte ohne Grenzen (MSF) mit. Seit Monaten bemühe sich die Organisation vergeblich um die Erlaubnis



in dem Land arbeiten zu dürfen, sagte der MSF-Vorsitzende Dr. Tankred Stöbe. Trotzdem seien im März zwei Mitarbeiter in Syrien eingereist, um sich ein Bild von der Lage zu verschaffen. Sie berichteten, dass Ärzte und Pa-

tienten gezielt attackiert und verfolgt würden. Die offiziellen Krankenhäuser stünden unter der Kontrolle des Militärs. „Alle Konfliktparteien müssen sicherstellen, dass Ärzte und Patienten nicht angegriffen und medizinische Ein-

richtungen als neutrale Orte respektiert werden“, forderte Stöbe. „Das ist ein Grundprinzip des internationalen Völkerrechts, das auch in Syrien gewährleistet werden muss. Nur so können Verwundete behandelt und Leben gerettet werden.“ eb/pm

Ladies dental talk und Dentista Club

## Zahnärztinnen kooperieren

„Zahnärztinnen in Deutschland noch erfolgreicher zu machen“, so formuliert Initiatorin Dr. Karin Uphoff das Ziel des ladies dental talk. Nach dem Motto „Gemeinsam zu mehr Erfolg“ wird der ladies dental talk in Zukunft mit dem Dentista Club kooperieren. Uphoff: „Frauen sind in der Zahnmedizin auf dem Vormarsch, doch ihr Einkommen ist im Schnitt noch deutlich niedriger als das ihrer männlichen Kollegen. Uns ist es daher wichtig, den unternehmerischen Ansatz bei der Praxisführung bewusster zu machen und zu stärken.“ Aufgesetzt ist eine bundesweite Veranstaltungsreihe für Zahnärz-

tinnen, eine Mischung, bestehend aus Vorträgen, Einblicken in andere Branchen und aktives Netzwerken. Im Mittelpunkt: außergewöhnliche Erfolgskonzepte, Geschäftsmodelle, Unternehmensgeschichten und branchenspezifische Inhalte. Auch der Dentista Club versteht sich „als Organisation, die Zahnärztinnen auf dem Weg in die Zukunft begleitet – unter anderem mit maßgeschneiderten Themen und Angeboten, die helfen, das Berufsleben zu optimieren“. Die Kooperation ermöglicht den Dentista Club-Mitgliedern bei vielen ladies dental talk-Veranstaltungen Sonderkonditionen. ck/pm

Herzschwäche**Ausdauersport kann helfen**

Nicht Ruhe, sondern Ausdauer-sport verbessert das Leiden von Herzschwächepatienten, wie jetzt Forscher der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg in einer Studie mit 120 Probanden (60 davon mit Herzinsuffizienz) zeigen konnten. „Außerdem konnte der Nachweis erbracht werden, dass das Ausdauertraining keinesfalls nur jüngeren, sondern auch über 70-jährigen dieser Patienten hilft“, sagt der Forschungsleiter und stellvertretende Direktor für Innere Medizin III/Kardiologie am Universitätsklinikum Halle, Stephan Gießen.

Menschen mit chronischer Herzschwäche leiden nach Angaben der Experten unter Luftnot und werden rasch müde. Allein im Jahr 2009 wurden nach Angaben der Herzstiftung in Deutschland mehr als 363 000 Patienten mit Herzschwäche im Krankenhaus stationär behandelt. Rund 49 000 seien an der Herzinsuffi-

zienz gestorben. „Eine Begleitscheinung der Krankheit ist der schleichende Muskelabbau im ganzen Körper, die Menschen verlieren erheblich an Gewicht und wirken ausgezehrt“, so Gießen. Die Sportgruppen (Gesunde und Insuffiziente) trainierten viermal am Tag jeweils 20 Minuten auf einem Ergometer.

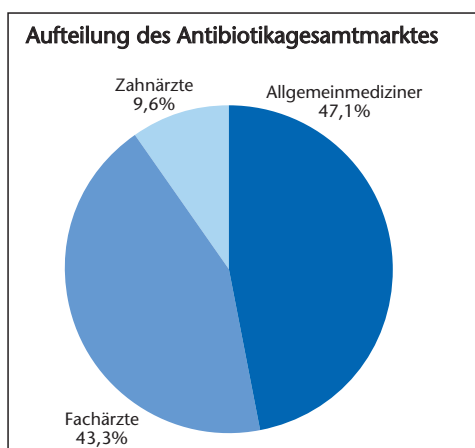
Nach vier Wochen hatten die Probanden, unabhängig vom Alter ihre Leistungsfähigkeit um 20 bis 25 Prozent gesteigert. Im Zusammenhang mit der Auswertung der Studie wurden Gewebeprobe aus dem Oberschenkelmuskel der Herzschwächepatienten untersucht und es zeigte sich, dass für den Muskelabbau das sogenannte Ubiquitin-Proteasom-System verantwortlich ist.

Für seine Arbeit wurde der Herzspezialist von der Deutschen Herzstiftung mit dem diesjährigen Wilhelm P. Winterstein-Preis ausgezeichnet. ck/dpa

zm 14/2012

**Erratum**

Im Artikel „Irritation wegen Clydamycin-Vergabepaxis“, hat sich in der Grafik auf Seite 58 eine falsche Zahl eingeschlichen. Hier nun die richtigen Verhältnisse. sf

20. Jubiläum**Zahnmedizin an der Uni Dresden**

Mit einem Festakt beging die Universität Dresden den 20. Jahrestag der universitären Ausbildung in der Zahnmedizin (UZM). Denn am 14. Februar 1992 wurde die zahnärztliche Vorklinik mit einem zentralen Laborraum, der 60 Studentenarbeitsplätze sowie weitere Funktionsräume beherbergte, nach knapp halbjähriger Bau- und Ausrüstungsphase ihrer Bestimmung übergeben, so berichtete Professor Dr. Thomas Hoffmann in der Feierstunde. Mit diesem Akt war der Grundstein für die volluniversitäre Ausbildung gelegt, denn bislang mussten ihre ersten Semester an der anderen sächsischen Universität Leipzig absolvieren. In den letzten 20 Jahren schlossen 971 Studenten erfolgreich ihr Studium in Dresden mit dem Staatsexamen ab,



Foto: UKD

viele davon promovierten. Heute erreicht Dresden im Ranking einen Spitzenplatz, viele Forschungsprojekte werden gefördert und die rund 100 Impactpunkte aus dem Jahr 2010 können sich im universitären Vergleich sehen lassen. Die Dresdener Zahnmedizin punktet mit der interdisziplinären Lehre im fünften Studienjahr, was die Studierenden nicht nur an den Praxisalltag heranführt, sondern auch eine interdisziplinäre Sichtweise vermittelt. Besonderen Wert wird bei der Ausbildung auf die gute Versorgung der Patienten und die Zusammenarbeit mit der Landeszahnärztekammer Sachsen sowie andere medizinische Disziplinen gelegt. So hat ein Forschungsprofil „ZahnMedizin 2050“ begonnen, das eine Zusammenarbeit mit der UZM, der Medizin, und den außeruniversitären Forschungseinrichtungen in den Bereichen Grundlagen-, transnationalen, klinischen sowie der Versorgungsforschung bis hin zur daraus erwachsenden interdisziplinären Patientenversorgung vorsieht. sp

Myokardinfarkt**Etwas Alkohol wirkt positiv**

Langfristiger, moderater Alkoholkonsum verringert die kardiovaskuläre Sterblichkeit nach einem ersten Herzinfarkt, so das Ergebnis einer Studie, die in der Zeitschrift *Cardiovasc* 2012/3 von dem Studienleiter Prof. Dr. Heinrich Holzgreve, München, veröffentlicht wurde. Es nahmen 51 529 Ärzte teil, die kardiovaskulär gesund und weder an einem Schlaganfall noch an einem

Malignom erkrankt waren. Ihr Gesundheitsstatus, darunter der Alkoholkonsum, wurde alle vier Jahre evaluiert. Das Ergebnis: Die Gesamtmortalität sowie die kardiovaskuläre Mortalität lagen bei moderatem Alkoholkonsum bis 30 g/Tag um 22 bis 52 Prozent niedriger als bei Abstinenzlern. Bei Mengen über 30 g/Tag ging der günstige Effekt wieder weitgehend verloren. sp/pm

*Dermatologie*

## **Innere Uhr der Haut**

Die Haut besitzt eine innere Uhr, ihre Regeneration und Reparatur sind tageszeitabhängig, wie jetzt ein Forscherteam der Berliner Charité zusammen mit Wissenschaftlern eines Hamburger Unternehmens herausgefunden hat.

Neben repräsentativen, kommunikativen und sensorischen Funktionen, übernimmt die Haut auch die Abgrenzung des Körpers zur Umwelt und stellt eine aktive und passive Barriere gegen Keime dar. Nicht zuletzt hilft sie dabei, die Bedingungen für andere wichtige Systeme des Körpers konstant zu halten. Kein anderes Organ ist so belastet und vielseitig.

Die Forscherteams um Prof. Achim Kramer vom Arbeitsbereich Chronobiologie der Charité und Dr. Thomas Blatt vom Hamburger Hautforschungszentrum fanden nun heraus, wie sich die Haut diesen tageszeitabhängigen Bedingungen anpasst. Dazu entnahmen die Forscher jungen gesunden Probanden zu verschiedenen Zeitpunkten des Tages Hautzellen der obersten Hautschicht, sogenannte Keratinozyten. Eine Analyse sämtlicher

Gene in den Keratinozyten ergab, dass wichtige Faktoren für die Regeneration und Reparatur der Hautzellen von der biologischen Uhr reguliert wird. Einer dieser Faktoren, das Krüppel-like-factor 9-Molekül (Klf9), bremst die Zellteilung in den Keratinozyten, wie sich zeigte. Reduzierten die Forscher die Aktivität des Faktors, konnten sie ein schnelleres Wachstum dieser Hautzellen in der Zellkulturschale beobachten. Eine verstärkte Aktivität von Klf9 war hingegen mit langsamer Zellteilung verbunden. Es zeigte sich, dass auch das Stresshormon Cortisol die Aktivität von Klf9 steuert und darüber seine medizinische Wirkung bei Hauterkrankungen wie der Schuppenflechte entfalten könnte.

Die Aufgabe der biologischen Uhr ist es also, das exakte Timing der verschiedenen Prozesse wie Zellteilung, Zelldifferenzierung und DNA-Reparatur in der Haut zu steuern. Das könnte richtungsweisend für die Zukunft sein, denn „wenn wir diese Prozesse noch besser verstehen, könnten wir Medikamente gezielt zu den Tageszeiten einsetzen, an denen sie am besten wirken und die wenigsten Nebenwirkungen haben“, so der Wissenschaftler, der die ersten Ergebnisse in der aktuellen Ausgabe der Fachzeitschrift „Proceedings of the Academy of Science“ veröffentlichte. sp/pm



Foto: MEV

## In der zweiten Reihe

Die Bundespressekonferenz ist ein einzigartiger Verein. Sein Zweck besteht darin, der Regierung Fragen zu stellen, dreimal in der Woche. Weil Regierungssprecher Steffen Seibert und seine 14 Kollegen nicht alle hinter den Tresen passen, müssen einige in die zweite Reihe. Das sind die, die nicht so oft gefragt werden, worüber die Bundespressekonferenz genau Strichliste führt. Sie ist ein Indikator dafür, was auf dem Informationsmarkt gängig ist, welcher Minister in der Tageschau, im Radio oder in der Zeitung eine Rolle spielt.

Neben Seibert sitzen die Leute aus dem Auswärtigen Amt, dem Innen-, Finanz-, Verteidigungs-, Arbeits- und Wirtschaftsministerium. Seit Juli gehört auch der Sprecher von Familienministerin Kristina Schröder (CDU) dazu. Schröder, gerne als Leichtgewicht porträtiert, ist eins nach vorn gerückt. Sie hat

Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) in die zweite Reihe verdrängt: Betreuungsgeld schlägt Pflegeversicherung.

Vielleicht ist die Rochade mehr als nur ein zufälliges Ergebnis des Abzählens von Journalistenfragen, denen im Zweifel der Euro, die Energiewende und der täglich Zoff um das (überflüssige) Betreuungsgeld näher gehen, als die Feinheiten der Apotheken- und Hebammenhonorierung. Es macht den Eindruck, als hätte die Gesundheitspolitik ihre Munition verschossen. Die „großen“ Reformen zur Finanzierung mit Beitragsatzanhebung und Zusatzbeitrag liegen politische Lichtjahre zurück.



Foto: picture alliance

Wenn über Geld geredet wird, dann darüber, wie die Milliardenüberschüsse – am Jahresende könnten es 23 Milliarden Euro sein – am besten verteilt werden. Bahr möchte die Praxisgebühr gerne abschaffen, die Union nicht. Da gilt es für Bahr, öffentlich eher kleine Brötchen zu backen, Streit zu vermeiden.



Foto: privat

**Gesundheitspolitische Top-Themen sind in den verbleibenden Monaten dieser Legislatur nicht mehr zu erwarten, meint Andreas Mihm, FAZ-Korrespondent in Berlin.**

Auch das Arzneimittelneuordnungsgesetz liegt weit zurück. Mit Staunen hatten Kritiker wie Anhänger der Koalition verfolgt, wie Minister Philipp Rösler (FDP) die Pharmaindustrie rasierte. Das hat so viel Eindruck hinterlassen, dass sein Nachfolger sich scheut, sinnvolle und vielleicht notwendige Begradigungen vorzunehmen. Zu leicht könnte in der Öffentlichkeit der Eindruck entstehen, das Gesetz sei reparaturbedürftig oder, schlimmer, der FDP-Minister sei „vor der Pharmedia“ umgefallen.

Auch das Wortpaar „Apotheker und FDP“ klingt wie „Mövenpick und FDP“. Weil die Liberalen alles tun, den Eindruck zu ver-

meiden, sie betrieben Klientelpolitik, dürfen die Apotheker nur davon träumen, künftig 9,14 Euro statt 8,10 Euro für die ausgereichte Pillenpackung zu bekommen. Realistisch sind jene 8,35 Euro, die Spahn in die Welt gesetzt hat. Dass 9,14 Euro und mehr Geld für den Nacht- und Notdienst tatsächlich berechtigt sein könnten, steht auf einem anderen Blatt. Besser, es wird nicht drüber geredet.

Nicht anders ergeht es der Gebührenordnung der Ärzte. Die Änderungen, die die Ärzte wollen, wird der Minister im Wahljahr kaum akzeptieren wollen, die Änderungen, die der Minister politisch verträglich verkaufen kann, werden Ärzte und PKV nicht froh machen. Also bleibt es beim Alten.

Ein bisschen so ist es auch mit der Pflege-reform, wo Bahr es niemandem recht machen konnte. Den Pflegeverbänden nicht, die mehr verlangen, den Arbeitgebern nicht, denen eh alles zu teuer ist, und den Kassen nicht, die die neue private Pflegevorsorge ablehnen. Die ist indes so schwachbrütig ausgefallen, dass man sich um ihr Gedeihen ernstlich Sorge machen muss.

Blieben Prävention und Patientenrechte. Auch das sind keine Reißerthemen, die die Nation bewegen. Der politische Streit um das richtige Zukunftskonzept für die Krankenversicherung (Stichwort Bürgerversicherung) wird auch nur aufflammen, wenn die Kassenfinanzen in Not geraten. Danach sieht es nicht aus. Bahr kann in der zweiten Reihe bleiben. Vermutlich ist ihm das im bevorstehenden Kampf um den politischen Klassenerhalt gar nicht so unrecht.

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

Grenzüberschreitende Forschung und Entwicklung

## Ein Exzellenzprojekt aus der Zahnmedizin

**Die Wirtschaftskrise überschattet Europa. Bei der Suche nach fiskalpolitischen Lösungen stehen Deutschland und Frankreich im Dialog. Doch auch im Bereich der zahnmedizinischen Forschung wird eng kooperiert. Gerade startet eine von der EU geförderte Wissenschaftsoffensive zur Erforschung der „Manifestationen seltener Krankheiten im Mund- und Zahnbereich“. Und zwar dort, wo sich die Länder besonders nah sind – in der Metropolregion Oberrhein.**



Die Zahnklinik der Universität Straßburg kooperiert im Rahmen der Wissenschaftsoffensive mit den Zahnkliniken in Freiburg und Heidelberg.

„Die Wissenschaftsoffensive der Trinationalen Metropolregion Oberrhein (TMO) ist eine europaweit einzigartige Initiative und ermöglicht erstmals eine gemeinsame Förderung exzellenter grenzüberschreitender Forschungsprojekte aus Mitteln der Bundesländer Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz, der Région Alsace und der Europäischen Union. Ziel ist es, Wissenschaftler, Forscher und innovative Unternehmen am Oberrhein anzuregen, das grenzüberschreitend vorhandene FuE[Forschung und Entwicklung]-Potenzial besser zu nutzen“, betonte Prof. Dr. Norbert Höptner, Europabeauftragter des Ministers für Finanzen und Wirtschaft des Landes Baden-Württemberg und Direktor des Steinbeis-Europa-Zentrums während des Festakts zur Wissenschaftsoffensive der TMO am 4. Juni 2012 in Landau.

Als Ergebnis des Projektauftrags vom Dezember 2011 der Wissenschaftsoffensive und des EU-Programms INTERREG IV hatten sich sieben Projekte mit einem Volumen von

zehn Millionen Euro im Rahmen eines internationalen Gutachterverfahrens aus einem Teilnehmerfeld von insgesamt 36 eingereichten Projektanträgen durchgesetzt.

„Das Steinbeis-Europa-Zentrum wurde von den Partnern der Wissenschaftsoffensive beauftragt, die Umsetzung mit Informationsveranstaltungen und der Begleitung des wissenschaftlichen Projektauswahlverfahrens, als auch bei der Konzeption förderfähiger Projektanträge zu unterstützen. Es steht den sieben Projektträgern in Zukunft bei der administrativen Projektumsetzung zur Seite und wird sich am Ende der Projekte für die Markteinführung der Ergebnisse engagieren“, so Höptner.

Die Exzellenzprojekte werden unterstützt durch die Europäische Union über den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE), kofinanziert durch das Programm INTERREG IV Oberrhein und gefördert im Rahmen der Wissenschaftsoffensive der TMO. Die Laufzeit beträgt drei Jahre.

Ausgewählt wurde auch ein Exzellenzprojekt aus der Zahnmedizin. Es trägt den Titel „Manifestationen seltener Krankheiten im Mund- und Zahnbereich – Aussichten für Diagnose und Therapie“. Das Projekt wird unter anderem von zahnmedizinischen Arbeitsgruppen der Universitäten Straßburg, Heidelberg und Freiburg im Kooperationsverbund bearbeitet. Das wurde auf dem IZZ-Pressforum bekannt, das in diesem Jahr in der Zahnklinik Straßburg stattfand und von der Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KZV BW) und der entsprechenden Landes Zahnärztekammer getragen wird.

„So gut die Globalisierung ist, so wichtig ist jedoch auch die Regionalisierung“, betonte Dr. Ute Maier, amtierende IZZ-Verwaltungsratsvorsitzende und Vorsitzende des Vorstands der KZV BW, auf dem Presseforum. Da die Grenzen der Nationalstaaten oft willkürlich gezogen worden seien, hätten sie häufig europäische Geschichtslandschaften



Mitglied der Wissenschaftsoffensive:  
Prof. Youssef Haïkel,  
Direktor der Abteilung  
Zahnerhaltung der  
Fakultät für Zahnchirurgie der Universität  
Straßburg

durchschnitten. „Grenzen sind daher auch ‘Narben der Geschichte’ und die grenzüberschreitende Zusammenarbeit trägt dazu bei, die Nachteile der Grenzen zu mildern und die nationale Randlage der Grenzgebiete zu überwinden“, sagte Maier.

Das Fördervolumen für das zahnmedizinische Exzellenzprojekt beträgt insgesamt 1 971 342 Euro. Davon stammen 985 671 Euro aus dem EFRE-Fonds und 250 000 Euro aus regionalen Mitteln. Projektpartner sind unter anderem das Universitätsklinikum Freiburg, die Région Alsace, die Universitätsklinik Straßburg, das Wissenschaftsministerium Baden-Württemberg, das Wissenschaftsministerium des Landes Rheinland-Pfalz, die Universität Heidelberg und die Oberrheinische Zahnärztesgesellschaft. Letztere pflegt aus einer langen Tradition heraus eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit (Kasten).

Die Forschungsgemeinschaft geht davon aus, dass „die genetisch bedingten Patho-

logien oder Anomalien der Mundhöhle und der Zähne ein oftmals missverständlicher Aspekt seltener Krankheiten sind, deren eindeutige Diagnose mithilfe der Identifizierung der beteiligten Gene schwierig ist.“ Ziel soll es sein, die Kenntnisse dieser Pathologien, die Qualität der Diagnose, den Zugang zur Versorgung und die Behandlung der Patienten zu verbessern.

**„Grenzüberschreitende Zusammenarbeit trägt dazu bei, Nachteile der Grenzen zu mildern und die nationale Randlage zu überwinden.“**

*Dr. Ute Maier,  
Vorstandsvorsitzende KZV BW*

Das Exzellenzprojekt vereint Praktiker, Forscher, Patienten und Fachpersonal im Gesundheitswesen und kombiniert klinische, genetische, biologische und bioinformatische Ansätze für ein besseres Verständnis der Krankheit. Das Ziel lautet: Kenntnisse der Diagnosestellung und Behandlung

hinsichtlich Pathologien der Mundhöhle bei seltenen Krankheiten zu fördern und die Betreuung von durch seltene Krankheiten betroffenen Patienten grundlegend neu zu strukturieren.

Diese Betreuung, insbesondere hinsichtlich der Manifestationen im Mund- und Zahnbereich, könne nur mittels eines interdisziplinären und transnationalen Forschungsprogramms erreicht werden, das molekular- und zellbiologische sowie physiopathologische Studien seltener Knochen- und Zahnkrankheiten beziehungsweise die Entwicklung von Diagnose- und Therapiemitteln mit einschließt, geht aus der Projektbeschreibung hervor. Diese Strategie im Sinne translationaler Forschung, „vom Labor ans Bett“ und zurück – entsprechend dem Verständnis der Projektgruppe – erfordere den Zusammenschluss der Partner auf grenzüberschreitender Ebene, um aussagekräftige Daten zu erheben. Wichtig sei zudem die Einrichtung gemeinsamer bioinformatischer Werkzeuge sowie die Einstellung von Fachpersonal für die Datenerhebung. Dazu kämen die Auswahl von Patientengruppen und die Identifizierung informativer Familien, als auch die Einrichtung einer gemeinsamen Forschungsplattform zur Molekulardiagnose. Denn die existiere in Europa bisher nicht. Schließlich müsste die Wirkung der neuen Behandlungsansätze seltener Krankheiten im Mund- und Zahnbereich evaluiert werden. Über die Ergebnisse würden Patienten, die Öffentlichkeit und das Personal im Gesundheitswesen informiert.

Projektträger ist die Universität Straßburg. Die Zahnklinik erstrahlt in neuem Glanz. „Das dentale Interieur wurde zu 100 Prozent von der Industrie gespendet“, erklärte Prof. Youssef Haïkel, Direktor der Abteilung Zahnerhaltung der Fakultät für Zahnchirurgie der Universität Straßburg, während eines Klinikrundgangs sichtlich stolz. Im Zahnlabor arbeiten 80 Angestellte – viele von ihnen sprechen französisch und deutsch. Ein wissenschaftlicher Schwerpunkt liege in der Erforschung von Ersatzgewebe. Nach Aussage von Haïkel liegt Straßburg in diesem Bereich auf Platz vier in der Welt. sf

## INFO

### Oberrheinische Zahnärztesgesellschaft

Vor über 50 Jahren wurde von Professoren der Universitäten Basel, Freiburg, Straßburg, den Kammern und der niedergelassenen Zahnärzteschaft die Oberrheinische Zahnärztesgesellschaft gegründet. Ziel war es, eine enge wissenschaftliche und kulturelle Zusammenarbeit über die Grenzen hinweg zu fördern. Durch ihre exponierte Lage im Herzen des „institutionalisierten Europas“ sind die Mitglieder der Gesell-

schaft durch unterschiedliche Gesundheits- und Bildungssysteme geprägt. Die Jahrestagung wird abwechselnd in einem der drei Länder ausgerichtet. In diesem Jahr findet sie am 17. November 2012 in der neuen Zahnklinik in Straßburg statt und wird mit neun Fortbildungspunkten bewertet. Das Thema lautet: „Die Versorgung der Frontzahnücke – Interdisziplinäre Lösungsansätze“ ■



KZBV-Klausur zum VStG erbringt Spenden für Hilfsorganisationen

## Strategie-Wettstreit mit Spenden-Mehrwert

**Das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte, Ärzte helfen Ärzten und Mercy Ships Deutschland: Diese drei Organisationen erhalten Spendengelder, deren Vergabe die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung auf einer Klausurtagung zur Reform des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems durch das Versorgungsstrukturgesetz (VStG) unter KZV-Vertretern ausgelobt hatte.**



Vertragsbereich zuständigen KZBV-Vorstand Dr. Wolfgang Eßer als Repräsentanten symbolisch für alle Teilnehmer, die sich auf der KZBV-Klausurtagung einen strategischen „Wettstreit“ zwecks Vorbereitung auf die Verhandlungen mit den Gesetzlichen Krankenkassen geliefert hatten.

Die Übergabe der Schecks erfolgte im Juni: Im Rahmen der KZBV-Vertreterversammlung am 21. Juni in Dresden erhielt Mercy-Ships-Deutschland, vertreten durch den Geschäfts-



Scheckübergaben für karitative Zwecke: Dr. Klaus Winter, HDZ, und Dr. Peter Engel für Ärzte helfen Ärzten (oben l. u. r.), Dr. Ute Maier (Mitte) sowie Udo Kronester von Mercy Ships und Oliver Woitke von der KZV Bremen (unten), jeweils mit KZBV-Vorstandsmitglied Dr. Wolfgang Eßer.

Es war sicherlich ambitioniert, strategisch Notwendiges mit gutem Zweck zu verbinden. Die KZBV hatte auf einer Klausurtagung zur Vorbereitung auf die anstehenden Verhandlungen zu den Vergütungsreformen im März die Vergabe einer Spendensumme von insgesamt 5 000 Euro für karitative Zwecke

ausgelobt. Inzwischen wurden die Spenden den – von den Tagungsteilnehmern ausgesuchten – Organisationen übergeben. Baden-Württembergs KZV-Vorsitzende Dr. Ute Maier und Oliver Woitke, Vorstandsmitglied der KZV Bremens, standen bei der Übergabe zusammen mit dem für den



Fotos: Darchingner, Lopata

fürher Udo Kronester, von Oliver Woitke und Dr. Wolfgang Eßer einen Scheck im Wert von 1 500 Euro (siehe Foto u.l.). Ein weiterer ebenfalls in Dresden von Dr. Ute Maier und Dr. Eßer symbolisch auf den Weg gebrachter Scheck im Wert von 2 000 Euro wurde auf der außerordentlichen Bundesversammlung der BZÄK am 30. Juni in Berlin von BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel in seiner Funktion als Vorstandsmitglied der Organisation Ärzte helfen Ärzten (Foto o. r.) entgegengenommen. Dort erhielt auch die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte, vertreten durch ihren Vorsteher Dr. Klaus Winter (Foto o. l.), den dritten Scheck in Höhe von weiteren 1 500 Euro. mn

Gesundheitsreform in den USA

## Punktsieg für Obama

**Seit März 2010 ist die US-Gesundheitsreform in Kraft, deren Verwirklichung Präsident Obama zum Eckpfeiler seiner ersten Amtszeit gemacht hatte. Seitdem hat die Reform nicht nur fortgesetzt intensive politische Opposition erfahren, sondern sich auch wiederholt vor Gericht verteidigen müssen. Eine wichtige juristische Hürde hat der „Patient Protection and Affordable Care Act“ jetzt Ende Juni genommen: Der Oberste Gerichtshof hat entschieden, dass das Gesetz im Großen und Ganzen verfassungskonform ist.**



Foto: picture alliance

*Der Supreme Court hat Präsident Obama einen juristischen Erfolg beschert, ein (langfristiger) politischer Erfolg muss die Gesundheitsreform erst noch werden.*

Im Mittelpunkt der juristischen Auseinandersetzung stand vor allem die allgemeine Versicherungspflicht. Das Reformgesetz folgt einer einfachen Logik: Nahezu jeder Bürger muss sich ab 2014 gegen Krankheit versichern; im Gegenzug gibt es von den Versicherungen erstmals die Garantie, Menschen nicht mehr wegen Vorerkrankungen oder Gesundheitsrisiken abzulehnen oder ihnen deshalb höhere Beiträge abzuverlangen. Wer es sich leisten kann, aber es dennoch unterlässt, sich zu versichern, dem sowie Unternehmen, die es versäumen, ihren Mitarbeitern eine akzeptable Krankenversicherung anzubieten, drohen Geldstrafen. Die aus europäischer Sicht lange überfälligen Schritte zu einem umfassenden

Versicherungsschutz erwiesen sich jedoch im Land der unbegrenzten Möglichkeiten für viele als rotes Tuch. 26 Bundesstaaten und eine Unternehmergruppe zogen mit einer Verfassungsklage vor Gericht. Hauptargument: Die Regierung habe mit der Etablierung der Versicherungspflicht ihre Kompetenzen überschritten. Sie könne die Bürger nicht zum Kauf eines Produkts – in diesem Fall einer Versicherung – zwingen. Das Urteil des Obersten Gerichtshofs nun hatte etwas Kurioses: Die Richter gaben im Prinzip den Klägern Recht, indem sie den Kaufzwang für unzulässig erklärten. Sie deuteten die Geldstrafen jedoch als Steuer und ließen sie damit als verfassungskonform stehen.

### Politisches Gerangel geht weiter

Obwohl das Urteil des höchsten Gerichtshofs ein wichtiger Sieg für Präsident Obama ist, kann er kaum aufatmen. Die politische Diskussion geht nämlich weiter. Die republikanische Opposition hat die Reform von Anfang an als zu teuer abgelehnt und ihren Wählern versprochen, sie auf parlamentarischem Weg rückgängig zu machen. Mit diesem Versprechen gelang ihr bereits vor zwei Jahren ein Teilsieg, indem sie bei den Kongresswahlen im Unterhaus die Mehrheit gewann. Jetzt wollen die Konservativen im November diesen Erfolg ausbauen und auch den Senat sowie das Weiße Haus zurückgewinnen. „Wenn ich gewählt werde, werde ich gleich am ersten Amtstag die Initiative ergreifen, Obamacare rückgängig zu machen“, versprach der republikanische Präsidentschaftskandidat Mitt Romney Ende Juni. Romneys Reformgegnerschaft hat allerdings ebenfalls etwas Kurioses: Ironischerweise war er es, der vor sechs Jahren als Gouverneur stolz ein Gesundheitsreformgesetz für den Bundesstaat Massachusetts unterzeichnete, das eine allgemeine Versicherungspflicht enthielt und letztlich als Vorbild für die nationale Reform diente. Seit sich Romney um die Präsidentschaft bewirbt, stellt er jedoch heraus, dass seine Bundesstaatsreform nie dazu gedacht war, auf nationaler Ebene übernommen zu werden. Laut Romney gestalten sich die Bedürfnisse und Bedingungen in den Bundesstaaten so unterschiedlich, dass es verheerend wäre, allen das gleiche Konzept überzustülpen. Vermutlich wird er sich im Wahlkampf dennoch der Frage stellen müssen, warum er

für die Nation eine Reform ablehnt, die in Massachusetts erfolgreich 98 Prozent der Bevölkerung versichert hat. Entscheidend wird sein, ob seine Antwort die Bürger zu überzeugen vermag.

## **Die Öffentlichkeit zieht nicht mit**

Denn die Gretchenfrage bleibt: Wem glauben und folgen die amerikanischen Wähler in Sachen Gesundheitsreform? Hier müssen sich Obama und seine Parteikollegen Sorgen machen: Obwohl seit 2010 vor allem populäre Maßnahmen in Kraft getreten sind, haben es die Demokraten nicht geschafft, die Zustimmung der amerikanischen Öffentlichkeit für die Reform zu gewinnen. Meinungsumfragen der Medienunternehmen NBC News und Wall Street Journal sowie ABC News und Washington Post im Juni 2012 ergaben, dass lediglich ein gutes Drittel der Amerikaner einen positiven Eindruck von der Gesundheitsreform hat. Nach dem Urteil des Obersten Gerichtshofs stiegen die Zustimmungswerte zwar um einige Prozentpunkte, dennoch bleibt festzuhalten, dass die Reformgegner bislang den Kampf um die öffentliche Meinung gewonnen haben.

Vertreter des rechten Flügels der konservativen Partei haben „Obamacare“ sogar vorgeworfen, das Land in den „Sumpf des Sozialismus“ zu führen. Wenn die Regierung die Kontrolle über jedermanns Gesundheitsversorgung übernimmt, sei das Sozialismus, sagte im März der Abgeordnete Louie Gohmert aus Texas zur Huffington Post. „Unsere individuelle Freiheit geht verloren, wenn dieses Gesetz für verfassungskonform erklärt wird“, so Gohmert.

## **Angst vor zu viel Staatsverschuldung**

Neben der Sorge um den Verlust der individuellen Freiheit durch die Versicherungspflicht geht bei den Wählern auch die Angst vor einer außer Kontrolle geratenen Staatsverschuldung um. „Billionen von Mehrausgaben“ kämen durch die Gesundheitsreform auf den Staatshaushalt zu, „Obamacare“ sei

ein „Desaster für die amerikanische Wirtschaft“, warnte Präsidentschaftskandidat Romney im Einklang mit den meisten seiner republikanischen Parteikollegen. Die amerikanische Öffentlichkeit, seit 2007 durch Rezession und die schleppende Konjunkturerholung gebeutelt, ist durch solche Warnungen eindeutig verunsichert. Weithin in Vergessenheit geraten zu sein scheint hingegen die Prognose des unparteiischen Congressional Budget Office, dass die Reform das Staatsdefizit innerhalb von zehn Jahren um 137 Milliarden Dollar senken werde.

Für Obama und seine Partei gilt es jetzt, den Wählern nicht nur in Erinnerung zu rufen, warum die Reform notwendig war, sondern auch Fehlinformationen entgegenzutreten. Oft wird vergessen, in welchem Zustand das amerikanische Gesundheitssystem vor der Reform war.

Details dazu finden sich in dem Bericht „The Costs of Inaction – the Urgent Need for Health Reform“, den die Regierung im Jahr 2009 veröffentlichte:

- Rund 87 Millionen Amerikaner waren in den Jahren 2007 und 2008 zumindest zeitweise ohne Versicherung.

- Die Versicherten trugen die Kosten für die Nichtversicherten mit: Im Jahr 2008 lag der jährliche Versicherungsbeitrag pro Familie bei 12 680 Dollar. Das war fast so viel, wie ein vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmer bei Mindestlohnbedingungen im Jahr verdiente.

- Den Arbeitgebern wurde die Kostenlast zu groß: Nur noch 61 Prozent der Arbeitnehmer waren im Jahr 2007 durch ihren Arbeitgeber versichert (gegenüber 66 Prozent im Jahr 2000).

- Die Kostenlast für Versicherte stieg ebenfalls unablässig: Fast 20 Prozent hatten im Jahr 2008 einen jährlichen Selbstkostenbeitrag (Deductible) von über 1 000 Dollar.

- Über 50 Prozent der Amerikaner gaben damals an, dass es ein „großes Problem“ sei, Rechnungen für medizinische Dienstleistungen zu bezahlen. Die Hälfte der persönlichen Insolvenzen führten Betroffene seinerzeit auf die Gesundheitsversorgungskosten zurück.

Millionen von Amerikanern war der Zugang zum Versicherungsmarkt verwehrt, weil sie wegen Vorerkrankungen von den

*Etappenziel erreicht – doch beendet ist das Thema Gesundheitsreform für US-Präsident Barack Obama damit noch nicht. Die Diskussion geht weiter, ...*



Fotos: ddpimages

## Mehr Überzeugungsarbeit notwendig

Konkret stellt sich für Obama und seine Strategen die Herausforderung, die Öffentlichkeit davon zu überzeugen, dass die populären Reformbestandteile nicht ohne den Bestand der weniger populären zu verwirklichen sind. Hier zeigt sich das Volk in Umfragen dickköpfig. Eine solide Mehrheit befürwortete in einer Umfrage der „Kaiser Family Foundation“ im April Patienten- und Versicherungsschutzmaßnahmen der Reform, lehnte aber die Versicherungspflicht klar ab (nur knapp ein

Assekuranzen abgelehnt oder fallen gelassen wurden. Ein Arbeitsplatzverlust bedeutete oft auch den Verlust einer arbeitgeberabhängigen Krankenversicherung.

## Konstruktive Lösungsansätze erkennbar

Um diese Probleme zu lösen, verfolgt die Gesundheitsreform folgenden Plan: Nach zähen Verhandlungen mit der Versicherungsindustrie erklärte sich diese bereit, in Zukunft Menschen nicht mehr aufgrund von Vorerkrankungen oder Gesundheitsrisiken abzulehnen, noch ihnen höhere Beiträge abzunehmen. Um eine Verteilung der Versicherungsrisiken zu gewährleisten, etablierte das Reformgesetz die allgemeine Versicherungspflicht sowie eine Verpflichtung von Unternehmen, ihren Mitarbeitern eine akzeptable Versicherung anzubieten. Weitreichende Finanzhilfen für Amerikaner mit bescheidenen Einkommen sollen dafür sorgen, dass der Kauf einer Krankenversicherung erschwinglich bleibt.

Ebenfalls neu: Alle Bundesstaaten sollen ab 2014 im Internet sogenannte Gesundheitsbörsen unterhalten. Auf diesen „Health Care Exchanges“ können diejenigen, die sich individuell versichern müssen, private Versicherungsalternativen auswählen, die bestimmten Qualitätsanforderungen genügen. Millionen von Nichtversicherten sollen darüber hinaus in eine erweiterte Version der gesetzlichen Armenversicherung Medicaid aufgenommen werden. (Hier hat allerdings der Oberste Gerichtshof der Regierung



*... denn Präsidentschaftskandidat Mitt Romney lässt mit seiner Kritik an der Reform nicht locker.*

einen Dämpfer erteilt, indem er entschied, dass Bundesstaaten nicht unter Androhung eines vollständigen Mittelentzugs zur Ausweitung von Medicaid gezwungen werden dürfen.)

Die wichtigsten Reformregelungen treten erst ab 2014 in Kraft. Bereits heute erfreuen sich jedoch Maßnahmen größter Beliebtheit, die das Gesetz gleich umsetzte. So können junge Erwachsene unter 26 Jahren sich zum Beispiel bei ihren Eltern mitversichern. Versicherungen bieten eine Reihe von Vorsorgeuntersuchungen umsonst an, und Senioren erhalten Finanzhilfen beim Kauf verschreibungspflichtiger Medikamente.

Hier sind diejenigen, die die Reform rückgängig machen wollen, in einem Dilemma: Die amerikanischen Wähler wollen eindeutig die Reformmaßnahmen beibehalten, die ihnen den lange verwehrten Versicherungsschutz und -zugang beschern.

Drittel der Befragten war dafür). Dieser Diskrepanz liegt zum einen ohne Zweifel eine mangelnde Akzeptanz des Solidarprinzips zugrunde, zum anderen aber auch ein fehlendes Verständnis der Zusammenhänge. So erklärten zum Beispiel in der Umfrage der Kaiser Family Foundation fast die Hälfte der Befragten (47 Prozent), dass sie nicht gut genug informiert seien, um zu verstehen, wie die Reform sie persönlich betrifft.

Im mangelnden Informationsstand der amerikanischen Bevölkerung liegt eindeutig die Krux, aber auch eine Chance für Präsident Obama und seine Strategen. Vielleicht gelingt es ihm im Wahlkampf ja doch noch, die Mehrheit der Nation von der Notwendigkeit und den Vorzügen der Reform zu überzeugen.

*Claudia Pieper  
180 Chimacum Creek Dr.  
Port Hadlock, WA 98339, USA  
pieper@cablespeed.com*

# Im Schatten des Geldes

Eric Bauer

*Die Kliniklandschaft in Deutschland wird seit einigen Jahren umgebaut. Private Klinikbetreiber haben ihre Marktanteile konstant gesteigert – und stehen konstant in der Kritik. In ihrem Renditestreben vernachlässigen sie eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung, wird oft geadaptiert. Doch schließen sich Gewinnerorientierung und eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung wirklich aus?*



Foto: picture alliance

„Schaffe, schaffe, Klinik (um)baue“ – private Betreiber haben die finanziellen Mittel, auch größere Investitionen vorzunehmen.

**E**s klingt wie die Story eines modernen Finanzthrillers um Geld, Macht und Einfluss: Ein großer Konzern will einen kleineren Konkurrenten übernehmen und setzt dafür Milliardenbeträge ein. Im letzten Augenblick wird die Übernahme noch

gestoppt – durch die Intervention eines anderen Konkurrenten, der um seine Pfründe fürchtet.

Doch diese Geschichte ist nicht der Feder eines Drehbuchautors entsprungen, sondern hat sich in den vergangenen Monaten hier

in Deutschland abgespielt. Genauer gesagt: auf dem Klinikmarkt. Ende April bereitet der Gesundheitskonzern Fresenius, Besitzer der Helios-Kliniken, eine Übernahme der Rhön Klinikum AG vor und unterbreitet den Aktionären ein Angebot in Höhe von

22,50 Euro je Aktie und damit um gut 50 Prozent über dem damaligen Aktienkurs. Transaktionsvolumen insgesamt: über drei Milliarden Euro. Der Rhön-Vorstand empfiehlt den Aktionären, das Angebot anzunehmen. Der europaweit größte private Klinikbetreiber würde entstehen, zudem könnten 75 Prozent der Bevölkerung in Deutschland durch den Zusammenschluss innerhalb von einer Stunde erreicht werden, heißt es aus beiden Unternehmen. Alles scheint auf die Fusion hinauszulaufen, bis Asklepios, Nummer drei auf dem Markt privater Klinikbetreiber, auf den Plan tritt. Das Unternehmen deckt sich mit fünf Prozent der Rhön-Aktien ein – und macht es Fresenius somit unmöglich, die für strategische Entscheidungen notwendigen 90 Prozent der Rhön-Anteile zu erwerben. Die Fusion ist vorerst geplatzt.

Die Geschichte zeigt: Der deutsche Klinikmarkt ist in Bewegung. Vor allem die privaten Player mischen die Krankenhauslandschaft ordentlich auf.

## Private auf dem Vormarsch

Insgesamt stellt sich die finanzielle Lage in der stationären Versorgung in Deutschland heute prekär dar. Laut des aktuellen „Krankenhaus Rating Report“ des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) steht jedes sechste Haus vor der Pleite. Die Zahl der von Insolvenz bedrohten Krankenhäuser ist seit 2010 von zehn auf 15 Prozent gestiegen. Und nur gut die Hälfte



Foto: picture alliance

Schließungen, Betreiberwechsel, Umbauten – die Kliniklandschaft ist in Bewegung.

erwirtschaftet ausreichend hohe Erträge, um ihre Unternehmenssubstanz zu erhalten. Gerade diese finanzielle Enge eröffnete privaten Krankenhauskonzernen die Möglichkeit zur Expansion, heißt es in einer Studie der Unternehmensberatung Ernst & Young. Auch der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) sieht in den Finanzproblemen und fehlenden Investitionsmitteln vieler Kliniken den Grund für die fortschreitende Privatisierung.

Für manche Klinik ist die Übernahme durch einen Privaten die letzte Rettung vor der Pleite. Klinikunternehmen haben in den letzten Jahren einige defizitäre Kranken-

häuser übernommen. Wenn möglich werden sie in kürzester Zeit in die Gewinnzone geführt. Da wundert es nicht, dass Private in der stationären Versorgung wirtschaftlich am besten dastehen. Nur zwei Prozent von ihnen liegen laut „Rating Report“ finanziell im „roten Bereich“ – im Vergleich zu neun Prozent der freigemeinnützigen und 18 Prozent der öffentlich-rechtlichen. Denn private Träger sind sehr gute Umsatzmaximierer. „Direkt nach einer Übernahme konzentrieren sie sich auf eine Senkung der Kosten“, sagt Prof. Jonas Schreyögg, wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics (HCHE) der Universität Hamburg. „Danach stehen Umsatzsteigerung und Spezialisierung im Vordergrund.“ Der Gesundheitsökonom beschreibt exemplarisch, wie ein privater Klinikbetreiber nach einer Übernahme vorgeht: Zuerst werden Personalüberhänge in Servicebereichen reduziert. Weitere Kostensenkungen werden bei Sachmitteln erreicht, beispielsweise indem sie zentralisiert eingekauft werden. Nach zwei bis drei Jahren findet dann ein Outsourcing von Bereichen wie Wäscherei oder Catering statt.

Was die Übernahme durch einen Privaten bedeuten kann, zeigt das Beispiel des Uniklinikums Gießen-Marburg (UKGM). Im Jahr 2006 übernahm die Rhön-Klinikum AG das

### INFO

#### Die größten privaten Klinikbetreiber

- Helios: Die zum Dax-Konzern Fresenius gehörenden Helios-Kliniken GmbH erwirtschaftete 2011 einen Jahresumsatz von 2,7 Milliarden Euro. Durch Zukäufe in letzter Zeit, beispielsweise der Damp-Gruppe, ist Helios zur Nummer eins der Krankenhausunternehmen aufgestiegen. Zu Helios gehören 75 Krankenhäuser.
- Rhön: Die fränkische Rhön-Klinikum AG ist im M-Dax notiert und kam 2011 auf

einen Jahresumsatz gut 2,6 Milliarden Euro. Zu Rhön gehören gut 50 Kliniken.

- Asklepios: Das Unternehmen mit Sitz in Hamburg ist mit einem Umsatz von circa 2,5 Milliarden Euro die Nummer drei der Branche. Asklepios ist im Besitz von 36 Krankenhäusern.

Insgesamt gibt es ein knappes Dutzend private Klinikbetreiber in Deutschland.



Foto: Fotoline-rt/ve

Ärzte sind nach einer Privatisierung nicht von Entlassungen betroffen – wohl aber Pflegekräfte.

Krankenhaus. Die neue Leitung führte das UKGM aus den roten Zahlen und ab 2009 in die Gewinnzone, Millioneninvestitionen in Gebäude und Großgeräte wurden getätigt. Doch seit Anfang des Jahres befindet sich das Klinikum in finanziellen Schwierigkeiten, weil es die Kredite für die vorher getätigten Investitionen zurückzahlen muss. Die Geschäftsleitung forderte den Abbau von 500 Stellen. Verhandlungen zwischen ihr und Betriebsräten, Universitätsvertretern und Landesregierung verliefen wenig fruchtbar, so dass der Medizinische Fakultätentag sogar die Rückübernahme des Hauses durch das Land Hessen empfahl. Durch das Mischangebot aus Patientenversorgung, Forschung und Lehre sei es ein sehr schwieriges Unterfangen, ein Uniklinikum auf Gewinnausschüttung zu trimmen, erklärt Schreyögg. Deshalb sei es unwahrscheinlich, dass ein privater Betreiber auf Dauer mit einem solchen Haus seine Ziele erreichen könne.

Die Ärzteschaft steht privaten Krankenhausunternehmen nicht nur deshalb eher reserviert gegenüber. Im Zuge des geplanten Zusammenschlusses von Helios und Rhön forderte die Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB), dass Fusionen einer strengen wettbewerbsrechtlichen Prüfung unterliegen sollten. Geprüft werden müsse insbesondere, ob in einzelnen Regionen und für einzelne Fachdisziplinen eine marktbeherrschende Stellung entstehe. „Zu den Kennzeichen der

Krankenhausversorgung in Deutschland gehören die Vielfalt und das gleichberechtigte Nebeneinander verschiedener Trägerorganisationen“, erklärten die MB-Delegierten auf ihrer Hauptversammlung im Mai in Nürnberg. „Nur dort, wo sich Patienten im Rahmen ihrer freien Krankenhauswahl zwischen unterschiedlichen Trägern entscheiden können, bleibt die Qualität der Versorgung auch langfristig gewahrt.“

Der Interessenverband Kommunalen Krankenhäuser (IVKK) kritisiert, dass private Klinikbetreiber nicht primär gemeinwohlorientiert agieren. „Die Kosten der Krankenhäuser tragen sich zum größten Teil aus öffentlichen Mitteln, nämlich den Beiträgen der Krankenversicherung“, erklärt der IVKK-Vorsitzende Bernhard Ziegler gegenüber den zm. „Bei einem Klinikunternehmen in privater Trägerschaft wird die Dividende aus eben diesen Mitteln finanziert, um Anlegerinteressen zu befriedigen und werden somit dem Gesundheitssystem entzogen.“ Das gehe auf Kosten der Beschäftigten und der Patienten.

### **Versorgung mit reduziertem Personal**

Wie steht es nun um die Versorgung in privaten Kliniken? Wird trotz eines Gewinnstrebens eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige Patientenversorgung bereitgestellt?

„Natürlich muss der Gesundheitsunternehmer vorrangig sein Unternehmen im Auge haben. Hierzu zählt auch das Ziel, eine ordentliche Rendite zu erwirtschaften“, heißt es in einer Stellungnahme des BDPK. So ist es nicht verwunderlich, dass das aktuelle Faktenbuch „Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft“ des RWI, das im Auftrag des BDPK erstellt wurde, zu dem Schluss kommt, dass Krankenhäuser in privater Trägerschaft im Durchschnitt wirtschaftlicher arbeiten als andere Kliniken. Zu einer ähnlichen Einschätzung kommt auch eine Studie des HCHE, die Krankenhäuser verschiedener Trägerschaften untersuchte: Ab dem zweiten Jahr nach der Privatisierung gibt es einen signifikanten Anstieg in der Effizienz.

Nach Meinung des RWI geht die Gewinnorientierung aber nicht auf Kosten der medizinischen Versorgung der Patienten. „Wenn ein Krankenhaus eine schlechte Qualität anbietet, wird sich das herumsprechen, so dass weniger Patienten kommen“, urteilt Dr. Boris Augurzky vom RWI, einer der Studienautoren. „Kliniken müssen eine gute Qualität anbieten, sonst gehen sie langfristig pleite. Private Träger schaffen die Verbindung von Gewinnorientierung und guter Patientenversorgung, weil sie Abläufe und Organisation optimieren und ihr Kapital für größere Investitionen nutzen können.“ Vorteile für den Patienten können eine bessere Abstimmung zwischen Akut- und Rehamaßnahmen beziehungsweise bessere Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sein, da alles aus einer Hand kommt.

Schreyögg konstatiert, dass die Effizienzgewinne nach einer Privatisierung vor allem durch Senkung der Sachkosten und Outsourcing, aber auch dadurch erreicht werden, dass die Zahl der Pflegekräfte reduziert wird. Fünf Jahre nach einer Übernahme gebe es im betroffenen Haus durchschnittlich zehn Prozent weniger Pflegepersonal. „Auch wenn eine Steigerung der Effizienz gesamtgesellschaftlich erwünscht ist, kann eine Reduktion des Pflegepersonals durchaus problematisch sein“, sagt der Gesundheitsökonom. „Studien aus den USA zeigen, dass eine hohe Anzahl von Pflegekräften

besonders entscheidend für eine hohe Versorgungsqualität ist.“ Schreyögg sieht die Privatisierungswelle insgesamt eher positiv, da so die Effizienz des gesamten Krankenhausesektors gesteigert wurde, fordert aber mehr Studien, die den Einfluss von Privatisierung auf die Qualität in deutschen Krankenhäusern untersuchen.

Kapazitäten von Medizinern werden nach Erkenntnissen des HCHE nach einer Privatisierung nicht abgebaut. Allerdings wird oftmals das Gehaltssystem umgestaltet. Ärzte in privaten Krankenhäusern erhalten häufig Bonuszahlungen, die an bestimmte Leistungen gekoppelt sind. Damit werden vor allem extrinsisch motivierte Mediziner angezogen. Die intrinsisch motivierten scheiden teilweise aus, weil solche Anreizsysteme nicht ihrer Motivationslage entsprechen. Dieser Selektionsprozess nach einer Privatisierung dauert oft Jahre. Es ist außerdem nicht auszuschließen, dass Ärzte aufgrund des Bonussystems ihren Patienten Leistungen andingen, die sie nicht zu 100 Prozent benötigen. Eine stärkere Qualitätskontrolle im stationären Bereich durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen könnte hier helfen.

Eine Herausforderung, der sich private Klinikbetreiber langfristig stellen müssen, ist die Vollversorgung in der Fläche. Teilweise sind sie schon in ländlichen Räumen aktiv. Nach RWI-Angaben lassen sich 19,3 Prozent der Krankenhäuser in privater Trägerschaft in ländlichen Regionen verorten. Bei den freigemeinnützigen Trägern sind es 7,4 Prozent, bei den kommunalen 23,6 Prozent.

Ausgehend von diesen Zahlen kommt Augurzky zu dem Schluss, dass es für private Träger auf Dauer möglich ist, in der Vollversorgung in der Fläche erfolgreich zu sein, wenn sich die Krankenhausstrukturen – auch politisch geplant – verbesserten. Dazu müssten größere Klinikeinheiten zugelassen werden, um wirtschaftlich erfolgreich zu sein und die Versorgung sicherstellen zu können. So etwas könnten sowohl private als auch freigemeinnützige Träger leisten. Allerdings müsse man aber auch die Schließung eines kleinen Hauses hinnehmen, dessen Betrieb sich wirtschaftlich nicht mehr lohne. Dadurch könnten zwar die Distanzen für Patienten zum nächsten Krankenhaus größer werden, so der RWI-Experte. Im Gegenzug könnte die Qualität steigen.

Ob eine Vollversorgung in der Fläche gelingen erfolgreich gelingen kann, ist allerdings fraglich. Private Anbieter sind häufiger in Ballungsräumen aktiv. In ländlichen Gebieten sind öffentlich-rechtliche Krankenhäuser relativ erfolgreich, weil sie eine Monopolstellung in ihrer Region haben und kostengünstig arbeiten. Deshalb stehen diese Häuser auch seltener zum Verkauf.

## **Der Wettbewerbsdruck steigt**

Der Wettbewerbsdruck in der stationären Versorgung nimmt für alle Träger zu. Insgesamt 81 Prozent von 150 von Ernst & Young befragten Krankenhausmanagern sehen sich einem hohen wettbewerblichen Druck ausgesetzt. Gut drei Viertel erwarten,

### **INFO**

## **Die deutsche Krankenhauslandschaft**

Zurzeit gibt es gut 2 050 Krankenhäuser in Deutschland. Damit ist die Zahl der Häuser seit Anfang der 1990er-Jahre um fast 350 zurückgegangen. Die Zahl der Patienten stieg seitdem von 14,6 Millionen auf 18 Millionen. Auf öffentlich-rechtliche, freigemeinnützige und private Träger fallen jeweils ungefähr ein Drittel der Krankenhäuser. Betrachtet man jedoch die Bettenzahl, so liegen die Privaten mit knapp 17

Prozent am Ende der Liste. Auf öffentlich-rechtliche Häuser entfallen 44 Prozent der Betten, auf freigemeinnützige 39 Prozent. Private Betreiber sind seit Anfang der 1990er-Jahre auf dem Klinikmarkt auf dem Vormarsch und konnten ihren Marktanteil seitdem kontinuierlich steigern. Etliche Städte und Landkreise haben von ihnen betriebene, kostspielige Krankenhäuser verkauft. ■





Foto: Fotolia.com - TrudiDesign

*Wirtschaftlichkeit bestimmt das Handeln in vielen Krankenhäusern. Die Patientenversorgung sollte natürlich nicht darunter leiden.*

dass dieser Druck in den nächsten Jahren noch steigen wird.

Nach Einschätzung der Beratungsfirma entwickelt sich der Kliniksektor zunehmend zu einem Markt im eigentlichen Sinne. „Denn anders als in früheren Jahren bewegen sich die Gesundheitsdienstleister heute immer mehr in einer echten Wettbewerbssituation: Kritische Patienten informieren sich, vergleichen Leistungen und stimmen mit den Füßen ab – Kliniken mit unzulänglichem Renommee rutschen rasch in die Existenzgefährdung ab“, heißt es in der Studie.

Der Wettbewerb wird vor allem angefacht von Kliniken, die sich durch Spezialisierungen, durch das Anwerben herausragender Mediziner oder durch eine ansprechende Einrichtung einen guten Ruf aufbauen wollen. Der entscheidende Faktor für den Erfolg eines Krankenhauses beim Kampf um seine „Kunden“ ist die gelungene Marktpositionierung.

Dazu gehört neben dem Aufbau eines positiven Renommées natürlich auch die Qualitätssteigerung der medizinischen Leistung – entweder durch die Stärkung von Fachbereichen, durch eine Spezialisierung oder durch die Kooperation mit anderen Kliniken. Wichtig für die Häuser ist zudem, die Kosten zu senken. Bei stetig steigenden Ausgaben der Krankenhäuser wird cleveres Wirtschaften zum Erfolgskriterium. Hier besteht allerdings die Gefahr, dass dies

zulasten der Versorgungsqualität geht – durch übertriebene Personaleinsparungen oder durch die Verzögerung notwendiger Investitionen. Ein nicht unbedeutender Erfolgsfaktor kann auch die selektive Angebotserweiterung sein. Dabei kann es sich um medizinische Angebote wie eine Stroke Unit handeln oder um nicht-medizinische wie Hotelleistungen für Angehörige.

Doch eines ist bei allen möglichen Verbesserungsmöglichkeiten klar: „Um ihre Wettbewerbsfähigkeit (wieder)herzustellen, muss die Mehrheit der Krankenhäuser heute um jeden Euro kämpfen“, konstatiert Ernst & Young.

### **Trend zur Ökonomisierung geht weiter**

Manche Experten rechnen in Zukunft nur noch mit einer überschaubaren Zahl an Playern auf dem Klinikmarkt. Der „Krankenhaus Rating Report“ geht davon aus, dass sich in absehbarer Zeit „schließlich fünf große überregionale Klinikverbünde herauskristallisieren mit insgesamt rund 60 Prozent Marktanteil“, die sich in privater oder freigemeinnütziger Trägerschaft befinden.

Auch Ernst & Young prophezeit in seiner Studie eine Marktkonzentration. Das Krankenhaussterben und der Vormarsch privater Anbieter würden sich fortsetzen und temporär noch an Intensität zunehmen. Der

Riss, der schon heute durch die deutsche Krankenhauslandschaft gehe, werde weiter wachsen: auf der einen Seite die Kliniken in privater Trägerschaft, die ihre Expansion und ihre Investitionen aus eigener Kraft und über den Kapitalmarkt finanzieren und die mit neuen Angeboten ihre Attraktivität weiter steigern können, auf der anderen Seite die öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser, zumeist getragen von Kommunen und Kreisen, deren Finanzen unter den Lasten des Sozialsystems vielfach dahinschmelzen und kaum mehr Spielräume für die Krankenhausentwicklung lassen. Dazwischen bewegten sich die freigemeinnützigen Träger.

Anders sieht die Entwicklung Moritz Quiske, Sprecher der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die die Gesamtheit aller Kliniken in Deutschland vertritt. Der Rückbau von Krankenhäusern sei an sein Ende gekommen, jetzt gehe es um Erhalt. „Die Leute vor Ort setzen sich für ihre Kliniken ein und drängen dadurch auch die Politik dazu, sich für einen Erhalt stark zu machen“, so Quiske. Vielmehr werde es in Zukunft verstärkte Synergieeffekte zwischen einzelnen Häusern geben, beispielsweise indem gemeinsame Apotheken gebildet werden. Zudem werde es verstärkt Kooperationen zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten geben.

Obwohl laut Schreyögg die Privatisierungswelle viele Innovationsimpulse für den Krankenhausmarkt erbracht hat, sieht er das Modell der gemeinnützigen GmbH (gGmbH), das nach seinen Angaben seit drei bis fünf Jahren den Trend zur Privatisierung abbremst, auf dem Vormarsch. Dabei sind die Kommunen weiterhin die Träger des Krankenhauses, weil sie – anders als bei der Abgabe an einen privaten Träger – die Kontrolle der Klinik nicht vollständig aus der Hand geben wollen.

Der Trend zur Ökonomisierung gilt letztlich aber für alle Krankenhäuser – unabhängig von der Trägerschaft. Alle Häuser müssen sehen, wie sie sich refinanzieren. Der Umgang mit wirtschaftlichen Zwängen und deren Vereinbarkeit mit einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung wird das beherrschende Thema für die nächsten Jahre bleiben. ■

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

Arzneimittelkommission Zahnärzte  
BZÄK/KZBV  
Chausseestraße 13  
10115 Berlin

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

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

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

Differenzialdiagnose einer schmerzlosen Gesichtsschwellung

# Manifestation eines follikulären Lymphoms

Carina Aschenbrenner, Martin Gosau, Torsten E. Reichert



**Kliniker präsentieren Fälle mit hohem diagnostischem Schwierigkeitsgrad.**

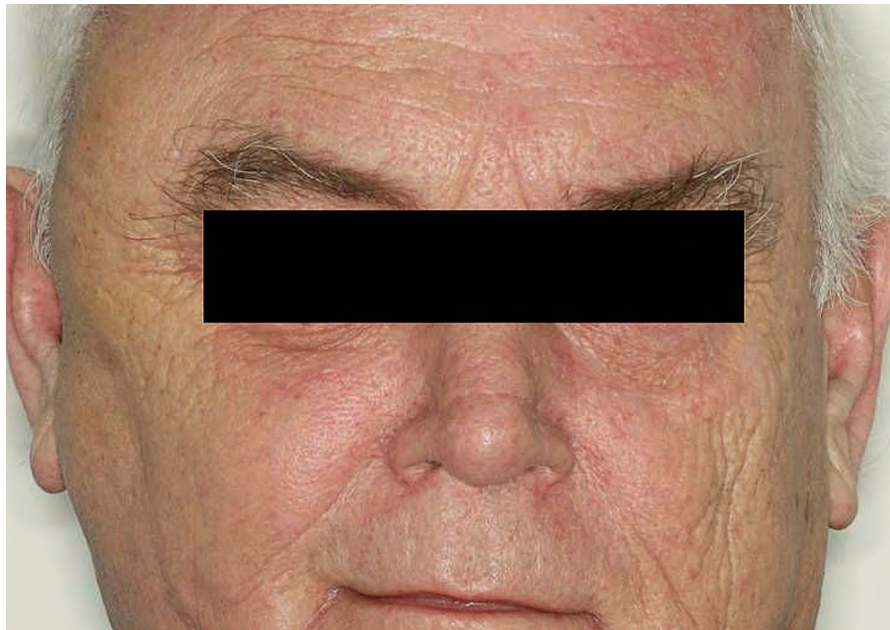


Abbildung 1: Erstvorstellung des Patienten mit deutlich erkennbarer Schwellung im Bereich der rechten Temporalfläche

Ein 73-jähriger Patient wurde mit einer seit sechs Monaten langsam größenprogredienten Schwellung rechts temporal und im Bereich der rechten Glandula parotis vom niedergelassenen Kollegen in die eigene Ambulanz überwiesen.

Allgemeinanamnestisch lag beim Patienten eine koronare Herzerkrankung (KHK) mit Zustand nach Myokardinfarkt und Bypass-Operation im Jahr 2008 vor. Zudem waren ein Vorhofflimmern mit der Einnahme von Marcumar, eine Aorteninsuffizienz Grad I-II, eine arterielle Hypertonie und eine Hyper-

urikämie bekannt. Der Allgemeinzustand des Patienten war gut. Gewichtsverlust, Nachtschweißigkeit, Leistungsabfall und Fieber (B-Symptomatik) wurden nicht festgestellt.

Bei der klinischen Untersuchung war im Seitenvergleich eine deutliche Asymmetrie des Gesichts zu erkennen (Abbildung 1). Im Bereich der rechten Gesichtshälfte konnten durch Palpation zwei Raumforderungen abgegrenzt werden, deren Größe im Durchmesser etwa fünf Zentimeter (Temporalregion) beziehungsweise zwei Zentimeter (Glandula parotis) betragen. Das betroffene Gewebe stellte sich induriert und nicht schmerzhaft dar. Eine Funktionsstörung des Nervus facialis lag nicht vor. Der intraorale Befund einschließlich Zahnstatus und Speichelfluss war unauffällig. Eine generalisierte Lymphknotenschwellung (Lymphadenopathie) konnte durch Palpation ausgeschlossen werden. Laborchemisch waren

im Blutbild des Patienten ebenfalls keine Auffälligkeiten zu diagnostizieren.

Es erfolgte eine sonografische Untersuchung der betroffenen Region, die eine homogen strukturierte Raumforderung zeigte. Die Lymphknoten im Bereich Kopf/Hals waren in der Ultraschalldiagnostik unauffällig.

Durch den überweisenden Kollegen wurde bereits zu Beginn des Auftretens der Schwellung vor sechs Monaten neben einer Panoramaschichtaufnahme eine weiterführende Bildgebung veranlasst. In den Befunden der Computertomografie und der Magnetresonanztomografie wurden eine extrakranielle, temporale Raumforderung rechts mit Kontakt zur Muskelfaszie sowie eine Raumforderung am Oberpol der rechten Glandula parotis ohne Hinweis auf ein infiltratives Wachstum beschrieben.

In domo wurde zum Ausschluss eines malignen Geschehens eine Gewebeprobe in Lokalanästhesie aus dem Bereich der temporalen Schwellung entnommen. Das Ergebnis der histopathologischen Untersuchung ergab den Befund eines chronisch rezidivierten entzündlichen Infiltrats. Sowohl in der mikroskopischen Diagnostik als auch in den anschließenden molekularpathologischen Untersuchungen ergaben sich keine Hinweise für ein malignes Geschehen bei deutlich erhöhter B-Zellanreicherung. Nach Besprechung der Befunde wurde der Patient in die heimatnahe kieferchirurgische Nachsorge entlassen.

Bei weiterer Größenprogredienz der unklaren Raumforderung wurde der Patient drei Monate später erneut durch den niedergelassenen Kollegen vorgestellt. In der klinischen Untersuchung stellte sich der



**Auch für diesen „aktuellen klinischen Fall“ können Sie Fortbildungspunkte sammeln. Mehr auf [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) unter Fortbildung.**

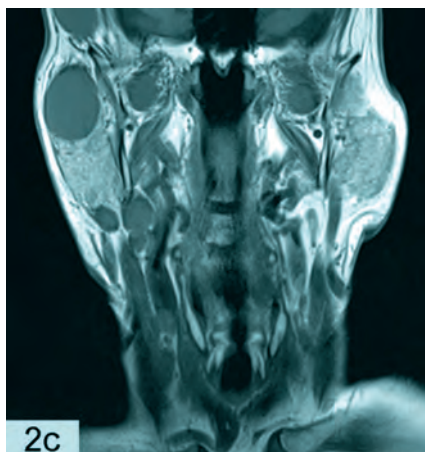
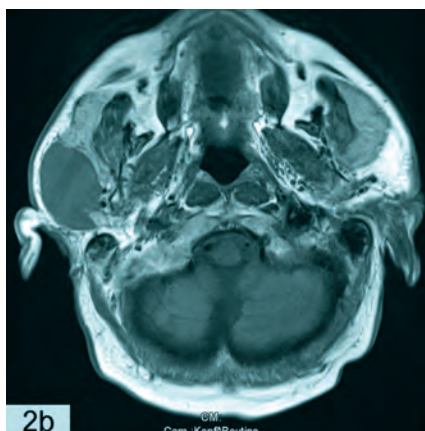
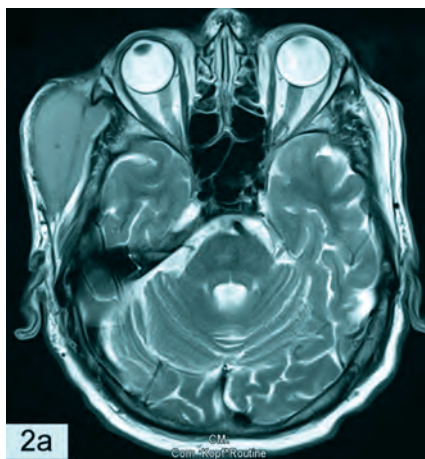
Befund bis auf die Schwellungszunahme unverändert im Vergleich zur Voruntersuchung dar. Das allgemeine Befinden des Patienten war weiterhin unbeeinflusst und altersentsprechend gut (keine B-Symptomatik). In der wiederholten sonografischen Untersuchung zeigte sich das Gewebe homogen strukturiert. Es wurde erneut ein MRT durchgeführt (Abbildungen 2a bis 2c). Bildmorphologisch korrelierte nun der Befund im Bereich der Temporalregion und der Parotisloge rechts am ehesten mit einem Lymphom. Zudem waren an Zahl und Größe vermehrt Lymphknoten zervikal erkennbar. In Intubationsnarkose wurde ein 2 cm x 2 cm messendes Gewebstück aus der Tiefe der temporalen Raumforderung für eine erneute histopathologische Untersuchung entnommen (Abbildung 3). Makroskopisch wies das Gewebe eine käsige bröckelige Konsistenz auf. Zudem wurde eine Gewebeprobe zur mikrobiologischen Untersuchung eingesandt, wobei kein spezifischer Erreger nachgewiesen werden konnte.

Das pathologische Gutachten ergab diesmal das Vorliegen eines B-Zell-Non-Hodgkin-Lymphoms. Aufgrund der schwierigen Diagnostik des eingesandten Präparats wurde eine referenzpathologische Untersuchung in Würzburg (Referenzzentrum für Lymphknotendiagnostik und Hämatopathologie) durchgeführt. Diese bestätigte die Diagnose eines Non-Hodgkin-Lymphoms der B-Zellreihe. Klassifiziert wurde das Lymphom als teils follikulär, teils diffus wachsendes follikuläres Lymphom Grad 1 (Abbildungen 4 und 5).

Der Patient wurde auf eigenen Wunsch nach Komplettierung des Tumorstagings in eine heimatnahe onkologische Praxis zur Durchführung der tumorspezifischen Immunchemotherapie bestehend aus Rituximab und Bendamustin (R-Bendamustin) überwiesen.

## Diskussion

Definitionsgemäß bezeichnen maligne Lymphome eine heterogene Gruppe bösartiger Krankheiten des lymphatischen Systems [Dreyling M, 2007]. Eine einheitliche Lymphomklassifikation stellt die WHO-



**Abbildung 2:** Bildgebende Darstellung (MRT) der progredienten Schwellung rechts temporal sowie im Bereich der Ohrspeicheldrüse:  
 2a: gut abgrenzbare, homogen strukturierte RF rechts temporal (Axialschicht, T2)  
 2b: ebenfalls deutlich abgrenzbare RF mit homogener Binnenstruktur im Bereich der Parotisloge rechts (Axialschicht, T1)  
 2c: Im Bild erkennt man eine kranial im Bereich des Musculus temporalis sowie eine kaudal in der Parotisloge gelegene RF (coronale Schicht, T1), im Durchmesser bis zu 7,3 cm x 2,5 cm groß. Zudem pathologisch vergrößerte Lymphknoten in der zervikalen Halsgefäßnervenscheide und supraclavikulär rechts

Klassifikation aus dem Jahr 2001 (Update 2008) dar. Dabei werden die Non-Hodgkin-Lymphome (NHL) nach Linienzugehörigkeit (B- oder T-Zell-Lymphome) und nach Differenzierungs- beziehungsweise Reifungsgrad (Vorläuferzellymphome beziehungsweise „periphere Lymphome“) klassifiziert und unterteilt [Hiddemann W, 2005; Swerdlow SH, 2008]. Zudem umfasst die WHO-Klassifikation die lymphatischen Leukämien, das multiple Myelom, die Natürlichen-Killerzell-Tumoren und den Morbus Hodgkin. Häufig findet man auch die in der Praxis übliche Einteilung in indolent und aggressiv [Dreyling M, 2007]. Man unterscheidet die Lymphome dabei nach ihrer Progredienz: langsam wachsend gegenüber rasch fortschreitend.

Das im Patientenfall vorliegende follikuläre Non-Hodgkin-Lymphom ist das häufigste indolente Lymphom. Neben dem diffusgroßzelligen B-Zell-NHL stellt es die zweithäufigste Entität aller Non-Hodgkin-Lymphome dar, mit einer Inzidenz von 5 bis 7:100 000. Das mittlere Erkrankungsalter beträgt 55 bis 60 Jahre. Das Geschlechterverhältnis ist ausgeglichen [Dreyling M, 2007]. Die Überlebensrate hängt von der Einteilung in die jeweiligen Risikogruppen (siehe unten, FLIPI) ab und beträgt nach fünf Jahren 90 Prozent bei niedrigem Risiko, 75 Prozent bei mittlerem Risiko und 48 Prozent bei hohem Risiko. Die Werte für die Zehnjahres-Überlebensrate sind deutlich geringer [Bargetzi M, 2008].

Das follikuläre NHL entsteht aufgrund einer Neoplasie der B-Zellen des Keimzentrums. Auf chromosomaler Ebene ist dabei die Translokation t(14;18) (q32;q21) ausschlaggebend, die eine Apoptosehemmung durch Überexpression des bcl-2-Onkogens induziert [Dreyling M, 2007; Grossbard ML, 2002]. Gemäß der WHO-Klassifikation wird das follikuläre Lymphom in drei Grade (1 bis 3) eingeteilt. Ein hohes Grading (Grad 3) bezeichnet die Präsenz einer hohen Anzahl großer Zellen (Zentroblasten) im histologischen Präparat und ist prognostisch ungünstig. Der klinische Verlauf und die Überlebensrate sind günstiger für die Grade 1 und 2, die definitionsgemäß eine geringere Anzahl an Zentroblasten aufweisen.

Das folliculäre Lymphom kann in ein diffus-großzelliges B-Zell-NHL transformieren und dadurch sein klinisches Verhalten ändern, mit einer Zunahme der Aggressivität, und dem Auftreten von Symptomen (B-Symptomatik wie zum Beispiel Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust) [Bargetzi M, 2008].



Foto: Aschenbrenner et al.

Abbildung 3: Zustand nach erneuter, großflächiger Probenentnahme, Gewebeentnahme aus der RF temporal und in der Tiefe im Bereich der RF Glandula parotis

Die Diagnostik der malignen Lymphome und die Bestimmung der Entität stellen oftmals eine Herausforderung dar. Zu den obligaten Untersuchungen zählen die Anamnese (Frage nach B-Symptomatik, Leistungsfähigkeit, Symptombeginn und Progredienz), die körperliche Untersuchung (LK-Status, Inspektion von Mundhöhle und Waldeyerschem Rachenring, Palpation von Leber und Milzlager, gegebenenfalls Blutungs-/Infektzeichen, neurologischer Status), das Labor (wie Blutbild, LDH-Wert und mehr), die Histologie und die bildgebenden Verfahren (Sono, CT/MRT), zudem meist eine Knochenmarkpunktion und gegebenenfalls eine Liquoruntersuchung [Hiddemann W, 2005].

Beim folliculären Lymphom ist beispielsweise in der klinischen Untersuchung bei der Erstvorstellung des Patienten häufig eine generalisierte, jedoch nicht schmerzhaft, Lymphadenopathie feststellbar. Differenzialdiagnostisch müssen entzündlich bedingte Lymphknotenvergrößerungen

viraler (Epstein-Barr-Virus, Zytomegalievirus, HIV) oder bakterieller Genese (wie Tuberkulose) ausgeschlossen werden. Ebenso ist die Entität des folliculären NHL von anderen malignen Lymphomen abzugrenzen. Ein auffälliger Lymphknotenbefund kann sich auch als Lymphknotenmetastase eines soliden Tumors erweisen [Buske C, 2010]. Ferner sollten seltenere Erkrankungen, wie zum Beispiel Thymome oder Keimzelltumoren, aber auch die Sarkoidose ausgeschlossen werden [Buske C, 2010].

Die histologische Untersuchung und die Bestimmung der NHL-Entität (Klassifizierung) ist entscheidend für die Wahl der Therapie [Bargetzi M, 2008; Buske C, 2010; Dreyling M, 2007; Hiddemann W, 2005]. Zur Festlegung der Entität sind, neben der üblichen histopathologischen Aufarbeitung einer Gewebeprobe, immunhistochemische Sonderfärbungen und molekularpathologische Untersuchungen notwendig. Voraussetzung dafür ist die Entnahme einer ausreichend großen Gewebeprobe. Weder eine Stanzbiopsie, noch eine Feinnadelbiopsie sind ausreichend [Buske C, 2010; Hiddemann W, 2005].

Mittels molekularpathologischer Methoden (wie PCR) können eine B- beziehungsweise T-Zell-Klonalität nachgewiesen und Translokationen auf Genen festgestellt werden [Wan JH, 1992; Meier VS, 2001]. Aufgrund der hohen Anforderungen an den Patho-

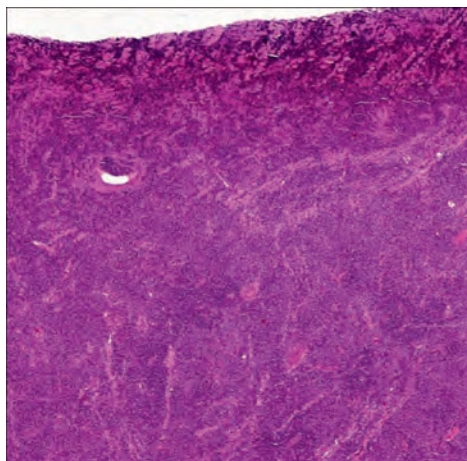


Abbildung 4: Im histologischen Präparat (HE-Färbung) ist eine diffuse Infiltration des Gewebes durch ein monomorphes lymphoides Infiltrat zu erkennen.

Foto: Rosemarie Krupar

### Ann-Arbor-Tumorstadien

Stadium I:	Befall einer einzigen LK-Region (I) oder lokalisierter Befall eines einzigen extralymphatischen Organs (IE)
Stadium II:	Befall von zwei oder mehr LK-Regionen (II) oder lokalisierter Befall extralymphatischer Organe oder Gewebe und Befall von einer oder mehreren LK-Regionen (IIE). Auf der gleichen Seite des Zwerchfells.
Stadium III:	Befall von LK-Regionen auf beiden Seiten des Zwerchfells (III), der ebenfalls von lokalisiertem extralymphatischem Organ- oder Gewebefall (IIIE) oder Milzbefall (IIIS) oder beidem (IIISE) begleitet sein kann.
Stadium IV:	diffuser oder disseminierter Befall von einem oder mehreren extralymphatischen Organen oder Geweben, mit oder ohne vergrößerte LK.

Quelle: [Rosenberg SA, 1971]

logen bezüglich Ausstattung und Spezialisierung sollte die Lymphomdiagnostik in hoch spezialisierten Hämatopathologiezentren erfolgen. Zudem ist eine referenzpathologische Untersuchung empfehlenswert [Hiddemann W, 2005].

### Einteilung in Tumorstadien

Die malignen Lymphome werden vornehmlich anhand der Ann-Arbor-Klassifikation (1971) in Stadien eingeteilt. Die Tumorstadien I bis IV richten sich nach der Zahl der befallenen Lymphknotenregionen oder extralymphatischen Gebieten und deren Lokalisation in Bezug zum Zwerchfell (Tabelle). Zudem wird mit einbezogen, ob Allgemeinsymptome („B-Symptomatik“) vorliegen oder nicht [Rosenberg SA, 1971].

Für das folliculäre Lymphom (wie im Patientenfall vorliegend) wurde ein prognostischer Index entwickelt, der die Patienten anhand von klinischen Symptomen in drei Risikogruppen (1=niedrig, 2=mittel, 3=hoch) gliedert. Der FLIPI (Follicular lymphoma international prognostic index) umfasst folgende fünf Prognosefaktoren:

- Alter (</> 60 Jahre)
- Ann-Arbor-Stadium (I/II oder III/IV)
- Anzahl der befallenen Lymphknotenregionen (</> 4)
- LDH (im Normbereich oder erhöht)
- Hämoglobinwert (Hb </> 120 g/l) [Bargetzi M, 2008; Buske C, 2010].

### Therapie des folliculären Lymphoms

Das therapeutische Vorgehen richtet sich nach dem Krankheitsstadium:

- Frühstadien folliculärer Lymphome (Ann-Arbor-Stadium I und II, zehn bis 15 Prozent der Patienten) sind potenziell kurativ therapierbar. Hier zeigt die lokale Radiotherapie („extended“ oder „involved field“) mit einer Gesamtdosis von mindestens 30 Gy gute Ergebnisse [Bargetzi M, 2008; Buske C, 2010; Hiddemann W, 2005].
- Bei fortgeschrittenen Stadien (Ann-Arbor-Stadium III und IV) stehen in erster

Die Erstlinientherapie besteht dann aus Induktions-, Konsolidierungs- und Erhaltungsphase. In der Induktion wird die kombinierte Immunchemotherapie R-CHOP, bestehend aus Rituximab, Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin und Prednison, standardmäßig bei Patienten mit gutem Allgemeinzustand eingesetzt [Buske C, 2010; Hiddemann W, 2003]. Alternativ findet aktuell immer häufiger das Behandlungsregime Rituximab-Bendamustin Anwendung. Im Rahmen einer randomisierten Studie der deutschen Studiengruppe für indolente Lymphome (StiL) ergab sich ein signifikanter Vorteil im progressionsfreien Überleben für die Patienten im R-Bendamustin-Studienarm im direkten Vergleich mit R-CHOP [Rummel M], 2009]. Bei älteren Patienten und mangelnder Compliance für eine Immunchemotherapie ist häufig eine Monotherapie, zum Beispiel

### Fazit für die Praxis

- Jede persistierende/progrediente Gesichtsschwellung unklarer Ursache bedarf einer weiterführenden Diagnostik (Sono, CT/MRT, PE, Labor).
- Auch bei primär unauffälligem histopathologischem Befund muss eine unklare, persistierende Raumforderung engmaschig kontrolliert und gegebenenfalls erneut histologisch untersucht werden (Rebiopsie).
- Allgemeinsymptome wie Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust (B-Symptomatik) deuten auf ein malignes Tumorgeschehen hin.
- Gewebeproben speziell zur Lymphomdiagnostik sollten durch eine Fachklinik vorgenommen und gegebenenfalls referenzpathologisch abgesichert werden.

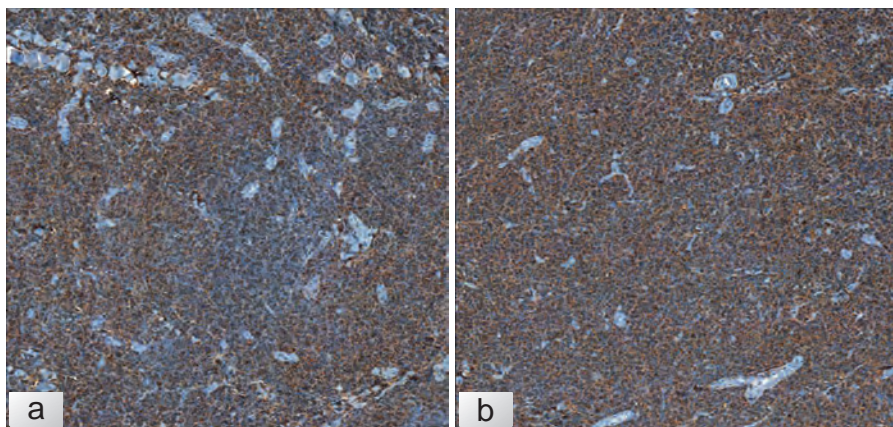


Foto: Rosemarie Krupar

Abbildung 5: Durch spezielle immunhistochemische Färbungen können beispielsweise B-Lymphozyten markiert und sichtbar gemacht werden: In den Abbildungen 5a und 5b zeigt sich immunhistochemisch das atypische Infiltrat positiv für den B-Zell-Marker CD20.

Linie die Verbesserung der Lebensqualität und die Verlängerung der Lebenszeit im Vordergrund. Ein kurativer Therapieansatz ist in fortgeschrittenen Stadien nicht möglich. Bei klinischer Symptomlosigkeit wird ein abwartendes Vorgehen, sogenanntes „watch and wait“, favorisiert. Die Behandlung wird erst bei Auftreten Lymphom-assoziierten Symptome (wie B-Symptomatik, hämatopoetische Insuffizienz oder Kompression vitaler Organe) begonnen [Bargetzi M, 2008; Buske C, 2010].

mit Trophosphamid oder Rituximab, oder eine Radioimmuntherapie (RIT) indiziert. Vorteile der Monotherapie sind die geringere Toxizität und die hohe Toleranz durch die Patienten, Nachteil jedoch die relativ kurze Remissionsdauer [Bargetzi M, 2008; Buske C, 2010].

Nach Erreichen einer Remission setzt die Konsolidierungs- beziehungsweise die Erhaltungsphase ein. Dabei finden meist Interferon-alpha, Rituximab (in klinischen Studien) oder die Radioimmuntherapie (Kombination aus Strahlen- und Immun-

therapie) Anwendung [Buske C, 2010]. Entscheidend für den Erfolg der gewählten Therapie sind Untersuchungen zur Verlaufskontrolle sowie die Einbindung in eine regelmäßige Nachsorge, um die Remission zu überwachen, ein Rezidiv zu erkennen und Langzeittoxizitäten zu überprüfen.

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

**zm** Leser service

Die Literaturliste kann im Bereich Download auf [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.

Der Fallbericht:

Die ambitionierte Zahnärztin RI hat nach längerer, mühevoller Suche eine Weiterbildungsstelle in einer kieferorthopädischen Praxis gefunden. Mit ihrer vierjährigen Tochter kann sie die Berufstätigkeit vereinbaren, denn diese besucht nun den Ganztageskindergarten von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr und wird danach bis circa 19.00 Uhr von einer Freundin betreut, die in einem anderen Ort wohnt. Den Zeitaufwand von zwei Stunden täglich, den RI mit den Fahrten zur Praxis und zur Freundin hat, nimmt sie gerne in Kauf. Gleichzeitig belegt RI pro Monat etwa vier kieferorthopädische Fortbildungstage – auch, um ihren eigenen fachlichen Ansprüchen zu genügen.

Mit den Monaten kehrt bei RI jedoch Ernüchterung ein: Ihr Chef PP behandelt seine Patienten äußerst antiquiert und wenig erfolgreich. Mit seinen Behandlungsmethoden und den Behandlungsplänen, die sie jeden Morgen schreiben muss, ist sie zumeist nicht einverstanden.

Als PP realisiert, dass RI sehr gut mit den kieferorthopädischen Geräten und den feststehenden Behandlungen zurechtkommt, lässt er sie des Öfteren nachmittags allein in der Praxis und erledigt derweil seine Geschäfte. Für RI bedeutet dies, dass ihr an solchen Tagen kaum genügend Zeit für eine bedarfsgerechte Patientenbehandlung zur Verfügung steht, weil sie zusätzlich die Patienten des Vorgesetzten, deren Historie sie gar nicht kennt, behandeln muss.

Dank RI nimmt der Praxisumsatz mit der Zeit kontinuierlich zu, doch RI fühlt sich zunehmend ausgenutzt. Sie möchte aber keine Konfrontation mit ihrem Chef, einem Herrn in vorgerücktem Alter mit standespolitischem Einfluss, riskieren. Zudem ist ihr bewusst, dass sie schwerlich eine andere Weiterbildungsstelle finden würde.

Eines Tages ruft PP seine Assistentin RI zu sich ins Behandlungszimmer. Er stellt ihr die 16-jährige Privatpatientin Martina vor, die seit vielen Jahren bei ihm mit herausnehmbaren Apparaturen behandelt wird und ein tadellos gepflegtes Gebiss aufweist. Ihr Hauszahnarzt hatte ihr vor Kurzem den Zahn 46 extrahiert, weil dieser sehr stark

gelockert war. Nun sind auch die Zähne 31 und 41 gelockert. PP bittet RI um ihre Meinung. RI sieht auf dem Röntgenbild großflächige Osteolysen, die symmetrisch die Molarenwurzeln im dritten und im vierten Quadranten umgeben, und die vier unteren Incisivi stehen gleichfalls vollständig in einer großen Aufhellung. Der Vergleich mit den vorangegangenen OPGs zeigt ihr, wie sich die Osteolysen im Lauf der Jahre immer weiter vergrößerten. Spontan

zahnarzt vor und entlässt die Patientin und deren Mutter. Äußerst wütend wendet er sich danach seiner Weiterbildungsassistentin zu: Er kritisiert ihre Äußerung mit dem Hinweis, dass es allein in das Ermessen des Hauszahnarztes gestellt sei, zu entscheiden, ob eine Parodontalbehandlung indiziert sei und wo diese durchgeführt werden solle.

Am nächsten Tag hört RI durch die offene Tür, wie PP mit Martinas Mutter telefoniert.

## INFO Glossar

Vollständig einsehbar unter Service auf [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de):

### Güterabwägung

rational begründete Vorzugswahl als Ergebnis einer vergleichenden Gewichtung kollidierender Güter

### Prinzipienethik

Ethik-Konzeption auf der Grundlage vier ethischer Prinzipien, die den normativen Rahmen für den Umgang mit ethischen Problemen bilden sollen: Respekt vor der Patientenautonomie, Non-Malefizien, Benefizienz und Gerechtigkeit

### Informed choice

(„informierte Entscheidung“) eigenverantwortlich getroffene Wahl eines Patienten auf der Grundlage einer ausführlichen und umfassenden Aufklärung

### Kollegialität

von gegenseitigem Respekt getragenes Verhalten unter Berufsgenossen, das sich in einer friedfertigen und vertrauensvollen Zusammenarbeit im beruflichen Kontext manifestiert (Binnenwirkung von

Kollegialität) – daneben auch gezielte Bewahrung der Achtung und des Ansehens der gesamten Kollegenschaft und damit der Berufsgruppe als solcher in der Öffentlichkeit (Außenwirkung von Kollegialität). Im Binnenbereich unterscheidet man wiederum zwischen horizontaler Kollegialität (hier Kollegialität unter gleichrangigen Zahnärzten) und vertikaler Kollegialität (hier Kollegialität zwischen vorgesetztem und nachgeordnetem Zahnarzt)

### Remonstration

aus dem Beamtenrecht in die Medizin übertragenes Gebot, als nachgeordneter (Zahn-)Arzt einer vorgesetzten beziehungsweise weisungsbefugten Person einen drohenden Behandlungs- oder Pflegefehler anzuzeigen (lat. remonstrare = wieder/erneut [auf]zeigen)

### Standardverfahrensanweisung

Anweisung eines etablierten Verfahrens, das in einem gegebenen Arbeitsgang oder in einer gegebenen Situation durchzuführen ist (engl. „standard operating procedure“)

äußert sie ihre Vermutung, dass es sich um eine fulminant verlaufende Form einer juvenilen Parodontitis handeln könnte, und empfiehlt der Patientin, sich zur Diagnostik und Therapie dringend in der Universitätszahnklinik vorzustellen.

Der Kieferorthopäde PP schlägt seinerseits ein kollegiales Gespräch mit dem Haus-

Er versichert der Mutter, dass alles in Ordnung sei und sie sich keine Sorgen zu machen brauche – die Meinung seiner Assistentin sei „Unsinn“.

RI dagegen stuft das Verhalten des Vorgesetzten als groben Behandlungsfehler ein und würde sich gerne beruflich umorientieren. Sie kennt allerdings die

Erfahrungen vieler Weiterbildungsassistenten in der Kieferorthopädie, die sich teilweise seit Jahren erfolglos um entsprechende Stellen an Universitätszahnkliniken bewerben. Als zur selben Zeit ihre zunehmend unglückliche kleine Tochter ernsthaft erkrankt, stellt sich RI einige Fragen:

■ Soll – oder muss – sie eigenverantwortlich Klärungen und Verbesserungen an ihrer Arbeitsstelle anstreben, das heißt über den Kopf des Vorgesetzten hinweg den

Kontakt zu Hauszahnarzt und Mutter suchen und ihre abweichende fachliche Sicht darlegen?

■ Soll sie ihrem Vorgesetzten mangelhafte fachliche Expertise und ein in ihren Augen grob unkollegiales Verhalten vorwerfen?

■ Soll sie ihn gar mit dem Vorwurf des Behandlungsfehlers konfrontieren?

■ Soll sie ihn vor die Wahl stellen, entweder künftig eigenverantwortlich und zu für sie günstigeren Arbeitszeiten arbeiten zu dürfen oder zu kündigen?

■ Oder soll sie – wenn alle Bewerbungsversuche fehlschlagen – den „Weg des geringsten Widerstands“ gehen und bei künftigen Fehlentscheidungen und unkollegialen Verhaltensweisen „wegschauen“?

■ Oder soll sie vielleicht doch an dieser Stelle das Ziel der Fachzahnarzt Ausbildung aufgeben und ein noch bestehendes Angebot annehmen, Teilzeit-Entlastungsassistentin bei einem Allgemeinzahnarzt zu werden?

Dominik Groß

## Kommentar 1

Im vorliegenden Fall wird auf sehr drastische Weise geschildert, was jungen Kollegen nicht einmal selten nach Beendigung des Studiums im Rahmen des Berufseinstiegs widerfahren kann. Wir sehen ein deutliches

methodens zudem zu einem Schaden seitens des Patienten führen, kommt eine nicht zu unterschätzende ethische Dimension hinzu: Primum nihil nocere. Verschärft wird der vorliegende Fall durch die private Situation der Zahnärztin, die den Bedürfnissen ihres kleinen Kindes offenbar nicht

1. interkollegiales Verhältnis zum Praxisinhaber
2. zahnärztlich-ethische Verantwortung für eine gute Patientenversorgung und
3. familiäre Situation der Kollegin und Verantwortung gegenüber ihrem Kind

Zu 1: Das vertrauensbildende Gespräch mit dem Praxisinhaber ist offenbar längst überfällig. Es empfiehlt sich eine konstruktiv-offene Gesprächsführung in einem positiven Setting, bei der die Assistentin zunächst einmal die positive Entwicklung des Praxisumsatzes thematisieren sollte, um dann ein offenes Angebot zum gemeinsamen Besuch der kurrikulären Fortbildungen einzuflechten. Die Argumente könnten lauten: Kalibrieren des fachzahnärztlichen Wissensstands, Aktualisierung der Fachkunde auf den geltenden Goldstandard und Abstimmung eines gemeinsamen Behandlungsschemas und Vorgehens. Auch die Art und Weise des Umgangs mit Patienten und Zuweisen und der Wunsch nach stärkerer interdisziplinärer Vernetzung und gegenseitiger Einbindung sind denkbare Ansätze. Nicht verzichten sollte RI allerdings auf den Hinweis, dass die in der Regel in der Weiterbildungsordnung der einzelnen Landes-zahnärztekammern geforderte Anwesenheit des Praxisinhabers für eine strukturierte und qualitativ hochwertige Weiterbildung unverzichtbar ist. Im Rahmen der Entwicklung prozessorientierter Vorgehensweisen könnte RI auch eine Standardverfahrensanweisung



*Ist es richtig, wenn sich eine Assistenz Zahnärztin ohne Kenntnis des Vorgesetzten mit ihrer abweichenden fachlichen Sicht an den Hauszahnarzt wendet?*

Auseinanderklaffen der „good practice“ verschiedener Berufs- und Ausbildungsgenerationen. Die unterschiedlichen Auffassungen darüber, was als zahnmedizinischer Goldstandard in der Patientenbehandlung gilt, birgt erhebliches kollegiales Konfliktpotenzial. Wenn antiquierte Behandlungs-

vollumfänglich entsprechen kann. Ein Grund hierfür ist die gegenüber dem weiterbildungsberechtigten Kollegen empfundene Abhängigkeit. Ein Lösungsansatz besteht zunächst darin, die drei verflochtenen Teilaspekte voneinander zu trennen. Diese lauten:





Foto: FI online

*Wie viel elterliche Abwesenheit verträgt ein Kind? Dieser Fall wird durch einen innerfamiliären ethischen Konflikt verschärft.*

entwerfen, in der zum Beispiel genau geregelt ist, wie der Umgang mit zugewiesenen Patienten zu erfolgen hat und welches Vorgehen bei unterschiedlichen Therapieauffassungen sinnvoll ist. Auch hier empfiehlt sich jedoch ein konstruktiver, aber bestimmt vorgetragener Ansatz, um keine „Revierstreitigkeiten“ mit dem Praxisinhaber zu provozieren.

Wenn die positiv formulierten und konstruktiv vorgetragenen Sorgen und Nöte der jungen Kollegin keine Früchte tragen, empfiehlt es sich, nicht mit der Kündigung zu drohen, sondern mit dem Praxisinhaber die Möglichkeit einer einvernehmlichen Trennung zu diskutieren, um weiteren Schaden zu begrenzen und keine noch offenen Türen unnötigerweise zuzuschlagen. Ein Fortführen des für RI unbefriedigenden und zermürbenden Arbeitsverhältnisses in der bisherigen Form scheint hingegen wenig sinnvoll, wenn keine Änderungen erreichbar sind, die auch eine familienfreundlichere Arbeitszeit beinhalten.

Zu 2: Nach den Prinzipien von Beauchamp/Childress [2009] hat RI eine nicht verhandelbare Verantwortung für die Patientin.

Davon entbindet sie im Grunde genommen auch nicht die Verpflichtung zu kollegialem Verhalten. Die Remonstration – sprich das explizite Aufzeigen von Bedenken im Fall einer „gefahren geneigten“ Versorgung – gehört zu den Qualitätszeichen eines funktionierenden Teamworks – unabhängig von einer (nicht) bestehenden Leitungsfunktion. Demnach sind zum Beispiel nachgeordnete Behandler wie Praxisassistenten angehalten, ihre Vorgesetzten auf bestehende Fehler(-quellen) und Risiken aufmerksam zu machen.

RI muss im vorliegenden Fall eine Güterabwägung vornehmen und dem höherwertigen Gut Vorrang einräumen: Meiner Auffassung nach sind Non-Malefizien und Benefizien in diesem Fall – auch im Hinblick auf das Lebensalter der Patientin Martina und den drohenden Zahnverlust bei Fortschreiten der juvenilen aggressiven Parodontitis – höher einzustufen als die unbedingte Kollegialität gegenüber einer Person, die sich im Übrigen selbst nicht auf kollegiales Verhalten verpflichtet. Kommt RI zu demselben Schluss, ist es denkbar, nochmals unter dem Siegel der Verschwiegenheit mit dem Hauszahnarzt und Zuweiser

zu sprechen und ihm die Überweisung Martinas an das Universitätsklinikum oder einen versierten Fachspezialisten nahezu legen. Ein „Wegsehen“ ist weder rechtlich noch ethisch statthaft und ebnet nur den Weg für weitere derartige Vorkommnisse.

Zu 3: In der Analyse der familiären Situation sollte RI ein großes Augenmerk auf die Verantwortung gegenüber ihrer vierjährigen Tochter legen. Hier besteht also ein zusätzlicher innerfamiliärer ethischer Konflikt. Klar ist, dass es dringend einer Verbesserung der Situation der Tochter bedarf. Hier steht im Vordergrund, dass RI sich bemüht, Arbeitszeiten einzuführen, die es ihr ermöglichen, mehr Zeit mit der Tochter zu verbringen. Sollte dies in der bisherigen Beschäftigungssituation nicht umsetzbar sein, so ist eine berufliche Veränderung unvermeidbar. In diesem Fall muss RI auch abwägen, wie wichtig ihr eine Weiterbildung im Fach Kieferorthopädie ist. Eine strukturierte und zukunftsgerichtete Spezialisierung in diesem Fach ist in der bisherigen Praxis offenbar ohnehin nicht oder nur bedingt möglich, sodass RI dies im Fall einer beruflichen Neuorientierung ebenfalls in die Bewertung einfließen lassen muss. In jedem Fall sollte sie die Familienfreundlichkeit der Beschäftigung und der damit verbundenen Arbeitszeit stärker gewichten als die persönliche Neigung zur Spezialisierung. Diese verantwortungsvolle Haltung ist sie ihrer Tochter schuldig.

Abschließend bleibt Folgendes zu sagen: Wie in vielen anderen interessanten, kontrovers wahrgenommenen und hier diskutierten Fällen dokumentiert auch dieser Fallbericht die kleinen und großen Nöte des zahnärztlichen und privaten Alltags, die wir alle kennen und die sich – wie hier – zu großen Problemen „auswachsen“ können. Wie eingangs erwähnt, lassen sich diese Konflikte nur nach umfassender Güterabwägung – und dann gegebenenfalls auch nur teilweise – lösen. Einen schmerzlosen Königsweg gibt es – wie so oft in klinisch-ethischen Grenzfällen – leider auch hier nicht.

Jens Kaschuba

## Kommentar 2

Im vorliegenden Fallbericht sind gleich mehrere ethisch relevante Problemfelder auszumachen: Zum ersten imponiert ein virulenter kollegialer Konflikt zwischen der Weiterbildungsassistentin und dem Praxisinhaber, zum zweiten stellt sich die grundsätzliche Frage nach dem verantwortlichen Umgang mit abweichenden beziehungsweise konträren Behandlungsempfehlungen bei Patienten und zum dritten zeigen sich deutlich soziopolitische Missstände (Mangel an Weiterbildungsstellen im Fach KFO, schwierige Betreuungssituation für Kleinkinder), die ebenfalls erhebliche ethische Implikationen aufweisen. Auch in diesem Fall ist es hilfreich, vor der konkreten Beantwortung der gestellten Fragen die vier ethischen Prinzipien nach Beauchamp/Childress zugrunde zu legen: den Respekt vor der Patientenautonomie, das Prinzip der Non-Malefizien, das Benefizienz-Prinzip und das Gebot der Gerechtigkeit beziehungsweise Fairness (Prinzipienethik) – wobei es sinnvoll erscheint, die Fragen der Kollegialität beziehungsweise des fairen Umgangs unter Kollegen als Spezifikation des Gebots der Gerechtigkeit aufzufassen und eben dort näher zu diskutieren.

Der Respekt vor der Patientenautonomie gebietet es aus der Sicht von RI, Martina und ihre sorgeberechtigte Mutter (im Nachgang zum „einseitig“ verlaufenen Telefonat von PP mit der Mutter) über die Verdachtsdiagnose einer aggressiven juvenilen Parodontitis aufzuklären – auch wenn dies ein ungünstiges Licht auf den vorgesetzten Kieferorthopäden wirft und gegebenenfalls zu einer weiteren Belastung des kollegialen Verhältnisses zwischen RI und PP führt. Tatsächlich sind nachgeordnete Praxisassistenten angehalten, auf fachlich falsche Anordnungen und Empfehlungen leitender (Zahn)Ärzte hinzuweisen und diese auf eine „gefahrenereignete“ Situation aufmerksam zu machen (Remonstrations). Zudem gilt: Nur wenn Mutter und Patientin alle maßgeblichen Argumente kennen, ist dem Gebot des Respekts vor der Patientenautonomie Genüge getan, denn nur dann sind beide wirklich in der Lage, eine „Informierte Entscheidung“ (engl.: informed



Foto: MEV/Meinardus/zm

choice) zu treffen, die als Ausdruck ihrer Selbstbestimmung gelten kann. Bei dieser Vorgehensweise hätte sich RI auch dann nichts vorzuwerfen, wenn Mutter und Tochter auf der Grundlage aller Informationen zu der Entscheidung gelangen, der Einschätzung des Kieferorthopäden PP (und nicht dem Rat von RI) Folge zu leisten.

Das Non-Malefizien-Prinzip basiert auf dem Gebot, der Patientin keinen ungerechtfertigten Schaden zuzufügen, wobei auch

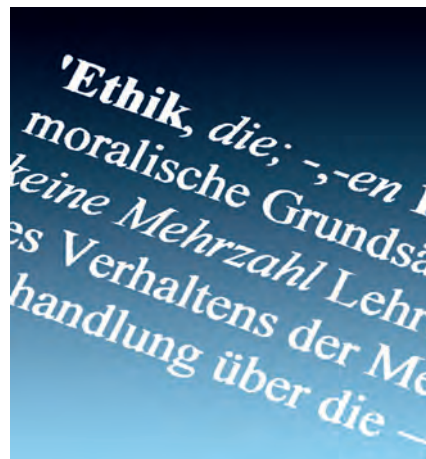


Foto: Noma L. Vendel/Meinardus

Für die Analyse dieses Falles wenden die Autoren die Methodik der Prinzipienethik an.

das (leichtfertige oder vorsätzliche) Unterlassen einer Maßnahme einen Schaden – und damit einen Verstoß gegen das Nichtschadensgebot – bedeuten kann. Im vorliegenden Fall bestünde der Schaden darin, die Mutter in dem Glauben zu lassen, dass die Verdachtsdiagnose einer aggressiven juvenilen Parodontitis – wie von PP in besagtem Telefonat suggeriert – zwischenzeitlich widerlegt sei. Gerade vor dem Hintergrund dieser möglichen Fehlannahme empfiehlt sich dringend ein Gespräch mit der Mutter.

Auch das Gebot des Wohltuns (Benefizienz-Prinzip) legt ein aufklärendes Telefonat mit der Mutter nahe: Sollte sich die Verdachtsdiagnose von RI bestätigen, wäre ein rasches und konsequentes fachzahnärztliches Handeln unabdingbar, um den Erhalt der Zähne zu sichern. Das „Risiko“ eines solchen aufklärenden Gesprächs besteht lediglich darin, dass sich die Verdachtsdiagnose als falsch erweist und Mutter und Tochter ohne Not „geängstigt“ worden sind. Diese „Risiken“ stehen aber in keinem Verhältnis zum möglichen Nutzen einer rechtzeitigen und zielgerichteten parodontalen Therapie. Eine besondere Rolle kommt im vorliegenden Fall den Fragen der Gerechtigkeit beziehungsweise Fairness zu: Das Verhalten von PP muss in mehrfacher Hinsicht als unfair gelten: Im kollegialen Maßstab ist es unfair, die fachliche Meinung von RI zu ignorieren beziehungsweise zu desavouieren. Ebenso ist es ungerecht, dass PP die Kollegin gegenüber der Mutter fachlich diffamiert („die Meinung seiner Assistentin sei „Unsinn“), während er ihre fachliche Kompetenz und ihre zeitlichen Ressourcen an anderer Stelle gezielt ausbeutet – etwa, indem er RI nachmittags „seine“ Patienten überlässt, während er selbst privaten Geschäften nachgeht. Auch der Patientin und deren Mutter ist PP nicht gerecht geworden, da er sich nicht ernsthaft – zum Wohle der Patientin – mit der Verdachtsdiagnose seiner jüngeren Kollegin auseinandergesetzt, sondern stattdessen seine Chefrolle für ein „Machtwort“ missbraucht hat, mit dem er seine Autorität absichert und die Patientin und deren Mutter in (falscher) Sicherheit wiegt.

Darüber hinaus offenbart der Fall Konflikte, die gesellschaftlichen Missständen geschuldet sind und insofern – neben den vorgenannten individualethischen Aspekten – erhebliche sozialetische Implikationen, das heißt soziale Ungerechtigkeiten, zeigen: So ist es aus berufs- und gesundheitspolitischer Sicht kritikwürdig, wenn es aufgrund eines Mangels an Weiterbildungsstellen zu Abhängigkeitsverhältnissen kommt, die ein strukturelles Risiko für fachliche und zeitliche Ausbeutung, unkollegiales Verhalten oder sonstige Unbotmäßigkeiten bergen. Auch ist zu fragen, inwieweit die geschilderte Betreuungssituation für Kleinkinder noch dem Gebot der sozialen Gerechtigkeit entspricht: Ist es gesellschaftlich akzeptabel, dass Kleinkinder zwischen Kita und privat zu organisierendem „Kinder-Sitting“ „verschoben“ werden müssen, damit eine Mutter die rare Chance auf eine Weiterbildungsstelle nicht verwirkt? Welchen Preis zahlt eine Familie, wenn das betroffene Kind – wie im geschilderten Fall – in einer solchen Lebenssituation psychische oder somatische Zeichen einer Überforderung zeigt? Hier steht weniger der weiterbildungsberechtigte Kieferorthopäde als vielmehr die Gesellschaft in der Verantwortung.

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen scheint es geboten, die Fragen wie folgt zu beantworten:

RI sollte den Kontakt zu Hauszahnarzt und Mutter beziehungsweise Patientin suchen und ihre abweichende Sicht darlegen. Sollten ihr die Mutter und Martina beziehungsweise der Hauszahnarzt kein Gehör schenken, hätte sie doch ihrer Aufklärungs- und ihrer Remonstrationspflicht Genüge getan und sich somit fachlich nichts vorzuwerfen. Die Kritik ihres Vorgesetzten muss sie in Kauf nehmen – das Wohl des



Foto: anderm/fotolia.com / Meinardus/zm

*Nichts hören, nichts sehen und nichts sagen geht in diesem Fall nicht: Die Assistenz Zahnärztin muss ihre abweichende fachliche Meinung kundtun, will sie das Wohl der Patientin nicht gefährden.*

Patienten ist zweifellos höher zu gewichten als eine (falsch verstandene) Loyalität und Kollegialität.

Sie sollte ihrem Vorgesetzten deutlich machen, dass sie sein Verhalten als unkollegial und diffamierend empfunden hat, und ihn sine ira et studio bitten, sein Verhalten diesbezüglich zu überprüfen. Ebenso sollte sie darauf hinweisen, dass sie als approbierte Zahnärztin angehalten ist, ihre abweichende fachliche Meinung kundzutun, wenn sie das Wohl der Patientin bedroht sieht, und dass diese zusätzliche Perspektive sowohl für die betroffenen Patienten als auch für die Praxis selbst eine wertvolle Bereicherung darstellen kann. Um keine Eskalation des Gesprächs zu riskieren, sollte sie allerdings nicht von einem Behandlungsfehler sprechen.

Es ist weder zielführend noch opportun, PP mit einer Kündigung zu drohen für den Fall, dass die eigenen „Bedingungen“ nicht erfüllt werden. Die Zeit wird zeigen, ob sich das kollegiale Miteinander verbessert. Sollte dies nicht der Fall sein, wäre es sinnvoll, erst eine neue Stelle zu suchen und dann einen Schlusstrich zu ziehen.

Ob es RI gelingt, im Fall einer unveränderten Situation künftig wegzuschauen, ist fraglich und hängt nicht zuletzt von ihrer Leidenschaft und ihrer Bewerbungssituation ab. Sollte PP uneinsichtig bleiben, ist eher davon auszugehen, dass RI – im Sinne einer nachhaltigen Sensibilisierung – besonders stark auf fachliche Fehlentscheidungen und kollegiale Diffamierungen reagiert und einen zunehmenden inneren Drang verspürt, sich beruflich zu verändern.

Ob sie auf das Ziel der Fachzahnarztausbildung verzichten sollte, ist von außen nicht zu beantworten. Zu wünschen wäre allerdings – sofern es die Psychen von Zahnärztin und Kind erlauben –, dass sie an ihrem Weiterbildungsziel festhalten kann. Hierbei kommt der Familie und dem Freundeskreis, gerade bei einer Berufstätigkeit mit Arbeitszeitschwerpunkt an den Nachmittagen, eine wichtige unterstützende Rolle zu. Auch das Angebot, in einer allgemeinzahnärztlichen Praxis zu arbeiten, hat letztlich eine supportive Funktion: Es signalisiert Dr. RI, dass sie im ungünstigen Fall einer Eskalation über einen „Plan B“ verfügt.

*Gereon Schäfer*

#### Korrespondenzadressen

*Dr. med. dent. Jens Kaschuba  
Eppendorfer Landstr. 139a  
20251 Hamburg  
jens@drkaschuba.de*

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



**Die Literaturliste kann im Bereich Download auf [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.**

Wrigley-Prophylaxe-Preis 2012

## Vielseitige Aktivitäten belohnt

**Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) wurde der mit insgesamt 10 000 Euro dotierte Wrigley-Prophylaxe-Preis in Dresden verliehen. Unter 22 Bewerbern, der zweithöchsten Teilnehmerzahl seit Ausschreibungsbeginn 1994, errangen Zahnmediziner aus Ulm, Unna, Zürich und München ihre Preisgelder und Urkunden. Hier die Inhalte der preisgekrönten Untersuchungen, die alle das Ziel hatten, die Oralprophylaxe zu unterstützen und ihre Erfolge noch weiter voranzutreiben.**

Im Bereich Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege in der Altenpflegeausbildung liegt bekannterweise noch einiges im Argen. Immer mehr Patienten in höherem Alter haben noch eigene Zähne, sind prothetisch aufwendig saniert und leiden an Parodontopathien, Perioimplantitiden sowie freien Zahnhälften.

### Oralkonzept für die Altenpflege

Vor dem Hintergrund dieser verbesserungswürdigen Pflegeverhältnisse wurde ein zukunftsweisendes oralprophylaktisches Schulungskonzept unter der Leitung von Dr. Elmar Ludwig, Ulm, in Kooperation mit der Konferenz der Altenpflegeschulen in Baden-Württemberg (KAS) erarbeitet. Diese Arbeit erhielt den ersten Preis in der Kategorie Öffentliches Gesundheitswesen.

Bislang werden in der bundeseinheitlichen Altenpflegeausbildung für den Mundbereich lediglich die Soor- und Parotitisprophylaxe erwähnt, die vornehmlich auf Patienten mit herausnehmbarem Zahnersatz sprich Total-

prothesen ausgerichtet waren. Ziel dieser Studie war nun die Entwicklung eines Gesamtkonzepts für die Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege, das den veränderten Zahn-Verhältnissen von Senioren, die auch in höherem Alter noch teilbezahnt oder mittels Implantaten umfangreich prothetisch rehabilitiert sind, gerecht wird.

Für das Lernfeld „Alte Menschen personen- und situationsgerecht pflegen“ wurden drei Ausbildungsmodulare sowie ein Fortbildungsmodul entwickelt. Die Lehr- und Lernmittel (Schulungsvorträge, Skripte, Pflegefilm, Übungsmodell und Phantomkopf) berücksichtigen dabei in besonderem Maße die Anforderungen der Pflegepraxis. Der Unterricht wird im ersten Ausbildungsjahr durch Fachlehrer der Pflegeschulen durchgeführt. Im zweiten und dritten Ausbildungsjahr wie auch in der Fortbildung übernehmen Zahnärzte aus der Praxis dann die Schulungen.

Nach einer einjährigen Erprobungsphase folgte zwischen April 2011 und Februar 2012 die eigentliche Studie an zehn privaten Altenpflegeschulen. Begleitende Lernzielkontrollen vor und nach den Schulungen sollten den theoretischen Lerngewinn dokumentieren. Evaluationen durch die Schüler sowie durch die Referenten ermöglichten zudem eine weitere kritische Prüfung der Lehr- und Lernmittel. Von 836 Datensätzen aus 42 Klassen konnten schließlich 672 Datensätze zur Auswertung herangezogen werden.

Der theoretische Lerngewinn erreichte nach Jahrgängen ausgewertet bis zu 24,6 Prozent. Einzelne Klassen konnten einen Lerngewinn von bis zu 38 Prozent erreichen, und bei der Auswertung einzelner Aussagen betrug der Lerngewinn sogar bis zu 57 Prozent.

In allen Ausbildungsjahrgängen sowie in der Fortbildung wurde eine deutliche Steigerung der subjektiv empfundenen Kompetenz angegeben – was ja die Grundvoraussetzung für die Durchführung einer adäquaten Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege bei pflegebedürftigen Menschen darstellt. Die Lehrer und zahnärztlichen Referenten waren mit den Inhalten der Schulungen nahezu einstimmig einverstanden und bestätigten die Durchführbarkeit des Konzepts in der Praxis. Aufgrund des erfolgreichen Ergebnisses ist nun geplant, die Ergebnisse dieser Studie im Rahmen der aktuell angestrebten Harmonisierung der Ausbildung zum Altenpfleger, der Kinder- und Gesundheits- sowie Krankenpflege dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe vorzustellen.

### Spezielle Prophylaxe bei Bisphosphonat-Therapie

Die Autorengruppe um Dr. Thomas Mücke, Klinikum rechts der Isar, TU München, beschäftigte sich mit Bisphosphonat-assoziierten Knochennekrosen (BRONJ), Erkrankungen der Kieferregion, die bei Patienten mit malignen Grunderkrankungen durch spezifische pathophysiologische Prozesse bei vorliegenden dentogenen Foci auftreten, und erhielt dafür den zweiten Preis im Sektor Wissenschaft. Um eine solche Erkrankung trotz Bisphosphonat-Therapie zu vermeiden, war es Ziel der vorliegenden Studie, prophylaktische und therapeutische Maßnahmen zur Beseitigung möglicher Zahnfoci zu ergreifen. In der eingereichten Arbeit wurden regelmäßige Recalls der einzelnen Patienten in zwölfwöchigen Abständen durchgeführt. Die Patienten wurden vor geplanter



Das Personal, das Senioren in der oralen Pflege anleitet, muss besonders geschult sein.

Bisphosphonat-Therapie mit Zoledronat vorgestellt und entsprechend dem klinischen Befund prophylaktisch oder therapeutisch behandelt. Als Vergleichsgruppe wurden Patienten herangezogen, die keine Intensivprophylaxe bekamen und ihre empfohlenen regelmäßigen Wiedervorstellungstermine beim Hauszahnarzt in Anspruch nahmen. Insgesamt 208 Patienten nahmen an der Studie teil. Prospektiv wurden 45 Patienten von Januar 2008 bis Februar 2012 behandelt. Eine BRONJ trat bei einem Patienten (2,2 Prozent) der Studiengruppe und bei 38 (23,3 Prozent) Patienten der Vergleichsgruppe auf. Zwischen beiden Patientengruppen wurde ein signifikanter Unterschied (Regressionsanalyse,  $p=0,01$ ; 95 Prozent CI = 0,01 bis 0,561) festgestellt. Der Vergleich von API (Approximalraum-Plaque-Index) und PSI (parodontaler Screening-Index) zum Zeitpunkt der Erstvorstellung mit dem letzten Befund ergab einen hochsignifikanten Unterschied zwischen beiden Behandlungszeitpunkten ( $p < 0,0001$ ). Damit war bewiesen, dass die Eingliederung von onkologischen Patienten in eine Bisphosphonat-Sprechstunde zur Verbesserung des Zahnstatus durch prophylaktische und konservierende Maßnahmen und die frühzeitige Therapie aufgrund der vorhandenen Risikofaktoren bei diesen Patienten für die Vermeidung einer BRONJ eine sehr sinnvolle und zugleich wirkungsvolle Maßnahme darstellen, denn die Verbesserung der Mundhygiene bei den Patienten durch die Recalls zeigte einen signifikanten Effekt auf die Mundgesundheit, insbesondere bezogen auf die Patienten der Vergleichsgruppe. Ebenso konnten die Probanden positiv motiviert werden, was die Mundgesundheit positiv beeinflusste.

## **Karies-Risikogruppe gezielt angehen**

Obwohl sich die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland in den letzten 30 Jahren erfreulich positiv entwickelt hat, verteilt sich die Hauptlast der Karies auf einen kleinen Teil der Kinder und

Jugendlichen (etwa 20 Prozent). Ziel der eingereichten Arbeit war es nun, auch in dieser Gruppe effiziente Effekte bezüglich eines verbesserten Oralbewusstseins zu erzielen. Für diese Untersuchung wurde der zweite Preis im Sektor Öffentlicher Gesundheitsdienst vergeben. So wurde an ausgewählten Beispielen aus der Praxis des



Foto: Johnner/Fotoline

*Ein spezielles Programm kann helfen, Karies-Risikokinder gezielt zu betreuen und zu motivieren.*

Zahnärztlichen Dienstes im Kreis Unna durch Dr. Claudia Sauerland aufgezeigt, dass sich durch kontinuierliche Vorgehensweise neben den zuverlässigen Effekten bei dem größeren Teil der Kinder und Jugendlichen auch in der allgemein als schwer erreichbar geltenden Bevölkerungsgruppe in prekärer sozialer Lage deutliche und ermutigende Effekte einstellen und nachweisen lassen. Dies geschieht – eingebettet in ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem – durch die Beschreitung neuer Wege mit den Schlüsselementen Steuerung, Planung, Kommunikation und Netzwerkbildung: Prophylaxeaktivitäten werden gezielt und punktgenau dort intensiviert durchgeführt, wo der Bedarf am höchsten ist. Durch Setting-Ansätze wie die tägliche Zahnpflege in Kindertagesstätten und Offenen Ganztagschulen lässt sich nicht nur die Gewohnheitsbildung fördern. Es sind bereits mittelfristig Effekte nachweisbar, von denen insbesondere Kinder mit Kariesneigung und erhöhtem Kariesrisiko profitieren können. Die moderne Ausrichtung von zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen erzielt – gezeigt am Beispiel der Versiegelungsrate – bei Kindern mit

erhöhtem Kariesrisiko neben traditionell tertiären auch primärpräventive Effekte. Die Etablierung eines neuen und nachhaltigen Systems nachgehender Fürsorge mit optimierter Kommunikation hat bewirkt, dass sowohl der Anteil an zahnärztlich versorgten Kindern und Jugendlichen insgesamt als auch der Anteil an dauerhaft unbehandelten Schülerinnen und Schülern deutlich reduziert werden konnte. Schließlich lässt sich durch die Netzwerkbildung auf Kreisebene und die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern nicht nur die (zahn)gesundheitliche, sondern oftmals die Gesamtsituation von Kindern in schwierigen Lebenslagen erheblich verbessern, so die Studie.

## Schmelzabrasion und Anpressdruck

Nicht-kariöse Zahnhartsubstanzdefekte werden in der Regel durch ein komplexes Zusammenspiel von erosiven und abrasiven Einflüssen hervorgerufen. Während das Zähnebürsten auf gesunder Zahnhartsubstanz im Rahmen der normalen häuslichen Mundhygiene nahezu keinen Abtrag hervorruft, können erosive Läsionen durch das Zähneputzen durchaus verstärkt werden, wenn sowohl die Abrasivität der Zahnpasta, die verwendete Zahnbürste und ein erhöhter Anpressdruck eine Rolle spielen.



Zu sehr „schrubben“ schädigt den Zahnschmelz, wenn er erosiv vorgeschädigt ist.

Diese Effekte untersuchten PD Dr. Annette Wiegand und ihr Team aus Zürich (erster Preis Wissenschaft). Ziel der vorliegenden Studie war es im Speziellen, den Anpress-

druck von Schall- und Handzahnbürsten in vivo zu bestimmen und den Effekt der Anpressdrücke auf die Abrasion von gesunder und erodierter Zahnhartsubstanz in vitro zu untersuchen.

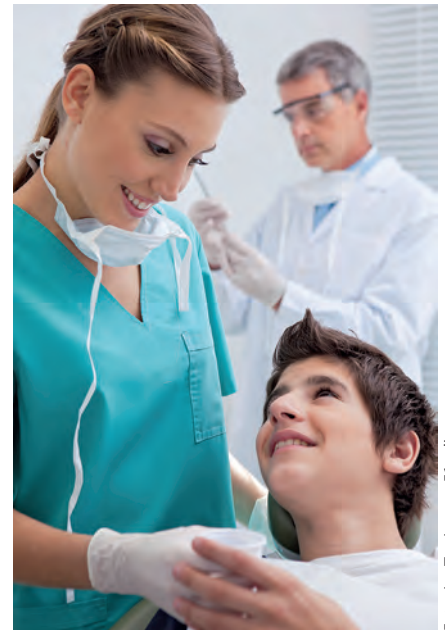
Der Anpressdruck beim Zähnebürsten mit einer Handzahnbürste und zwei Schallzahnbürsten (Sonic complete, Oral B; Senonic Professional, Waterpik) wurde bei 27 Probanden gemessen. Die in vivo gemessenen Werte wurden in das In-vitro-Experiment übertragen, in dem gesunde und erodierte Schmelz- und Dentinproben mit dem entsprechenden Anpressdruck mit einer fluoridierten Zahnpasta gebürstet wurden. Die Schallzahnbürsten wurden mit signifikant niedrigerem Anpressdruck ( $0.9 \pm 0.2$  N) als die Handzahnbürste ( $1.6 \pm 0.3$  N) verwendet und führten zu einer signifikant geringeren Abrasion von gesundem und erodiertem Dentin. Auf gesundem und erodiertem Schmelz zeigten sich nur geringfügige Unterschiede zwischen den Zahnbürsten.

Aus den Ergebnissen leiteten die Autoren ab, dass Patienten mit freiliegenden und/oder erodierten Dentinoberflächen zur Minimierung von Abrasionen die Verwendung von Schallzahnbürsten empfohlen werden sollte.

## Zahnputz-Videoanalyse bei jungen Erwachsenen

Die Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege in Hessen hat verbindliche Vorgaben zur Mundhygieneerziehung in der Gruppenprophylaxe formuliert. Ziel ist, die Kinder „mit einer fürs Leben effektiven Zahnputzsystematik zu entlassen“. Ebenso soll im Zuge der Individualprophylaxe eine individuell abgestimmte Zahnputztechnik erarbeitet werden. Am Ende dieser strukturierten Präventionsprogramme sollten junge Erwachsene hinreichende Mundhygienetechniken erlernt haben.

Bislang ist jedoch wenig über das definitive Mundhygieneverhalten dieser Personengruppe bekannt. Als Teil einer größeren Studie ging das Team um Tobias M. Winterfeld aus Marburg und Gießen mit



Jugendliche sind besonders schwer motivierbar für eine effiziente Mundhygiene.

einer Videoanalyse der Frage nach, wie Personen dieser Altersgruppe ( $n = 101$ ) mit Zahnbürste und Zahnseide umgehen und erhielt dafür einen Sonderpreis. Neben etablierten Parametern wie der Zahnputzdauer wurden verschiedene Aspekte der Bewegungsabläufe bei der habituellen Mundhygiene mit Zahnbürste und Zahnseide untersucht.

Die Studie konnte zeigen, dass nur wenige junge Erwachsene eine systematisch durchgeführte Putztechnik erkennen lassen. Die Bewegungsabläufe waren durch häufige Wechsel zwischen den anterioren und posterioren Regionen und der Bevorzugung der Vestibulärflächen gekennzeichnet und enthielten Elemente, die im Rahmen der Mundhygieneerziehung im Kindesalter vermittelt werden. Viele Probanden erreichten nicht alle Mundregionen, vor allem nicht die Oralregion der Seitenzähne. Weniger als die Hälfte der Teilnehmer benutzte Zahnseide, davon erreichten nur zehn Prozent alle Interdentalräume, nur vier Prozent beherrschen eine suffiziente Technik.

Diese Ergebnisse konnten zeigen, dass junge Erwachsene die in der Gruppen- und Individualprophylaxe bestehenden Empfehlungen in Bezug auf die Mundhygiene nicht hinreichend umsetzen können. sp/pm

26. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung

## Impulse aus den Naturwissenschaften

**Die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) feiert 25-jähriges Bestehen und lud heuer zur Tagung in das Deutsche Hygienemuseum nach Dresden ein. Thematisiert wurde die Translation von neuen Erkenntnissen aus Werkstofftechnologie und Biowissenschaften in die Zahnerhaltung. Dabei ging es nicht nur um die Praxistauglichkeit moderner Verfahren in Prävention und Therapie, sondern auch um neue Impulse für die Wissenschaft und um einen Dialog mit Naturwissenschaftlern und Ingenieuren zu den Kernfragen des Faches.**



Feiert sein 100-jähriges Jubiläum: Das Deutsche Hygienemuseum in Dresden war Austragungsort der diesjährigen DGZ-Jahrestagung.

Foto: Deutsches Hygiene Museum - David Brandt

Über 450 Gäste aus Wissenschaft und Praxis fanden den Weg in die sächsische Landeshauptstadt – darunter Zahnärzte, Studenten und Naturwissenschaftler. Für das Tagungsthema bot Dresden den optimalen Rahmen, ging es doch um die Translation neuer Ideen und Impulse aus den Naturwissenschaften, insbesondere aus Nanotechnologie und Biowissenschaften, in die Zahnmedizin. Am Standort Dresden sind – in nahezu einmaliger Weise – Medizin, Zahnmedizin,

Ingenieur- und Naturwissenschaften sowie zahlreiche außeruniversitäre Forschungseinrichtungen gleichermaßen vertreten. Die enge Zusammenarbeit erfolgt im Rahmen des Dresden-concept, das Wissenschaft und Kultur verbinden will, um kurze Wege zum (Wissens-)Austausch und zur Kooperation zu ermöglichen und um die Forschung nach außen sichtbar zu machen.

Auf der Tagung wurde nicht nur hinterfragt, welche Möglichkeiten die moderne Wissenschaft bietet, sondern vor allem auch, welche Herausforderungen in der modernen Zahnerhaltung bestehen und welche Innovationen denn tatsächlich praxisrelevant sind.

Die Tagung wurde mit Grußworten von Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Prof. Dr. Wolfgang H.-M. Raab, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung, Prof. Dr. Christian Hannig, Tagungspräsident und Präsident der neu gegründeten Deutschen Gesellschaft für restaurative und regenerative Zahnerhaltung, und Dr. Mathias Wunsch, Präsident der Landeszahnärztekammer Sachsen, eingeleitet. Zwei ergänzende Symposien wurden an-

geboten, das DGZ-GABA-Symposium zum Thema „Prävention von Zahnhartgewebeerkrankungen“ und das Wrigley-Oral-Health-care-Program-Symposium zum „Multitalent Speichel“. Weiterhin bot Coltène einen Composeer-Hands-on-Kurs an, in dem ein Direkt-Veneer-System mit Komposit-Verblendschalen erlernt werden konnte.

Die DGZ ermöglichte mit ihrem Workshop „GOZ trifft Zahnerhaltung“ Einblicke in die aktuelle Gebührenordnung für Zahnärzte. Zur Förderung des zahnärztlichen Nachwuchses wurde auch in diesem Jahr wieder ein Studentenseminar mit dem Thema „Nichtkariesbedingte Zahnhartsubstanzverluste“ angeboten. Prof. Dr. Adrian Lussi, Bern, und Dr. Nadine Schlüter, Gießen, leiteten dieses Seminar, das Ätiologie, Prävalenz, Differenzialdiagnostik, Prävention und Therapie umfasste.

Die wissenschaftlichen Impulsvorträge wurden mit dem Vortrag von Prof. Dr. Carsten Werner, Dresden, eröffnet. Er setzt sich mit „Easy-to-clean-Oberflächen“ auseinander, erforscht das Biofouling-Phänomen auf Materialoberflächen und wie dieses Problem gegebenenfalls über Oberflächenmodifizierung gelöst werden könnte. Interessante Vorbilder bietet die Natur, etwa benetzungsresistente Lotusblätter. Prof. Dr. Matthias Hannig, Homburg/Saar, beleuchtete im Anschluss, welche Ansätze tatsächlich für die Anwendung in der Mundhöhle geeignet sind. In einem Übersichtsreferat stellte er den Einfluss von Nanomaterialien auf den oralen Biofilm dar. Es gebe zahlreiche Ansätze, die positiven Eigenschaften der Nanomaterialien in die Zahnheilkunde zu integrieren, allerdings seien diese bisher größtenteils nur in vitro getestet worden. Abzuwarten bleibe, ob diese Ergebnisse auch durch klinische Studien validiert werden können, vor allem unter Berücksichtigung des toxikologischen Potenzials.

Prof. Dr. Helmut Cölfen, Konstanz, stellte – nach einer einführenden Erläuterung der Biomineralisation im Allgemeinen – die verschiedenen Ansätze für Kristallisationspro-

### INFO

#### Restrukturierung

Im Rahmen eines Festakts anlässlich des 25-jährigen Jubiläums wurde die neue Struktur der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) vorgestellt. Unter dem Dach der DGZ finden sich von nun an die Deutsche Gesellschaft für Präventivzahnmedizin (DGPZM), die Deutsche Gesellschaft für restaurative und regenerative Zahnerhaltung (DGR<sup>2</sup>Z) und die Deutsche Gesellschaft für Endodontie und zahnärztliche Traumatologie (DGET). ■

## INFO

**Auszeichnungen**

zesse vor. Im Fazit seines Vortrags diskutierte er, ob biomimetische Füllungen aus Zahnschmelzersatz die Zukunft der Füllungstherapie darstellen können. Die adhäsive Füllungstherapie wurde durch Prof. Dr. Roland Frankenberger, Marburg, näher beleuchtet. Durch die Inkorporation von Nanotechnologie habe eine bessere Polierbarkeit von Kompositen, eine Verringerung der Polymerisationsschrumpfung sowie die Verbesserung weiterer werkstoffwissenschaftlicher Parameter erreicht werden können. Dadurch erst lasse sich eine nachhaltige Therapie gewährleisten und die stets angestrebte Minimalinvasivität realisieren, so Frankenberger. Des Weiteren berichtete er von der „Biomimetic Dentin Remineralization“, deren Ziel sei, den Komposit-Zahn-Verbund bei potenziell remineralisierbarem Dentin nach der weitestgehend „atraumatischen“ Kariesexkavation zu maximieren.

Eine kritische Betrachtung der Nanotechnologie in der Zahnerhaltung erfolgte durch Prof. Dr. Gottfried Schmalz, Regensburg: „Nanopartikel – ein Fluch oder ein Segen?“ Man dürfe in jedem Fall nicht gedankenlos mit zahnmedizinischen Werkstoffen umgehen. Schlussfolgernd ließ er verlauten, dass besonders aus toxikologischer Sicht, eine bessere Verknüpfung zwischen biomedizinischer Forschung, Klinik und Dentalindustrie angestrebt werden sollte.

**Zwischen Theorie und Praxis klafft eine Lücke**

Die Hauptvorträge des zweiten Tages befassten sich mit den Themenkomplexen „Regeneration des Endodonts“, „Kariesrisiko“ und „Fluoride“. Der Impulsvortrag von Prof. Dr. Werner Götz, Bonn, gab einen Überblick über den aktuellen Stand der Stammzellforschung. Insbesondere ging er darauf ein, dass adulte Stammzellen inzwischen aus fast allen dentalen und orofazialen Geweben isoliert werden können und ihre Anwendung in Verbindung mit modernen Methoden zu einer Vielzahl möglicher Zell- und Gewebetherapien an Zähnen und in der Mundhöhle geführt haben. In der Zahnmedizin werde die Stammzellforschung längerfristig zu einer „Biologisierung“ der Therapieverfahren kom-

Der Walkhoff-Preis der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung ging an PD Dr. Kerstin Galler (Regensburg), der GABA-Praktiker-Preis der DGZ wurde Dr. Christian Krupp (Hamburg) verliehen und die DGZ-Jahresbestpreise in den Kategorien Poster gingen an Dr. Nina-Kristin Link (1. Preis, Regensburg), Dr. Slavica Manojlovic (2. Preis, Düsseldorf) und Dr. Nadine Schlüter (3. Preis, Gießen). Bei den Vorträgen gewannen Dr. Nora Bergmann (1. Preis, Düsseldorf), Dr. Sebastian Paris (2. Preis, Kiel) und Marie-Theres Weber (3. Preis, Dresden), unterstützt durch Procter und Gamble.

biniert mit herkömmlichen Werkstoffen führen. Auch die Regeneration des Endodonts wurde kritischen Betrachtungen unterzogen. PD Dr. Kerstin Galler, Regensburg, stellte Ergebnisse vor, die die Möglichkeiten und Grenzen regenerativer Verfahren nach derzeitigem Wissensstand aufzeigten. Insbeson-



Foto: A. Meinardus/DÄV/zm

Eine Titelgeschichte zur „Nanomedizin“ ist in den zm 21/2010 erschienen.

dere ortsständige Stammzellen, lokalisiert in den Pulpageweben, wiesen regeneratives Potenzial auf. Die Kenntnis eines potenziell geeigneten Therapiekonzepts sei die Grundlage, um klinisch eine Regeneration der Pulpa zu erreichen, so PD Dr. David Sonntag, Düsseldorf. Unerlässlich für die technische Umsetzung seien optische Vergrößerung, koaxiales Licht und gewebefreundliche Materialien. Insbesondere Zähne mit weit offenem Apex hätten eine günstige Prognose. Regenerative Endodontie im Wechselbiss sei

Der Wrigley-Prophylaxe-Preis, der unter der Schirmherrschaft der DGZ steht, wurde in der Kategorie „Öffentliches Gesundheitswesen und Praxis“ an Dr. Elmar Ludwig (1. Platz, Ulm) sowie an Dr. Claudia Sauerland und Dr. Christoph Hollinger (beide 2. Platz, Unna) verliehen. In der Kategorie „Wissenschaft“ ging er an PD Dr. Annette Wiegand (1. Platz, Zürich) und an die Arbeitsgruppe um Dr. Thomas Mücke (2. Platz, München). Einen Sonderpreis nahm Tobias Winterfeld für ein Kooperationsprojekt der Universitäten Gießen und Marburg entgegen. ■

bereits heute möglich, für Zähne mit abgeschlossenem Wurzelwachstum sei das die Zahnmedizin von morgen.

Ein weiterer Themenkomplex beschäftigte sich mit dem Kariesrisiko. Karies ist nach wie vor die am weitesten verbreitete Infektionskrankheit. Einen prospektiven Test zur Abschätzung des Kariesrisikos gebe es bislang jedoch nicht – so PD Dr. Stefan Rupf, Homburg/Saar. Trotz Nanotechnologie spielen Fluoride in der Kariesprävention weiterhin eine wichtige Rolle. Prof. Dr. Gerhard Buchalla, Zürich, ging in seinem Vortrag auf die grundlegenden kariesprotektiven Wirkmechanismen der Fluoride ein, doch seien diese immer noch nicht vollständig geklärt. „Was brauchen wir in der Zahnerhaltung? Biowissenschaftliche Innovationen oder die konsequente Umsetzung etablierter Verfahren?“ Diese Frage stellte Prof. Dr. Rainer Haak, Leipzig, in seiner Schlussbetrachtung. Industrie, Wissenschaftler und Forscher spezialisierten sich in einem erheblichen Ausmaß und das verfügbare Wissen in der Zahnmedizin nehme erheblich zu. Es sei für eine einzelne Person nahezu unmöglich, gleichzeitig Kompetenz in Praxis, Forschung und Lehre zu beweisen. Die Kluft zwischen Alltag und bester evidenzbasierter Medizin drohe stetig zuzunehmen. In der Zukunft müsse versucht werden, diese Lücke zu schließen, um die Mundgesundheit zu fördern und die Auswirkungen oraler Erkrankungen auf die Allgemeingesundheit zu reduzieren.

Constanze Wagenschwanz  
Poliklinik für Zahnerhaltung  
Fetscherstr. 74  
01307 Dresden





Foto: yourphotoday

### Repetitorium

## Intersexualität

**Nicht Mann, nicht Frau – es gibt Menschen, denen ist nicht eindeutig eines der beiden Geschlechter zuzuordnen. Der Deutsche Ethikrat empfiehlt deshalb offiziell die Einführung eines dritten Geschlechts und die Akzeptanz des Begriffs „intersexuell“ bei der Geschlechtszuordnung. Hier die medizinischen Fakten.**

Das Aussehen eines Menschen erlaubt üblicherweise die Einteilung nach „Mann“ oder „Frau“. Im Zweifelsfall schafft die Anatomie des Betreffenden, also die Ausprägung und Anordnung der inneren und äußeren Geschlechtsmerkmale wie das Vorliegen von Eierstöcken, Gebärmutter und Scheide oder Hoden, Nebenhoden, Prostata und Penis, Klarheit.

Nicht immer aber ist die Unterscheidung zwischen Mann und Frau klar zu treffen, denn es gibt Varianten des Erscheinungsbildes mit gleichzeitig einerseits typisch weiblicher und andererseits typisch männlicher Ausprägung. Ist eine eindeutige Geschlechtszuordnung aufgrund anatomischer Varianten nicht möglich, besteht die sogenannte Intersexualität. Dies ist ebenso der

Fall, wenn ein Mensch hinsichtlich seiner Chromosomenausstattung nicht zweifelsfrei als Mann oder Frau einzuordnen ist.

### Abgrenzung zur Transsexualität

Deutlich abzugrenzen ist die Intersexualität von der Transsexualität. Bei der Transsexualität stellt der Betreffende im Laufe seines Lebens fest, dass sich sein körperliches Geschlecht von seinem psychischen Geschlecht unterscheidet. Er erkennt, dass er beispielsweise als Mann geboren wurde, sich jedoch selbst als Frau fühlt oder umgekehrt.

Somit besteht keine körperliche Zwischenstellung zwischen den beiden Geschlechtern, sondern vielmehr eine Polarisierung zwischen den anatomischen Gegebenheiten und dem Fühlen und Erleben. Dies führt häufig dazu, dass die Betroffenen versuchen, ihr angeborenes Geschlecht abzulegen und das aus ihrer Sicht „richtige“

Geschlecht anzunehmen, was üblicherweise operative und auch hormonelle Behandlungen zur Folge hat.

### Begrifflichkeit

Anders ist dies bei der Intersexualität. Der Begriff wurde im Jahr 1915 durch den Genetiker Richard Goldschmidt geprägt. Im Jahr 2005 wurde im Rahmen einer internationalen Konsensuskonferenz für die Mischform von Mann und Frau der Begriff der Sexualdifferenzierungsstörung, oft in wissenschaftlichen Publikationen abgekürzt als DSD (Disorders of Sex Differentiation) festgelegt. Dieser Begriff wird von den Betroffenen jedoch abgelehnt, weil er das Wort „Störung“ beinhaltet und damit suggeriert, dass es sich um eine Erkrankung handelt.

Zwar kann die Intersexualität tatsächlich mit Symptomen einhergehen, dies muss aber nicht der Fall sein, denn die Koexistenz von männlichen und weiblichen Organen ist

Repetitorium

ebenso völlig symptomfrei möglich. Sie ist keineswegs ein per se krankhafter Zustand, sondern als Normvariante anzusehen und zu akzeptieren. Eine Diskriminierung darf sich aus der Intersexualität nicht ergeben, so hat es kürzlich der Deutsche Ethikrat in einer Stellungnahme festgestellt. Er hat zugleich empfohlen, eine entsprechende Angabe im Personenstandsregister als „intersexuell“ zuzulassen und sogar explizit vorzusehen.

Eine besondere Form der Intersexualität liegt vor, wenn bei einem Menschen beide Keimdrüsen, also Hoden und Eierstöcke, vorhanden sind. Dann besteht Zwitterigkeit respektive Zwittertum, auch Hermaphroditismus genannt. Der Begriff leitet sich ab von den griechischen Göttern Hermes und Aphrodite und der griechischen Figur Hermaphroditos, einem Sohn von Aphrodite und Hermes, der durch die Umarmung der Nymphe Salmakis zu einem zweigeschlechtlichen Wesen wurde.

Die vollständige Doppelgeschlechtlichkeit ist sehr selten, meist besteht bei der Intersexualität Getrenntgeschlechtlichkeit, wobei das chromosomale Geschlecht und das gonadale Geschlecht nicht mit dem genitalen Geschlecht übereinstimmen. Dann liegt ein sogenannter Pseudohermaphroditismus vor, auch als Androgynität bezeichnet. Bekannt sind zwei Formen, der maskuline Typ, bei dem die Keimdrüsen männlich sind, das äußere Erscheinungsbild aber weiblich ist, und der feminine Typ, bei dem das gonadale Geschlecht weiblich ist, das äußere Erscheinungsbild aber männlich.

## Das biologische Geschlecht

Der Mensch pflanzt sich bekanntlich geschlechtlich fort, was – anders als beim Zwittertum – eine Differenzierung von Geschlechtern voraussetzt. Ob ein Mensch als Junge oder Mädchen respektive als späterer Mann oder spätere Frau zur Welt kommt, hängt davon ab, wie die Geschlechtschromosomen beim Zeugungsvorgang verteilt werden.

Üblicherweise liegen in den Körperzellen des Menschen 46 Chromosomen vor. Sie bilden den sogenannten Karyotyp. Wir besitzen einen doppelten Chromosomensatz,



Foto: DocStock

jedes Chromosom ist in doppelter Ausprägung vorhanden. Die Zelle enthält somit 23 Chromosomenpaare, wovon 22 als Autosomen bezeichnet werden und für die Geschlechtsdifferenzierung nicht entscheidend sind. Anders ist das beim 23. Chromosomenpaar, den Geschlechtschromosomen, die die Geschlechtsdifferenzierung vorgeben. Bei zwei X-Chromosomen, ist das Geschlecht weiblich, im Falle eines X- und eines Y-Chromosoms ist es männlich.

Festgelegt werden die Verteilung der Geschlechtschromosomen und damit das Geschlecht des Kindes bei der Reifung der Keimzellen und dem späteren Zusammenreffen und der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle. Denn bei der Reifung der Keimzellen wird aus dem diploiden, also doppelten Chromosomensatz, ein haploider, also einfacher Chromosomensatz. Jede Eizelle enthält dabei jeweils ein X-Chromosom, bei der Spermienreifung resultieren aus dem ursprünglichen XY-Chromosomenpaar zwei Spermien, eines, das ein X-Chromosom, und eines, das ein Y-Chromosom trägt. Damit sind bei der Zeugung verschiedene „Konstellationen“ möglich, bei der Verschmelzung von Eizelle und Spermium können zwei X-Chromosomen aufeinanderreffen oder ein X- und ein Y-Chromosom, was dann das Geschlecht festlegt.

Soweit die Theorie. Denn es kommen auch Abweichungen vor. Diese können durch die chromosomale Zuordnung bei der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle bedingt sein oder durch inkorrekte Teilungsvorgänge im frühen Embryo.

*Frühe operative Eingriffe bei intersexuellen Kindern, wie sie lange Zeit üblich waren, werden heutzutage von Fachleuten sehr kritisch gesehen. Die Operation sollte erst in späterem Alter erfolgen.*

## Entwicklung der Keimdrüsen

Die Geschlechterzuordnung erfolgt prima vista über die Keimdrüsen, die sogenannten Gonaden. Paarig angelegte Hoden sind dabei kennzeichnend für das männliche, paarig angelegte Eierstöcke für das weibliche Geschlecht. Liegen beide Organe in einem Organismus vor, was nur äußerst selten der Fall ist, besteht ein echter Hermaphroditismus.

Bei Beginn der Embryonalentwicklung lassen sich die Gonaden nicht unterscheiden, sie bilden sich mit Heranwachsen des Embryos aus zunächst neutralem Gewebe. Erst ab Ende der sechsten Woche wird erkennbar, ob sich männliche oder weibliche Geschlechtsorgane ausbilden. Denn erst in diesem Entwicklungsstadium wird das sogenannte SRY-Gen auf dem Y-Chromosom abgelesen, das für die Bildung des hoden-determinierenden Faktors verantwortlich ist. Fehlt dieser Faktor – beispielsweise als Folge einer Mutation – unterbleibt die Ausbildung der Hoden und es kommt – unabhängig vom chromosomalen Geschlecht – zur Anlage weiblicher Keimdrüsen.

Die Ausbildung der äußeren Geschlechtsorgane folgt im weiteren Entwicklungsverlauf der Anlage der inneren Geschlechtsorgane, deren Differenzierung maßgeblich auch durch Sexualhormone gesteuert wird. Ebenso wie die inneren Gonaden bilden sich auch die äußeren Geschlechtsorgane aus zunächst undifferenziertem Gewebe, was erklärt, wieso ein Organismus sowohl

männliche als auch weibliche Organe tragen kann.

Neben dem biologischen Geschlecht, das sich aus den vorhandenen Gonaden ergibt, kennt man auch das sogenannte „psychische Geschlecht“, ein Begriff, der das Erleben der sexuellen Identität sowie das „soziale Geschlecht“, die sexuelle Identität in der Gesellschaft, darstellt.

Ethikrats dargelegt wird. Bei den betreffenden Personen liegen sowohl eierstockähnliche als auch hodenähnliche Organe mit meist zugleich rudimentären Stranggonaden vor.

Die anatomischen Besonderheiten haben gesundheitliche Konsequenzen, da zumeist ein deutlich erhöhtes Krebsrisiko besteht. Es gibt zwei Varianten, die gemischte Gona-

## Anormale Androgenfunktion

Ursache der Intersexualität kann auch eine Androgenunterfunktion sein, beispielsweise als Folge einer blockierten Androgensynthese im Zwischenhirn. Dann wird das vom Zwischenhirn ausgehende Signal zur Differenzierung der Hoden und zur Produk-



Fotos: picture alliance (2); DocStock

*Ob eine medizinische Behandlung indiziert ist, hängt wesentlich davon ab, ob es durch die Intersexualität zu Funktionsstörungen kommt, die therapeutische Maßnahmen dann schließlich notwendig machen.*

## Formen der Intersexualität

Kommt es zu Mutationen oder Störungen der Embryonalentwicklung, kann daraus ein atypischer Chromosomensatz resultieren. Bekannt sind beispielsweise das Turner-Syndrom, das durch das Fehlen des zweiten Geschlechtssyndroms – also durch den Karyotyp 45,X0 – gekennzeichnet ist, sowie das Klinefelter-Syndrom mit doppeltem X-Chromosom – also durch den Karyotyp 47,XXY.

Daneben sind weitere Anomalien möglich wie etwa gonadale Variationen. Beschrieben ist zum Beispiel der seltene Fall eines regulären XX-Chromosomensatzes, bei dem es aus ungeklärter Ursache nicht zur Ausbildung funktionstüchtiger Eierstöcke kommt. Auch der umgekehrte Fall ist möglich, also das Fehlen funktionsfähiger Hoden trotz regulärem XY-Chromosomensatz. Es kommt in solchen Fällen zur Ausbildung sogenannter Stranggonaden. Die Betroffenen haben ein eher weibliches Aussehen und werden nach der Geburt üblicherweise als Mädchen angesehen.

Deutlich häufiger ist eine gemischte Gona-

dendysgenese mit regulärem Chromosomensatz oder auch mit einem sogenannten Chromosomenmosaik, ein Phänomen, bei dem der Chromosomensatz nicht in allen Körperzellen einheitlich ist.

Liegt ein Chromosomenmosaik vor, sind unterschiedliche Konstellationen möglich. Beispielsweise kann die Verteilung X0/XY vorliegen oder zum Beispiel X0/XXY oder auch XX/XY. Die konkrete Chromosomenverteilung bestimmt dabei darüber, ob das äußere Erscheinungsbild weiblich oder männlich ist. Das bedeutet also, ob es bei der zwischengeschlechtlichen genetischen Basis eher zu einem weiblichen Phänotyp mit der Tendenz zur Vermännlichung kommt, oder zu einer männlichen Ausprägung mit der Tendenz zur Verweiblichung – etwa hinsichtlich Körperbau, Haarwuchs und Stimmlage.

Davon abgesehen gibt es Sonderformen wie das ovotestikuläre DSD, bei dem im gleichen Körper Hoden- wie auch Eierstockgewebe nachzuweisen ist. Dies kann bei einem normalen weiblichen wie auch bei einem normalen männlichen Karyotyp auftreten, ebenso ist möglich, dass es beim Chromosomenmosaik aufzufinden ist.

tion von Androgenen nicht adäquat umgesetzt. Auch kann ein Mangel des Enzyms Steroid-5-alpha-Reduktase, also genau des Enzyms, das die Umwandlung von Testosteron in das aktive Dihydrotestosteron katalysiert, den Androgenmangel bedingen. Dieser hat zur Folge, dass sich die Genitalien beim Mann nicht entsprechend dem männlichen Phänotyp entwickeln. Es resultiert ein weiblicher Phänotyp der Genitalien, so dass die Betroffenen üblicherweise als Mädchen angesehen und erzogen werden. Auch eine Androgeninsensitivität als Folge einer Mutation im Androgenrezeptor kann die adäquate Genitalentwicklung verhindern. Ebenso kann die Intersexualität durch eine Androgenüberfunktion – beispielsweise bei einer angeborenen Hyperplasie der Nebennierenrinden – bedingt sein. In einem solchen Fall eines androgenitalen Syndroms (AGS) werden überproportional viele männliche Sexualhormone gebildet, was sich schon bei der Entwicklung der äußeren Geschlechtsmerkmale zeigt.

So kann eine Vergrößerung der Klitoris bis hin zu einer penisähnlichen Form resultieren oder eine hodensackähnliche Ausbildung der Schamlippen. Erfolgt keine Hormonbehandlung, kann die Situation auftreten,

dass das gonadale Geschlecht nicht mit dem chromosomalen Geschlecht übereinstimmt.

## Diagnostik

Festgestellt wird die Intersexualität entweder bei der Geburt des Kindes, wenn eine klare Geschlechtszuordnung als männlich oder weiblich aufgrund der Anatomie nicht möglich ist, oder aber wenn es im Verlauf der späteren Entwicklung des Kindes zu Auffälligkeiten kommt.

Fallen bei der Geburt keine Besonderheiten auf, wird nicht selten eine ärztliche Diagnostik eingefordert, wenn es bei der körperlichen Entwicklung des vermeintlichen Mädchens zum Beispiel zu starkem Bartwuchs oder zum Stimmbruch kommt oder beim vermeintlichen Jungen zu weiblichen Körperformen.

Die Feststellung des Geschlechts kann komplex sein und umfasst die Analyse des chromosomalen, des gonadalen sowie des hormonellen Status. Die Untersuchungen können zur eindeutigen Geschlechtszuordnung männlich oder weiblich führen oder bei entsprechenden Befunden zur Angabe „Intersexualität“, so heißt es in der Stellungnahme des Deutschen Ethikrats.

Das Untersuchungsergebnis ist dabei meist

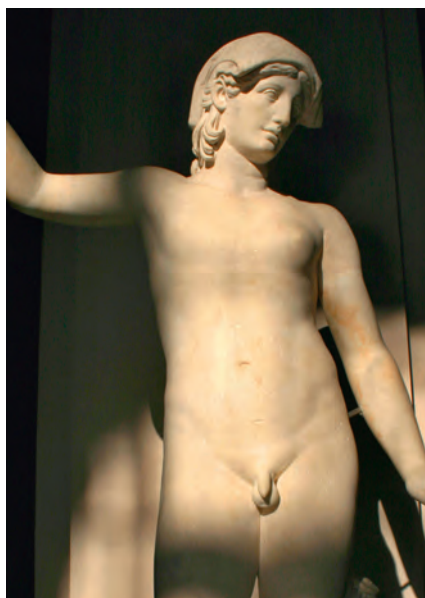


Foto: Saba Latudanna-sabaludanna.de

*Die Koexistenz männlicher und weiblicher Geschlechtsmerkmale in einer Person war schon im alten Griechenland ein Thema.*

nicht nur von rein medizinischer Relevanz, sondern hat auch psychische und psychosoziale Auswirkungen. Es hat möglicherweise weitreichende Implikationen, beispielsweise wenn es bei Leistungssportlern um die Geschlechtsüberprüfung geht. Die Teilnehmer von Leichtathletik-Europameisterschaften, Weltmeisterschaften und Olympischen Spielen müssen sich inzwi-

schon einer Untersuchung zur Geschlechtsfeststellung unterziehen, die zunächst als Ganzkörperuntersuchung geplant war, seit 1967 aber durch einen als weniger diskriminierend erachteten Chromosomentest möglich ist. Die potenziellen Konsequenzen zeigt der Fall der indischen Mittelstreckenläuferin Santhi Soundarajan, der ihre bei den Asienspielen in Katar im Jahr 2006 gewonnene Silbermedaille im Nachhinein aberkannt wurde, weil bei ihr ein männlicher Chromosomensatz nachgewiesen wurde.

## Medizinische Behandlung

Ob eine medizinische Behandlung indiziert ist, hängt wesentlich davon ab, ob es infolge der Intersexualität zu Funktionsstörungen kommt, die ein therapeutisches Eingreifen erfordern oder in Erwägung ziehen lassen. Bereits bei der Indikationsstellung ist entsprechend der Stellungnahme des Deutschen Ethikrats zu bedenken, dass mit der Behandlung in „einen Kernbereich der Identität“ des Betroffenen eingegriffen wird. Die Indikationsstellung muss deshalb mit höchster Sorgfalt erfolgen und ist an eine entsprechende Aufklärung und Beratung der Betroffenen und gegebenenfalls deren Eltern und an die explizite, schriftliche Einwilligung zum Eingriff gebunden. Zu

## Repetitorium



## Aus Sicht der Zahnmedizin

### Intersexualität

Bereits die allgemein im Rahmen der Anmeldung als harmlos empfundene Frage nach dem Geschlecht des Patienten kann bei intersexuellen Personen oder deren Eltern zu Irritationen führen. Die typische Zuordnung zu weiblich oder männlich kann unter Umständen nicht vorgenommen werden. Im Unterschied zur Transsexualität sind bei der Intersexualität von der Entstehung des Menschen an beide Geschlechter genetisch und/oder physisch in einem Körper repräsentiert. Dabei sind verschiedene Ausprägungen, aber auch Variationen von genetischer Ausstattung und körperlichen Merkmalen möglich. Als medizinischer Oberbegriff für alle Besonderheiten der geschlechtlichen Entwicklung sollte die Diagnose „differences of sex development“ (DSD) verwendet werden. Eine frühe willkürliche Festlegung auf ein Geschlecht durch operative Maßnahmen ist in der Regel nicht indiziert und sollte den Kindern erspart bleiben. Der deutsche Ethikrat hat hierzu eindeutig Stellung bezogen und stellt die besonderen Bedürfnisse und Probleme der betroffenen Menschen in den Vordergrund, die eine differenzierte ethische und rechtliche Bewertung erfordern. Aus medizinischer Sicht ist dies nur durch multiprofessionelle, interdisziplinäre Teams und über einen langen Behandlungszeitraum zu gewährleisten.

Bei chromosomalen syndromalen Erkrankungen wie dem Ullrich-Turner-Syndrom

(nur ein X-Chromosom, 45 XO, Häufigkeit 1:12.500) und dem Klinefelter-Syndrom (dreifach gepaartes Geschlechtschromosom vom Typ 47,XXY, Häufigkeit 1:590) kann es zu speziellen Fragestellungen im Kiefer-Gesichts-Bereich kommen. Beim Ullrich-Turner-Syndrom (UTS) können Missbildungen im Bereich der Ohren bestehen, ebenso wie multiple Naevi der Haut und eine Osteoporose. Dies sind Befunde, die durchaus im zahnärztlichen Setting relevant sein können.

Ist die Uneindeutigkeit des Körpergeschlechts mit einer hormonellen Störung verbunden, so können diese oder deren Behandlung ebenfalls von Bedeutung sein. Auch im Rahmen der zahnärztlichen Betreuung muss daher bei diesen Patienten aufgrund der komplexen Problematik die interdisziplinäre Absprache mit den anderen beteiligten Fachgebieten erfolgen.

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

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

bedenken ist auch, dass die Eingriffe unter Umständen irreversibel sind und sich für die Betroffenen nicht selten erst nach Jahren voll auswirken. Da die DSD-Syndrome selten sind, gibt es zudem kein „Standardverfahren“ der Behandlung.

Etwas anders ist die Indikationsstellung zu bewerten, wenn Dringlichkeit für eine Behandlung gegeben ist, beispielsweise wenn durch eine hormonelle Behandlung eine schwere und unter Umständen lebensbedrohliche Störung abgewendet werden kann oder wenn zum Beispiel durch Fehl-

bildungen des Urogenitalsystems vitale Funktionen beeinträchtigt sind.

Eine Indikation zur Entfernung dysfunktionaler oder funktionsloser Gonaden kann entsprechend der vorliegenden Stellungnahme unter Umständen auch aufgrund eines erhöhten „Entartungsrisikos“ gegeben sein. Zu bedenken ist hierbei jedoch, dass das Krebsrisiko aufgrund der Seltenheit der Syndrome kaum valide abzuschätzen ist. Möglicherweise wird ferner eine Indikationsstellung für das Entfernen von ganz oder teilweise funktionsfähigen Keimdrüsen des

gegengeschlechtlichen Typus erwogen, um dem Betroffenen das Leben im Körper des zugeordneten Geschlechts zu erleichtern. Diskutiert werden auch chirurgische Eingriffe, um das äußere genitale Erscheinungsbild an das chromosomale und an das gonadale Geschlecht anzupassen, ohne dass eine medizinische Notwendigkeit besteht. Die Stellungnahme des Ethikrats weist explizit darauf hin, dass derzeit keine Einigkeit darin besteht, wann der optimale Zeitpunkt für einen solchen Eingriff gegeben ist.

Da alle Maßnahmen mit einschneidenden Wirkungen auf die personale Identität und die körperliche Unversehrtheit verbunden



Foto: thingamajigs/Fotolia.com

*Mann oder Frau? Nicht immer ist der Unterschied klar erkennbar.*

sind, wird allgemein zur Zurückhaltung geraten, wobei stets auch zu prüfen ist, ob die Eltern im Fall des Falles in einen Eingriff mit derart weitreichenden Konsequenzen für das spätere Leben des Kindes überhaupt einwilligen dürfen. In den Empfehlungen zur medizinischen Behandlung heißt es, dass diese nur in einem speziell dafür qualifizierten, interdisziplinär zusammengesetzten Kompetenzzentrum erfolgen darf.

Gegebenenfalls muss die Entscheidung eines Familiengerichts eingeholt werden. Das kann notwendig sein, wenn die Wünsche und Erklärungen des Kindes und der Eltern bei geplanten Maßnahmen, die die Fortpflanzungsfähigkeit und/oder sexuelle Empfindungsfähigkeit irreversibel beeinträchtigen, sich widersprechen.

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

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

VG-Urteil zur Sterbehilfe

## Kein pauschales Verbot

**Das Verwaltungsgericht (VG) Berlin hat in einem wegweisenden Urteil klargestellt, dass Ärzte selbst entscheiden dürfen, ob sie im Einzelfall todkranken Patienten Medikamente für einen geplanten Selbstmord überlassen. Ein ausnahmsloses standesrechtliches Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid verstößt gegen die Freiheit der Berufsausübung und gegen die Gewissensfreiheit des Arztes.**

Ärzte dürfen todkranken Sterbewilligen im Einzelfall helfen, Selbstmord zu begehen. So jedenfalls sieht es das Berliner Verwaltungsgericht. Konkret urteilten die Richter, dass die Ärztekammer (ÄK) Berlin „kein uneingeschränktes Verbot der Überlassung todbringender Medikamente an Sterbewillige gegenüber einem Arzt“ aussprechen darf. Mit anderen Worten: Ein Arzt muss selbst entscheiden dürfen, ob er einem Patienten bei der Selbsttötung hilft oder nicht – ohne berufsrechtliche Konsequenzen fürchten zu müssen.

Im fraglichen Fall ging es um einen Berliner Urologen, der 2007 einer Patientin aus Bayern Medikamente in tödlicher Dosis für deren geplanten Selbstmord überlassen wollte. Die ÄK Berlin untersagte ihm dies und drohte bei Zuwiderhandlung mit einem Zwangsgeld in Höhe von 50 000 Euro. Der Fall landete 2011 vor Gericht. Das Urteil erging Ende März dieses Jahres.

Seit Kurzem liegt die schriftliche Begründung des Richterspruchs vor. Darin heißt es: „Die gesetzliche und die satzungsgemäßen Generalklauseln reichen [...] nicht als Rechtsgrundlage aus, um per Untersagungsverfügung ein zwangsgeldbewährtes Verbot für ein Verhalten ausnahmslos auszusprechen, dessen ethische Zulässigkeit in bestimmten Fallkonstellationen auch innerhalb der Ärzteschaft äußerst kontrovers diskutiert wird und dessen Verbot in diesen Ausnahmefällen intensiv in die Freiheit der Berufsausübung des Arztes und seine Gewissensfreiheit eingreift.“

Die ÄK Berlin hatte nämlich mit Verweis auf die Berufsordnung argumentiert, dass ein Arzt seinen Beruf grundsätzlich nach seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit auszuüben habe. Und die Mitwirkung eines Arztes bei einer

Selbsttötung sei nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer darüber hinaus keine ärztliche Aufgabe.

Der Urologe hatte dem entgegengehalten, dass er den hippokratischen Eid für überholt halte. Ferner sei die generelle Verweigerung der ärztlichen Begleitung eines Suizids ethisch unvertretbar. Der Heilauftrag des Arztes sei unter Beachtung der Menschenwürde „weit“ zu verstehen.



Foto: openlens – Fotolia.com

*Die Begleitung eines schwer erkrankten, sterbenden Patienten führt Ärzte in einen Gewissenskonflikt: Erwächst aus dem „Beistand leisten“ eine Verpflichtung zur Beihilfe beim Suizid?*

### Berufsausübung darf nicht eingeschränkt werden

Für das Berliner Verwaltungsgericht wogen letztlich die Freiheit der Berufsausübung und die Gewissensfreiheit des Arztes mehr als die standesrechtliche Klausel, wonach die ärztliche Beihilfe zum Suizid ausnahmslos verboten ist. Denn bei der Gewissensentscheidung des Arztes sei zu respektieren, dass dieser womöglich in einer längeren persönlichen Beziehung zu seinem Patienten stand, führten die Richter aus. „In dieser Situation ist eine schwierige Güterabwägung erforderlich, die [...] gegebenenfalls einer ausdrücklichen Regelung bedarf.“

Das Urteil ist nach Ansicht des Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, jedoch kein Freibrief für einen ärztlich begleiteten Suizid. Auch leite es keinen rechtsphilosophischen Paradigmenwechsel in der Rechtsprechung ein. Denn das VG Berlin habe sehr wohl deutlich gemacht, dass das Verbot des ärztlich assistierten Suizids grundsätzlich rechtmäßig und dass jede Form organisierter Sterbehilfe – wie sie beispielsweise der Verein Dignitas anbietet – unzulässig sei.

Nicht zur Debatte gestanden habe außerdem die Musterberufsordnung (MBO) der deutschen Ärzteschaft. Der Deutsche Ärztetag hatte erst im vergangenen Jahr in Kiel

einen Passus in der MBO neu gefasst, um Unklarheiten bei den Grundregeln zum ärztlich begleiteten Suizid zu beseitigen. In Paragraph 16 heißt es nunmehr: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

Das Gericht hat wegen der grundsätzlichen Bedeutung des Falles eine Berufung zum Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg zugelassen.

Petra Spielberg  
Altmünsterstr. 1  
65207 Wiesbaden

*Christoph Wilhelm Hufeland*

## Prävention als Lebensinhalt

**Der Arzt Christoph Wilhelm Hufeland (12. August 1762 – 25. August 1836) gehört zu den großen Pionieren der Präventivmedizin und gilt als einer der bedeutendsten Ärzte seiner Zeit. Er war Leibarzt der königlichen Familie von Friedrich Wilhelm III. von Preußen, einer der Gründungsväter der Berliner Universität, Verfasser zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen und Vorreiter einer gesunden Lebensführung. Nicht zuletzt setzte er sich für Arme und Bedürftige ein. Sein Geburtstag jährt sich 2012 zum 250. Mal.**

„Am Morgen des 18. Oktober um sechs Uhr ließ die Königin, ein Bild des Jammers, Hufeland rufen. [...] Der Arzt fand sie mit verweinten Augen, aufgelösten Haaren, in voller Verzweiflung. Sie kam mir mit den Worten entgegen: `Alles ist verloren. Ich muß fliehen mit meinen Kindern, und Sie müssen uns begleiten“ [zitiert nach: Gersdorff von, Dagmar: Königin Luise und Friedrich Wilhelm III. Berlin 1996, S. 145].

Der Kampf Preußens gegen Napoleon war in den Herbsttagen des Jahres 1806 nach der Schlacht von Jena und Auerstedt vorerst verloren und Hufeland ging als Leibarzt der königlichen Familie von Friedrich Wilhelm III. mit auf die Flucht nach Königsberg: Seit 1801 war er für die medizinische Versorgung der Hohenzollernfamilie zuständig. Die ungewisse Zeit in Ostpreußen hielt der aus Thüringen stammende Hufeland mit König Friedrich Wilhelm III. (1770 – 1840) und seiner Frau Luise (1776 – 1810) nebst Kindern aus.

Aber nicht nur politisch sind es zu Anfang des 19. Jahrhunderts stürmische Zeiten. Auch die Medizin beschreitet neue Wege und macht erste Schritte zu einer naturwissenschaftlich fundierten Wissenschaft. Hufeland ist bei der Rückkehr nach Berlin 1809 bereits ein Mediziner von Rang. Aber nun legt er erst richtig los, wird einer der Gründungsväter der Berliner Universität und seine medizinischen Schriften gehören zu den meistgelesenen der Epoche. Vor allem wird Hufeland aber als angesehener Lehrer beschrieben, der seine praktischen Erkenntnisse in der Medizin gekonnt zu vermitteln wusste.

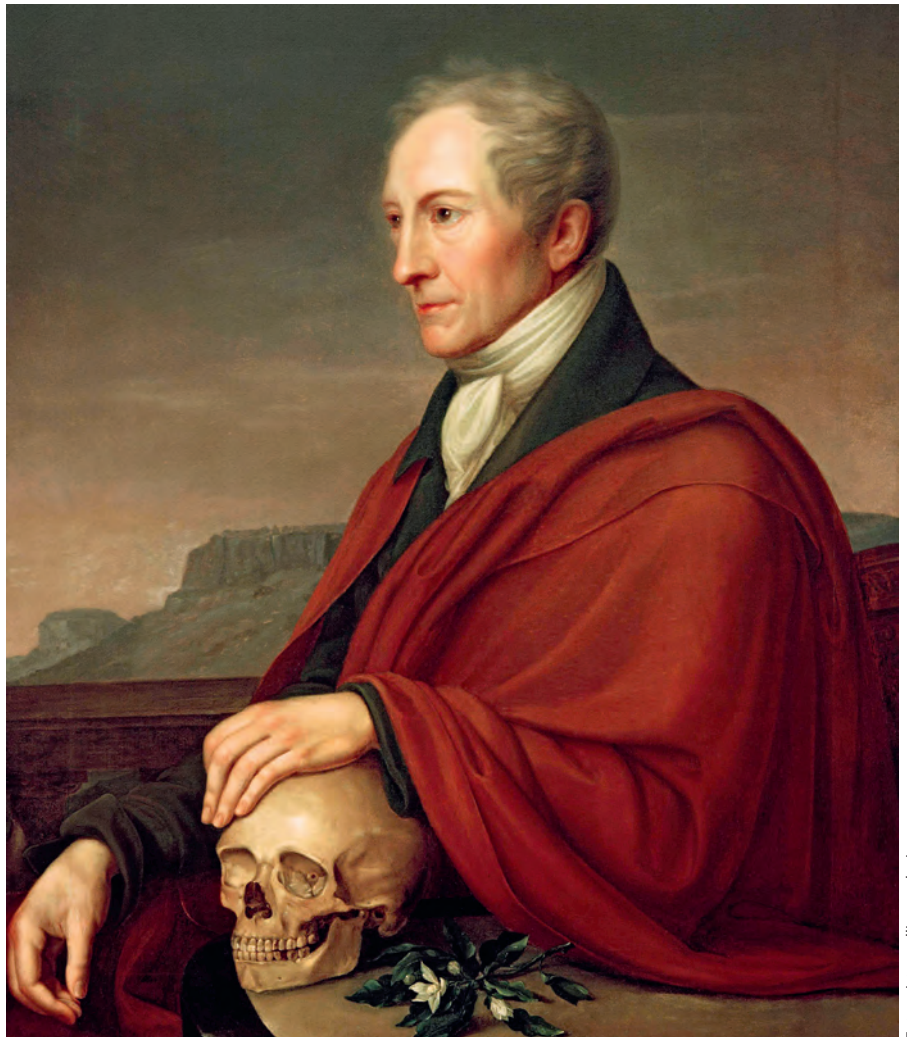


Foto: picture alliance-akg images

*Der Arzt Christoph Wilhelm Hufeland galt als einer der bedeutendsten Mediziner seiner Zeit. Gemälde von Gerhard von Kügelgen, 1816, Privatbesitz*

### Kampf gegen den Scheintod

Hufeland wurde am 12. August 1762 in Langensalza in eine Epoche hineingeboren, in der im benachbarten Weimar, am Hofe der Herzogin Anna Amalia (1739 – 1807), namhafte Geistesgrößen wie Johann Wolfgang von Goethe (1749 – 1832) verkehrten.

Der junge Hufeland schlug 1780 genau wie sein Vater Johann Friedrich (1730 – 1787), der Geheimer Hofrat und Erster Leibarzt zu Weimar war, die medizinische Laufbahn ein, studierte in Jena und Göttingen bis 1783 und beschloss sein Studium mit einer Promotion zum Thema: „Kraft der Elektrizität beim Scheintod.“ Seinem Engagement gegen den Scheintod ent-

sprang der Bau eines Leichenschauhauses in Weimar, das 1791 nach seinen Plänen errichtet wurde und zum Prototyp für weitere Einrichtungen dieser Art wurde.

In Weimar begann auch seine Karriere als Mediziner. In der väterlichen Praxis behandelte er bis 1793 auch Johann Wolfgang von Goethe, Friedrich von Schiller, Johann Gottfried von Herder und Christoph Martin Wieland. Hufeland war Gast bei Goethes berühmten „Freitagsgesellschaften“. Auf einer dieser Gesellschaften hörte Herzog Karl August von Sachsen-Weimar-Eisenach (1757 – 1828) den Hofmedicus zu dem Thema „Fragment über das organische Leben“ und soll so beeindruckt gewesen sein, dass er Hufeland als Professor an die Universität nach Jena berief.

In den 1790er-Jahren gründete Hufeland zwei medizinische Zeitschriften, das „Journal der praktischen Arzneikunde und Wundarzneikunst“ (ab 1808 „Journal der praktischen Heilkunde“) und die „Bibliothek der praktischen Arzneikunde und Wundarzneikunst“ (ab 1808 „Bibliothek der praktischen Heilkunde“).

## Ruf nach Berlin

Hufeland hatte Ende des 18. Jahrhunderts bereits einen so hervorragenden Ruf, dass er im Jahre 1800 ordentliches Mitglied der Königlich Preußischen Akademie der Wissenschaften wurde und 1801 zum Leibarzt der preußischen Königsfamilie, zum Direktor des Collegium medico-chirurgicum sowie als „Dirigirender Arzt“ an die Charité in Berlin berufen wurde.

Wie nötig die Anwesenheit Hufelands für die königliche Familie war, zeigten die Typhuserkrankungen, die zwei Kinder des Königspaares und schließlich auch die Königin selbst befielen. Die Mitglieder der Königsfamilie überstanden die Krankheit. Gegen den Typhus gab es zur Zeit Hufelands weder ein geeignetes Mittel, noch war der Charakter der Krankheit hinreichend erforscht. Hufeland kämpfte zeitlebens gegen Infektionskrankheiten und für eine verbesserte Hygienegesetzgebung. Er forcierte die Pockenschutzimpfung in Preußen und initiierte 1802 die Einrichtung des

ersten deutschen Impfinstituts in Berlin, das seinen Sitz zunächst im Friedrichs-Waisenhaus an der Stralauer Straße hatte. Mit Empörung äußerte sich Hufeland noch 1831 bei der Choleraepidemie über die unzureichenden Gegenmaßnahmen: „Eine Schande ist es freilich für uns Berliner Ärzte, dass seitdem die Cholera in civilisirten Ländern, d. h. solchen herrscht, wo es eine medizinische Polizei giebt und Todeslisten

mit Wasser verdünnt, lege alle 12, 24 Stunden ein Senfpflaster an die Extremitäten und mache kalte Umschläge um den Kopf. Das Chlorwasser ist hier das Hauptmittel, das einzige passende und alle andern ersetzende, und ich bin überzeugt, dass es auch das geeignetste ist, um jene entzündliche – suppuratorische Reizung in der Oberfläche der Darmschleimhaut zu verhüten und in ihrem ersten Entstehen zu heben, und dass

*Prominente Patienten waren Friedrich Wilhelm III. und seine Familie. Gemälde von Heinrich Anton Dähling, 1806*

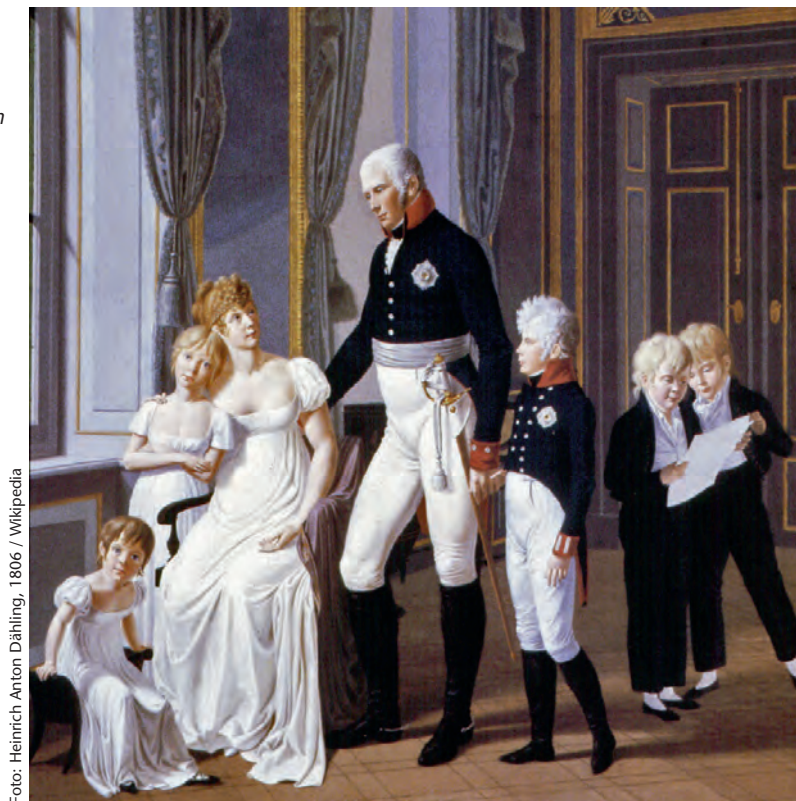


Foto: Heinrich Anton Dähling, 1806 / Wikipedia

angefertigt werden, an keinem Orte, im Verhältniß zu der Zahl der Erkrankten, so viele Menschen daran gestorben sind, als hier“ [zitiert nach: Eckart, Wolfgang U.: Illustrierte Geschichte der Medizin. Berlin, Heidelberg 2011, S. 81].

1835 ging Hufeland in seinem Journal der praktischen Heilkunde noch einmal auf die Typhusbekämpfung ein. Zur Medikation empfahl er: „Die beste Methode vom Anfange an und bis zum Eintritt der hohen Grade des torpiden, paralytischen oder fauligten Zustandes ist nach meiner vieljährigen Erfahrung die einfachste folgende: Man gebe das Acidum muriat. Oxygen. (Aqua chlorinica) zu 1 bis 2 Unzen täglich

es dies in den unzähligen Fällen seiner glücklichen Anwendung wirklich gethan hat“ [Journal der praktischen Heilkunde, Bd. LXXX, 1835, II., S.37/38].

## Turbulente Jahre

Die Zeit im „Exil Königsberg“ nutzte der Mediziner, um die Organisation des Medizinalwesens in Preußen zu erneuern und die Gründung der Berliner Universität „Unter den Linden“ zu planen.

Die lange Abwesenheit von seiner Frau Juliane, geborene Amelung (1771 – 1845), die mit den sieben Kindern in Berlin bleiben musste, war für diese wohl zu viel,



das Paar hatte sich schon länger auseinander gelebt und trennte sich nach 18 Jahren Ehe. 1815 heiratete Hufeland in zweiter Ehe die Berliner Pfarrerstochter Helene Troschel (1777 – 1862).

Das Jahr 1810 ist wohl das ereignisreichste in Hufelands Leben. Er wird ordentlicher Professor an der Universität in Berlin und lehrt spezielle Pathologie und Therapie. Der Mediziner wird erstmals und in den folgenden Jahren wiederholt Dekan der Medizinischen Fakultät. Im selben Jahr wird er als Staatsrat in die Sektion für Medizinalangelegenheiten des Innenministeriums berufen, die von Wilhelm von Humboldt geleitet wurde. In das Jahr 1810 fielen auch die Gründung der Universitätspoliklinik und der Medizinisch-chirurgischen Gesellschaft, die sich um die Fortbildung von Ärzten kümmerte und ab 1833 den Namen Hufeland'sche Gesellschaft trug. Zudem wird Hufeland 1810 Leiter der Medizinisch-chirurgischen Militärakademie und Mitglied der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Berlin. All diese Funktionen und Mitgliedschaften offenbaren seinen außerordentlichen Schaffensdrang. Hinzu kamen zahlreiche medizinische Veröffentlichungen, die weit über Deutschland hinaus Aufsehen erregten und Anerkennung fanden.

## Ratgeber für gesundes Leben

Eine seiner bekanntesten Veröffentlichungen befasste sich mit einem Thema, das sehr modern vorkommt. Wie bleibt der Mensch lange gesund? Hufeland verfasste mehrere Schriften, die wir heute als Ratgeber für ein gesundes Leben bezeichnen würden und ihn nicht zu Unrecht zum Pionier der Präventivmedizin machten: „Der Schlaf und das Schlafzimmer in Beziehung auf die Gesundheit“ oder „Gemeinnützige Aufsätze zur Beförderung der Gesundheit, des Wohlseyns und vernünftiger medicinischer Aufklärung“.

Mit seinem Lebenskraft-Konzept gehört Hufeland zu den Mitbegründern des sogenannten Vitalismus. Seine Konzeption basierte auf der Vorlesung „Über die Kunst,



Die Friedrich-Wilhelm-Universität in Berlin-Mitte, Bildpostkarte um 1900

das menschliche Leben lange und brauchbar zu erhalten“ aus der Zeit an der Universität Jena. Präzisiert hat Hufeland seine Auffassung in seinem Werk „Makrobiotik oder die Kunst das menschliche Leben zu verlängern“, das sogar ins Chinesische übersetzt wurde. In der Vorrede zur dritten Auflage 1805 gab Hufeland folgenden Wunsch kund, „das Buch mehr als bisher zur Belehrung der Jugend“ zu benutzen, denn „die Jugend ist der wahre Zeitpunkt, um Lebensfeinde und Freunde kennen zu

lernen, Lebensdauer und Lebensglück zu gründen, und eine dem angemessene Lebensweise einzuleiten“ [Hufeland, Christoph Wilhelm, Makrobiotik oder die Kunst das menschliche Leben zu verlängern. Sechste verbesserte Auflage, Stuttgart 1826, S. XIII].

Für Hufeland hat jeder Mensch eine bestimmte Lebenskraft, die bestmöglich zu erhalten sei. Um dies zu erreichen, riet er zu Maßregeln, die auch heutige Mediziner zur guten Lebensführung empfehlen würden, wie nicht zu viel zu rauchen und übermäßigen Alkoholgenuss zu vermeiden, frische Luft und viel Bewegung. Natürlich gehörte zu einer guten Lebensführung auch eine optimale Zahnpflege (siehe Kasten).

## Engagement für Bedürftige

Hufeland lag die Unterstützung mittelloser Bevölkerungsschichten sehr am Herzen. Er trat für die kostenlose Behandlung von Armen ein. In der Einleitung seines Buches „Armen-Pharmakopöe“ schrieb er: „Aber wenn Krankheit zur Dürftigkeit kommt, dann erst tritt die wahre Hilflosigkeit ein, und es wird heilige Pflicht der Mitmenschen und des Staates, dem Verlassenen beizustehen; aber auch hier nicht bloß mit Geld [...] sondern durch thätige und wesentliche Hülfe, durch Nahrung, Arznei, Erwärmung, tröstenden ärztlichen Zuspruch“ [Hufeland,



Foto: Karl Joseph Stieler, 1828 / Wikipedia

Auch Goethe ließ sich von Hufeland behandeln. Gemälde von Karl Joseph Stieler, 1828, Pinakothek München



## INFO

### Hufelands Regeln zur Zahnpflege

Hufeland hob in seiner Schrift „Makrobiotik“ die Wichtigkeit einer guten Zahnpflege für die Gesundheit des Menschen hervor. Viele seiner Ratschläge, beispielsweise das Vermeiden zuckerhaltiger Lebensmittel, würden Zahnärzte ihren Patienten auch heutzutage empfehlen, sie gehören zu den Grundsätzen einer effektiven Prophylaxe. Zerkleinerte Brotrinde reicht natürlich nicht aus zu einer ausreichenden Zahnsäuberung, aber das von Hufeland erwähnte Nelkenöl findet sich heute noch in vielen zahnmedizinischen Medikamenten.

„XII. Gute Diät und Mäßigkeit im Essen und Trinken – Erhaltung der Zähne – Medizinisches Tischbuch. [...]

2. Es kommt hierbei also sehr viel auf gute Zähne an, da ich die Erhaltung der Zähne mit Recht unter die lebensverlängernden Mittel zähle. Hier einige Regeln, die gewiß, wenn sie von Anfang an gebraucht werden, die Zähne bis ins hohe Alter fest und unverdorben erhalten können:

Man verbinde immer einen gehörigen Genuß der Vegetabilien oder des Brodes mit dem Fleische, denn das Fleisch bleibt weit leichter zwischen den Zähnen hängen, fault, und greift die Zähne an. Man wird daher durchgängig finden, daß die Classen von Menschen, die wenig oder gar kein Fleisch genießen, Bauern, Landbewohner, immer die besten Zähne haben, ungeachtet sie sie fast nie putzen. Aber es kann kein beßres Zahnpulver geben, als das Kauen eines Stückes schwarzen trocknen Brodes. Es ist daher für die Zähne eine sehr heilsame Gewohnheit, nach jeder Mahlzeit ein Brodrindchen langsam zu verkauen.

Man vermeide jeden plötzlichen Uebergang der Zähne aus einer heißen in eine kalte Temperatur, und umgekehrt. Denn der Ueberzug jedes Zahns ist glas- oder emailartig, und kann bei jedem solchen schnellen Wechsel leicht einen Sprung bekommen, in den sich die verdorbenen Theile hineinsetzen, und so den ersten Grund zur Verderbniß des Innern legen. Es ist daher am besten, nie zu heiße oder zu kalte Dinge in den Mund zu nehmen, am allerwenigsten während des Genusses von etwas Heißem, z. E. der warmen Suppe, kalt zu trinken. Man kauge keinen Zucker, und vermeide auch

Zuckergebacknes, was mit viel zähen leimichten Theilen vermischt ist. Sobald man den ersten angefreßnen Zahn bemerkt, so lasse man ihn gleich heraus nehmen, denn sonst steckt dieser die übrigen an.

Man spüle alle Morgen, insbesondere aber nach jeder Mahlzeit, die Zähne mit Wasser aus, denn dadurch werden die Ueberreste der Speisen weggenommen, die so gewöhnlich zwischen den Zähnen sitzen bleiben und den Grund zu ihrem Verderben legen. Sehr nützlich ist das Reiben, nicht sowohl der Zähne, als vielmehr des Zahnfleisches, wozu man sich einer etwas rauhen Zahnbürste bedienen kann; denn das Zahnfleisch wird dadurch fester, härter, wächst und umschließt die Zähne besser, welches ungemein zu Erhaltung derselben dient.

Man wird bei gehöriger Beobachtung dieser Regeln selten ein Zahnpulver nöthig haben. Sollten aber die Zähne (wie dies in der Natur manches Menschen liegt) geneigt seyn, immer mehr Schmutz (den sogenannten Weinstein) anzusetzen, so empfehle ich folgendes ganz unschuldiges Mittel: 1 Loth roth Sandelholz, ein halbes Loth China, werden äußerst fein gepulvert und durch ein Haarsieb gestäubt, sodann 6 Tropfen Nelken- und eben so viel Bergamottöl zugemischt, und damit die Zähne, besonders das Zahnfleisch, des Morgens abgerieben. Ist das Zahnfleisch schwammicht, blutend, scorbutisch, so setzt man noch ein halbes Quent Alaun hinzu. Auch zu Kohle gebrannte und gepulverte Brodrinde ist ein gutes und unschädliches Zahnpulver.“

Quelle: Hufeland: Makrobiotik, 1826, S. 398-400

# FACH DENTAL SÜDWEST 2012

Vertrauen  
durch Kompetenz



28. – 29.09.2012  
Messe Stuttgart

Über 250 Aussteller präsentieren ihr umfangreiches Produkt- und Dienstleistungsportfolio für Zahntechnik, Labor und die gesamte Dentalbranche.

Sammeln Sie bis zu zehn Fortbildungspunkte auf dem Symposium des Dental Tribune Study Clubs und informieren Sie sich über die Top-Themen:

- Digitaler Abdruck: neue Chancen für Labor und Praxis
- Prophylaxe: die Zukunft ist jetzt!
- Aktuelle Entwicklungen in der digitalen Volumetomographie

Eintrittskarten-Gutscheine erhalten Sie bei Ihrem Dental-Depot!

[www.fachdental-suedwest.de](http://www.fachdental-suedwest.de)



Öffnungszeiten:  
Freitag 11 – 18 Uhr  
Samstag 9 – 16 Uhr



Foto: Vario Images

Bad Langensalza, Hufelands Geburtsort

## INFO

## Hufeland-Preis für Forschung

Die Deutsche Ärztersicherung ist Stifterin des Hufeland-Preises, der zu den bedeutendsten deutschen Medizinpreisen zählt. Der Hufeland-Preis wird an Mediziner für richtungweisende Leistungen und herausragende Forschungsergebnisse in der Präventivmedizin verliehen und ist mit 20000 Euro dotiert. Er wird jedes Jahr von der Hufeland-Stiftung vergeben, in der neben der Deutschen Ärztersicherung AG die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. vertreten sind. Auch für 2013 ist der Hufeland-Preis ausgeschrieben. Das Kuratorium der Stiftung fordert Zahnärzte auf, ihre Arbeiten im Bereich der Präventivmedizin einzureichen. Die Frist läuft bis zum 28. März 2013. Die Ausschreibungsunterlagen können beim Geschäftsführer der Stiftung, Patrick Weidinger, telefonisch unter 0221/148-30785 oder per Email an [patrick.weidinger@aerzteversicherung.de](mailto:patrick.weidinger@aerzteversicherung.de) angefordert werden. ■

Christoph Wilhelm: Armen-Pharmakopöe, entworfen für Berlin nebst der Nachricht von der daselbst errichteten Krankenanstalt für Arme in ihren Wohnungen. Dritte vermehrte Auflage, Berlin 1818, S. 4]. Die Notwendigkeit der Fürsorge für mittellose Patienten begründete Hufeland in beeindruckender Weise: „Der Zweck der Armen-pharmakopöe ist, beim Verordnen der Arzneien Kosten und Zeit zu ersparen. Das erstere ist Pflicht gegen die Armen, oder das Armenwesen, was an ihre Stelle tritt, und selbst gegen den Staat, indem durch Vermeidung der theuren ausländischen Mittel, auch der Geldverlust außer Landes verhütet wird, – ein Umstand, der auch wohl in der Privatpraxis einige Beherzigung von Seiten der Ärzte verdiente. Das letztere ist Pflicht gegen die Armenärzte und Apotheker, ja gegen die Armen selbst, bei denen die Zeit einen weit größeren Werth hat, als bei den

Reichen, und bei denen das öftere Schicken sehr schwer, ja oft unmöglich wird“ [Hufeland: Armen-Pharmakopöe, S. 24]. Hufeland organisierte für Berlin die Armenpflege, 1810 übernahm er die Leitung der Armen-direktion.

Berlin wurde in 20 Medizinaldistrikte eingeteilt. Die Armenärzte der inneren Stadt verpflichteten sich für eine bestimmte Zeit die bedürftigen Patienten kostenlos zu behandeln. „Zur äußeren Stadt und Vorstädten werden 6 Armenärzte angestellt, jeder mit einer Besoldung von 200 Thalern jährlich“ [Hufeland: Armen-Pharmakopöe, S. 14]. Die Stadtapotheker ihrerseits verpflichteten sich, die Arzneien an die Armen mit einem Drittel Rabatt abzugeben und erhielten dafür vierteljährlich bei Vorlage der Armenrezepte den Betrag von der Schlossapotheke erstattet. Hufelands soziales Engagement beschränkte sich nicht nur auf die Hilfe für die Ärmsten



Das Friedrichs-Waisenhaus, Sitz des ersten deutschen Impfinstituts; Stahlstich um 1830

Foto: AKG-Images



Foto: Charité-Universitätsmedizin Berlin

Campus der Charité in der heutigen Zeit

der Armen, sondern auch auf Bedürftige aus der eigenen Berufszunft. 1830 gründete er einen Hilfsverein für Not leidende Ärzte und noch in seinem Todesjahr initiierte er die Gründung der „Hufeland'schen Stiftung“, die sich um die Versorgung von Arzttwitwen bemühen sollte. Christoph Wilhelm Hufeland starb am 25. August 1836 in Berlin und wurde auf dem Dorotheenstädtischen Friedhof beigesetzt.

Kay Lutze  
Lievenstr. 13  
40724 Hilden  
[kaylutze@ish.de](mailto:kaylutze@ish.de)

Heben Sie diese Seite für  
einen Fall aus Ihrer Praxis auf

# Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

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

◀ Graue Felder  
nicht ausfüllen!  
▼

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

Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation):


lebensbedrohlich: ja  nein

aufgetreten am: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

Arzneimittel/Werkstoff:	Dosis, Menge	Appli- kation	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 \_\_\_\_\_

Zahnärzte ohne Grenzen

## Einsatz im Westjordanland

Die Nürnberger Stiftung „Zahnärzte ohne Grenzen“ (Dentists Without Limits Foundation, DWLF) hat mit dem palästinensischen Gesundheitsministerium ein sogenanntes Memorandum of Understanding unterzeichnet. Damit werden künftige Einsätze von höchster Ebene aus legitimiert.



oben: eine abgelegene Beduinensiedlung  
rechts: das Transportfahrzeug der Gesundheitsbehörden, immerhin ein komfortables Großraummodell deutscher Fabrikats

Am 31. Mai 2012, zufällig am Tag des Besuchs des Bundespräsidenten Joachim Gauck in Ramallah, dem Sitz der Regierungsbehörden des Westjordanlands, hat DWLF ein Memorandum of Understanding (MoU) mit Gesundheitsminister, Dr. Hani Abdeen, unterzeichnet. Das MoU dient als Grundlage für den künftigen Hilfseinsatz der DWLF-Teams. Ausgerüstet mit aus Spendenmitteln erworbenen, mobilen Dentalkliniken werden die Teams Schulen in Nablus, Hebron oder Jericho besuchen, die Kinder untersuchen, ihnen Grundkenntnisse der Gesundheitsvorsorge näherbringen und einfache zahnmedizinische



Fotos: DWLF

Eingriffe vornehmen. Schließlich haben weit mehr als die Hälfte der Kinder mit starken Kariesbefunden zu kämpfen. Da die Teams einer Einladung des Gesundheitsministers folgen, sind die administrativen Hürden beseitigt, die Arbeit kann direkt beginnen. Begleitet werden die Helfer von Studenten der Al-Quds Universität Ost-Jerusalem sowie einem Fahrer, der auch übersetzen wird. Das Programm ist auf drei Jahre angelegt. Bis dahin wird die Al-Quds-Universität aller Vorratsnach ausreichend Zahnmediziner ausgebildet haben, um eigenständig eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung im Westjordanland gewährleisten zu können. Für die Reisen zu den bedürftigen Patienten wird Übergangsweise ein Transportfahrzeug aus dem Bestand der Gesundheitsbehörden benutzt (Foto). Deren Mittel sind allerdings sehr beschränkt. So konnten die sowieso nicht üppigen Mitarbeitergehälter Anfang dieses Jahres nur zur Hälfte ausbezahlt werden.

Der Bestand an Anästhetika oder Füllungs-material ist innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens aktuell vollständig aufgebraucht. Vor diesem Hintergrund hat sich DWLF verpflichtet, einen eigenen Transporter zu beschaffen und den Fuhrpark des Ministeriums zu ergänzen. Damit soll gewährleistet werden, dass die europäischen Einsatzteams auch auf längere Sicht verlässlich auf ein Transportmittel zurückgreifen können.

### Wenig Sicherheitsbedenken

In vielen Gesprächen auch mit in der Gegend wohnenden Deutschen konnten sich die DWLF-Vertreter während einer einwöchigen Erkundungsreise davon überzeugen, dass viele Sicherheitsbedenken, die man gewöhnlich mit dem Westjordanland verbindet, weitgehend nicht mehr begründet sind. Straßenkriminalität ist wenig bekannt. Für Europäer ungewohnt sind die vielen Checkpoints der israelischen oder der palästinensischen Militär- beziehungsweise Milizeinheiten. Das mitunter martialische Auftreten der Soldaten verunsichert anfangs, sehr schnell stellt sich allerdings ein Gewöhnungseffekt ein, zumal die Formalitäten vom einheimischen Begleitpersonal übernommen werden. Diese halten sich in Grenzen, man ist schließlich mit offiziellen Dienstfahrzeugen des Ministeriums unterwegs. Mit dem Westjordanland konnte ein neues Ziel ausfindig gemacht werden, das es auch jungen Einsatzinteressierten oder Berufsanfängern in Vier-Mann-Teams ermöglicht, sich einmal in einem zwei- bis dreiwöchigen Hilfseinsatz zu engagieren.

Kolmann Deuerlein  
Administration DWLF  
info@dentists-without-limits.org  
www.dwlf.org

Spendenkonto:  
Zahnärzte ohne Grenzen  
Konto 5302471  
Ev. Kreditgenossenschaft eG  
BLZ 52060410



*Engagement nach dem Berufsleben*

## Zum Zähne ziehen nach Togo

**Der pensionierte Arzt und Zahnarzt Rüdiger Kaps (Jahrgang 1943) hat vor zwei Jahren seine Praxis in Berlin-Zehlendorf verkauft. Zusammen mit seiner Lebensgefährtin arbeitete er Anfang dieses Jahres drei Wochen ehrenamtlich – quasi im Unruhestand – in der Zahnstation im Hôpital Bethesda Agou-Nyogbo in Togo.**



*Togolesischen Frauen warten auf der offenen Galerie auf die Behandlung beim deutschen Zahnarzt.*

Foto: R. Kaps

Mit 90 Kilogramm Gepäck, verteilt auf vier Gepäckstücke, vollgestopft mit Materialien und Medikamenten für die Zahnstation im Bethesda-Krankenhaus, traten die beiden ihre Reise nach Togo an. 200 Kilometer nördlich der Hauptstadt Lomé liegt das 70-Betten-Krankenhaus der Norddeutschen Mission. Ein geräumiges Appartement in der Klinik diente als Unterkunft.

In der Klinik arbeiten nur Einheimische, mit Ausnahme der Zahnstation, auf der etwa drei Monate – über das Jahr verteilt – deutsche Zahnärzte im Einsatz sind. Ihre Dienstzeit wird jeweils 14 Tage vorher per Buschradio angekündigt. Die Arbeit beginnt pünktlich um 8.00 Uhr. Auf der Galerie vor dem Behandlungszimmer wartet schon eine große Schar traditionell gekleideter Patienten. Der Zahnarztthelfer lässt sich geduldig auf Ewe, der Stammsprache, erklären, welche Beschwerden die Patienten haben, und übersetzt dann ins Französische, Kaps Lebensgefährtin übersetzt wiederum ins Deutsche. Es ist viel zu tun – bis über den Mittag hinaus.

Und es wird viel extrahiert, denn die Menschen kommen in der Regel zu spät für eine zahnerhaltende Behandlung. Es werden aber auch Füllungen gelegt. Selten

erfolgt eine Wurzelbehandlung. Zahnlücken im sichtbaren Bereich werden durch einfache Kunststoffprothesen ohne Klammern geschlossen, die ein oft bis in die Nacht hinein arbeitender Zahntechniker gleich vor Ort anfertigt. Die Behandlungen sind teilweise schwierig, zahlreiche Osteotomien notwendig. Es sind anstrengende Arbeitstage. An einem Vormittag werden bis zu 25 Patienten behandelt und das bei über 30 Grad Hitze und einer Luftfeuchtigkeit von 70 Prozent. Glücklicherweise ist der Behandlungsraum klimatisiert.

### **Dienstzeiten werden via Buschradio verkündet**

Nachmittags bleibt etwas Zeit, um Streifzüge durchs Dorf zu unternehmen. Alles spielt sich öffentlich, draußen vor den Hütten ab, so dass man direkt teilnehmen kann am Leben der Bewohner. Ein Schneider erhitzt sein Bügeleisen mit Kohlenglut. Ein Tischler präsentiert stolz seinen frisch gefertigten weißen Sarg. Eine Töpferin fertigt – auf dem Boden sitzend – Öfen aus Ton. Der Maismehlmüller führt seine einfache Mühle vor, nicht ohne um einen kleinen Betrag für den abendlichen Schnaps zu bitten. Ein junger

Mann mit einem Gewehr zeigt seine Jagdbeute: eine armdicke, schwarze, zusammengeringelte Kobra. Er bietet sie zum Verkauf an und liefert das Kochrezept gleich mit. Die Schule wartet mit 100 Schülern pro Klasse und einem PC im Sekretariat auf, der seit einem Jahr darauf wartet, angeschlossen zu werden. Dank eines befreundeten Kieferchirurgen besichtigen die beiden das zu der Zeit im Hafen von Lomé liegende Lazarett-schiff „Africa Mercy“ (siehe zm 6/2011) Dessen hoher technischer Standard mit Tomografen und 3-D-Röntgenapparaten überrascht Kaps und seine Partnerin. 15 Ärzte und etwa weitere 100 Personen aus aller Welt arbeiten hier ehrenamtlich. In sechs OPs werden eindrucksvolle Operationen vorgenommen: Kiefer-Lippen-Gaumenspalten, Riesentumore, die den Menschen Ananasgroß aus dem Mund wachsen und an denen sie ohne Hilfe erbärmlich ersticken würden. Die Bilanz nach drei Wochen: 161 Patienten wurden in 183, teils langen Sitzungen behandelt, 183 Zähne gezogen, 66 Füllungen gelegt, acht Wurzelbehandlungen gemacht und 42 Prothesen eingegliedert. Die Zahnstation ist zufriedenstellend ausgestattet, überwiegend durch Spenden aus Deutschland, ein modernes Röntgengerät stammt aus Beständen der Bundeswehr. Gelegentlich fällt das Wasser aus. Dann muss mit Mineralwasser aus einem Gefäß mit Gießvorrichtung gekühlt werden. Während Kaps Einsatz besucht der deutsche Botschafter in Togo das Krankenhaus. Eine Woche lang werden Klinik und -gelände auf Hochglanz gebracht. Begrüßt wird er schließlich von den Kindern des Krankenhaus-Kindergartens mit dem Lied „Fuchs, du hast die Gans gestohlen“, was den Kindern und offensichtlich auch dem deutschen Botschafter viel Spaß macht. Kaps stellt ihm die Zahnstation vor. Er zeigt sich beeindruckt. Die Klinikmitarbeiter hoffen nun auf finanzielle Mittel, denn das Haus befindet sich in ständiger Geldnot.

*Dr. Rüdiger Kaps  
Potsdamer Str. 50  
14163 Berlin*

*Diätportale*

## Virtuelle Tipps gegen echtes Fett

**Die Hose zwick, das Hemd spannt und im Badeoutfit möchte man sich lieber gar nicht sehen lassen. So mancher wünscht sich ein paar Kilo Hüftgold weniger. Bei dem Versuch, die überflüssige Pfunde loszuwerden, suchen immer mehr Menschen professionelle Hilfe – im Internet.**



Foto: KEYSTONE

*Ja, man kann auch online abnehmen. Vorausgesetzt, man ist diszipliniert und versucht nicht, das Programm zu betupfen.*

Übergewicht ist in Deutschland keine Seltenheit – im Gegenteil. Die im Juni 2012 vom Robert Koch-Institut veröffentlichte „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ stellt fest: Bundesweit sind gut 67 Prozent der 18- bis 79-jährigen Männer und 53 Prozent der Frauen zu dick. Je nach Ausgangslage kann es bis zum persönlichen Idealgewicht ein langer Weg sein. Diäten versprechen Abkürzung.

### Der schnelle Weg zum Wunschgewicht

Seit etwas mehr als zehn Jahren können Abnehmwillige auf Spezialportale im Web zurückgreifen, die den Prozess steuern und unterstützen. Das Angebot ist groß. Gibt man den Begriff „Online-Diät“ in eine Suchmaschine ein, erhält man eine

umfangreiche Trefferliste. Die Portale heißen Slimcoach, xx-well oder Nutripoli. An Heavy Usern mangelt es ihnen nicht: Das Programm eBalance hat nach eigenen Angaben 5 000 aktive Nutzer, Weight Watchers Online spricht von Interessenten im sechsstelligen Bereich. Hauptsächlich Frauen, bei eBalance sind es 80 Prozent. Fest steht: Der Markt für Diätportale boomt – ihre Wirksamkeit bleibt aber umstritten. „Dauerhaft Gewicht zu verlieren, gelingt auch mit Onlinediäten“, sagt Angela Clausen von der Verbraucherzentrale NRW. Auch die Krankenkassen haben erkannt, dass man online abnehmen kann. Immer öfter bieten sie ihren Mitgliedern eigene Portale an oder zahlen einen Zuschuss für die Teilnahme an externen Programmen – sofern diese nach ihren Richtlinien zertifiziert sind.

Das passende Programm zu finden, ist angesichts der Fülle keine leichte Aufgabe. Faustregel: Zertifikate von Krankenkassen oder führenden Fachgesellschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Ernährung oder der Deutschen Adipositas-Gesellschaft deuten auf ein wissenschaftlich fundiertes Konzept hin. Vorsichtig sein sollten Interessenten hingegen bei Programmen, die ihnen den Kauf spezieller Produkte ans Herz legen oder Operationen empfehlen. Vor allem, wenn die Werbung nicht im Anzeigen-, sondern im redaktionellen Teil des Portals erscheint, gilt eindeutig: Finger weg!

Um die richtige Entscheidung zu treffen, sollten sich Interessenten die Bausteine der Onlinediät vorher genau anschauen, rät Ökotrophologin Clausen. „Ein gutes Programm darf sich nicht nur mit der Ernährungsumstellung allein beschäftigen. Es sollte außerdem Sport und Entspannungselemente miteinbeziehen“, erklärt die Expertin.

### Das passende Format finden

Die Effektivität einer Onlinediät hängt zudem davon ab, wie oft neue Rezepte vorgeschlagen werden. Sie sollten in der Zubereitung unkompliziert und günstig sein. Regelmäßige Tipps per E-Mail, etwa dazu wie man sein Essverhalten umstellen kann, sind ebenfalls hilfreich und stärken die Motivation. „Manche Programme bieten auch E-Learning-Kurse mit einem Dozenten, dem man per Chat Fragen stellen kann oder Apps für das Smartphone, beispielsweise um ein Ernährungstagebuch zu führen“, sagt Clausen. Umsonst bekomme man das alles allerdings nicht. Je nach Umfang der Betreuung sind nach

Aussage der Verbraucherberaterin zehn bis 30 Euro pro Monat ein angemessener Preis.

## Die Indikatoren für Seriosität

Die Stiftung Warentest hat im Januar 2011 zehn Diätportale getestet und Kriterien herausgearbeitet, an denen Nutzer ein seriöses Angebot erkennen können. „Programme, die starken Gewichtsverlust in

kurzer Zeit in Aussicht stellen, sind zu meiden. Realistisch sind 0,5 bis 1 Kilo pro Woche. Der berechnete tägliche Kalorienbedarf sollte 1 200 Kilokalorien nicht unterschreiten“, heißt es dort.

Betreut werden sollte das Programm von Experten wie Ernährungswissenschaftlern, Diätassistenten oder Mediziner, die leicht erreichbar sind und auf Anfragen reagieren, so der Tipp der Tester. Ob ein Programm wissenschaftlich fundiert ist, zeigt sich auch daran, ob Nutzer bei der Anmeldung

nach Daten wie ihrem Alter, Gewicht, Bauchumfang sowie Erkrankungen gefragt werden. Diese Daten seien wichtig, um Risikofälle zu erkennen. „Leute mit Essstörungen, Minderjährige und Schwangere sollten nicht aufgenommen werden“, erklären die Tester.

Das sieht auch Clausen so. „Ein Diätprogramm braucht auf jeden Fall Kontrollmechanismen, um Gesundheitsprobleme zu erkennen“, sagt sie. Wenn die obligatorische regelmäßige Gewichtsangabe eines Nutzers etwa auf krasses Über- oder Untergewicht hinweist, müsse das angesprochen werden. „Unter Umständen sollten die Berater ihn dann auch dazu anregen, einen Arzt aufzusuchen.“

## Abnehmen rund um die Uhr

Onlinediäten sind nicht für jeden, der abnehmen will, die richtige Option. „Es gibt viele Menschen, die brauchen den persönlichen Austausch mit der Gruppe an einem festen Ort zu einer bestimmten Zeit“, betont Clausen. Optimal seien sie für Menschen, die nicht in einer Gruppe abnehmen möchten, sondern anonym bleiben wollen, und dazu eine gewisse Internetaffinität mitbringen.

Auch bei Diätportalen gilt: Nur der Geduldige kommt ans Ziel. „Man kann nicht alles auf einmal ändern. Wer sich 30 oder 40 Jahre ein bestimmtes Essverhalten angewöhnt hat, kann das nicht innerhalb weniger Wochen umkrempeln“, sagt Clausen. Wer zwischendurch in ein Motivationsloch fällt, habe bei Onlinediäten aber einen großen Vorteil: „Egal, ob man abends um sechs oder morgens um drei einen Hänger hat: Man kann immer online gehen und dort Rat suchen. Vielleicht findet sich im Forum auch ein Gleichgesinnter, mit dem man chatten kann.“

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

### INTERVIEW

## Auge in Auge ist besser

Als Leiter des Instituts für Ernährungspsychologie an der Georg-August-Universität Göttingen beschäftigt sich PD Dr. Thomas Ellrott regelmäßig mit den Themen Übergewicht und Diät. Über Qualität und Potenziale von Onlinediäten sprach der Mediziner mit den zm.

### zm: Herr Ellrott, wie gut sind die Diätportale auf dem deutschen Markt?

Thomas Ellrott: Eine Aussage über die Effektivität der verschiedenen Programme zu treffen ist schwierig, denn es gibt keine vergleichenden Studien für die Angebote hierzulande. Eine solche Untersuchung wäre ohnehin schwierig, da sich die Konzepte ständig verändern. Würde man die Ergebnisse nach einem Jahr veröffentlichen, träfen sie unter Umständen gar nicht mehr auf die Ausgangssituation zu. Die Stiftung Warentest hat dieses Problem gut gelöst, indem sie im vergangenen Jahr nur die Grundlagen und die Servicequalität von Onlinediäten beurteilt hat.

### Welche Diätform ist wirksamer: persönliche Betreuung oder Coaching via Web und E-Mail?

Ellrott: Programme, die auf eine persönliche Vor-Ort-Betreuung setzen, erzielen bessere Ergebnisse. Das dürfte in erster Linie an der wesentlich höheren Verbindlichkeit im Vergleich zu Onlinediäten liegen.

### Bringen Diätportale also nichts?

Ellrott: Doch, auch sie sind wirksam, wenn auch im Durchschnitt auf der Waage etwas weniger effektiv. Sie sind eine gute Alternative für Menschen, in deren Nähe kein Vor-Ort-Angebot zur Verfügung steht. Profitieren können auch Berufstätige, die wenig Zeit haben und örtlich flexibel sein müssen. Für eine Gruppentherapie zu einer bestimmten Zeit an einem bestimmten Ort zu sein, ist für sie häufig schwierig.

### Wie kann man Onlinediäten noch effektiver gestalten?

Ellrott: Möglichst viel maßgeschneiderte Interaktion zwischen Programm und Nutzer, ein persönlicher Berater oder auch die Kombination mit Telefoncoaching. All das könnte Onlinediätprogramme noch persönlicher und wirksamer machen.

Die Fragen stellte Susanne Theisen.



Foto: privat





## Fortbildung im Überblick

<b>Abrechnung</b>	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 70	<b>Implantologie</b>	KZV Baden-Württemberg	S. 68
<b>Akupunktur</b>	LZK Berlin/Brandenburg	S. 67		ZÄK Hamburg	S. 70
<b>Alterszahnheilkunde</b>	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 70		Wissenschaftl. Gesellschaften	S. 76
<b>Anästhesie</b>	ZÄK Hamburg	S. 70		Freie	S. 77
<b>Ästhetik</b>	ZÄK Nordrhein	S. 73	<b>Interdisziplinäre ZHK</b>	LZK Berlin/Brandenburg	S. 67
<b>Bildgebende Verfahren</b>	ZÄK Hamburg	S. 69		KZV Baden-Württemberg	S. 68
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 72	<b>Kieferorthopädie</b>	ZÄK Hamburg	S. 69
<b>Chirurgie</b>	LZK Berlin/Brandenburg	S. 68		Hochschulen	S. 76
	ZÄK Hamburg	S. 69	<b>Kinderzahnheilkunde</b>	ZÄK Niedersachsen	S. 72
<b>Endodontie</b>	ZÄK Hamburg	S. 70	<b>Nothfallmedizin</b>	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 71
	ZÄK Niedersachsen	S. 71	<b>Parodontologie</b>	KZV Baden-Württemberg	S. 68
<b>Funktionslehre</b>	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 72		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 71
	ZÄK Nordrhein	S. 73	<b>Praxismanagement</b>	KZV Baden-Württemberg	S. 68
<b>Halitosis</b>	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 71		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 71
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 72		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 72
<b>Hygiene</b>	ZÄK Niedersachsen	S. 72		ZÄK Nordrhein	S. 72
				Freie	S. 77
			<b>Prophylaxe</b>	ZÄK Niedersachsen	S. 71
			<b>Prothetik</b>	LZK Berlin/Brandenburg	S. 67
				ZÄK Hamburg	S. 70
			<b>Traumatologie</b>	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 70
			<b>Vertragswesen</b>	ZÄK Nordrhein	S. 72
			<b>ZFA</b>	LZK Berlin/Brandenburg	S. 68
				KZV Baden-Württemberg	S. 68
				ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 71
				ZÄK Nordrhein	S. 73

**Fortbildung der Zahnärztekammern** **Seite 67**

**Kongresse** **Seite 74**

**Hochschulen** **Seite 76**

**Wissenschaftliche Gesellschaften** **Seite 76**

**Freie Anbieter** **Seite 76**

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



**Absender:**

---



---



---

**Veranstalter/Kontaktadresse:**

---



---



---



---



**Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:**

**Kurs/Seminar Nr.:**

---

**Thema:**

---

**Datum:**

---

**Ort:**

---

## Zahnärztekammern

### Deutscher Zahnärztetag 2011



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

Zahnmedizin interdisziplinär

#### Standespolitisches Programm:

■ Mittwoch, 09.11.2010

#### KZBV-Vertreterversammlung

■ Donnerstag, 10.11.2010

#### KZBV-Vertreterversammlung – Fortsetzung

#### BZÄK/KZBV/DGZMK: Festakt Deutscher Zahnärztetag

■ Freitag, 11.11.2010

#### Bundesversammlung der BZÄK

#### Gemeinsame Pressekonferenz BZÄK/KZBV/DGZMK

■ Samstag, 12.11.2010

#### Bundesversammlung der BZÄK – Fortsetzung

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



Aktuelle Details zum Deutschen Zahnärztetag 2011 auch unter: [www.dtzt.de](http://www.dtzt.de).

Das wissenschaftliche Kongressprogramm wurde veröffentlicht in den zm 15, S. 74ff.

## LZK Berlin/ Brandenburg



#### Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

**Fachgebiet:** Prothetik

**Thema:** Keramikveneers: „Dick“ vs. „Dünn“ oder „Prep“ vs. „No Prep“ – Praktischer Intensivkurs

**Referent:** Prof. Dr. Jürgen Manhart, München

**Termin:**

21.09.2012: 10.00 – 19.00 Uhr,

22.09.2012: 09.00 – 18.00 Uhr

**Ort:** Berlin

**Fortbildungspunkte:** 17

**Kurs-Nr.:** 4045.1

**Kursgebühr:** 585 EUR

**Fachgebiet:** Akupunktur

**Thema:** Akupunktur in der Zahnmedizin: Akupunktur zur Optimierung des zahnärztlichen Spektrums

**Moderatorin:** Dr. Andrea Diehl, Berlin

**Termin:**

21.09.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,

22.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr

**Ort:** Berlin

**Fortbildungspunkte:** 15

**Kurs-Nr.:** 6064.0

**Kursgebühr:** 385 EUR

**Fachgebiet:** Interdisziplinäre ZHK

**Thema:** Manuelle und Osteopathische Medizin (Strukturierte Fortbildungen und Curricula)

**Referent:** Dr. Dirk Polonius, Prien/Chiemgau

**Termin:**

21.09.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,

22.09.2012: 09.00 – 18.00 Uhr,

23.09.2012: 09.00 – 14.00 Uhr

(11 Veranstaltungstage insgesamt)

**Ort:** Berlin

**Fortbildungspunkte:** 104

**Kurs-Nr.:** 1020.3

**Kursgebühr:** 2660 EUR

**Fachgebiet:** Allgemeine ZHK  
**Thema:** Update Zahnheilkunde 2012: Schnittstelle Parodontologie & Implantologie; Prothetik im zahnlosen und teilbezahnten Kiefer; Gender Dentistry  
**Referenten:** OA Dr. Stefan Fickl, Würzburg; Prof. Dr. Klaus Böning, Dresden; PD Dr. Dr. Christiane Gleissner, Mainz  
**Termin:** 22.09.2012: 09.00 – 15.30 Uhr  
**Ort:** Berlin  
**Fortbildungspunkte:** 8  
**Kurs-Nr.:** 4512.0  
**Kursgebühr:** 75 EUR

**Fachgebiet:** Interdisziplinäre ZHK  
**Thema:** Applied Kinesiology für Zahnärzte (Strukturierte Fortbildungen und Curricula)  
**Referent:** Dr. Ulrich Angermaier, Roth  
**Termin:** 28.09.2012: 09.00 – 18.00 Uhr, 29.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr (6 Veranstaltungstage insgesamt)  
**Ort:** Berlin  
**Fortbildungspunkte:** 57  
**Kurs-Nr.:** 1030.1  
**Kursgebühr:** 1 590 EUR (Frühbucherrabatt möglich)

**Fachgebiet:** Chirurgie  
**Thema:** Zahnärztliche Chirurgie (Strukturierte Fortbildungen und Curricula)  
**Referent:** Prof. Dr. Andreas Filippi  
**Termin:** 28.09.2012: 14.00 – 19.00 Uhr, 29.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr (6 Veranstaltungstage insgesamt)  
**Ort:** Berlin  
**Fortbildungspunkte:** 62  
**Kurs-Nr.:** 0603.3  
**Kursgebühr:** 1 650 EUR (Frühbucherrabatt möglich)

#### Team/ZFA:

**Thema:** Aufstiegsfortbildung zum/r Zahnmedizinischen Prophylaxeassistenten/in (ZMP):  
**Kostenfreier Informationsabend DH-Seminar**  
**Termin DH-Seminar:** Januar 2013 – Juli 2014  
**Termin Infoabend:** 26.09.2012: 19.30 Uhr

**Thema:** Aufstiegsfortbildung zum/r Dentalhygieniker/in (DH):  
**Kostenfreier Informationsabend DH-Seminar**  
**Termin DH-Seminar:** April 2013 – April 2014  
**Termin Infoabend:** 26.10.2012: 19.30 Uhr

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

## KZV Baden-Württemberg



### Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsforum Freiburg

**Fachgebiet:** ZFA  
**Thema:** Steigerung der Akzeptanz und Wirksamkeit der Prophylaxe. Durch Anwendung gesundheitspsychologischer Prinzipien  
**Referent:** Dr. Thomas Schneller, Hannover  
**Termin:** 14.09.2012  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Kursgebühr:** 125 EUR  
**Kurs-Nr.:** 12/420

**Fachgebiet:** Parodontologie  
**Thema:** Plastisch-rekonstruktive Parodontalchirurgie  
**Referent:** Dr. Wolfgang Westermann, Emsdetten  
**Termin:** 14./15.09.2012  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Fortbildungspunkte:** 15  
**Kursgebühr:** 525 EUR  
**Kurs-Nr.:** 12/118

**Fachgebiet:** Interdisziplinäre ZHK  
**Thema:** Steigerung der Akzeptanz und Wirksamkeit der Prophylaxe. Durch Anwendung gesundheitspsychologischer Prinzipien  
**Referent:** Dr. Thomas Schneller, Hannover  
**Termin:** 15.09.2012  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Fortbildungspunkte:** 8  
**Kursgebühr:** 325 EUR  
**Kurs-Nr.:** 12/119

Anzeige

**Fachgebiet:** Allgemeine ZHK  
**Thema:** Früherkennung des Mundhöhlenkarzinoms und seiner Vorläufer  
**Referent:** Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel, Bochum  
**Termin:** 22.09.2012  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Fortbildungspunkte:** 4  
**Kursgebühr:** 175 EUR  
**Kurs-Nr.:** 12/121

**Fachgebiet:** Praxismanagement  
**Thema:** Wie erzeuge ich Einsicht bei den Patienten?  
**Referent:** Hans J. Schmidt, Veitshöchheim  
**Termin:** 26.09.2012  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Fortbildungspunkte:** 5  
**Kursgebühr:** ZÄ: 175 EUR, ZFA: 150 EUR  
**Kurs-Nr.:** 12/317

**Fachgebiet:** Implantologie  
**Thema:** Strukturierte Fortbildung: Implantologie, Teil 1-3  
**Referent:** Prof. Dr. Herbert Deppe, München  
**Termine:** 27.-29.09.2012, 21.-24.11.2012, 25.-26.01.2013  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Fortbildungspunkte:** 88  
**Kursgebühr:** 3 800 EUR  
**Kurs-Nr.:** 12/602

**Fachgebiet:** ZFA  
**Thema:** Prophylaxe für Implantatpatienten  
**Referentin:** Iris Karcher, Freiburg  
**Termin:** 28.09.2012  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Kursgebühr:** 95 EUR  
**Kurs-Nr.:** 12/422

**Fachgebiet:** Praxismanagement  
**Thema:** Dental English – How can we help you? – Fit in der Betreuung englischsprachiger Patienten  
**Referentin:** Dipl.-Wirtsch.-Ing (FH) Sabine Nemeč, Langenselbold  
**Termin:** 28./29.09.2012  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Fortbildungspunkte:** 7  
**Kursgebühr:** ZÄ: 255 EUR, ZFA: 225 EUR  
**Kurs-Nr.:** 12/307

**Fachgebiet:** Praxismanagement  
**Thema:** „Stütze der Praxis“ statt „Zwischen Baum und Borke“ – Die Ehefrau/der Ehemann als Praxismitarbeiter/in  
**Referent:** Dipl.-Psych. Bernd Sandock, Berlin  
**Termin:** 21./22.09.2012  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Kursgebühr:** 295 EUR  
**Kurs-Nr.:** 12/421

**Fachgebiet:** Kinder-ZHK  
**Thema:** Update Kinderzahnheilkunde 2012  
**Referentin:** Dr. Annekathrin Behrendt, Gießen  
**Termin:** 22.09.2012  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Fortbildungspunkte:** 8  
**Kursgebühr:** 325 EUR  
**Kurs-Nr.:** 12/120

**Fachgebiet:** Praxismanagement  
**Thema:** Praxisfit, Modul 5: Der Zahnarzt/ Die Zahnärztin als Unternehmer/in  
**Referent:** Dirk Nayda, Titisee-Neustadt  
**Termin:** 28./29.09.2012  
**Ort:** Fortbildungsforum Freiburg  
**Fortbildungspunkte:** 12  
**Kursgebühr:** 444 EUR  
**Kurs-Nr.:** 12/600E

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

## ZÄK Hamburg



### Fortbildungsveranstaltungen

**Fachgebiet:** Bildgebende Verfahren  
**Thema:** Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz nach § 18 a RöV mit Erfolgskontrolle  
**Referent:** Prof. Dr. Uwe Rother  
**Termin:** 08.08.2012: 14.30 – 19.30 Uhr  
**Ort:** Hotel Panorama, Billstedter Hauptstr. 44, 22111 Hamburg  
**Fortbildungspunkte:** 9  
**Kurs-Nr.:** 70040 rö  
**Gebühr:** 70 EUR

**Fachgebiet:** Chirurgie  
**Thema:** Operationskurs Zahnärztliche Chirurgie  
**Referent:** Prof. Dr. Thomas Kreusch und Mitarbeiter  
**Termin:** 08.08.2012: 08.00 – 16.00 Uhr  
**Ort:** Asklepios Klinik Nord, Hiedberg Haus 2, Tangstedter Landstr. 400, 22417 Hamburg  
**Fortbildungspunkte:** 9  
**Kurs-Nr.:** 31060 chir  
**Gebühr:** 150 EUR

**Fachgebiet:** Ästhetik  
**Thema:** Frontzahnästhetik in Perfektion mit Keramikveneers und ästhetische Behandlungsplanung – Praktischer Arbeitskurs  
**Referent:** Prof. Dr. Jürgen Manhart, Holzkirchen  
**Termin:** 17.08.2012: 13.30 – 19.30 Uhr, 18.08.2012: 09.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** ZÄK Hamburg  
**Fortbildungspunkte:** k.A.  
**Kurs-Nr.:** 40276 kons  
**Gebühr:** 550 EUR

**Fachgebiet:** Praxismanagement  
**Thema:** Präsent – Sein, Wege zu Klarheit und Effizienz in der Patientenbeziehung  
**Referentin:** Dr. Susann Fiedler, Kriftel bei Frankfurt  
**Termin:** 24.08.2012: 14.00 – 19.00 Uhr, 25.08.2012: 09.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** ZÄK Hamburg  
**Fortbildungspunkte:** 16  
**Kurs-Nr.:** 21066 inter  
**Gebühr:** 335 EUR

**Fachgebiet:** Kieferorthopädie  
**Thema:** Lächeln verbindet ... KFO heute im Netzwerk Zahnmedizin  
**Referentin:** Dr. Anke Lendrodt, Hamburg  
**Termin:** 29.08.2012: 15.00 – 17.30 Uhr  
**Ort:** ZÄK Hamburg  
**Fortbildungspunkte:** 3  
**Kurs-Nr.:** 20054 inter  
**Gebühr:** 70 EUR

**Fachgebiet:** Bildgebende Verfahren  
**Thema:** Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz nach § 18 a RöV mit Erfolgskontrolle  
**Referent:** Prof. Dr. Uwe Rother, Hamburg  
**Termin:** 01.09.2012: 09.00 – 14.00 Uhr  
**Ort:** Hotel Panorama, Billstedter Hauptstr. 44, 22111 Hamburg  
**Fortbildungspunkte:** 9  
**Kurs-Nr.:** 70041 rö  
**Gebühr:** 70 EUR

**Fachgebiet:** Anästhesie  
**Thema:** Wissenschaftlicher Abend: Aktueller Stand der minimal-invasiven Schmerzausschaltung – Intraligamentäre Anästhesie  
**Referent:** Lothar Taubenheim, Erkrath  
**Termin:**  
 03.09.2012: 20.00 – 21.30 Uhr  
**Ort:** Hörsaal A, Universität Hamburg, Edmund-Siemers-Allee 1, 20146 Hamburg  
**Fortbildungspunkte:** 2  
**Kurs-Nr.:** 52 kons  
**Gebühr:** keine

**Fachgebiet:** Endodontie  
**Thema:** Vorhersagbares Management endodontischer Notfälle  
**Referenten:** Dr. Martin Brüsehaber, Hamburg; Dr. Johannes Cujé, Hamburg  
**Termin:**  
 05.08.2012: 14.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** ZÄK Hamburg  
**Fortbildungspunkte:** 5  
**Kurs-Nr.:** 50084 kons  
**Gebühr:** 120 EUR

**Fachgebiet:** Chirurgie  
**Thema:** Sinusliftengineering  
**Referent:** Prof. Dr. Thomas Kreis und Mitarbeiter, Hamburg  
**Termin:**  
 12.09.2012: 13.30 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Asklepios Klinik Nord, Hiedberg Haus 2, Tangstedter Landstr. 400, 22417 Hamburg  
**Fortbildungspunkte:** 9  
**Kurs-Nr.:** 31058 chir  
**Gebühr:** 150 EUR

**Fachgebiet:** Implantologie  
**Thema:** Praktische Demonstration einer Sinusbodenelevation, Kieferaugmentation oder Distraction  
**Referent:** Dr. Dr. Dieter H. Edinger, Hamburg  
**Termin:**  
 12.09.2012: 13.30 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Praxis Dr. Dr. Dieter Edinger & Partner, Großer Burstah 31, 20457 Hamburg  
**Fortbildungspunkte:** 5  
**Kurs-Nr.:** 31059 impl  
**Gebühr:** 120 EUR

**Fachgebiet:** Chirurgie  
**Thema:** Zahnärztliche Chirurgie in der täglichen Praxis: ein Kurs mit Hands-on Übungen und vielen Video-Demonstrationen  
**Referent:** Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel  
**Termin:**  
 14.09.2012: 14.00 – 18.00 Uhr,  
 15.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** ZÄK Hamburg  
**Fortbildungspunkte:** 14  
**Kurs-Nr.:** 40266 chir  
**Gebühr:** 460 EUR

**Fachgebiet:** Praxismanagement  
**Thema:** Workshop: Kundengewinnung und Bindung durch Internet und weitere Kommunikationsmittel für Zahnärzte  
**Referent:** Dipl. Kfm. Oliver Behn  
**Termin:**  
 15.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** ZÄK Hamburg  
**Fortbildungspunkte:** 10  
**Kurs-Nr.:** 40278 praxisf  
**Gebühr:** 265 EUR

**Fachgebiet:** Endodontie  
**Thema:** Endodontie – zweitägiger Intensiv-Mikroskopkurs  
**Referent:** Dr. Christoph Zirkel, Köln-Lindenthal  
**Termin:**  
 21.09.2012: 14.00 – 18.00 Uhr,  
 22.09.2012: 09.00 – 16.00 Uhr  
**Ort:** ZÄK Hamburg  
**Fortbildungspunkte:** 14  
**Kurs-Nr.:** 40267 kons  
**Gebühr:** 460 EUR

**Fachgebiet:** Praxismanagement  
**Thema:** Das berühmte erste Mal! Zielgruppe: „junge Zahnärztinnen und Zahnärzte“  
**Referent:** Dr. Michael Maak  
**Termin:**  
 21.09.2012: 14.00 – 18.00 Uhr,  
 22.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** ZÄK Hamburg  
**Fortbildungspunkte:** 15  
**Kurs-Nr.:** 40269 praxisf  
**Gebühr:** 460 EUR

**Fachgebiet:** Praxismanagement  
**Thema:** Selbstzahlerleistungen um 20 % steigern – Praktisches Training zur Verbesserung ihrer Patientengespräche  
**Referent:** Dipl.-oec. Hans Dieter Klein, Stuttgart  
**Termin:**  
 26.09.2012: 14.00 – 20.00 Uhr  
**Ort:** ZÄK Hamburg  
**Fortbildungspunkte:** 9  
**Kurs-Nr.:** 40265 praxisf  
**Gebühr:** 310 EUR

**Fachgebiet:** Prothetik  
**Thema:** Alltägliche Probleme der Zahnärztlichen Prothetik  
**Referent:** Dr. Felix Blankenstein, Berlin  
**Termin:**  
 29.09.2012: 09.00 – 16.00 Uhr  
**Ort:** ZÄK Hamburg  
**Fortbildungspunkte:** 8  
**Kurs-Nr.:** 40268 proth  
**Gebühr:** 180 EUR

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

## ZÄK Sachsen-Anhalt



**Fortbildungsinstitut  
 „Erwin Reichenbach“**

**Fachgebiet:** Psychosomatik  
**Thema:** Management von primären bzw. sekundären Kopf- und Gesichtsschmerzen. Praxisrelevante interdisziplinäre Aspekte in Differentialdiagnostik und Therapie  
**Referenten:** Dr. Waldemar Reich, Dr. Torsten Kraya, beide Halle/S.  
**Termin:** 01.09.2012:  
 09.00 – 16.00 Uhr  
**Ort:** Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg  
**Fortbildungspunkte:** 7  
**Kursgebühr:** 190 EUR  
**Kurs-Nr.:** Z/2012-029

**Fachgebiet:** Prophylaxe  
**Thema:** Spezialitäten in der Prophylaxe  
**Referentin:** Nicole Graw, Hamburg  
**Termin:** 07.09.2012:  
 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Ankerhof Hotel, Ankerstr. 2a, Halle (Saale)  
**Kursgebühr:** 185 EUR  
**Kurs-Nr.:** H-35-2012

**Fachgebiet:** Sonstiges  
**Thema:** Kurs mit Köpfchen – Training der intraoralen Positioniertechnik  
**Referent:** Gerald König, Erfurt  
**Termin:** 07.09.2012:  
 14.00 – 19.00 Uhr  
**Ort:** Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg  
**Kursgebühr:** 175 EUR  
**Kurs-Nr.:** H-36-2012

**Fachgebiet:** Alterszahnheilkunde  
**Thema:** 20. Fortbildungstage der ZÄK Sachsen-Anhalt  
**Leitung:** Prof. Dr. Ina Nitschke  
**Termin:** 14.09. – 16.09.2012  
**Ort:** Harzer Kultur- und Kongress-Hotel Wernigerode  
**Fortbildungspunkte:** 15 (Gesamttagung), 6 (pro Tag)  
**Kursgebühr:** 190 EUR (Gesamtkarte), 125 EUR (Tageskarte)

**Fachgebiet:** Traumatologie  
**Thema:** Zahntrauma: aktuell – effektiv – praxisbezogen  
**Referent:** Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel  
**Termin:** 21.09.2012:  
 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg  
**Fortbildungspunkte:** 8  
**Kursgebühr:** 195 EUR  
**Kurs-Nr.:** Z/2012-030

**Fachgebiet:** Abrechnung  
**Thema:** Abrechnungstraining – Zahnersatz in der GKV  
**Referentin:** Sandra Abraham, Mauritz  
**Termin:** 21.09.2012:  
 14.00 – 19.00 Uhr  
**Ort:** Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg  
**Fortbildungspunkte:** k.A.  
**Kursgebühr:** 105 EUR  
**Kurs-Nr.:** H-37-2012

**Fachgebiet:** Parodontologie  
**Thema:** Curriculum Parodontologie Baustein 1: Anatomie, Ätiologie, Diagnostik, geschlossene Verfahren  
**Referenten:** PD Dr. St. Reichert, Dr. U. Töpel, Dr. J. Klapproth, alle Halle/ Saale  
**Termin:**  
 21.09.2012: 14.00 – 18.00 Uhr,  
 22.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Universitätspoliklinik, Harz 42a, Halle (Saale)  
**Fortbildungspunkte:** (insg. 135 inkl. Abschlussgespräch)  
**Kursgebühr:** 2 500 EUR, 380 EUR Einzelkursgebühr  
**Kurs-Nr.:** Z/2012/2013-080

**Fachgebiet:** Abrechnung  
**Thema:** Abrechnungstraining für konservierende Leistungen und Möglichkeiten zur Honoraroptimierung durch Mehrkosten und Abdingungen in der GKV  
**Referentin:** Sandra Abraham, Mauritz  
**Termin:** 22.09.2012:  
 09.00 – 15.00 Uhr  
**Ort:** Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg  
**Fortbildungspunkte:** k.A.  
**Kursgebühr:** 120 EUR  
**Kurs-Nr.:** H-38-2012

**Fachgebiet:** Notfallmedizin  
**Thema:** Der allgemein-medizinische Risikopatient in der zahnärztlichen Praxis  
**Referent:** Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel  
**Termin:** 22.09.2012:  
 08.30 – 16.30 Uhr  
**Ort:** Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg  
**Fortbildungspunkte:** 8  
**Kursgebühr:** 195 EUR  
**Kurs-Nr.:** Z/2012-031

**Fachgebiet:** ZFA  
**Thema:** Lust statt Frust – bei der Provisorenfestigungstellung  
**Referentin:** Sybille Diekamp, Oldenburg  
**Termin:** 26.09.2012:  
 14.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg  
**Kursgebühr:** 110 EUR  
**Kurs-Nr.:** H-61-2012

**Fachgebiet:** Implantologie  
**Thema:** Curriculum Implantologie Baustein 1: Einführung in die zahnärztliche Implantologie – Entwicklung der zahnärztlichen Implantologie  
**Referent:** PD Dr. Dr. Steffen G. Köhler, Berlin  
**Termin:**  
 28.09.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,  
 29.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg  
**Fortbildungspunkte:** (insg. 144 inkl. Abschlussgespräch)  
**Kursgebühr:** 3 000 EUR Kurspaket  
**Kurs-Nr.:** Z/2012/2013-090

**Fachgebiet:** Praxismanagement  
**Thema:** Teamentwicklung mit DISG  
**Referentin:** Christine Baumeister-Henning, Haltern  
**Termin:** 29.09.2012:  
 09.00 – 16.30 Uhr  
**Ort:** Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg  
**Fortbildungspunkte:** k.A.  
**Kursgebühr:** 250 EUR  
**Kurs-Nr.:** ZH/Z-039-2012

**Fachgebiet:** Halitosis  
**Thema:** Halitosis – Wie ein Tabuthema in den Praxisalltag integriert wird  
**Referentin:** Dr. Susanne Lautenbach, Mainz  
**Termin:** 29.09.2012:  
 09.00 – 14.00 Uhr  
**Ort:** Maritim Hotel, Riebeckplatz 4, Halle (Saale)  
**Fortbildungspunkte:** 5  
**Kursgebühr:** ZA 130 EUR, ZH 90 EUR  
**Kurs-Nr.:** Z/ZH 2012-032

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

## ZÄK Niedersachsen



### Fortbildungsveranstaltungen

**Fachgebiet:** Schlafmedizin  
**Thema:** Intraorale Protrusionsschienen (IPS) bei Schlafapnoe und Schnarchen. Überblick und Update inkl. praktischer Demos – Vom Praktiker für Praktiker  
**Referent:** Dr. Jürgen Langenhan  
**Termin:**  
 07.09.2012: 14.00 – 18.00 Uhr,  
 08.09.2012: 09.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Hannover  
**Fortbildungspunkte:** 12  
**Kurs-Nr.:** Z 1251  
**Kursgebühr:** 330 EUR

**Fachgebiet:** Prophylaxe  
**Thema:** Was leisten Zahnpasten und Spüllösungen für die Hygiene bei überempfindlichen Zahnhälften und zur Aufhellung?  
**Referentin:**  
 Prof. Dr. Nicole Arweiler  
**Termin:**  
 12.09.2012: 14.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Hannover  
**Fortbildungspunkte:** 4  
**Kurs-Nr.:** Z/F 1252  
**Kursgebühr:** 99 EUR

**Fachgebiet:** Endodontie  
**Thema:** Power Workshop Endodontie Revision  
 Tag 1: Endodontische Diagnostik & Aufbereitung von Wurzelkanalsystemen  
 Tag 2: Endodontische Obturation & Immunologie  
 Tag 3: Endodontische Revision  
**Referent:**  
 Prof. Dr. Norbert Linden  
**Termin:**  
 13.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr,  
 14.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr,  
 15.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Hannover  
**Fortbildungspunkte:** 24  
**Kurs-Nr.:** Z 1253  
**Kursgebühr:** 960 EUR

**Fachgebiet:** Parodontologie  
**Thema:** Ultraschallbehandlung in der Parodontologie – ein bewährtes Konzept  
**Referent:** Dr. Michael Maak  
**Termin:**  
 14.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Hannover  
**Fortbildungspunkte:** 10  
**Kurs-Nr.:** Z/F 1254  
**Kursgebühr:** 285 EUR

**Fachgebiet:** Kinder-ZHK  
**Thema:** Kinderzahnheilkunde in der Praxis  
**Referent:** Prof. Dr. Christian Splieth  
**Termin:**  
 19.09.2012: 14.00 – 19.00 Uhr  
**Ort:** Hannover  
**Fortbildungspunkte:** 5  
**Kurs-Nr.:** Z 1255  
**Kursgebühr:** 185 EUR

**Fachgebiet:** Hygiene/Qualitätsmanagement  
**Thema:** Qualitätsmanagement und Hygiene  
**Referent:** Prof. Dr. Peter Jöhren  
**Termin:**  
 21.09.2012: 14.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Hannover  
**Fortbildungspunkte:** 4  
**Kurs-Nr.:** Z/F 1257  
**Kursgebühr:** 95 EUR

**Auskunft und Anmeldung:**  
 ZÄK Niedersachsen  
 Zahnärztliche Akademie  
 Niedersachsen, ZAN  
 Zeißstr. 11a  
 30519 Hannover  
 Tel.: 0511/83391-311 oder -313  
 Fax: 0511/83391-306  
 Aktuelle Termine unter [www.zkn.de](http://www.zkn.de)

## ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

**Fachgebiet:** Bildgebende Verfahren  
**Thema:** Spezielle Fachkunde im Strahlenschutz für die digitale dentale Volumetomografie (DVT), (inkl. Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für Zahnärzte/innen)  
**Referenten:** Prof. Dr. Ulrich Meyer, Dr. Irmela Reuter  
**Termin:**  
 06.10.2012: 09.00 – 17.00 Uhr,  
 19.01.2013: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Münster,  
 Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster  
**Fortbildungspunkte:** 20  
**Kurs-Nr.:** 12 740 053  
**Gebühr:** ZA 990 EUR

**Fachgebiet:** Halitosis  
**Thema:** Geruch aus dem Mund – Halitosis  
**Referentin:** Dr. Inga Harks, Dr. Anna Maria Kettner  
**Termin:**  
 24.10.2012: 15.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Münster,  
 Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster  
**Fortbildungspunkte:** 4  
**Kurs-Nr.:** 12 710 012  
**Gebühr:** ZA 65 EUR

**Fachgebiet:** Funktionslehre  
**Thema:** Craniomandibuläre Dysfunktion ist eine multidisziplinäre Erkrankung  
**Referent:** Dr. Willi Jansen, Versmold  
**Termin:**  
 26.10.2012: 14.00 – 18.00 Uhr,  
 27.10.2012: 09.00 – 15.30 Uhr  
**Ort:** Münster,  
 Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster  
**Fortbildungspunkte:** 13  
**Kurs-Nr.:** 12 740 088  
**Gebühr:** ZA 399 EUR

**Fachgebiet:** Praxismanagement  
**Thema:** Praxisabgabe – Wirtschaftliche und rechtliche Grundlagen, Praktikable Lösungsansätze  
**Referenten:** Michael Goblirsch, Ass. Ina Schwar  
**Termin:**  
 26.10.2012: 15.00 – 18.30 Uhr  
**Ort:** Münster,  
 Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster  
**Fortbildungspunkte:** 5  
**Kurs-Nr.:** 12 750 100  
**Gebühr:** ZA 75 EUR

**Fachgebiet:** Praxismanagement  
**Thema:** MPG für Niedergelassene  
**Referent:** Dr. Hendrik Schlegel  
**Termin:**  
 26.10.2012: 15.00 – 18.30 Uhr  
**Ort:** Münster,  
 Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster  
**Fortbildungspunkte:** 5  
**Kurs-Nr.:** 12 760 001  
**Gebühr:** ZA 59 EUR

**Fachgebiet:** Funktionslehre  
**Thema:** Update Funktion – Neues aus der Funktionslehre  
**Referent:** Prof. Dr. Marc Schmitter, Heidelberg  
**Termin:**  
 27.10.2012: 09.00 – 16.30 Uhr  
**Ort:** Münster,  
 Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster  
**Fortbildungspunkte:** 8  
**Kurs-Nr.:** 12 740 063  
**Gebühr:** ZA 299 EUR

**Fachgebiet:** Parodontologie  
**Thema:** Chirurgische Parodontologie  
**Referent:** Prof. Dr. Heinz Topoll, Münster  
**Termin:**  
 09.11.2012: 14.00 – 18.00 Uhr,  
 10.11.2012: 09.00 – 15.00 Uhr  
**Ort:** Münster,  
 Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster  
**Fortbildungspunkte:** 12  
**Kurs-Nr.:** 12 740 096  
**Gebühr:** ZA 399 EUR

**Fachgebiet:** Parodontologie  
**Thema:** Problemlösungen auf Grenzgebieten zwischen Parodontologie und Zahnerhaltung  
**Referent:** Prof. Dr. Dr. Jörg Staehle, Heidelberg  
**Termin:**  
 14.11.2012: 14.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Münster,  
 Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster  
**Fortbildungspunkte:** 5  
**Kurs-Nr.:** 12 740 095  
**Gebühr:** ZA 279 EUR

**Auskunft:** ZÄKW  
 Dirc Bertram  
 Tel.: 0251/507-600  
 Fax: 0251/507-619  
[dirc.bertram@zahnaerzte-wl.de](mailto:dirc.bertram@zahnaerzte-wl.de)

## ZÄK Nordrhein



### Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

**Fachgebiet:** Vertragswesen  
**Thema:** Privat statt Kasse: Der Grenzbereich zwischen GKV-Leistungen und privaten Leistungen (Seminar für ZÄ und Praxismitarbeiter/innen)  
**Referenten:**  
 Dr. Hans Werner Timmers, Essen;  
 ZA Ralf Wagner, Langerwehe  
**Termin:**  
 15.08.2012: 14.00 – 18.00 Uhr  
**Fortbildungspunkte:** 4  
**Kurs-Nr.:** 12320  
**Kursgebühr:** 30 EUR

**Fachgebiet:** Vertragswesen  
**Thema:** Die Stichprobenprüfung: Wirtschaftlichkeitskürzung = Honorarkürzung  
**Referenten:** Dr. Hans-Joachim Lintgen, Remscheid; Dr. Harald Holzer, Bergisch Gladbach  
**Termin:**  
 22.08.2012: 14.00 – 18.00 Uhr  
**Fortbildungspunkte:** 4  
**Kurs-Nr.:** 12321  
**Kursgebühr:** 30 EUR

**Fachgebiet:** Praxismanagement  
**Thema:** Praxisabgabeseminar (Seminar für ZÄ und Praxisinhaber/innen)  
**Referent:** Dr. Peter Minderjahn, Stolberg  
**Termin:**  
 24.08.2012: 14.00 – 18.00 Uhr,  
 25.08.2012: 09.00 – 14.30 Uhr  
**Fortbildungspunkte:** 9  
**Kurs-Nr.:** 12397  
**Kursgebühr:** 150 EUR

**Fachgebiet:** Ästhetik  
**Thema:** Baustein VI des Curriculums Ästhetische Zahnmedizin: Vollkeramische Restauration  
**Referent:** Dr. Urs Brodbeck, Zürich (CH)  
**Termin:**  
 24.08.2012: 14.00 – 18.00 Uhr,  
 25.08.2012: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Fortbildungspunkte:** 15  
**Kurs-Nr.:** 12065  
**Kursgebühr:** ZA 540 EUR

**Fachgebiet:** Vertragswesen  
**Thema:** Aufbiss-Schienen, Medikamententräger und Co. – die Abrechnung von KG- und KB-Leistungen unter besonderer Berücksichtigung der privaten Vereinbarungen (Seminar für ZÄ und Praxismitarbeiter/innen)  
**Referenten:** ZA Lothar Marquardt, Krefeld; ZA Jörg Oltrogge, Velbert  
**Termin:**  
 29.08.2012: 14.00 – 18.00 Uhr  
**Fortbildungspunkte:** 4  
**Kurs-Nr.:** 12326  
**Kursgebühr:** 30 EUR

**Fachgebiet:** Funktionslehre  
**Thema:** Manuelle Funktionsanalyse und befundbezogene Okklusionsschientherapie – Teil 2 einer 3-teiligen Kursreihe (Beachten Sie bitte auch unsere Kurse 12009 und 12011)  
**Referent:** Dr. Uwe Harth, Bad Salzungen  
**Termin:**  
 31.08.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,  
 01.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Fortbildungspunkte:** 15  
**Kurs-Nr.:** 12010  
**Kursgebühr:** 450 EUR

**Fachgebiet:** Praxismanagement  
**Thema:** Zahnarzt als Chef: Mitarbeiter- und Unternehmensführung in der Zahnarztpraxis  
**Referent:** Bernd Sandock, Berlin  
**Termin:**  
 31.08.2012: 15.00 – 18.00 Uhr,  
 01.09.2012: 09.00 – 16.00 Uhr  
**Fortbildungspunkte:** 10  
**Kurs-Nr.:** 12101  
**Kursgebühr:** 300 EUR

#### Fortbildung für ZFA

**Thema:** Praktischer Arbeitskurs zur Individualprophylaxe  
**Referentin:** Andrea Busch, ZMF, Köln  
**Termin:**  
 21.08.2012: 14.00 – 18.00 Uhr,  
 22.08.2012: 09.00 – 17.00 Uhr  
**Kurs-Nr.:** 12251  
**Kursgebühr:** 210 EUR

**Thema:** Hygienische Aufbereitung von Medizinprodukten in der Zahnarztpraxis (Fortbildungsangebot für zahnmedizinisches Hilfspersonal mit abgeschlossener Berufsausbildung)  
**Referentin:** Ass. jur. Katharina Dierks, Köln  
**Termin:** 25.08.2012:  
 09.00 – 19.00 Uhr  
**Kurs-Nr.:** 12256  
**Kursgebühr:** 280 EUR

**Thema:** Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz  
**Referent:** Prof. Dr. Peter Pfeiffer, Köln  
**Termin:**  
 31.08.2012: 14.00 – 18.00 Uhr  
**Kurs-Nr.:** 12982  
**Kursgebühr:** 40 EUR

**Thema:** Praxisrelevante Kommunikationsstrategien Teil 1  
**Referentin:** Dr. phil. Esther Oberler-Rüegger, Hergiswil (CH)  
**Termin:**  
 31.08.2012: 13.00 – 18.00 Uhr  
**Kurs-Nr.:** 12268  
**Kursgebühr:** 120 EUR

**Thema:** Praxisrelevante Kommunikationsstrategien Teil 2  
**Referentin:** Dr. phil. Esther Oberler-Rüegger, Hergiswil (CH)  
**Termin:**  
 01.09.2012: 09.00 – 15.00 Uhr  
**Kurs-Nr.:** 12269  
**Kursgebühr:** 120 EUR



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

## Kongresse

### ■ 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

**21. Zahnärztetag der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern und 63. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.**  
**Themen:** 1. Endodontie  
2. Professionspolitik  
3. Aus der Praxis für die Praxis  
**Wissenschaftliche Leitung:**  
PD Dr. Dieter Pahncke,  
OÄ Dr. Heike Steffen  
**Professionspolitische Leitung:**  
Prof. Dr. Dietmar Oesterreich  
**Termin:** 31.08. – 02.09.2012  
**Ort:** Hotel Neptun, Rostock-Warnemünde  
**Auskunft:**  
ZÄK Mecklenburg-Vorpommern  
Wismarsche Str. 304  
19055 Schwerin  
Tel.: 0385/59108-0  
Fax: 0385/59108-20  
sekretariat@zaekmv.de  
www.zaekmv.de

### ■ September

**Hypnose-Kongress Berlin 18. Jahrestagung der DGZH e.V.**  
**Thema:**  
Workshops, Vorträge, Einführungskurs und Supervision zum Thema  
„Zahnärztliche Hypnose und Kommunikation“  
**Wissenschaftliche Leitung:** Dr. A. Schmierer, Dr. Horst Freigang  
**Termin:** 07.09.– 09.09.2012  
**Ort:** Berlin, Hotel Steigenberger  
**Fortbildungspunkte:** 25  
**Anmeldung und Info:**  
www.hypnose-kongress-berlin.de  
**Auskunft:** Congress Organisation  
Claudia Winkhardt  
Griegstr. 32A  
14193 Berlin  
Tel.: 030/36284040  
Fax: 030/36284042  
mail@cwcongress.org

**Zahnärztetag & Prophylaxekongress der ZKN**  
**Termin:** 08.09.2012  
**Ort:** Osnabrück Halle,  
Schlosswall 1-9, 49074 Osnabrück  
**Auskunft:**  
Zahnärztekammer Niedersachsen  
Ansgar Zboron  
Zeißstr. 11a  
30519 Hannover  
Tel.: 0511/83391-303  
azboron@zkn.de

**47. Bodenseetagung und 41. Helferinnentagung**  
**Thema:** Zahnmedizinische Innovationen auf dem Prüfstand  
**Termin:** 14./15.09.2012  
**Ort:** Lindau (Bodensee)  
**Auskunft:**  
Bezirkszahnärztekammer Tübingen  
Bismarckstr. 96  
72072 Tübingen  
Tel.: 07071/911-0  
Fax: 07071/911-209

**20. Fortbildungstage der ZÄK 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.: 0391/73939-14  
Fax: 0391/73939-20  
einecke@zahnaerztekammer-sah.de

**Ostseesymposium 2012**  
**Veranstalter:** Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.  
**Thema:**  
Reparieren oder Restaurieren?  
**Termin:** 15.09.2012  
**Ort:** ATLANTIC Hotel,  
Raiffeisenstr. 2, 24103 Kiel  
**Fortbildungspunkte:** 8  
**Kursgebühr:** 50 – 140 EUR  
**Auskunft:**  
Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., LV Schleswig-Holstein  
ZA Jens-Ulrich Krüger  
Tel.: 04862/1211  
Fax: 04862/1286  
OSY2012@t-online.de

**Österreichischer Zahnärztekongress 2012 und Symposium für Kinderzahnheilkunde**  
**Veranstalter:** ÖGZMK Salzburg,  
LKZ Salzburg  
**Kongresspräsident:**  
Dr. Walter Keidel, Präsident der ÖGZMK Salzburg  
**Termin:** 20.09.- 22.09.2012  
**Ort:** Salzburg  
**Auskunft:** Helferstorferstr. 4  
A-1014 Wien  
Tel.: (43/1) 53116-48  
Fax: (43/1) 53116-61  
azmedinfo@media.co.at  
www.oezk-salzburg-2012.at

**11. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 4. Nationaler Präventionskongress**  
**Veranstalter:** Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde,  
Deutscher Verband für Gesundheitswissenschaften und Public Health, Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung  
**Thema:** Prävention und Versorgung 2012 für die Gesundheit 2030  
u.a.: **Plenarsitzung: „Zahnmedizin meets Medizin“** (Vorsitz: H. Pfaff, T. Hoffmann);  
**Podiumsdiskussion zum Kongress-thema:**  
Moderation: Prof. Kirch  
Teilnehmer: Prof. Glaeske (DNVF), Prof. Oesterreich (BZÄK), Prof. Rebscher (DAK), Prof. Walter (DGZMK), Dr. Volkmer (MdB), Dr. Fedderwitz (KZBV)  
**Tagungspräsidenten:**  
Prof. Dr. Thomas Hoffmann,  
Prof. Dr. Dr. Wilhelm Kirch,  
Prof. Dr. Holger Pfaff  
**Termin:** 27.09 – 29.09.2012  
**Ort:** Hygiene-Museum Dresden  
**Kursgebühr:** 60 – 280 EUR (Frühbucherrabatt bis 12.08.)  
**Auskunft und Anmeldung:**  
www.dkvf2012.de

**Herbstsymposium der ÖGZMK Niederösterreich und der NÖFA**  
**Thema:** Zahnheilkunde trifft Allgemeinmedizin (Workshops und Theorie für Zahnärzte und ZA)  
**Veranstalter:** ÖGZMK NÖ/ NÖFA  
**Wissenschaftliche Organisation:**  
Dr. Hans Kellner, M.D.Sc. (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.zahnaerztekammer.at

**2. DENTRY DentalKongress Ruhr**  
**Veranstalter:**  
ZBZ Witten und MedEcon Ruhr  
**Themen:**  
Neue Materialien und Verfahren, Prozessoptimierung im digitalen Workflow, Interdisziplinäre Modelle in Ausbildung und Qualifizierung  
**Termin:** 29.09.2012  
**Ort:** Witten  
**Programm und Auskunft:**  
www.dentry.de

### ■ Oktober

**9. Internationaler Jahreskongress der DGOI**  
**Termin:** 03.10. – 07.10.2012  
**Ort:** Sporthotel Achenal, Grassau/Chiemgau  
**Auskunft:** www.dgoi.info

**3. ESMD Symposium gemeinsam mit der DGMikro**  
**Thema:** Mikroskopische Zahnheilkunde/ Ergonomie/ Endodontie: Open Eyes – Open Mind  
**Veranstalter:** ESMD und DGMikro  
**Referenten:** u. a. Castellucci, Lang, Hilger, Smithson, Shakibaie, Lambrechts, von Stetten, Sigurdsson  
**Termin:** 04.10. – 06.10.2012  
**Ort:** Berlin (Andels Hotel)  
**Fortbildungspunkte:** 24  
**Kursgebühr:** 900 – 1 100 EUR  
**Auskunft:**  
www.dgmikro.de

**DGZI Jahreskongress**  
**Termin:** 05./06.10.2012  
(mit der GBOI Prüfung zum Specialist und Expert am 04.10.2012)  
**Ort:** Hamburg  
**Auskunft und Anmeldung:**  
DGZI-Geschäftsstelle:  
sekretariat@dgzi-info.de

## ■ November

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

**Thema:** Bildgebende Verfahren in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

**Veranstalter:** Westfälische Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V., Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgenger

**Termin:** 03.11.2012: 09.00 – 13.30 Uhr

**Ort:** Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien, Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude W 30, Anfahrtsadresse: Waldeyerstr. 30, 48149 Münster

**Anmeldung:**  
Tel.: 0251/8347084  
Fax: 0251/8347182

weersi@uni-muenster.de

### 12. Keramik-Symposium

auf dem Deutschen Zahnärztetag der DGZMK

**Thema:** Keramik interdisziplinär – Breites Wissensspektrum als Erfolgsgarant. Idealkeramik, Chipping, Einzelzahnversorgung, Keramik-Navigator

**Referenten:**

Prof. Behr, Prof. Kunzelmann, PD Dr. Rosentritt, PD Dr. Ahlers, Dres Reiss, Wiedhahn

**Termin:**

10.11.2012: 09.30 – 15.30 Uhr

**Ort:** Frankfurt/Main, Congress Center Messe

**Fortbildungspunkte:** 8

**Auskunft und Anmeldung:**

AG Keramik  
Tel.: 0721/9452929  
Fax: 0721/9452930  
info@ag-keramik.de  
www.ag-keramik.eu, www.dtzt.de

### MEDICA

#### 44. Weltforum der Medizin

**Termin:** 14. – 17.11.2012

**Ort:** Messe – CCD, Düsseldorf

**Auskunft:**

MEDICA Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Medizin e.V.  
Postfach 700149  
70571 Stuttgart  
Tel.: 0711/720712-0  
Fax: 0711/720712-29  
gw@medcongress.de  
www.medcongress.de

#### 45. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie

**Kongresspräsident:**

Prof. Dr. Karl-Heinz Utz

**Termin:** 16./17.11.2012

**Ort:** Maritim Kurhaushotel, Ludwigstr. 3, 61348 Bad Homburg

**Auskunft:**

MCI Deutschland GmbH  
Tel.: 030/204590  
Fax: 030/2045950  
dgfdt@mci-group.com  
www.dgfdt.de

### 22. Brandenburgischer Zahnärztetag

**Thema:** Aktueller Stand der Parodontologie

**Veranstalter:** LZÄK Brandenburg

**Wissenschaftliche Organisation:**

Prof. Dr. Thomas Hoffmann

**Termin:** 23./24.11.2012

**Ort:** Messe Cottbus

**Auskunft:**

LZÄK Brandenburg  
Parzellenstr. 94  
03046 Cottbus  
Tel.: 0355/38148-25  
mharms@lzkb.de

**Anmeldung:** www.lzkb.de

### 10. International Orthodontic Symposium (IOS)

**Veranstalter:** IOS

**Termin:** 29.11.2012 – 01.12.2012

**Ort:** Prague

**Auskunft und Anmeldung:**

IOS Hannover  
Kirchröder Str. 77  
30625 Hannover  
Tel.: 0511/533169-3  
Fax: 0511/533169-5  
info@ios-prague.com  
ios-prague.com

**Gemeinschaftskongress SGI, ÖGI, DGI und  
26. Kongress des DGI e.V.**  
**Thema:** back to the roots  
**Termin:** 29.11. – 01.12.2012  
**Ort:** Kongress + Kursaal Bern AG, Kornhausstr. 3, CH-3000 Bern 25  
**Auskunft:** Kongresssekretariat der Gemeinschaftstagung 2012  
Monbijoustr. 24  
CH-3011 Bern  
Tel.: 41/31/38220-10  
Fax: 41/31/38220-02  
veronika.thalmann@sgi-ssio.ch  
www.sgi-ssio.ch

**11. Thüringer Zahnärztetag  
11. Thüringer Helferinnentag  
11. Thüringer Zahntechnikertag**  
**Thema:** Zahnmedizin 2012 – Prothetische Behandlungskonzepte  
**Wissenschaftliche Leitung:**  
Prof. Dr. Michael Walther, Universität Dresden  
**Termin:** 30.11. – 01.12.2012  
**Ort:** Messe Erfurt GmbH, Gothaer Str. 34, 99094 Erfurt  
**Infos und Anmeldung:**  
LZK Thüringen/ Fortbildungsakademie Adolph Witzel  
Barbarossahof 16  
99092 Erfurt  
Tel.: 0361/7432-107/108  
Fax: 0361/7432-185  
fb@lzkth.de  
www.lzkth.de

### ■ Januar

**60. Winterfortbildungskongress der ZKN**  
**Thema:** Digitale Medien in der Zahnarztpraxis  
**Termin:** 23.01.-26.01.2013  
**Ort:** Maritim Berghotel, Am Pfaffenstieg 1, 38700 Braunlage  
**Auskunft:**  
ZÄK Niedersachsen  
Ansgar Zboron  
Zeißstr. 11a  
30519 Hannover  
Tel.: 0511/83391-303  
azboron@zkn.de

## Hochschulen

### Universität Gießen

**Fachgebiet:** Kieferorthopädie  
**Thema:** Klasse-II-Management mit der Herbst-Apparatur  
**Veranstalter:** Poliklinik für Kieferorthopädie, JLU Gießen  
**Referenten:**  
Prof. Dr. Hans Pancherz, Prof. Dr. Sabine Ruf  
**Termin:** 12./13.10.2012  
**Ort:** Gießen  
**Fortbildungspunkte:** 15  
**Kursgebühr:** 750 EUR, für Assistenten in der Weiterbildung: 400 EUR  
**Anmeldung:** sekretariat.kfo@dentist.med.uni-giessen.de

## Wissenschaftliche Gesellschaften

### AACZ

**Aachener Arbeitskreis für CEREC-Zahnheilkunde (AACZ)**

#### Fortbildungskurse

**Fachgebiet:** CEREC Seminar  
**Thema:** HandsOn-Training im gesamten CEREC-Chairside-Indikationsbereich  
**Referent:**  
Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans  
**Termin:** 10./11.08.2012  
**Ort:** Universitätsklinikum Aachen, Paulwelsstr. 30, 52074 Aachen  
**Fortbildungspunkte:** 20  
**Kursgebühr:** 1 000 EUR oder Sirona-Gutschein

**Fachgebiet:** CEREC Seminar  
**Thema:** HandsOn-Training im gesamten CEREC-Chairside-Indikationsbereich  
**Referent:**  
Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans  
**Termin:** 28./29.09.2012  
**Ort:** Universitätsklinikum Aachen, Paulwelsstr. 30, 52074 Aachen  
**Fortbildungspunkte:** 20  
**Kursgebühr:** 1 000 EUR oder Sirona-Gutschein

**Fachgebiet:** CEREC Seminar  
**Thema:** HandsOn-Training im gesamten CEREC-Chairside-Indikationsbereich  
**Referent:**  
Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans  
**Termin:** 19./20.10.2012  
**Ort:** Universitätsklinikum Aachen, Paulwelsstr. 30, 52074 Aachen  
**Fortbildungspunkte:** 20  
**Kursgebühr:** 1 000 EUR oder Sirona-Gutschein

**Anmeldung:**  
Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans  
CEREC-Hotline: 0175/4004756  
jrotgans@ukaachen.de

## APW

**Akademie  
Praxis und Wissenschaft**

#### Fortbildungskurse

**Fachgebiet:** Endodontologie  
**Thema:** The Art of Endodontic Microsurgery  
**Referenten:** Dr. Marco Georgi, Dr. Dr. Frank Sanner  
**Termin:** 12./13.10.2012  
**Ort:** Frankfurt/Main  
**Fortbildungspunkte:** 14  
**Kurs-Nr.:** EA04  
**Kursgebühr:** 770 EUR; (740 EUR DGZMK-Mitglieder; 720 EUR APW-Mitglieder, 680 EUR EA-Teilnehmer)

**Fachgebiet:** Endodontologie  
**Thema:** The Art of Endodontic Microsurgery  
**Referenten:** Dr. Marco Georgi, Dr. Dr. Frank Sanner  
**Termin:** 12./13.10.2012  
**Ort:** Frankfurt/Main  
**Fortbildungspunkte:** 14  
**Kurs-Nr.:** EA04  
**Kursgebühr:** 770 EUR; (740 EUR DGZMK-Mitglieder; 720 EUR APW-Mitglieder, 680 EUR EA-Teilnehmer)

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

## DGZI

**Deutsche Gesellschaft für  
Zahnärztliche Implantologie**

#### Fortbildungsveranstaltungen

**Thema:** Curriculum Implantologie: Laserzahnheilkunde und Periimplantitis  
**Referent:** Dr. Georg Bach  
**Termin:** 14./15.10.2012  
**Ort:** Freiburg  
**Fortbildungspunkte:** 20  
**Kurs-Nr.:** Wahlmodul 9  
**Kursgebühr:** 750 EUR

**Thema:** Curriculum Implantologie: Hart- und Weichgewebsmanagement in der Implantologie, Teil II  
**Referent:** Prof. Dr. Frank Palm  
**Termin:** 21./22.10.2012  
**Ort:** Konstanz  
**Fortbildungspunkte:** 20  
**Kurs-Nr.:** Pflichtmodul 5  
**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*

## September

**Fachgebiet:** Restaurative ZHK  
**Thema:** Bisshebung des Erosionsgebisses mit direkter Adhäsivtechnik  
**Veranstalter:** Zahnforum Heidelberg  
**Referenten:** Prof. Dr. Thomas Attin, Dr. Uwe Blunck  
**Termin:** 22.09.2012: 09.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Heidelberger Ruderclub „Zum Achter“  
**Fortbildungspunkte:** 9  
**Kursgebühr:** 450 EUR  
**Auskunft:** Zahnforum-Heidelberg Agentur für Fortbildungen Handschuhsheimer Landstr. 18a 69120 Heidelberg  
 Tel.: 06221/412991  
 Fax: 06221/409438  
 mail@zahnforum-heidelberg.de  
 www.zahnforum-heidelberg.de

## Oktober

**Fachgebiet:** Implantologie  
**Thema:** Kinderzahnheilkunde Update 2012  
**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 Fritzscheimer  
**Referent:** Prof. Dr. Norbert Krämer  
**Termin:** 06.10.2012: 08.30 – 16.30 Uhr  
**Ort:** Stresemannstr. 7-9, 40210 Düsseldorf  
**Fortbildungspunkte:** 9  
**Kursgebühr:** 300 EUR zzgl. MwSt., 285 EUR aus Überweiserpraxen  
**Anmeldung:** Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis Fachärzte für MKG-Chirurgie Stresemannstr. 7-9 40210 Düsseldorf  
 Tel.: 0211/875508-0  
 Fax: 0211/875508-99  
 www.kieferchirurgie.org

**Fachgebiet:** Praxismanagement  
**Thema:** Abrechnung von Implantatbehandlungen  
**Veranstalter:** Dentaurum Implants GmbH  
**Referentin:** ZMF/ZMP Angelika Frenzel  
**Termin:** 06.10.2012  
**Ort:** München  
**Fortbildungspunkte:** 8  
**Kursgebühr:** 125 EUR zzgl. MwSt.  
**Anmeldung:** Irene Kunzmann Dentaurum Implants GmbH Turnstr. 31 75228 Ispringen  
 Tel.: 07231/803-480  
 Fax: 07231/803-409  
 kurse@dentaurum.de  
 www.dentaurum.de

**Fachgebiet:** Implantologie  
**Thema:** Hart- und Weichgewebsmanagement  
**Veranstalter:** Dentaurum Implants GmbH  
**Referent:** Dr. Daniel Schulz  
**Termin:** 06.10.2012  
**Ort:** Oschersleben  
**Fortbildungspunkte:** 9  
**Kursgebühr:** 295 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:** SKY fast & fixed/ Feste Zähne – sofort! Mit Hands-on  
**Veranstalter:** bredent group  
**Referent:** ZA Gerhard Reif  
**Termin:** 06.10.2012: 09.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Schöneck  
**Kurs-Nr.:** 950 M002 1  
**Kursgebühr:** 950 EUR pro Team (ZA + ZT) zzgl. MwSt.  
**Auskunft:** bredent medical GmbH & Co. KG Frau Fischer  
 Tel.: 07309/872616  
 Fax: 07309/872616-55  
 Alina.Fischer@bredent.com  
 www.bredent.de

**Fachgebiet:** Praxismanagement  
**Thema:** Hygiene in der Zahnarztpraxis – Alles rund um die Instrumentenaufbereitung  
**Veranstalter:** SciCan GmbH  
**Referentin:** Andrea Birkhold  
**Termin:** 09.10.2012: 14.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Messerschmittstr. 11, 86368 Gersthofen  
**Kursgebühr:** 90 EUR Frühbucherpreis: 75 EUR), jede weitere Person d. Praxis: 40 EUR  
**Anmeldung:** SciCan GmbH Wangener Str. 78 88299 Leutkirch  
 Tel.: 07561/98343-0  
 Fax: 07561/98343-699  
 marketing.eu@scican.com

**Fachgebiet:** Praxismanagement  
**Thema:** Hygiene in der Zahnarztpraxis – Alles rund um die Instrumentenaufbereitung  
**Veranstalter:** SciCan GmbH  
**Referentin:** Andrea Birkhold  
**Termin:** 10.10.2012: 14.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Messerschmittstr. 11, 86368 Gersthofen  
**Kursgebühr:** 90 EUR Frühbucherpreis: 75 EUR), jede weitere Person d. Praxis: 40 EUR  
**Anmeldung:** SciCan GmbH Wangener Str. 78 88299 Leutkirch  
 Tel.: 07561/98343-0  
 Fax: 07561/98343-699  
 marketing.eu@scican.com

Marcel Schröder  
 Römerstr. 173  
 89077 Ulm  
 geb. 27.02.1981  
 Ausweis gültig ab: 04.07.2012

Dr. Patrick Stumpf  
 Gottlieb-Daimler-Str. 17  
 68766 Hockenheim  
 geb. 15.04.1985  
 Ausweis gültig ab: 30.03.2010

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

**Kontakt:**  
 BZK Tübingen  
 Bismarckstr. 96  
 72072 Tübingen  
 Tel.: 07071/911-0  
 Fax: 07071/911-209 oder -233

**Kontakt:**  
 BZK Stuttgart  
 Albstadtweg 9  
 70567 Stuttgart  
 Tel.: 0711/7877-0  
 Fax: 0711/7877-238

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

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

## Verlust von Kammerausweisen

### LZK Baden-Württemberg

Die Ausweise von  
 Dr. Jochen Döser  
 Federburgstr. 12  
 88214 Ravensburg  
 geb. 18.06.1943  
 Ausweis gültig ab: 04.07.2012

Dr. Bernhard Knickenberg  
 Im Teninger Acker 2  
 79346 Endingen  
 geb. 17.11.1953  
 Ausweis gültig ab: 27.06.2012

### ZÄK Niedersachsen

Die Ausweise  
 Nr. 3016 von Dr. Ozra Dousti,  
 Nr. 3580 von Dr. Petra Fischer,  
 Nr. 6628 von Dr. Frank Loggen

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

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

*Diamanten als Anlage*

## Steinchen fürs Depot

**Diamanten als Krisenwährung – darauf setzen immer mehr Anleger. Die Steine vereinen hohe Werte auf kleinstem Raum. Das Angebot ist knapp, die Nachfrage steigt. Trotz der guten Voraussetzungen bergen sie etliche Risiken, über die sich Interessenten vor dem Kauf informieren sollten.**



*Da Diamanten auf dem Weltmarkt in Dollar gehandelt werden, ist bei der Frage, ob sie sich als Anlage rentieren oder nicht, auch das Euro-Dollar-Verhältnis zu beachten.*

Unternehmen wie Rio Tinto oder BHP Billiton am Markt ausbreiten. Förderländer wie Botswana sicherten sich Anteile an den Minen. Russland, der größte Förderer, vermarktet seine Diamanten selbst. Der Marktanteil von De Beers liegt heute nur noch bei 40 Prozent. Aber auch ohne die strenge Kontrolle hat sich der Preis für Diamanten relativ stabil entwickelt. Zwar zeigt die Kurve des Diamanten-Preisindex Index in den letzten Wochen nach unten, doch die Experten gehen von längerfristig ansteigenden Preisen aus.

### Steigende Nachfrage aus China und Indien

Zu ihnen gehört Dr. Ulrich von Freiesleben. Der Diamantenspezialist betreibt nicht nur eine Schleiferei, er ist auch an der Antwerpener Diamantenbörse als Händler akkreditiert und sitzt so mit an der Quelle. Im vergangenen Jahr hat er die Krise als Chance erkannt und das Geschäft mit Anlegediamanten ausgebaut. Er argumentiert: „Die Nachfrage aus China und Indien steigt, weil sich dort immer mehr Menschen luxuriöse Dinge leisten können.“

Eine Studie der Unternehmensberatung Bain & Company, die sie im Auftrag des Antwerpener Welt-Diamanten-Zentrums (AWDC) durchgeführt hat, untermauert diese Aussage. Danach soll sich die Nachfrage in den kommenden zehn Jahren mehr als verdoppeln und jährlich um etwa sechs Prozent wachsen. 2020 werden die beiden Länder einen ebenso hohen Bedarf an Diamanten haben wie jetzt die USA. Diese nehmen derzeit 40 Prozent der Weltproduktion ab. 25 Prozent gehen nach China. Die Deutschen spielen mit einem Prozent kaum eine Rolle. Der anziehenden Nachfrage steht die stetige Verknappung des Angebots gegenüber. Bain

Diamanten gehören für Zahnärzte zum alltäglichen Handwerkszeug. Ihre Bohrer sind mit dem härtesten Stein der Welt bestückt. Drei Viertel der Diamantenfunde finden ihre Verwendung in der Industrie. Nahezu der ganze Rest zielt in Form von Ringen, Colliers oder Ohrschmuck Finger, Hals oder Ohren von – zumeist – Frauen. Nur ein ganz kleiner Teil lagert als Geldanlage in Safes von Banken oder bei Anlegern privat zu Hause. Doch die Nachfrage nach Anlegesteinen steigt. Denn dank der Dauerkrise misstrauen Anleger inzwischen den Investitionen in Bankprodukte oder Aktien. Lukrativere Alternativen zu finden erweist sich als immer schwieriger: Die Preise für Immobilien in attraktiven Lagen gelten inzwischen als überbeuert. Und die altbewährte Krisenwährung Gold ist längst zum Spekulationsobjekt geworden. Da bieten sich die Glitzersteine mit der Härte zehn als Alternative an.

Begehrt waren die kleinen Kostbarkeiten schon immer. Seit rund 3000 Jahren lassen sich die Menschen von Diamanten faszinieren. Nicht nur Frauen, auch Männer schmücken sich gern mit Adamas, dem

Unbezwingbaren. Im 13. Jahrhundert war er dem „starken“ Geschlecht vorbehalten. Der Stein diente den Kriegen als Glücksbringer. Herrscher sahen in ihm ein Symbol der Macht und Stärke. Erst die Mätresse von Karl VII., Agnes Sorel, fand den Mut, sich mit Diamanten zu schmücken.

### A diamond is forever

Bis heute hat dieses Objekt der Begierde nichts von seiner Faszination verloren. „A diamond is forever“ – dieser geniale Werbespruch aus dem Jahr 1947 stammt von De Beers, der britisch-südafrikanischen Firma, die rund 60 Jahre lang den Diamantenmarkt beherrscht und die Preise vorgegeben hat. Grund dafür war der Verfall der Diamantenpreise im Zuge der Weltwirtschaftskrise 1929. Bis Ende der Neunzigerjahre hielt De Beers die Preise dank Verknappung und Ausweitung des Angebots stabil. Jahrzehntlang blieb die jährliche Preissteigerung bei rund fünf Prozent. Damit konnten alle Beteiligten gut leben.

Eine freiere Preisbildung gibt es erst seit rund zehn Jahren. Denn inzwischen konnten sich

geht von höchstens 2,8 Prozent jährlicher Steigerung aus. Der Grund sind die versiegenden Quellen. So mussten bereits einige bekannte Minen wie zum Beispiel die australische Argyle-Mine wegen Unergiebigkeit schließen. Auch Rio Tinto und BHP Billiton haben ihre Diamantenförderung zum Verkauf gestellt. Inzwischen hat aber der amerikanische Finanzinvestor KKR sein Interesse angemeldet. Er verspricht sich für die Zukunft eine bessere Rendite.

Aus Anlegersicht sind eine steigende Nachfrage und ein knappes Angebot starke Argumente für den Kauf. Hinzu kommt, dass Diamanten sich besonders gut als Fluchtwährung eignen. Friesleben rechnet vor: „Diamanten stellen den größten Wert auf kleinstem Raum dar. So entsprechen zehn Kilogramm Gold mit einem Wert von 450 000 Euro dem Wert eines Top-Brillanten in bester Qualität von vier Karat. Das ist etwa ein Gramm.“ Die lassen sich leicht im heimischen Safe lagern.

## Anlage mit Risiken

Bevor sich Anleger jedoch von den Vorzügen eines Investments in Glitzersteine blenden lassen, sollten sie sich mit den Nachteilen befassen.

### ■ Handelsspanne

Der Gewinn liegt bei Diamanten schon im Einkauf. Juweliere beispielsweise verlangen sehr hohe Verkaufspreise, zahlen beim Rück-

kauf aber nur den Einstandspreis. Es ist eine Illusion zu glauben, mit Diamanten einen schnellen Gewinn zu erzielen. Deshalb sollte der Einkauf so nahe wie möglich an der Quelle erfolgen. „Denn“, so Friesleben, „kommt der Diamant in den Schmuckkreislauf, wird er teuer.“

### ■ Mehrwertsteuer

Zu der großen Handelsspanne addiert sich in Deutschland noch die 19-prozentige Mehrwertsteuer. Der Preis für einen Anlagediamanten muss also erst einmal um die Marge des Verkäufers plus Abgaben an den Staat steigen, bevor ein Gewinn in Sicht ist. Anlegern, die die Steine nicht bei sich zu Hause lagern und gleichzeitig die 19 Prozent Mehrwertsteuer sparen wollen, bietet Händler Friesleben ab Herbst dieses Jahres einen neuen Service. Sie können die Diamanten zollfrei in der Schweiz lagern. Die Lieferung erfolgt direkt von Antwerpen nach Genf. Dort kann der Käufer die Steine unter Aufsicht eines „Custodian“ inspizieren und in sein Schließfach legen, für das er den Schlüssel erhält.

### ■ Zyklische Preisentwicklung

Für Daniel Briesemann, Rohstoffanalyst bei der Commerzbank, stellen Diamanten keine Alternative zu Gold dar: „Die Preise für Diamanten entwickeln sich zyklisch. Das heißt in der Krise sinken sie, wenn an Luxusdingen gespart wird. Sie bieten dann keine Sicherheit.“ Erst wenn die Wirtschaft wieder anzieht, steigen auch die Diamantenpreise wieder.

### ■ Intransparenz

Anders als zum Beispiel Goldmünzen oder -barren, die immer gleich aussehen, ist jeder Diamant ein Unikat. Sie lassen sich nicht direkt miteinander vergleichen. Jeder Stein benötigt eine individuelle Bewertung. Anders als bei Gold steigt der Preis nicht entsprechend der Menge. Große Steine sind aufgrund ihrer Seltenheit teurer als kleine. Weil die Preisfindung schwierig ist, werden Diamanten nicht an der Börse gehandelt. Experte Friesleben erklärt, dass die Preise nur im physischen Austausch der Steine zustande kommen.

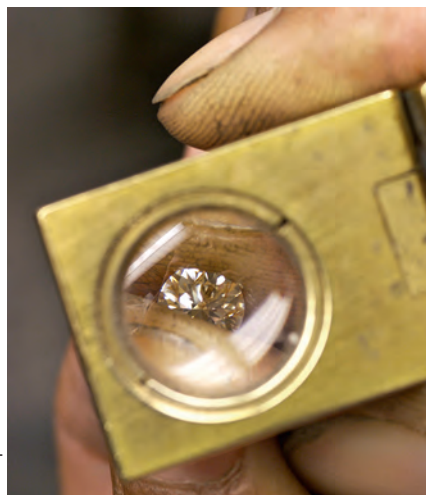


Foto: picture alliance

*Erst durch die aufwendige Bearbeitung bekommt ein Diamant den letzten Schliff.*

### ■ „Blut“-Diamanten

Mehr noch als Öl und Gold stehen Diamanten häufig im Zusammenhang mit Ausbeutung und Tod. Illegal geschürfte Steine dienten zum Beispiel in Angola und Sierra Leone zum Kauf von Waffen, die in blutigen Kriegen zum Einsatz kamen. Simbabwe erlaubt die Ausbeutung und Folterung der Arbeiter und den Einsatz von Kindern in den Marange-Minen. Das sogenannte Kimberley-Verfahren, dem sich 75 Staaten angeschlossen haben, soll den Handel mit den sogenannten „Blut“-Diamanten verhindern. Empfohlen wird, nur Steine mit einem staatlichen Herkunftszertifikat zu kaufen.

## Nur ein Teil des Anlagendepots

Auch wenn also einige Argumente gegen eine Investition in Diamanten sprechen, als Beimischung zum Depot sind sie dennoch geeignet – allerdings nur in begrenztem Umfang wie auch Händler Freiesleben empfiehlt: „Gold und Diamanten sollten nicht mehr als 20 Prozent des Depots ausmachen.“ Für diesen Zweck eignen sich allerdings nur Steine in höchster Qualitätsstufe. Davon gibt es nicht allzu viele. Nur etwa zwei Prozent aller geförderten Diamanten erfüllen die Voraussetzungen für einen Investmentstein.

Als Anlage sollte er zwischen 0,5 und ein Karat schwer sein, der Brillantschliff sollte exzellent, die Farbe weiß und der Stein lupenrein sein (siehe Kasten). Die Eigenschaften des Steins müssen unbedingt von angesehenen Experten in einem Zertifikat belegt sein. Jeder Stein ab 0,3 Karat benötigt ein solches Dokument, ohne das ein Wiederverkauf nahezu unmöglich ist. Ausgestellt werden die Zertifikate, die alle nummeriert sind, von angesehenen Instituten. In Deutschland ist es das Diamant Prüflabor in Idar-Oberstein, in Belgien der HRD Hoge Raad vor Diamant in Antwerpen und die beiden amerikanischen IGI International Gemological Institute sowie das GIA Gemological Institute of America. Letzteres legt die strengsten Maßstäbe bei der Prüfung an. Dementsprechend genießen

die Zertifikate von GIA auch weltweit das höchste Ansehen. Freiesleben sagt: „40 Prozent des Weltmarkts besetzen die USA und einen großen Teil belegen die Emerging Markets. Auf diesen Schauplätzen gilt nur das GIA-Papier. Das HRD-Zertifikat hat eigentlich nur noch in Europa Bedeutung.“

Damit gewährleistet ist, dass Diamant und Zertifikat zusammengehören, wird beim GIA die Nummer des Zertifikats auf der Rondiste – das ist quasi die Gürtellinie des Brillanten – eingraviert. So ist gewährleistet, dass Stein und Zertifikat zusammengehören. Dem Käufer reicht schon eine

Lupe, um seinen Stein zu identifizieren. Für den „Blauen Wittelsbacher“ erübrigt sich diese Vorsichtsmaßnahme. Seine Daten sind weltbekannt. Der blau-leuchtende, 31,06 Karat-schwere Diamant schmückte die bayerische Königskrone. Seine Geschichte lässt sich bis 1667 zurückverfolgen. Vor vier Jahren wurde er bei Christie's für 18,4 Millionen Euro versteigert.

*Marlene Endrueit  
Fachjournalistin für Wirtschaft  
m.endrueit@netcologne.de*

### INFO

## Tipps für den Kauf

Damit ein Diamant für die Anlage geeignet ist, muss er bestimmte Qualitätsmerkmale erfüllen:

#### ■ Gewicht (Carat)

Als Maßeinheit für das Gewicht gilt das Karat. Es entspricht 0,2 Gramm, so viel wiegt der Samen des Johannisbrotbaums, der früher als Maß galt. Je höher das Gewicht desto seltener der Stein und desto höher der Preis. Anlagesteine sollten zwischen 0,5 und einem Karat schwer sein, damit sie sich problemlos verkaufen lassen.

#### ■ Reinheit (Clarity)

Grundsätzlich gilt: Je reiner ein Diamant, desto höher sein Wert. Lupenrein ist er, wenn der Prüfer mithilfe einer zehnfachen Vergrößerung keine Einschlüsse feststellen kann. Die weitaus meisten Steine haben kleine Einschlüsse.

Die wichtigsten Abstufungen sind:

if = internal flawless (lupenrein)

vvs1, vvs2 = very, very small inclusions (sehr, sehr kleine Einschlüsse).

Anlagediamanten sollten lupenrein sein.

#### ■ Farbe (Colour)

Die Farbe eines Diamanten bestimmt in hohem Maße den Preis. Am begehrtesten ist die absolute Farblosigkeit „River“ (hochfeines Weiß). Hier wird das einfallende Licht am intensivsten reflektiert. Die nächste Stufe „Top Wesselton“ hat einen leichten Gelbschimmer. Ebenso wie

„River“ ist er nur vom Fachmann zu erkennen. Unter Kennern besonders beliebt sind die „Fancy Diamonds“. Sie leuchten intensiv gelb, aber auch grün, blau oder sogar rot. Dabei spielt die Reinheit keine Rolle. Anlagediamanten aber sollten möglichst „River“-Qualität aufweisen.

#### ■ Schliff (Cut)

Rohdiamanten unterscheiden sich kaum von Kieselsteinen. Von Natur aus umgibt sie ein grau scheinender Mantel. Erst der Schliff lässt sie leuchten. Am besten eignet sich der Brillantschliff: Oben eine Tafel mit 32 Facetten, unten eine kleinere Tafel (Kalette) mit 24 Facetten, in der Mitte wie ein Gürtel die Rondiste. Die Facetten sind in einem bestimmten Winkel zueinander geschliffen, um ein Höchstmaß an Lichtreflexion zu erzielen. Beliebt sind auch Variationen wie Prinzess-, Tropfen-, Baguette-, Marquise- oder Herzschliff. Die Form des Rohdiamanten bestimmt, welche Form der Schleifer wählt. Händler Freiesleben empfiehlt für Anlagediamanten den Brillantschliff, er lässt sich am leichtesten verkaufen.

Neben den vier „C“ Carat, Clarity, Colour und Cut gehören noch zwei weitere „C“ zur Beschreibung eines Investmentsteins: Ein Certificate für ein Zertifikat des GIA und ein staatliches Herkunftszertifikat als Beleg dafür, dass es sich nicht um einen Blutdiamanten handelt.

Kommunikation mit der Bank

## Offensiv und ohne Scheu

**Aus Sicht der Freien Berufe hätten die negativen Nachrichten der vergangenen Wochen aus der Finanzwelt kaum ungünstiger ausfallen können: Weil die wirtschaftliche Situation im Bankensektor angespannt bleibt, sind verschärfte Kriterien bei der Kreditvergabe zu befürchten. Trotzdem sollte man sich trauen, die Kommunikation mit dem Kreditinstitut zu pflegen.**



Foto: vario images

*Gesundes Selbstvertrauen hilft, um ein Gespräch mit einem Bankberater auf Augenhöhe zu führen.*

Nicht genug damit, dass im Quartalsbericht der Bank für Internationalen Zahlungsausgleich (BIZ) von einem weltweit drastischen Rückgang der grenzüberschreitenden Kreditvergaben der Banken die Rede ist und dies vor allem den sogenannten „Interbankenmarkt“ betrifft (hier stellen sich die Institute gegenseitig Geld zur Verfügung). Ein Rückgang dieser Transaktionen ist ein fast schon eindeutiges Signal für das nach wie vor herrschende Misstrauen innerhalb der Finanzbranche. Darüber hinaus wurden

die Märkte mit der Nachricht konfrontiert, dass die Ratingagentur Moody's mehrere deutsche Bankinstitute herabgestuft hat. Die Agentur begründete diesen Schritt mit Risiken überschuldeter Staaten und der dortigen Banken. Diese hätten nach Einschätzung von Moody's nur begrenzte Fähigkeiten, Verluste abzufangen. Immerhin traut zumindest die deutsche Bankenaufsicht BaFin dem deutschen Bankensystem noch einige Widerstandskraft zu. Dieses sei nach ihrer Meinung vergleichs-

weise robust, auch wenn es sich von den Entwicklungen im Umfeld natürlich nicht vollständig abschotten könne. Bleibt zu hoffen, dass die BaFin mit dieser Einschätzung auch tatsächlich richtig liegt. Branchenbeobachter jedenfalls rechnen damit, dass sich die Kriterien im Hinblick auf eine mögliche Kreditvergabe weiter verschärfen werden.

Daher ist es für Zahnarztpraxen nach wie vor unabdingbar, sich klar zu machen, wie es um ihr jeweiliges Rating bestellt ist. Im Ergebnis muss klar sein, bei welchen Ratingdetails nachgearbeitet werden muss, um die individuelle Bonität zu verbessern oder zumindest zu stabilisieren. Um dies zu erreichen, ist eine offene Kommunikation vor allem über die Bedeutung jedes einzelnen Ratingfaktors ebenso erforderlich wie über konkrete Anhaltspunkte zur individuellen Verbesserung der Bereiche. Verantwortlicher Umgang der Bank mit dem Kunden bedingt, dass dieser genau einzuschätzen weiß, welche Auswirkungen auf sein Rating beispielsweise eine konkrete Eigenkapitalhöhe oder ein funktionierendes Controlling-system haben werden. Banken, die bei Detailfragen zur jeweiligen Bonität „mauern“, manövrieren sich selbst ins Aus. Wenn bankseitig von Zahnärzten Transparenz erwartet wird, liegt es nahe, dass dies auch umgekehrt gilt.

### Fragen stellen

Folgende Punkte können helfen, sich auf ein Gespräch mit der Bank über die wirtschaftliche Einschätzung der eigenen Praxis vorzubereiten:

- Was sind wesentliche Faktoren des Praxisratings / des Praxisscorings (siehe Kasten)?
- Wie werden die sogenannten „weichen“ und „harten“ Faktoren innerhalb eines Ratings gewichtet?
- Welche Bedeutung besitzt die Höhe des Eigenkapitals innerhalb eines Ratings?
- Sind auch die Qualitäten des Zahnarztes als Führungskraft als wesentlicher „weicher“ Faktor Bestandteil des Ratings?

Michael Vetter  
Fachjournalist für Wirtschaft  
vetter-finanz@t-online.de

### INFO Glossar

- **Rating:**  
Verfahren, mit dem Bonitätseinschätzungen bei Kreditvergaben vor allem über eine Beurteilung wirtschaftlicher Kennzahlen und der Einschätzung unternehmerischer Fähigkeiten vorgenommen werden
- **Scoring:**  
weitgehend statistische Verfahren, die helfen sollen, die Ausfallwahrscheinlichkeit

von Krediten zu prognostizieren; wichtige Grundlage dabei das bisherige Kreditverhalten des jeweiligen Bankkunden

- **Gewichtung „Hard facts“ / „Soft facts“:**  
Als „harte“ und „weiche“ Faktoren werden einerseits die wirtschaftlichen Kennzahlen und andererseits die unternehmerischen Fähigkeiten innerhalb eines Ratings bezeichnet.



Musik, Film und TV in Zahnarztpraxen

## Urheberrechtliche Fallstricke

**Die Einsatzmöglichkeiten von urheberrechtlich geschützten Inhalten in Zahnarztpraxen sind vielfältig. Sie reichen von Hintergrundmusik im Empfangsbereich oder im Wartezimmer zur Verbesserung der Praxisatmosphäre über Infotainment Angebote via Bildschirm bis zu Kopfhörern oder Videobrillen im Behandlungszimmer, um den Patienten während der Zahnbehandlung abzulenken und/oder zu beruhigen. Doch welche juristischen Aspekte sind zu beachten?**



Wer seinen Patienten im Wartebereich via TV die Zeit vertreiben möchte, muss sich klar darüber sein, dass hierfür GEZ-Gebühren anfallen.

Foto: vario images

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) in Luxemburg hat mit Urteil vom 15.3.2012 (C-135/10-SGAE) entschieden, dass ein Zahnarzt keine vergütungspflichtige öffentliche Wiedergabe von Tonträgern vornimmt, wenn er in seinem Wartezimmer Radiomusik spielt. Zudem hat in jüngster Zeit die Frage der Lizenzpflichtigkeit von Filmvorführungen in Zahnarztpraxen eine gewisse Brisanz erhalten: Zahnärzten, die ihren Patienten Filme zeigten, wurden unter Androhung rechtlicher Schritte entgeltlich „Film-Schirmlizenzen“ angeboten, um die angegriffene „Filmvorführung“ zu legalisieren. Bedarf es nach der EuGH-Rechtsprechung für die Wiedergabe von Musik, Film und TV in Zahnarztpraxen überhaupt einer Lizenz, und wie sind die Werthaltigkeit und die Erforderlichkeit von „Film-Schirmlizenzen“, die derzeit beworben werden, einzuschätzen?

Zunächst einmal ist festzuhalten: Empfangsgeräte, die in den Räumen einer selbstständigen Tätigkeit benutzt werden, sind gesondert gebührenpflichtig nach dem Rundfunkgebührenstaatsvertrag. Für TV-Geräte oder Radios, die in einer Zahnarztpraxis genutzt werden, sind daher GEZ-Gebühren zu zahlen. Zahnärzte können sich nicht auf die Gebührenfreiheit für Zweitgeräte berufen. Die GEZ-Gebühr knüpft – im Gegensatz zu GEMA-Lizenzen – nicht an die Wiedergabe, sondern bereits an die technische Möglichkeit an, öffentlich-rechtlichen Rundfunk zu empfangen. Der Besitz und nicht erst die Nutzung eines Empfangsgeräts begründet die Gebührenpflicht. Eine andere Frage ist die der Lizenzpflicht von Medieninhalten. Grundsätzlich gilt, dass die GEMA für die Urheber der ausgestrahlten oder gesendeten Werke die Wiedergaberechte an dem sogenannten

„Musikweltrepertoire“ treuhänderisch wahrnimmt. Die Komponisten haben als die Urheber von Musikwerken das ausschließliche „Recht der öffentlichen Wiedergabe“ durch Tonträger oder durch Funksendungen (§§ 21, 22 UrhG).

### **GEMA-Lizenzpflicht nur bei öffentlicher Wiedergabe**

Die GEMA bietet spezielle Tarife für die Wiedergabe von Musik in Warteräumen je nach Medium an. Eine GEMA-Lizenz ist jedoch nur erforderlich, wenn die Wiedergabe „öffentlich“, das heißt gegenüber einer relevanten Mehrzahl von Personen, erfolgt, die in einer persönlichen Beziehung zueinanderstehen (§ 15 Abs. 3 UrhG). Ab welcher Personenzahl eine „öffentliche“ Wiedergabe gegeben ist, lässt sich nicht beziffern, sondern ist eine Frage des Einzelfalls und der konkreten Begleitumstände. Die Rechtsprechung hierzu ist uneinheitlich: Einige Amtsgerichte hatten in der Vergangenheit eine GEMA-Lizenzpflicht für die Musikwiedergabe in Wartezimmern bestätigt. Das Amtsgericht Bad Oldesloe hingegen lehnte eine lizenzpflichtige öffentliche Wiedergabe jedenfalls im Anmeldebereich einer Zahnarztpraxis ab, die nur für die Mitarbeiter bestimmt ist und nur zufällig von den Patienten wahrgenommen wird (Urteil vom 18.12.1998 – 2 C 684/98). Der EuGH sieht im eingangs erwähnten Urteil die Mindestschwelle zu einer urheberrechtsrelevanten Öffentlichkeit ebenfalls nicht überschritten, wenn im Wartezimmer einer Zahnarztpraxis als Hintergrundmusik das Radio läuft. Der Gerichtshof hat jedoch gleichzeitig einen maßgeblich wirtschaftlich geprägten Ansatz für seine Entscheidung

gewählt: Aufgrund der Wiedergabe von Hintergrundmusik könne der Zahnarzt weder eine Erweiterung seines Patientenstamms erwarten, noch die Preise für die angebotene Behandlung erhöhen. Ein Zahnarzt, der durch Hintergrundmusik seinen wartenden Patienten (lediglich) eine möglichst angenehme und entspannte Atmosphäre verschafft, verfolge keine Erwerbszwecke, so dass es an einer öffentlichen Wiedergabe fehle.

Das Urteil des EuGH betrifft zwar nur die Vergütungsansprüche der Tonträgerhersteller (Produzenten) und nicht die Wiedergaberechte der Komponisten, die von der GEMA wahrgenommen werden. Letztlich entscheiden die nationalen Gerichte, ob im Einzelfall eine Musikwiedergabe einer Lizenz der GEMA bedarf. Dennoch dürfte es nunmehr für die GEMA schwer zu begründen sein, die Vergütungspflicht für Musik in Wartezimmern nach der Rechtsprechung des EuGH weiterhin aufrechtzuerhalten. Die GEMA hat sich bislang öffentlich nicht dazu geäußert, ob der GEMA-Tarif für Musikwiedergaben in Wartezimmern von Arztpraxen hinfällig geworden ist. Wer jetzt seinen GEMA-Lizenzvertrag kündigt oder ohne eine GEMA-Lizenz Musik in einer Zahnarztpraxis wiedergibt, dem droht, dass die GEMA versuchen wird, einen Lizenzanspruch gerichtlich durchzusetzen. Ob die GEMA jedoch ein Interesse daran haben wird, die Auswirkungen der EuGH-Rechtsprechung auf ihr Lizenzmodell gerichtlich überprüfen zu lassen und einen Präzedenzfall zu schaffen, bleibt abzuwarten.

## Musik im Behandlungszimmer

Wird Musik im Behandlungszimmer dem Patienten etwa über Kopfhörer wiedergegeben, könnte man argumentieren, dass dadurch jedenfalls mittelbar auch die Erwerbszwecke des Zahnarztes gefördert werden sollen, schließlich dient die Musikwiedergabe dazu, den Patienten vor den Geräuschen der Behandlung zu schützen, ihn zu beruhigen und letztlich die zahnärztliche Behandlung aus Sicht des Patienten attraktiver und angenehmer zu gestalten.

Gegen eine GEMA-Lizenzpflicht spricht, dass mit der Rechtsprechung des EuGH im Wartezimmer und damit auch im Behandlungszimmer keine relevante Öffentlichkeit erreicht wird. Zudem teilen Patient und Zahnarzt aus dem Behandlungsverhältnis eine besondere persönliche Verbundenheit. Mit diesem Argument hat der Bundesgerichtshof eine GEMA-pflichtige „öffentliche Wiedergabe“ abgelehnt, wenn ein Krankenhausbetreiber Fernsehgeräte im Zweibettzimmer eines Krankenhauses zum Empfang von Funksendungen und von Musik ausstellt (Urteil vom 11.7.1996).

Auch im Behandlungszimmer eines Zahnarztes sollte daher die Musikwiedergabe ohne GEMA-Lizenz zulässig sein, unabhängig davon, ob die Musik nur im Hintergrund oder gezielt im Rahmen der Patientenbehandlung eingesetzt wird. Auch dies ist aber eine Frage, die letztlich die nationalen Gerichte zu entscheiden haben.

## Vorsicht bei Angeboten zu Film-Schirmlicenzen

TV-Sender als Sendeunternehmen können eine öffentliche Wiedergabe ihrer Funksendungen nur dann untersagen, wenn die Wiedergabe gegen Zahlung eines Eintrittsgeldes zugänglich gemacht wird (§ 87 Abs. 1 Nr. 3 UrhG). Im Gegensatz zur Wiedergabe von Musik ist es unerheblich, ob die TV-Übertragung auch den erwerbswirtschaftlichen Interessen des Zahnarztes dient. Dass die Patienten nur dann in den Genuss der gezeigten TV-Sendungen kommen, wenn sie gleichzeitig eine entgeltliche Zahnbehandlung in Anspruch nehmen, löst keine Lizenzpflicht aus. Hiervon unabhängig ist jedoch die Empfangsgeräteabgabe, die die GEZ erhebt, wenn ein TV-Gerät in einer Zahnarztpraxis aufgestellt wird. Auch die Filmproduzenten haben als Filmhersteller, ähnlich den Musikkomponisten, ein ausschließliches Recht, ihre Filmwerke öffentlich vorzuführen (§ 94 Abs. 1 Satz 1 UrhG). Analog der Rechtsprechung des EuGH zu Radiomusik in Zahnarztpraxen fehlt es jedoch erneut an einer relevanten Öffentlichkeit. Die Mindestschwelle einer relevanten Öffentlichkeit wird weder im

Wartezimmer noch im Behandlungszimmer erreicht. Eine Filmwiedergabe im Behandlungszimmer, etwa über Videobrillen, stellt zumindest aufgrund der Arzt-Patienten-Bindung keine lizenzpflichtige öffentliche Wiedergabe dar.

Die „Film-Schirmlicenzen“, die für Filmvorführungen in Zahnarztpraxen angeboten werden, gestatten dem Zahnarzt also letztlich nur eine Wiedergabe, die ihm bereits von Gesetzes wegen gestattet ist. Die beworbenen Lizenzen sind daher nicht mehr als „heiße Luft“. Zudem lassen die Lizenzangebote unbeantwortet, auf welches Filmrepertoire sich die vermeintliche Nutzungsberechtigung überhaupt beziehen soll. Ergo: Es ist Vorsicht geboten, wenn Lizenzanbieter unter Hinweis auf vermeintlich rechtswidrige Filmvorführungen in Zahnarztpraxen und unter Androhung von rechtlichen Konsequenzen versuchen, wirtschaftlich wertlose Lizenzangebote anzubieten.

## Fazit

Für Zahnärzte folgt hieraus:

- Werden TV-Geräte oder Radios in einer Zahnarztpraxis genutzt, sind diese GEZ-pflichtig.
- Hintergrundmusik mittels Tonträger oder Radio sollte nach der EuGH-Rechtsprechung weder im Empfangsbereich noch im Wartezimmer oder Behandlungszimmer einer Lizenz der GEMA bedürfen. Letztlich entscheiden über eine Lizenzpflicht jedoch die nationalen Gerichte.
- Das Aufstellen von TV-Geräten in Zahnarztpraxen bedarf keiner Lizenz der Sendeunternehmen.
- Werden im Rahmen der Behandlung den Patienten Musik oder Filme gezeigt, sollte dafür nach der EuGH-Rechtsprechung gleichfalls keine Lizenz der GEMA oder der berechtigten Filmproduzenten erforderlich sein, insbesondere keiner „Film-Schirmlizenz“, die gegenwärtig beworben werden.

RA Philipp C. Redlich  
HÄRTING Rechtsanwälte  
Chausseestr. 13  
10115 Berlin  
redlich@haerting.de

# Identifizierung

## Unbekannte männliche Leiche

Am Mittwoch, dem 20.06.2012, etwa um 04.40 Uhr ereignete sich an der Bahnstrecke München-Freising in der Gemeinde Oberschleißheim ein Personen-Bahnunfall mit tödlichem Ausgang. Der Tote ist bislang nicht identifiziert.

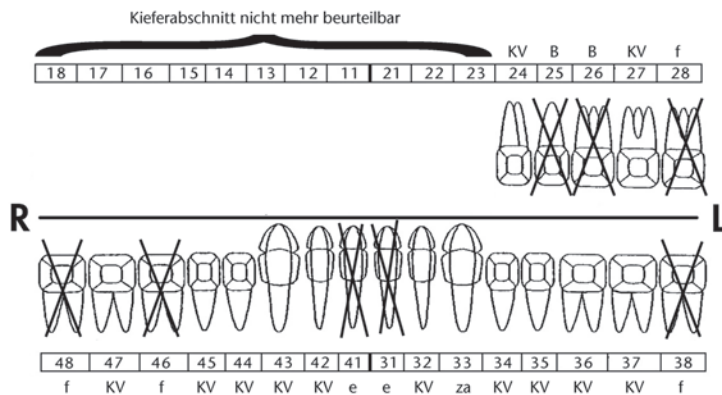
### Beschreibung des Toten:

- männlich, etwa 50 bis 60 Jahre alt
- etwa 107 kg schwer
- etwa 180 bis 185 cm groß
- Brillenträger
- Augenfarbe grau/blau
- blasse Hautfarbe
- kurze Haare (dunkelbraun) mit Stirnglatze

Das Gebiss war aufwendig mit Keramikronen und -brücken versehen, so die Beurteilung durch Dr. Lindemeier, Rechtsmedizin München. Ein Teil des Oberkiefers fehlt.

Weiter zeigt der Tote eine etwa 30 Zentimeter lange OP-Narbe, stammend von einer Herz-Operation.

### Zahnstatus:



KV = Krone mit Verblendung

B = Brückenglied

f = fehlender Zahn

e = ersetzter Zahn

za = Zahnabbruch

Besonderheiten:

- an Zahn 24: mesiales Geschiebe (Foto)

- Unterkiefermodellgußprothese zum Ersatz der fehlenden Zähne 41 und 31 mit doppelten E-Klammern im Seitenzahnbereich (Foto)



### Hinweise zur Identifizierung bitte an:

Andreas Meyr

Polizeihauptmeister

PP München

VPI VU-Außenstelle

Moosacher Str. 77

80809 München

0049/89/35750-235

**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 2. Quartal 2012:**

**Druckauflage:** 86 533 Ex.

**Verbreitete Auflage:** 85 681 Ex.

**102. Jahrgang**

**ISSN 0341-8995**

## Industrie und Handel

Komet

### Turbinenkupplung für Kühlmedium



Mit der neuen Turbinenkupplung 9969 richtet sich

Komet gezielt an Chirurgen, die die oszillierende Arbeit am Knochen mit SonicLine-Schallspitzen perfektionieren möchten. Elegant gelöst wurde die Zuführung des externen Kühlmediums: Die Kupplung 9969 wird direkt auf den Turbinenschlauch geschraubt, es befindet sich kein Schlauch mehr im Mundbereich. Wichtig: keine Kochsalzlösung als Kühlflüssigkeit verwenden! Nach

Einsatz der chirurgischen Schallspitzen wird die Kupplung 9969 einfach wieder ausgetauscht. Sie passt auf alle 4-Loch Normanschlüsse und besitzt einen MULTIFLEX-Anschluss: Das Komet Schallhandstück SF1LM und weitere luftbetriebene Aircalcer mit MULTIFLEX-Anschlüssen können dann direkt zum Einsatz kommen. Die Kupplung ist aufbereit- und sterilisierbar. Komet bietet dafür den Spüladapter SF 1976 an.

Komet Dental  
Gebr. Brasseler GmbH & Co. KG  
Trophagener Weg 25  
32657 Lemgo  
Tel.: 05261 701-700, Fax: -289  
info@brasseler.de  
www.kometdental.de

Institut für Angewandte Immunologie

### Neuigkeiten zum IAI PadoTest 4.5

Der IAI PadoTest 4.5 – ein mikrobiologischer Test, der Parodontitis und Periimplantitis verursachende Keime erkennt – wird jetzt ausschließlich vom Anbieter, dem Institut für Angewandte Immunologie (IAI) in der Schweiz, betreut. Praxen schicken die bakteriellen Proben zur Analyse direkt an das Labor. Damit entfällt die Frankierung der Versandtaschen, das Porto übernimmt das IAI. Das Logo ist neu, das Analyseergebnis bleibt

wie gewohnt: übersichtlich, informativ und konzentriert auf praxisrelevante Angaben. Der Nutzen: Es braucht keine umständliche Einarbeitung in einen neuen Analysebogen, und bei den Patienten ist eine exakte Vergleichbarkeit der Ergebnisse möglich. Erhalten bleiben auch die verschiedenen Abrechnungsoptionen. Kostenlose Entnahmekits kann man beim IAI bestellen.

Institut für Angewandte Immunologie IAI AG  
Eschenweg 6  
4528 Zuchwil/Schweiz  
Tel.: 0041 3268554-62, Fax.: -92  
iai@institut-iai.ch  
www.institut-iai.ch

iai  
PadoTest 4.5®

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



Camlog

### Kompendium Implantatprothetik

Das anlässlich des 4. Internationalen CAMLOG Kongresses Anfang Mai 2012 in Luzern vorgestellte DVD/Blu-ray-Kompendium Implantatprothetik „Vier Teams – ihre Konzepte und Lösungen“ dokumentiert die notwendige Teamarbeit für implantatprothetische Therapiekonzepte eindrucksvoll. „Vier Teams – ihre Konzepte und Lösungen“ ist eine Filmproduktion im HD-Format, die durch ihre hohe Qualität und ein Detailreichtum an Präzisionsaufnahmen aus dem klinischen und labortechnischen Bereich besticht. Die Gesamtspiel-dauer beträgt über fünf Stunden. Das Kompendium ist direkt bei CAMLOG zu beziehen. Der Preis

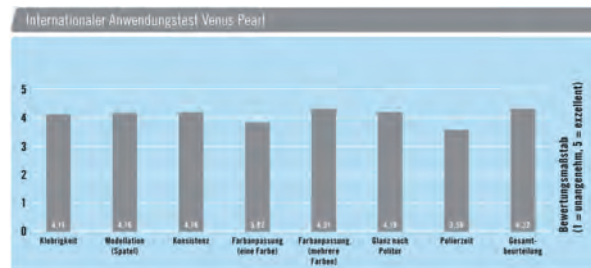


beträgt 208,40 Euro (zzgl. MwSt.). Bis 30. September 2012 gilt ein Einführungspreis von 166,39 Euro (zzgl. MwSt.).

CAMLOG Vertriebs GmbH  
Maybachstraße 5  
71299 Wimsheim  
info.de@camlog.com  
www.camlog.de  
Tel.: 07044 9445-100  
Fax: 0800 9445-000

Heraeus

### Venus Pearl überzeugt im Test



Im Rahmen eines internationalen Anwendungstests bewerteten 279 Zahnärzte zwischen Juli 2011 und April 2012 in den USA und Westeuropa das neue Universalkomposit Venus Pearl von Heraeus. Geprüft wurden das Handling sowie die Konsistenz des neuen Nano-Hybrid-Komposits. Das Ergebnis: Knapp 88 Prozent der Anwender beurteilten die Performance als überzeugend bis sehr überzeugend und 90 Prozent werden es in Zukunft selbst verwenden. Das im Mai 2012 neu

eingeführte Venus Pearl wird eingesetzt für adhäsive, zahnfarbene Restaurationen im Front- und Seitenzahnbereich. Es hat hervorragende Verarbeitungseigenschaften, bietet eine perfekte Farbpassung, minimale Schrumpfkraft und hohe Biegefestigkeit. Gegenüber dem festeren Venus Diamond hat es eine weichere Konsistenz während des Modellierens.

Heraeus Dental GmbH  
Grüner Weg 11, 63450 Hanau  
Tel.: 0800 4372-522, Fax: -329  
dental@heraeus.com  
www.heraeus.com

DMG

## Platz 1 für LuxaCore Z

In seiner Juni-Ausgabe beschäftigte sich das US-Fachmagazin „The Dental Advisor“ (Volume 29, No. 05.) intensiv mit Stumpfaufbau-Compositen. 14 Materialien wurden im klinischen Einsatz getestet und bewertet. Den ersten Platz belegte erneut LuxaCore Z-Dual, es erhielt zudem das Empfehlung-Siegel „The Dental Advisor Recommends“. DMGs dualhärtendes Composite erreicht ein Top-Rating von 98 Prozent. 32 Zahnärzte hatten das Material in 450 klinischen Fällen eingesetzt. Entscheidende Pluspunkte von LuxaCore Z-Dual: Die mechanischen Eigenschaften kommen dem natürlichen Zahn extrem nahe, das Material lässt



sich beschleifen wie echtes Dentin. Dank Nanotechnologie und Zirkondioxid wurden die Werte für Druckfestigkeit und Beschleifbarkeit weiter verbessert.

DMG  
Elbgaustraße 248  
22547 Hamburg  
Kostenfreies Service-Telefon:  
0800 3644262  
info@dmg-dental.com  
www.dmg-dental.com

BEGO

## Implantology meets CAD/CAM



Unter dem Motto „Implantology meets CAD/CAM“ führt der Bremer Dentalspezialist BEGO am 10. November 2012 zwei erfolgreiche Veranstaltungskonzepte zusammen: den 3. Bremer Implantologietag der BEGO Implant Systems und das 5. Anwendertreffen der BEGO Medical. Hochkarätige Referenten und ein pas-

sendes Ambiente sind nach Meinung von Christoph Weiss, geschäftsführender Gesellschafter der BEGO, gesichert. Die Implantologen, Zahnärzte und Zahntechniker werden über die aktuelle Implantologie informiert, auf der gemeinsamen Abendveranstaltung erfolgt das fachliche Get-together. Workshops zur digitalen Dental fotografie, zum professionellen Verkleben von Abutments und zum Verblenden von BeCe CAD Zirkon HT+ runden die Veranstaltung ab.

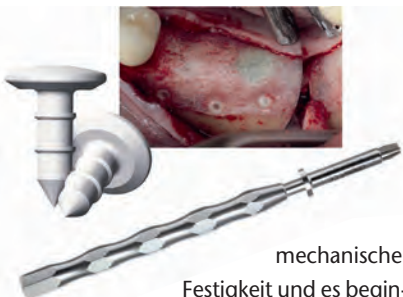
BEGO Implant Systems  
GmbH & Co. KG  
Technologiepark Universität  
Wilhelm-Herbst-Str. 1  
28359 Bremen  
Tel.: 0421 2028-267, Fax: -265  
info@bego-implantology.com  
www.bego-implantology.com

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

American Dental Systems**Bioresorbierbares Augmentationssystem**

Die resorbierbaren LEADfix-Pins dienen der Fixation und Stabilisierung aller in der zahnärztlichen Chirurgie üblichen Membranen zur gesteuerten Gewebe- und Knochenregeneration. Mikrobewegungen, die den Einheilungsvorgang hemmen und die Knochenregeneration sowie die Weichgewebeeinheilung negativ beeinflussen, werden so vermieden.

LEADfix besteht aus PLA (Milchsäure-Polymere) und wird nach der Vorbohrung mit einem speziellen Setzinstrument in den Knochen eingebracht. Nach sechs bis sieben Monaten verliert der LEADfix-Membranpin seine



mechanische Festigkeit und es beginnen Massenabbau und Resorption des Stiftes. Dieser erfolgt durch Hydrolyse zu Milchsäure, die anschließend zu CO<sub>2</sub> und H<sub>2</sub>O metabolisiert wird. Nach neun Monaten ist das Implantat resorbiert.

American Dental Systems GmbH  
Johann-Sebastian-Bach-Str. 42  
85591 Vaterstetten  
Tel.: 081 06 300-300, Fax: -310  
info@adsystems.de  
www.adsystems.de

International Team für Implantology**Implantation mit Hindernis – was nun?**

Eine gründliche computerunterstützte Diagnose und Behandlungsplanung reduziert Misserfolge auf ein Minimum, fundiertes Fachwissen und Erfahrungen bleiben wichtig. Am 29. September 2012 bittet das Young ITI erneuert zum Erfahrungsaustausch, diesmal in Konstanz. Das Thema lautet „Grenzbereiche und Komplikationen in der Implantology“.

Insgesamt elf renommierte internationale Zahnmediziner und MKG-Chirurgen wurden engagiert. Themen sind unter anderem der parodontal vorgeschädigte Patient, Augmentation nach Implantatverlust und Problemmanagement von festsitzendem und herausnehmbarem Zahnersatz. Teilnahmegebühr: 95 Euro (Members: 50 Euro, ITI-Fellows und Study Club Direktoren: kostenfrei). Die Fortbildung ist mit acht CME-Punkten zertifiziert.

ITI International Team für  
Implantology  
Peter-Merian-Weg 10  
4052 Basel/Schweiz  
Tel.: 0041 6127083-83, Fax: -84  
iticenter@iticenter.ch  
www.iti.org



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

ROEKO**Oberflächenstrukturierte Spitzen**

Eine innovative und hilfreiche Erweiterung des Portfolios der Gut-tapercha-Spitzen für die Wurzelkanalobturation bieten die ROEKO Retention Points aus dem Hause Coltène, die ersten oberflächenstrukturierten Guttapercha-Spitzen. Diese Posts ermöglichen eine größere mechanische Retention und weisen eine größere Kontaktfläche für GuttaFlow 2 und handelsübliche Wurzelkanalfüllungsmaterialien (Sealer) auf. Die Retention Points können auch als Ergänzung mit den bereits bekannten ROEKO Greater Taper Guttapercha-Spitzen angewendet werden. Greater Taper Spitzen eignen sich optimal für Kanäle, die mit GT Files, HERO, ProFile, Quantec etc. aufbereitet



wurden. Retention Points und Greater Taper sind einzeln, in Sortierungen und als Bestandteil des GuttaFlow 2 Introkits erhältlich.

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

Morita**Innovativ gegen Periimplantitis**

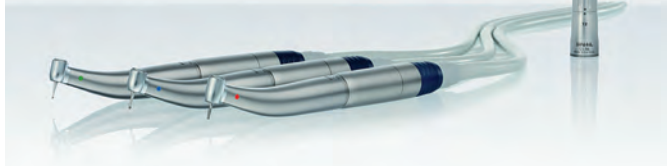
Das traditionsreiche Dentalunternehmen Morita präsentierte auf der Europerio 7 in Wien einmal mehr einen innovativen Lösungsansatz gegen Periimplantitis. Im Rahmen eines Seminars erläuterte der Erfinder Dr. Atsuhiko Yamamoto das Therapieverfahren erstmals auf europäischem Boden. Zum Einsatz kommt bei

dieser Therapie der Er:YAG Laser „AdvErL Evo“ von Morita. Die Behandlungsmethode basiert auf der Oberflächenreaktivierung durch Mikroexplosionen, den Haupteffekt erzielt der Behandler mittels Laserenergie, die von Wasser absorbiert wird. Diese Energie löst im Behandlungsfeld Mikroexplosionen aus und sorgt damit für eine effiziente Desinfektion der Behandlungsfelder. Beseitigt werden die Beläge auf der Implantatoberfläche und die kontaminierte, oxidierte Titanschicht – ohne Auswirkungen auf die Osseointegration.

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

Sirona

## Neue Hand- und Winkelstücke



Zahnärzte, die sich für Instrumente von Sirona entscheiden, können jetzt aus einem erweiterten Sortiment eine zielgerichtete und passgenaue Wahl treffen. Der Technologieführer der Dentalbranche bringt ab sofort die neuen Instrumentenklassen Premium und Comfort für seine Hand- und Winkelstücke auf den Markt. Die Premium-Klasse umfasst die beiden Modellreihen T1 CLASSIC und T1 LINE mit einer Reihe von innovativen Updates. In der Comfort-Klasse überzeugt die robuste Modellreihe T2 LINE

durch Zuverlässigkeit und Funktionalität. Eines haben alle Produkte gemeinsam: Höchste Qualität dank Spitzentechnologie. „Der Erfolg einer Behandlung hängt neben dem Wissen und handwerklichen Können des Zahnarztes auch sehr von der Qualität seiner Instrumente ab“, sagt Sirona Produktmanager Frank Peichl.

Sirona Dental Systems GmbH  
Fabrikstr. 31  
64625 Bensheim  
Tel.: 06251 16-0, Fax: -2591  
contact@sirona.de  
www.sirona.de

R-dental

## Cal de Luxe in Portionsblister

Das Calciumhydroxid, üblicherweise als Pulver/Flüssigkeit oder gebrauchsfertig in Spritzen angeboten, gibt es nun in einer modernen Applikationsform: R-dental bietet Cal de Luxe als Packung mit 25



luftdicht versiegelten Calciumhydroxid-Portionsblister an. Es ist indiziert zur indirekten Pulpaüberkappung in Fällen von Karies Profunda (Cp) zur direkten Pulpaüberkappung (P) bei einer Pulpaeröffnung sowie als temporäre Einlage im Rahmen einer Wurzelkanalbehandlung.

Die Applikation aus den luftdicht versiegelten Blister ist sehr hygienisch und wirtschaftlich. Die cremige Konsistenz ermöglicht

eine tropffreie Entnahme mittels Lentulo. Der hohe pH-Wert von 12 hat eine stark bakterizide Wirkung. Die Creme ist wasserlöslich, kann leicht revidiert werden und besitzt eine hohe Röntgenopazität.

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH  
Winterhuder Weg 88  
22085 Hamburg  
Tel.: 040 22757617  
Fax: 040 22757618  
info@r-dental.com  
www.r-dental.com

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

**APW Akademie  
Praxis &  
Wissenschaft**  
Seite 69

**Aral AG**  
Seite 25

**Cèzanne GmbH**  
Seite 23

**Coltène/Whaledent  
GmbH & Co. KG**  
Seite 7

**Coltène/Whaledent  
GmbH & Co. KG**  
Seite 68

**DeguDent GmbH**  
4. Umschlagseite

**Dentaltrade  
GmbH & Co. KG**  
Seite 9

**Deutscher  
Ärzte-Verlag GmbH /  
Dental Magazin**  
3. Umschlagseite

**DGI Dt.Ges.f.  
Implantologie e.V.**  
Seite 21

**DGI Dt.Ges.f.  
Implantologie e.V.**  
Seite 77

**Doctorseyes GmbH**  
Seite 71

**Dr. Liebe Nachf.**  
Seite 15

**enretec GmbH**  
Seite 67

**Gerl GmbH**  
Seite 11

**ic med  
EDV-Systemlösungen**  
Seite 29

**Intersantè GmbH**  
2. Umschlagseite

**Karl Baisch GmbH**  
Seite 73

**Landesmesse  
Stuttgart**  
Seite 43

**Landesmesse  
Stuttgart**  
Seite 59

**Medentis  
Medical GmbH**  
Seite 17

**Ratiodental**  
Seite 87

**SDI Southern Dental  
Germany GmbH**  
Seite 51

**Teamwork media  
Verlags GmbH**  
Seite 45

**VDZI Verband  
dt. Zahntechniker-  
Innungen**  
Seite 91

**youvivo GmbH/DGI**  
Seite 13

**zm-Jahresband**  
Seite 75

**zm-online.de**  
Seite 53 und 55

**Vollbeilagen**

Dürr Dental AG

Henry Schein Dental

Karl Baisch GmbH

Losser & C. GmbH

Roos Dental e.K.



*Institut für Parodontologie und Implantologie*

## Intensivkursus All-on-4-Konzept



Das All-on-4-Konzept ist eine bewährte Therapiemöglichkeit für Patienten mit zahnlosem Kiefer oder nicht mehr erhaltungswürdiger Restbezahnung. Auf nur vier Implantaten – die endständigen werden anguliert inseriert – erfolgt eine festsitzende implantatgetragene Sofortversorgung ohne vorherige augmentative Maßnahmen. Angeboten werden In-

tensivkurse samt Live-OP für bis zu zehn Teilnehmer, vermittelt wird der Workflow von der Diagnostik über die Planung bis zur Fertigung der provisorischen Prothetik. Referenten sind Dr. Wolfgang Bolz und Prof. Dr. Hannes Wachtel. Kurstermine: 19.9., 24.10. und 21.11.2012, jeweils von 8.30 bis 17 Uhr in München. Der Kurs richtet sich an implantologisch und/oder prothetisch tätige Zahnärzte und Oralchirurgen und an Zahntechniker. Kursgebühr: 1000 Euro inkl. MwSt.

*IPI München  
Privatinstitut für Parodontologie  
und Implantologie GmbH  
Richard-Strauss-Straße 69  
81679 München  
Tel.: 089 928784-22  
info@ipi-muenchen.de  
www.ipi-muc.de*

VOCO

## Bestnoten für sechs Produkte

VOCO-Produkte werden regelmäßig von unabhängigen Instituten und Fachmedien getestet und erzielen dabei immer wieder die höchsten Auszeichnungen. Das US-Testinstitut „The Dental Advisor“ zeichnete sechs VOCO-Produkte jeweils mit der Bestnote aus: Grandio SO, Grandio SO Heavy Flow, Futurabond DC, Rebuilda Post System, Ufi Gel SC und Dimanto. Mit dem erzielten



5-Plus-Rating und dem Prädikat „Editors' Choice“ gelten diese Produkte in zahlreichen klinischen Anwendungen als „exzellent“ und führend in der jeweiligen Produktkategorie. In einem Sonderdruck werden diese Produkte und deren Bewertung durch US-Zahnärzte dargestellt. Neben der Produktbeschreibung finden sich dort auch die Produkteigenschaften und -vorteile in der klinischen Anwendung sowie Tipps und Kommentare der Testzahnärzte.

*VOCO GmbH  
Anton-Flettner-Str. 1–3  
27474 Cuxhaven  
Tel.: 04721 719-0, Fax: -140  
info@voco.de  
www.voco.de*

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

DENTSPLY Implants

## CAD-Design für individuelle Aufbauten

3Shape A/S, einer der weltweit führenden Anbieter von 3-D-Scannern und CAD/CAM-Softwarelösungen, hat die offizielle Verfügbarkeit neuer Funktionen im Dental System bekannt gegeben. Jetzt können individuelle zweiteilige Abutments mit der



3shape

präfabrizierten DENTSPLY Implants TitaniumBase designt werden. 3Shape hat die vollständige Original-Programmbibliothek

von DENTSPLY in seine Dental System-Software integriert, die die ANKYLOS- und XiVE-Implantatsysteme unterstützt. Die Bibliothek ermöglicht Zahntechnikern, die den 3Shape Abutment-Designer anwenden, zweiteilige Abutments mit präfabrizierter TitaniumBase und patientenspezifischer Keramik-Mesostruktur herzustellen. Zur Fertigung der entworfenen Versorgung muss die Original-TitaniumBase erworben werden. Der patientenindividuelle Zirkonoxid-Teil kann vor Ort im Labor oder im Fräs-

zentrum gefertigt werden.  
*DENTSPLY Implants  
Steinzeugstr. 50  
68229 Mannheim  
Tel.: 0621 4302-000, Fax: -011  
www.dentsplyimplants.com*

VITA

## „VITA Assist“ seit Februar erhältlich



Die neue Software VITA Assist von der VITA Zahnfabrik unterstützt die Kommunikation zwischen Zahnarzt und Zahntechniker sowie zwischen Behandler und Patient. Die Software ist für 299 Euro seit Februar erhältlich. Sie optimiert die Kommunikation, indem sie eine noch schnellere und umfassendere Datenverwaltung ermöglicht. Mithilfe des Programms kann der Zahnarzt/Zahntechniker jederzeit Patientendaten, zahnmedizinische Befunde und digitale Fotos erfassen, bearbeiten und verwalten und

diese als E-Mail oder Ausdruck weiterleiten. Auch die Dokumentation von Zahnfarbbestimmungen und Bleachingprozessen sowie die interaktive Simulation von Voll- und Teilprothesen sind möglich. VITA vereint die Module VITA ShadeAssist und VITA ToothConfigurator unter dem VITA Assist, damit sind alle Features abgedeckt.

*VITA Zahnfabrik  
H. Rauter GmbH & Co. KG  
Postfach 1338  
79704 Bad Säckingen  
Tel.: 07761 562-0, Fax: -299  
info@vita-zahnfabrik.com  
www.vita-zahnfabrik.com*

Verfahren in erster Instanz

## Erfolgreich gegen Groupon-Werbung

Die Zahnärztekammer Nordrhein hat in erster Instanz erfolgreich Unterlassungsansprüche wegen der Werbung für zahnärztliche Leistungen über Gutscheinportale im Internet geltend gemacht. In zwei Verfahren gegen Zahnärzte vor dem Landgericht Köln hat das Gericht die Rechtsauffassung der Zahnärztekammer Nordrhein bestätigt, dass die Werbung für zahnärztliche Leistungen mit Rabatten und zu Festpreisen über [groupon.de](http://groupon.de) berufsrechtswidrig und somit wettbewerbswidrig ist (LG Köln, Urteile vom 21.06.2012 – 31 O 767/11 und 31 O 25/12, nicht rechtskräftig). In dem weiteren Verfahren unmittelbar gegen die Groupon GmbH hat das Landgericht Berlin ebenfalls die beanstandete Werbung für zahnärztliche Leistungen als wettbewerbswidrig erachtet und zudem die wettbewerbsrechtliche Haftung der Firma bestätigt (LG Berlin, Urteil vom 28.06.2012 – 52 O 231/11, nicht rechtskräftig).

Auf der Grundlage eines Kooperationsvertrags hatten Zahnärzte und die Groupon GmbH verschiedene zahnärztliche Leistungen (Zahnreinigung, Bleaching, kieferorthopädische Zahnkorrektur, Implantatversorgung, pro-

thetische Versorgung, Zahnfüllung) über das Portal mit Rabatten bis zu 90 Prozent und zu Festpreisen beworben und im Rahmen eines „Deals“ für eine zeitlich begrenzte Laufzeit gegenüber den Kunden der Groupon GmbH angeboten.

„Die Entscheidungen der Landgerichte Köln und Berlin bestätigen im Ergebnis die Grenzen des zahnärztlichen Werberechts und betonen den besonderen Schutzzweck des zahnärztlichen Gebührenrechts“, betont Dr. Kathrin Janke, Justitiarin der Zahnärztekammer Nordrhein. Auch wenn die Entscheidung des Landgerichts Berlin in seiner Begründung in Teilen von der Rechtsauffassung anderer Gerichte und auch der Zahnärztekammer Nordrhein abweicht und weitere Anträge bezüglich des Kooperationskonzepts abgewiesen wurden, sei das Urteil im Tenor zu begrüßen. Von Bedeutung sei, dass sich der Unterlassungsanspruch gegen die Groupon GmbH nach den Ausführungen des Landgerichts Berlin ausdrücklich auch auf Angebote außerhalb von Nordrhein bezieht, so dass im Falle der Rechtskraft eine bundesweite Regelung durchgesetzt werden konnte, so Janke. sf/pm

Statistisches Bundesamt

## Pflegeberufe so beliebt wie nie

Pflegeberufe sind bei jungen Leuten zwar so beliebt wie nie – der Fachkräftemangel wächst aber weiter. Rund 54 200 Jugendliche haben im Herbst 2010 eine Berufsausbildung in einem Pflegeberuf angefangen, ein Rekordwert, wie das Statistische Bundesamt mitteilte.

Nach Einschätzung des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) sind aber derzeit mehr als 30 000 Stellen in der Pflege unbesetzt.

„Wir brauchen schnellstmöglich einen Altenpflege-Pakt“, sagte bpa-Präsident Bernd Meurer laut Pressemitteilung. Vor allem junge

Emnid-Umfrage

## Besser Zunge raus

Weniger als die Hälfte der Deutschen (46 Prozent) würde mit einer erkrankten Mundhöhle einen Zahnarzt aufsuchen. Das ergab eine repräsentative Emnid-Umfrage im Auftrag der Initiative



Foto: proDente e.V.

proDente. Doch gerade die Zunge kann auf eine Erkrankung hinweisen. Bemerkten Menschen an ihrer Zunge eine Veränderung, Aphten oder Pilze könnte eine gesundheitliche Störung die Ursache sein. Zwar blickt der Zahnarzt immer auf die Zunge – doch das geschieht nur ein- bis zweimal jährlich. Der Tipp: Einfach im Badezimmer regelmäßig die Zunge herausstrecken. proDente hat über Zungendiagnostik, die Rolle des Speichels, Aphten, Zysten und das Rauchen eine Pressemappe erarbeitet. ck/pm

Tag der Zahngesundheit 2012

## Alle Veranstaltungen im Überblick

Am 25. September macht der „Tag der Zahngesundheit“ wieder bundesweit auf das Thema Prophylaxe aufmerksam. Krankenkassen, Landesarbeitsgemeinschaften, Gesundheitsämter und viele Zahnärzte veranstalten an diesem Tag ihre Events. Doch was wann und wo passiert, ist nur schwer zu über-

blicken. Auch für die Initiatoren ist es nicht leicht, auf ihre Veranstaltung aufmerksam zu machen. Auf der Homepage können sich deshalb alle Ausrichter für den „Tag der Zahngesundheit“ eintragen. Erfasst werden können neben Termin und Ort auch Angaben über die Aktion selbst sowie die Institution. Informationen auf [www.tag-der-zahngesundheit.de](http://www.tag-der-zahngesundheit.de)



Frauen entscheiden sich der Statistik zufolge für eine Berufsausbildung zur Gesundheits-, Kranken-, Kinderkranken-, Altenpflegerin oder Pflegehelferin.

Der Anteil der Männer steigt aber enorm. Bei ihnen fiel der Anstieg mit 74 Prozent (auf 11 300) deutlich höher aus. Denn von den

54 200 neuen Azubis waren etwa 42 900 Frauen und damit 24 Prozent mehr als zehn Jahre zuvor. Insgesamt betrug das Plus der neuen Azubis in den Pflegeberufen im Zehnjahresvergleich 32 Prozent.

eb/dpa

Europäische Kommission

## Amalgamstudie veröffentlicht

Die Generaldirektion Umwelt der Europäischen Kommission hat die endgültige Version einer Studie über die Möglichkeiten zur Reduzierung der Umweltverschmutzung durch Amalgam und Batterien veröffentlicht. Die BZÄK wie auch der Council of European Dentists (CED) und die KZBV werten die Ergebnisse als kritisch.

Durchgeführt wurde die Studie durch die französische Firma BIO Intelligence Service (BIOIS). Die Autoren geben verschiedene Handlungsoptionen, um die Gefährdung der Umwelt durch Quecksilber zu reduzieren. Als erste Option sehen sie eine strengere Umsetzung der bestehenden EU-Vorschriften im Abfallbereich, vor allem mit Blick auf die zwingende Einführung von Amalgamabscheidern in zahnärztlichen Praxen. Die zweite Option sieht einen stärkeren Druck seitens der EU auf die Mitgliedstaaten vor, die bestehenden nationalen Rechtsvorschriften zum Umgang mit zahnärztlichem Amalgam zu verschärfen und verstärkt alternative Füllmaterialien zu verwenden. Die weitreichende dritte Option sieht laut Studie ein europaweites Verbot von zahnärztlichem Amalgam

vor, das juristisch durch eine Änderung der bestehenden EU-Chemikalienverordnung REACH umgesetzt werden könnte. Idealerweise sollte diese Änderung bis 2013 in Kraft treten und nach einer fünfjährigen Umsetzungsphase bis 2018 verwirklicht werden.

Was den zahnärztlichen Bereich betrifft, würde laut Aussagen der Autoren nur eine Kombination aus Option 1 und Option 3 ausreichen, um die Gefährdung der Umwelt durch zahnärztliches Amalgam effektiv zu unterbinden.

Im Sommer 2011 wurde mit der Erarbeitung der Untersuchung begonnen. Am 26. März 2012 wurde in Brüssel der vorläufige Entwurf der Studie erstmals vorgestellt. Schon damals zeigten sich BZÄK und CED kritisch. Auch die endgültige Fassung weist nach einer ersten Einschätzung der zahnärztlichen Organisationen Unstimmigkeiten hinsichtlich der Aussagen zu Kosten oder zur zahnärztlichen Therapie auf. Das Papier folge ganz klar einer politischen Vorgabe. Auch die KZBV sieht die Studie kritisch, vor allem hinsichtlich möglicher Konsequenzen für die vertragszahnärztliche Versorgung. Die Studie wird jetzt in den entsprechenden Gremien analysiert und aufgearbeitet. Die Studie selbst hat keine bindende Wirkung, die Überlegungen darin dürften aber nach Einschätzung der BZÄK die EU-Kommission beeinflussen.

BZÄK/KZBV



Foto: Fotolia.com - mik ivan

Krankenkassen

## Bahr: Rückzahlung notfalls per Gesetz

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) dringt weiter auf Rückzahlungen der Krankenkassen an die Versicherten – und erwägt eine entsprechende Gesetzesänderung. Auch an anderer Stelle schlägt er eine härtere Gangart ein. „Ich mache weiter Druck. Denn es gibt keine Begründung, warum Kassen mit mehreren Monatsausgaben auf dem Konto nichts von dem Geld

an die Versicherten zurückgeben sollten“, sagte Bahr der „Märkischen Allgemeinen“. „Die Prämienauszahlung ist ein guter Weg. Wir werden uns vorbehalten, notfalls das Gesetz zu ändern.“ Er habe die Kassen mit mehreren Monatsausgaben „auf der hohen Kante“ bereits aufgefordert, Prämienzahlungen und Leistungsverbesserungen vorzunehmen, sagte Bahr. Zugleich kündigte der FDP-Politiker an, der nächste Koalitionsausschuss werde sich mit der umstrittenen Praxisgebühr beschäftigen. „Die Abschaffung würde die Patienten spürbar erleichtern und in den Praxen Bürokratie abbauen“, sagte Bahr. Nun müsse noch die Union davon überzeugt werden. mg/dpa



Foto: Michael Dedeker

Krankenkassen

## Spitzenverband will Beitragsautonomie

Der GKV-Spitzenverband verlangt, dass die Versicherungen die Höhe ihrer Beiträge wieder selbst bestimmen dürfen. „Wir sind der Auffassung, dass die Krankenkassen ihre Beitragsautonomie insgesamt zurückbekommen sollten“, sagte die Verbandsvorsitzende Doris Pfeiffer. Der Spielraum zur Preisgestaltung sollte sich nicht nur auf Zusatzbeitrag oder Prämienausschüttung beschränken. „Wenn man Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung will, dann gehört auch der Preiswettbewerb dazu“, sagte Pfeiffer der „Rheinischen Post“. Pfeiffer erwartet, dass angesichts der guten Finanzlage der Kassen eine Beitragsautonomie zu sinkenden Beiträgen führt. „Zumindest haben einzelne Kassen gesagt, dass sie unter den alten Be-

dingungen den Beitragssatz schon gesenkt hätten“, sagte sie. Zustimmung kam von dem SPD-Gesundheitsexperten Karl Lauterbach. Wohl die Hälfte der Kassen würde bei einer Beitragsautonomie die Beiträge senken, in Einzelfällen um bis zu einem Prozentpunkt, sagte Lauterbach der „Neuen Osnabrücker Zeitung“. Dies werde zu mehr Wettbewerb unter den Kassen führen und zu mehr Gerechtigkeit, weil einkommensschwächere Beitragszahler wechseln könnten. Der Gesundheitsexperte betonte, das autonome Festsetzen der Beiträge sei ein erster wichtiger Schritt zu einer Bürgerversicherung. Der Gesundheitsfonds solle indes bestehen bleiben: „Durch den Fonds ist der Risikostrukturausgleich gut organisiert“, sagte er. eb/dpa

Neue KBV-Spitze

## Bürokratieabbau hat Priorität

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat wieder eine Doppelspitze: Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender, und Dipl.-Med. Regina Feldmann, Vorstand, haben sich erstmals gemeinsam in Berlin vorgestellt. „(...) Gemeinsam wollen wir die Rahmenbedingungen für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten verbessern“, sagte Dr. Andreas Köhler. Ganz oben auf der Agenda stehe das Thema Bürokratieabbau. Dazu führte Köhler aus: „Der Ärztemonitor, in dessen Rahmen rund 11 000 Niedergelassene befragt wurden, hat noch einmal deutlich gemacht, dass das größte Ärgernis in den Praxen die Bürokratie ist. Alle strukturellen Reformen wer-



Foto: KBV-Bonnatz

den wenig nützen, solange Ärzte und Psychotherapeuten das Gefühl haben, dass das, was ihnen vor allem fehlt, Zeit für ihre Patienten ist. Dies zu ändern ist deshalb eines unserer wichtigsten Ziele.“ Seine Vorstandskollegin, Dipl.-Med. Regina Feldmann, ist für den hausärztlichen Bereich zuständig. Eines ihrer wichtigsten Ziele ist es, mehr Nachwuchsmediziner für den Hausarztberuf zu begeistern. „Bei den Allgemeinmedizinerinnen sind die Zulassungszahlen insgesamt rückläufig. Deshalb wollen wir die Weiterbildung in der ambulanten Medizin grundsätzlich und im Fach Allgemeinmedizin im Besonderen stärken und unterstützen.“ Wichtige Themen stellen auch die Neuausrichtung der Bedarfsplanung, die Weiterentwicklung des EBM, sowie die dauerhafte Trennung der Vergütungstöpfe für Haus- und Fachärzte dar. sf/pm

Sozialkassen

## Überschüsse steigen weiter

Die trotz der Krise gute Konjunktur in Deutschland lässt die Überschüsse der Sozialkassen weiter steigen. Ende 2012 werde es rund 23 Milliarden Euro Reserven in der gesetzlichen Krankenversicherung ge-

ben, sagte der Präsident des Bundesversicherungsamts, Maximilian Gaßner. In der Rentenversicherung sind es nach Auskunft der Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände 28 Milliarden Euro. eb/dpa

zm 13/2012

## Erratum

Bedauerlicherweise wurde bei der klinisch-ethischen Falldiskussion „Vernachlässigung eines sechsjährigen Jungen“ eine Autorenadresse fehlerhaft abgedruckt. Es muss lauten:

Dr. med. dent. Jens Kaschuba, Eppendorfer Landstr. 139a, 20251 Hamburg, jens@drkaschuba.de. zm

Olympische Spiele

## Frühwarnsystem für Infektionen

In Großbritannien planen Gesundheitspolitiker rund zwei Wochen vor Beginn der Olympischen Sommerspiele für den Ernstfall. Britische Haus- und Klinikärzte wurden von der Regierung aufgefordert, alle Infektionen, die während der am 27. Juli beginnenden Londoner Spiele diagnostiziert werden, sofort zu melden.

Das Frühwarnsystem für Olympia soll verhindern, dass durch die Spiele zu viele Menschen krank werden. Wie das Gesundheitsmi-

nisterium bestätigte, werden die Hausarztpraxen und Krankenhäuser des staatlichen Gesundheitsdienstes (National Health Service, NHS) kurz vor der Eröffnungsfeier am 27. Juli mit zehntausenden zusätzlichen Testkits ausgestattet, damit Ärzte im Verdachtsfall schnell auf bestimmte Infektionen testen können, beispielsweise Salmonellen.

Bislang dauert ein Test im NHS durchschnittlich 48 Stunden. Während der Spiele soll das auf „maximal 24 Stunden“ verkürzt

werden. „Wir wollen verhindern, dass es als Folge von Olympia zu einer Ausbreitung von gefährlichen Infektionskrankheiten kommt“, so ein Sprecher des Gesundheitsministeriums.

eb/ast



Foto: picture alliance

Kostendämpfung

## PKV spart bei Niedergelassenen

Die privaten Krankenversicherer (PKV) sehen bei den Kosten der ambulanten Arztbehandlung keine Anzeichen für eine Trendwende – obwohl die Pro-Kopf-Ausgaben in diesem Bereich im vergangenen Jahr um 0,9 Prozent leicht zurückgegangen sind. Wie die „Ärzte-Zeitung“ berichtet, sind die abgerechneten ambulanten Arztleistungen pro Versichertem von 2000 bis 2010 um 38,9 Prozent gestiegen.

„Dabei hat es in den einzelnen Jahren Ausreißer nach oben und jetzt auch einen nach unten gegeben“, sagte PKV-Verbandssprecher Stefan Reker. Beides ändere nichts an der Langzeitentwicklung, kommentierte Reker und

verwies darauf, dass „auf Basis einer seit Jahren unveränderten GOÄ“ ja gar kein signifikanter Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben stattfinden dürfe.

Hintergrund: Während die Zahl der Privatversicherten von 2000 bis 2010 um 18,7 Prozent auf 8,9 Millionen gestiegen ist, nahmen die Ausgaben für die ambulante Arztbehandlung im selben Zeitraum um 65,5 Prozent auf 5,2 Milliarden Euro zu. Nach Einschätzung von Experten könnte die leichte Entlastung der PKV im vergangenen Jahr mit der Erhöhung der ambulanten Vergütung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) korrelieren. mg/dpa



## Alles erledigt?

### Kolumne

## Neue Einnahmequellen

Dass Länder und Kommunen einen Rekordschuldenstand haben, das weiß man. Trotzdem baut jeder Landkreis weitere Straßen, Flughäfen oder Kunsthallen auf Pump. Aber halt! Ein paar Städte und Gemeinden versuchen, neue Einnahmequellen zu erschließen. Und das nicht nur damit, dass Politessen vermehrt Knöllchen verteilen. Sondern mit innovativen, dem einen oder anderen vielleicht etwas sonderbar anmutenden, Methoden. So konnte man kürzlich in der Presse lesen: „Städte machen bei Einäscherungen mit Zahngold Geld.“ Zwar hätten die nächsten Angehörigen das erste Entscheidungsrecht und könnten es vor der Verbrennung von einem Pathologen oder einem Zahnarzt entfernen lassen. Dies käme aber nur selten vor, auch nach der Einäscherung würden Angehörige kaum danach fragen. Die Stadt Nürnberg etwa verdiene so rund 250 000 Euro jährlich mit Altgold, in Karlsruhe seien es 90 000 Euro.

Allerdings: Nicht alle Städte würden das Zahngold für den örtlichen Kämmerer verwerten. So halte das Bundesland

■ **Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de)**

Sachsen die Asche eines Verstorbenen für „unteilbar“. Wer weiß, wie lang man sich dort diese Luxushaltung noch leisten und Freizeit- und Bildungseinrichtungen der Allgemeinheit zur Verfügung stellen kann?

Denn der Erlös des Recyclings fließt in jenen Kommunen, die das Gold zu Geld machen, an die Allgemeinheit zurück, hieß es. In Karlsruhe etwa würde das Extrasalär für die Pflege verwahrloster Gräber eingesetzt.

Ist doch prima, wenn Tote über diesen Weg noch was für die Lebenden tun können, oder? Das persönliche Hinscheiden erhebt sich damit über die Grenzen des Privaten, wird quasi transzendent. Auf der anderen, viel banaleren Seite liegt noch ungeahntes Potential in dieser Art von kommunalen Nebeneinnahmen: Ganze Parkhäuser könnten so finanziert werden. Oder Freibäder. Oder Fußballstadien, denkt sich

*Ihr vollkommener Ernst*