

Fortbildungsteil 1/2013

Wenn einer fehlt

**Barmer GEK
Zahnreport**

**Richard Wagners
Zahnarzt**



Ein Sortiment mit unendlichen Möglichkeiten.

Es gibt für alles eine Lösung. Von A wie AlphaKite bis Z wie ZR-Schleifer. Denn bei Komet finden Sie eines der umfassendsten Hersteller- und Lieferprogramme an rotierenden Instrumenten und Systemen für die Zahnheilkunde.

Von der klassischen bis zur völlig neuen Therapie. Komet hält nicht nur konstant Schritt mit Entwicklungen, sondern treibt sie auch direkt mit an: als anerkannter Innovationsführer, der immer wieder Maßstäbe setzt.





Foto: vario images

■ *Damit der Zahnarzt in seiner Therapie frei entscheiden und zum Wohle seines Patienten handeln kann, braucht er geeignete politische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen.*

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

das zahnärztliche Behandlung viel mit Fingerspitzengefühl und Einfühlungsvermögen zu tun hat, belegt eindrucksvoll der jetzige Frühjahrsfortbildungsteil. Es geht um Versorgungsoptionen zur Einzelzahnücke, ein für den Patienten sensibles Thema, das nach schnellen Lösungen verlangt. Der Zahnarzt muss bei der Planung des Lückenschlusses vieles berücksichtigen, sei es die Biokompatibilität der Materialien, Minimalinvasivität und Langzeitstabilität, aber auch die Lebenssituation des Patienten. Für den Behandler geht es um die Kunst, die richtige Balance zwischen Funktion und Ästhetik zu finden. Dazu braucht es geeignete politische Rahmenbedingungen. Gerade die sind derzeit Gegenstand etlicher Diskussionen und Symposien. Das große Thema heißt: Wie geht es mit unserem Gesundheitswesen nach der Bundestagswahl weiter? Bleibt es bei dem dualen System von GKV und PKV? Oder droht mit der Bürgerversicherung eine Einheitsversicherung? Wie macht man sich fit für demografische Veränderungen, den wachsenden Pflegebedarf oder wie stellt man sich auf den medizinischen Fortschritt ein?

Die beiden zahnärztlichen Spitzenvertretungen haben ihre politischen Positionspapiere, die Perspektive Zahnmedizin der BZÄK und die Agenda Mundgesundheit der KZBV, vorgelegt und befinden sich im Vorfeld der Bundestagswahl in intensivem Dialog mit Politik und Fachöffentlichkeit. Davon zeugen beispielsweise die Diskussionen mit Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr beim 10. Berliner Gespräch zum Gesundheitsrecht wie auch der Fachbeitrag zum einheitlichen Krankenversicherungsmarkt aus Sicht des Kieler Gesundheitsökonom Dr. Thomas Drabinski (siehe Berichte im Heft). Der Blick in Richtung Wahltermin am 22. September zeigt, dass sich Parteien, Verbände und Experten derzeit intensiv mit der Zukunft des Gesundheitswesens auseinandersetzen.

Auch die Krankenkassen docken an diese Diskussionen an. Der jüngste Zahnreport der Barmer GEK ist so ein Beispiel. Schwerpunktmäßig ging es hier um die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen, und es erging der Vorwurf an den Berufsstand, dass die Zahnersatzkosten für den privaten Anteil in den vergangenen Jahren gestiegen seien. Dass dahinter letztlich Fragen der Marktmacht stehen und durch die Interpretation

der Zahlen das Bestreben der Kassen untermauert wird, private Leistungen kontrollieren zu wollen, haben KZBV und BZÄK in ihren Stellungnahmen deutlich herausgearbeitet (auch hierzu ein Bericht im Heft).

Hier schließt sich der Kreis zur zahnärztlichen Versorgung in der Praxis. Damit freie Therapieentscheidungen losgelöst von Marktzwängen möglich sind, braucht der Zahnarzt Rahmenbedingungen, um seiner Praxis zum Wohle des Patienten agieren zu können – damit kreative Lösungen für spezifische zahnmedizinische Herausforderungen weiter möglich bleiben. Nun ist die Politik am Zug.

Mit freundlichen Grüßen



Gabriele Prchala

Gabriele Prchala
Stellvertretende Chefredakteurin



36 *Einer fehlt: Was nun? Im Frühjahrsfortbildungsteil werden drei Lösungsvarianten vorgestellt und diskutiert.*



TITELSTORY

Wenn vorne einer fehlt

- Adhäsive Versorgung der Einzelzahnücke* **38**
- Implantate zur Einzelzahnversorgung im ästhetischen Bereich* **46**
- Kieferorthopädischer Lückenschluss bei nicht angelegten oberen seitlichen Schneidezähnen* **52**

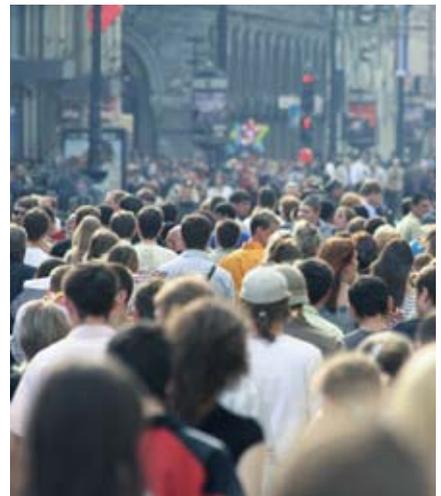


Foto: Fotolia.com - adisa

24 *Bei den „10. Berliner Gesprächen zum Gesundheitsrecht“ erhielt die Bürgerversicherung vom Gros der Referenten eine Abfuhr.*

Foto: F1 online / Titelfoto: F1 online/Meinardus

MEINUNG

<i>Editorial</i>	3
<i>Leitartikel</i>	6
<i>Leserforum</i>	8
<i>Gastkommentar</i>	18

POLITIK

<i>Barmer GEK Zahnreport 2013 Zahnersatz im Fokus</i>	20
<i>Bürgerversicherung auf dem Prüfstand Dualität erhalten und reformieren</i>	24
<i>Einheitlicher Krankenversicherungsmarkt Verluste für Zahnärzte</i>	26
38. Schwarzwaldtagung <i>Eine Herausforderung: Der alte Patient</i>	32



Foto: F1 online

66 Beim Konsum von Grapefruitsaft ist Vorsicht geboten. Seine Inhaltsstoffe können Interaktionen mit Medikamenten hervorrufen.



Foto: Corbis

90 In den USA versucht man, den Zahnarztmangel durch neue Berufsbilder aufzufangen – doch die Modelle sind umstritten.



Foto: Nona L. Vendel

102 Dauerhaft niedrige Zinsen treiben Anleger in Sachwerte. Eine Option ist die Investition in Ferienimmobilien.

Zahnärztetag Westfalen-Lippe
Quellen des Glücks

34

ZAHNMEDIZIN

Aktueller Innovationsschwerpunkt

CAD/CAM mit immer schärferen Konturen

60

MEDIZIN

Arzneimittel-Interaktionen

Grapefruit verändert Medikamente

66

GESELLSCHAFT

Forum Bioethik

Die gestresste Generation

84

Reale und fiktive Bedrohungen

Potenzial von Risiken

86

ERO-Vollversammlung in Potsdam

Kreative Konzepte

88

Dentalhygieniker in den USA

Neue Wege für Mangelzonen

90

Richard Wagner und Zahnarzt Jenkins

Ein guter Freund

94

PRAXIS

Ferienimmobilien

Sachwert zum Wohlfühlen

102

MARKT

Neuheiten

108

RUBRIKEN

Termine

70

Impressum

101

Rezensionen

106

Nachrichten

10, 135

Zu guter Letzt

138



Foto: KZBV-Aventis

Premium

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

da bilanziert eine Krankenkasse mit viel Aufwand und mithilfe externer professioneller Kompetenz die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Das mag manchen überraschen, schließlich ist unser Versorgungsbereich mit gerade einmal sieben Prozent Anteil an den GKV-Ausgaben beileibe kein Blockbuster.

Aber erst einmal ist es ja lobenswert eine medizinische Versorgungslandschaft aufzuarbeiten. Anzuerkennen ist auch, dass die Experten ganz wesentlich die Sorgebereiche herausarbeiten, die die KZBV seit Längerem schon erkannt hat, abarbeitet und in ihrer Agenda Mundgesundheits besonders herausstellt.

Die Reportautoren haben erkannt, dass es Versorgungsbereiche mit Nachholbedarf gibt, wo alle Beteiligten noch besser werden müssen. Das gilt nicht nur für die zahnmedizinische Versorgung von alten Menschen, Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen. Speziell bei der Versorgung von Kleinkindern unter drei Jahren scheinen sich die Kassen nun den Forderungen der

„**Mein Haus, mein Auto,
mein Geld – und meine
Zahnersatzversorgung.**“

KZBV anzuschließen. Im Moment liegt die Betreuung zwischen null und drei Jahren bei den Ärzten. Es soll hier keine Schuldzuweisungen an die Ärzte geben, aber wir Zahnmediziner können die Betreuung in unserem Bereich naturgemäß besser übernehmen.

Doch machen wir uns nichts vor: der aktuelle Zahnreport Der Barmer GEK ist kein Dank an uns Zahnärzte! Er soll im Wahljahr bekannte und stetig wiedergekäute Forderungen der gesetzlichen Krankenversicherung unterfüttern.

Dennoch sorgte die Barmer GEK einen Tag für Schlagzeilen in unseren Medien: 18 Prozent mehr! Um 18 Prozent mehr seien die Belastungen der Patienten von 2005 bis 2009 für deren Zahnersatzversorgung gestiegen. Skandal! Tatenlos zusehende Politiker. Schluss mit der Abzocke! Krankenkassen müssen ihre Mitglieder vor den Dentalraffkes schützen.

Da wurde deutlich, welchen Zweck der Report erfüllen sollte. Geflissentlich übersah die Kasse, dass diese fulminante Steigerungshöhe ein statistischer „Fehler“ war, den die externen Experten – angeblich mangels ihnen vorliegender, aussagefähiger

Alternativzahlen – bewusst begingen. Sie verglichen die Ausgabenentwicklung mit dem Ausreißerjahr 2005 (Vorzieheffekte, Verunsicherung), dem Start unseres ja mittlerweile (fast) überall anerkannten und unumstrittenen Festzuschussystems. Hätte man das folgende „normalisierte“ Jahr 2006 zum Vergleich genommen, hätte die Steigerungsrate nur kümmerliche drei Prozent betragen. Hätte, hätte, Fahrradkette!

Politisch völlig unbrauchbar! Falsche Zahl mit (aus Kassensicht) richtiger Beißparole ist allemal besser, als richtige Zahl mit zahnlösem Kauen auf der Felge. Verräterisch auch die Position der Barmer, ihr passt nicht der mündige Patient, der eigenverantwortlich und selbstfinanzierend seine Bedürfnisse und Wünsche erfüllt sehen will. Klar, nagt doch diese „schleichende Privatisierung“ am tradierten Machtanspruch der Kassen. Doch Barmer-Vizechef Schlenker verriet sich auf der Pressekonferenz zum Zahnreport: Er geißelte die zunehmende „Premiumbehandlung“ (Schlenker) und ließ damit die Katze aus dem Sack: Kann man schon die eigenen Versicherten in ihrem Anspruchsungehorsam nicht einfangen, dann presst man halt den Behandler.

Man stelle sich vor, die Krankenkassen finanzierten ihren Versicherten, ein „Regelauto“ als Basisversorgung. Da die Versicherten aber lieber zunehmend auf die Premiummodelle umsteigen, liegt das Kassenmodell rostend auf Halde. Also zwingt man die Premiumhersteller zu Preissenkungen und damit zu Abstrichen bei Technik und Ausstattung, ein grauer Markt wäre die Folge. Und die Kassenautos rosteten weiter vor sich hin.

Bei „Premium“ sehen es unsere Patienten offensichtlich wie beim Autokauf: Selbstbestimmung statt Mitbestimmung anderer. Mein Haus, mein Geld, mein Auto – und meine Zahnersatzversorgung. So einfach ist das!

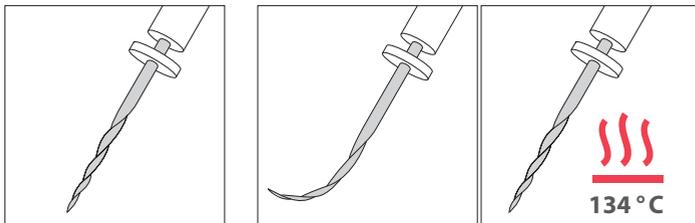
Mit freundlichen Grüßen

Dr. Jürgen Fedderwitz
Vorsitzender der KZBV



Wie Phönix aus der Asche... ...die regenerative NiTi-Feile!

HyFlex™ CM



- > Minimalste Rückstellkraft + extreme Flexibilität = optimale Kanaladaption
- > Reversible Formanpassung durch Wärme = Mehrfachverwendung
- > Bis zu 300% höhere Ermüdungsbeständigkeit

NEU!
AB SOFORT
STERIL
GEBRAUCHS-
FERTIG



Nicht ausprobieren

■ Zum Beitrag „Erfolgsstory Neuromodulation und lernende Computer“ in zm 05/2013:

In Ihrem Artikel beschreiben Sie die Erfolge und Fortschritte der Gedankensteuerung am klassischen Beispiel des Rollifahrers, dem sicherlich keiner eine medizinische Neuerung vorenthalten will.

Die Medizin wird aber nur Vorarbeit leisten für die Anwendung in verschiedenen anderen Bereichen, nicht zuletzt beim Militär. Diese Steuerung würde sich in dem neuen F-35-Kampfflugzeug bestimmt gut machen! Ist die Entwicklung dann immer noch so begrüßenswert?

Bidirektionale Verbindungen zwischen Hirn und Computer werden sicherlich entwickelt werden. Solche Anwendungen könnten allerdings nach und nach die Grenzen zwischen Realität und virtueller Welt verschwimmen lassen und ein extremes Suchtpotential erzeugen.

So könnte man in einem direkt mit dem Hirn in Verbindung stehenden Computersystem alle Wünsche und Träume quasi real werden lassen und der Proband könnte den induzierten Traumzustand vielleicht nicht mehr von der Realität abgrenzen.

Es wäre hier dringend geboten, sich in der Wissenschaft über die Möglichkeiten und Folgen dieser Entwicklung vollständig bewusst zu werden und dann zu entscheiden, wie weit man gehen will. Man hat jedoch in der bisherigen Geschichte gesehen, dass der Mensch alles erprobt, was machbar ist (zum Beispiel die Atombombe).

Eine enge Vernetzung zwischen Neurophysiologie und Informatik kann der Entwicklung von

selbstlernenden Systemen einen unvorstellbaren Vorschub leisten und sich selbst programmierende Systeme könnten sich mit der Geschwindigkeit einer atomaren Kettenreaktion weiterentwickeln. Ob der Mensch mit solchen Entwicklungen mithalten kann und Herr der Lage bleibt, sollte man vielleicht besser nicht ausprobieren.

Dr. Mark Vongerichten
m.vongerichten@yahoo.de

Suspekt

■ Zur Titelgeschichte „Veränderte Behandlung durch neue Antikoagulantien“ in zm 1/2013:

Es mag ja meine eigene Bewertung und Einschätzung falsch sein, wenn ich Ihren Artikel über neue Antikoagulantien für zu euphorisch halte. Es stellt sich die Frage, wie Ihre Publikation in einer vornehmlich von Internisten gelesenen Zeitschrift ankommen würde.

Mir erscheint ein Gerinnungshemmer, dessen Wirksamkeit ich nicht akut messen kann, bei dem ich allenfalls retrospektiv weiß, ob er seinen Zweck erfüllt hat und der im Vergleich zu bewährten und etablierten Präparaten deutlich kostspieliger ist, suspekt, zumal echte medizinische Vorteile noch fraglich erscheinen müssen.

Die Frage, wie bei einem akuten Trauma (zum Beispiel stumpfes Abdominaltrauma mit multiplen diffusen Blutungen) oder bei einer dringlichen OP-Indikation zu verfahren ist, finde ich unbeantwortet aber gleichwohl sehr relevant – auch in der Zahnarztpraxis.

Dr. Gerd Schindler
Beckstr. 3
53123 Bonn

Noch weniger

■ Zum Titel „Gesundheitspolitik 2013“ in zm 07/2013:

Denken die Befürworter der Bürgerversicherung daran, dass die Zahnärzte und Ärzte, um die Verluste aufzufangen erstens Personal entlassen, zweitens Investitionen zur Modernisierung reduzieren müssten und drittens, dass jetzt schon zu wenige Medizin studieren und es dann noch weniger sein werden?

Dr. Hartmut Heinlein
Ringstr. 10
37632 Eschershausen

Nicht korrekt

■ Zum Beitrag „DAK-Gesundheitsreport 2013: Selten ausgebrannt“ in zm 6/2013:

In der zm legen Sie den allergrößten Wert auf eine korrekte Terminologie! Auch wenn umgangssprachlich immer von einer „Krankschreibung“ gesprochen wird, warum übernehmen Sie immer kritiklos diesen falschen Ausdruck? Sieht es aus dem Blickwinkel der Kassen immer doch gut aus, wenn die leichtfertigen Ärzte die vielen Versicherten permanent „krank“ schreiben!

Kein Patient wird „krank“ geschrieben, er kann nur für „arbeitsunfähig“ erklärt werden, so wie es auch auf dem entsprechenden gelben Schein steht: AU – Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

Sollte dies in Zukunft nicht besser berücksichtigt werden?

Dr. Wolfgang Credner
Hoiruperstr. 14
14129 Berlin

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

Überlastet

■ Zum Beitrag „Wie wir einmal leben könnten“ in zm 5/2013:

Der ewige Konflikt zwischen Theorie und Praxis! So zieht Prof. Dörner durch die Lande und will die Menschen mit seiner Vorstellung von „community care“ beglücken. Nachdem dieses Konzept in der Betreuung und Unterbringung geistig Behinderter schon zu katastrophalen Fehlentwicklungen geführt hat (Verwahrlosung und anderes!), soll es nun vermehrt auf alte/demente Menschen angewendet werden. Dies kann meines Erachtens nur von einem gut menschenlichen Theoretiker ausgehen, der nicht an die Auflösung traditioneller Familienstrukturen und eine zunehmende Vereinsamung denkt. Wieviele Alterskranke betreut der Herr Prof. Dörner selbst angesichts von circa 120 Missionsreisen per anno?

Als Betreuer zweier dementer Elternteile sehe ich ganz selten Angehörige oder Freunde bei den anderen Kranken in den Heimen. Man sieht eigentlich nur überlastete und schlecht bezahlte Pflegekräfte – oft am Rand des Burn-out. Und es ist allgemein bekannt, dass Angehörige die Pflege eines an Alzheimer erkrankten Nahestehenden selten länger als zwei bis drei Jahre durchstehen. Und die Pflege eines Nachbarn?

In Skandinavien gibt es kaum noch Pflegeheime wie bei uns, zugegeben, aber dort kann man die Betroffenen eleganter als hier in ausgedehnten Wäldern zu Hause verstecken ...

Dr. Stephan Goos
Christel-Schmidt-Allee 19
22926 Ahrensburg

elmex® ProClinical® A1500

NEU

Die erste elektrische Zahnbürste mit automatischer Anpassung der Putztechnik für eine **überlegene Reinigung***



1 – AUSSEN- UND INNENFLÄCHEN

Sanfte, seitwärts gerichtete Putzbewegungen



2 – ZAHNFLEISCHRAND

Mittelschnelle Putzbewegungen von innen nach außen



3 – KAUFÄCHEN

Schnelle Putzbewegungen von oben nach unten

Weitere Informationen: www.gaba-dent.de

AUTOMATISCHE ANPASSUNG



Für nähere Informationen bitte scannen.

Auch erhältlich

ProClinical®
C600

mit manueller Wahl der 3 Putzmodi



* Gegenüber einer manuellen Zahnbürste mit planem Borstenfeld.

GOZ

Bundesverfassungsgericht verweigert Stellungnahme

Das Bundesverfassungsgericht hat weder die Verfassungsbeschwerde gegen die Nichtanhebung des GOZ-Punktwerts angenommen noch eine Stellungnahme zur Verfassungsgemäßheit des Punktwerts abgegeben. Geklagt hatten sechs Zahnärzte: Christian Berger, Prof. Joachim E. Zöller (beide BDIZ EDI), Dr. Karl-Heinz Sundmacher (FVDZ), Dr. Claus Durlak (BDK Bayern), Dr. Wilfried Beckmann (PZVD) und Dr. Wilfried Forscher als Vertreter von Zahnärzten aus Baden-Württemberg. Dass das Bundesverfassungsgericht die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen hat, sei zwar bedauerlich, aber nicht das Ende, kommentiert die BZÄK. Das Ringen der Zahnärzteschaft um eine leistungsgerechte Vergütung gehe damit nur in eine neue Runde.

Die 2. Kammer des 1. Senats des Bundesverfassungsgerichts habe mit Beschluss vom 17. April 2013 mitgeteilt, dass die Verfassungsbeschwerde gegen die Nichtanhebung des Punktwerts in der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GOZ nicht zur Entscheidung angenommen werde, teilte der BDIZ EDI in einer Presseerklärung mit. Eine Begründung sei nicht gegeben worden: Zur Verfassungsgemäßheit des Punktwerts sei damit nichts entschieden, auch nicht andeutungsweise.

„So wie sich die Bundesregierung einfach durch ihr Untätigbleiben aus der Verantwortung ‚gestohlen‘ hat: Nullnummer 1988 und Nullnummer 2012 beim Punktwert – der doch seit 1988 die Aufgabe übernehmen sollte, die wirtschaftliche Entwicklung aufzufangen –, so hat sich auch das Verfassungsgericht nicht zu einer Stellungnahme durchringen können, ob der Verordnungsgeber eine Berufsgruppe, deren Honorierung er gesetzlich regelt, 46 Jahre lang ignorieren darf, ohne die Verfassung zu verletzen“, sagte Berger stellvertretend für alle Kläger.

Allerdings nehmen die die Verfassungsbeschwerde tragenden

Verbände Berger zufolge positiv zur Kenntnis, dass das Gericht sich in die laufenden Auseinandersetzungen um die neue GOZ insgesamt nicht einmischte – „das lässt hoffen“.

Die klagenden Verbände wollen ihre Bemühungen um die seit Jahrzehnten nicht erfolgte Anhebung des GOZ-Punktwerts fortsetzen und jetzt Feststellungsklage beim Verwaltungsgericht Berlin erheben.

Am Ende dieses Weges stehe wiederum das Bundesverfassungsgericht, heißt es in einer ersten Kurzanalyse der BZÄK. Dieses werde dann nicht umhinkommen zu konstatieren, dass die GOZ 2012 zwar novelliert wurde, aber die betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten der zahnärztlichen Praxen außer Acht lasse.

Elf Pfennig betrug 1988 der Punktwert für privat Zahnärztliche Leistungen, rechnet die BZÄK vor. Mit der neuen GOZ dürfe der Zahnarzt 5,62421 Cent berechnen. Der Punktwert habe sich somit um keinen einzigen Punkt verändert. Das Einzige was sich nach zwei Jahrzehnten – trotz GOZ-Novelle – geändert habe, sei die Währung.

Sechs Prozent Honorarerhöhung habe die neue GOZ nach 23

Jahren Nullrunde den Zahnärzten in Aussicht gestellt. Die kumulative Inflationsrate seit 1988 – der letzten GOZ-Novellierung – betrage rund 60 Prozent.

„Das Bundesverfassungsgericht hatte 2004 bei ähnlichem Sachverhalt wenigstens noch eine Begründung für die Nichtannahme gegeben. Im Kern meinte das Gericht, die Zahnärzteschaft habe die Gestaltungsspielräume der Gebührenordnung bislang nicht ausreichend genutzt“, kommentiert Dr. Michael Brandt, Präsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, die Entscheidung des Gerichts.

„Diese Möglichkeiten sind aber inzwischen längst ausgeschöpft“, so Brandt weiter. „Die Nichtanpassung der Honorare an das betriebswirtschaftlich nachweislich Notwendige ist für uns Zahnärzte eine beispiellose Diskriminierung gegenüber anderen freien Berufen, denen eine solche Anpassung zum Teil bereits mehrfach gewährt wurde. Dass sich das höchste deutsche Gericht nach praktisch 46 Jahren Honorarstillstand nicht zu den Gründen äußert, können wir nur mit Unverständnis zur Kenntnis nehmen.“ pr/pm



Foto: Fotolia.com - Silverpics

*Euroforum-Symposium***Lobbyismus ist legitim**

Gegen den schlechten Ruf des Lobbyismus haben sich Referenten des Euroforum-Symposiums in Berlin gestellt. Tenor: Lobbyarbeit ist nichts Verwerfliches, sondern ein legitimes Mittel der Entscheidungsbildung. „Es ist absolutes Recht eines jeden Einzelnen, seine Interessen zu

vertreten und um Zustimmung und Unterstützung für sein Anliegen zu werben“, sagte etwa Gudrun Schaich-Walch. Die ehemalige parlamentarische Staatssekretärin und aktuelle Sprecherin des Managerkreises für Gesundheit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung verteidigte die

Branche als sinnstiftend für eine demokratische Entscheidungsfindung. Obwohl Lobbyismus häufig etwas Zweifelhafte anhafte, sei Interessenvertretung nichts Anrüchiges, sondern Problemlösungsmittel, sagte Schaich-Walch. Das Entscheidende sei, dass man der Politik

und der Öffentlichkeit offen zeigt, wer mit welchem Ziel wessen Interessen verfolgt. „Lobbyismus ist legitim und gehört konstitutionell zu den Entscheidungswegen der Politik“, erklärte auch Franz Knieps, früherer Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium. sg

Unnötige Operationen

Unikliniken wehren sich gegen Vorwurf

Die Unikliniken in Deutschland wehren sich gegen den Vorwurf, viele Behandlungen würden nur durchgeführt, um die Erlöse zu steigern. Solche pauschalen Aussagen seien fehl am Platz, hieß es auf dem Frühjahrsforum der Deutschen Hochschulmedizin. Für den Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) ist der medizinisch-technische Fortschritt die Hauptursache für die Zunahme bestimmter Behandlungen – und nicht die zu erwartenden Mehrerlöse.

„Der Generalverdacht rein wirtschaftlich motivierter Patienten-

versorgung ist gerade für die Universitätsklinika, die als Maximalversorger ein breites Spektrum anbieten müssen und sich nicht auf lukrative Behandlungen spezialisieren können, völlig unangebracht“, sagte der VUD-Vorsitzende Prof. Michael Albrecht. Notwendig seien differenzierte Untersuchungen. Dank neuer Diagnose- und Behandlungsleistungen würden viele Erkrankungen früher erkannt und behandelt.

VUD-Generalsekretär Ralf Heyder verwies darauf, dass auch im internationalen Vergleich viele

Länder mit steigenden Behandlungszahlen und Leistungsausgaben konfrontiert sind. „Das legt nahe, dass eher Entwicklungen in der Medizin im Allgemeinen und nicht die Besonderheiten der jeweiligen Vergütungssysteme ausschlaggebend sind“, sagte Heyder. eb/pm



Foto: Fotolia.com

Neue Studie

Warnung vor Hausärztemangel

Angesichts des zunehmenden Ärztemangels vor allem in ländlichen Regionen fordern Deutschlands Hausärzte energischere Schritte zur Stärkung der Allgemeinmedizin. Besorgniserregend sei, dass die Zahl der Allgemeinmediziner sinkt, auch wenn es insgesamt mehr Ärzte gebe, betonte der Deutsche Hausärzterverband anlässlich der Veröffentlichung einer neuen Studie in Berlin. Die SPD-nahe Friedrich-Ebert-Stiftung hatte mit Experten Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen untersucht. Das Papier bemängelt

auch eine zu schwache Rolle der hausärztlichen Versorgung. Die Hausärzte fühlten sich davon bestätigt. Der Verbandsvorsitzende Ulrich Weigeldt sagte, besonders auf dem Land fänden Praxisinhaber oft keinen Nachfolger. „In den Städten sehen wir zunehmend die faktische Umwidmung von Hausarztstühlen in fachspezifische Schwerpunktpraxen.“ Er forderte, der Gesetzgeber solle die Hausärzte etwa durch größere Möglichkeiten zur freieren Vertragsgestaltung mit den Krankenkassen stärken.

eb/dpa

KEINE MÄRCHEN.

BESSER DENTALTRADE – EXZELLENZ
IN TECHNIK, QUALITÄT & SERVICE

**50 %
RABATT**

+ ALLE MODELLE KOSTENFREI
BEI DER 1. ARBEIT EINES
INTRAORAL SCANS*

*Digitale
Auftrags-
daten*

**10 % RABATT
AUF DIE 3. ARBEIT***

**20 % RABATT
AUF DIE 2. ARBEIT***

**30 % RABATT
AUF DIE 1. ARBEIT***

*Exklusiv
für Neu-
kunden*

*Gültig vom 12.03. bis 30.06.2013. Es gilt das Auftragsdatum der Praxis. Beide Angebote beziehen sich auf die aktuelle dentaltrade Preisliste für Zahnärzte (Stand 02/2013) sowie ausschließlich auf die Leistung zahntechnischer Arbeiten. Die Rabattaktionen können nicht miteinander und auch nicht mit anderen Angebotspreisen von dentaltrade kombiniert werden. Beide Angebote richten sich an alle in Deutschland niedergelassenen Zahnärzte.



FREECALL: (0800) 247 147-1 • WWW.DENTALTRADE.DE
DIGITALE DATEN: WWW.DATEN.DENTALTRADE.DE

Anhörung Deutscher Ethikrat

Gefahr durch Bioterroristen

In einer öffentlichen Anhörung befragte der Ethikrat neun Sachverständige, wie man den Missbrauch biologischer Forschung durch Dritte verhindern könne. Forschungsergebnisse zur Wandelbarkeit von Krankheitserregern gelten zwar einerseits als wichtig für die Vorbereitung auf neue Infektionswellen, könnten jedoch andererseits – für die Herstellung von Biowaffen – auch missbraucht werden, so die Sorge. Im Mittelpunkt stand die Diskussion um die Eignung freiwilliger Verhaltenskodizes. Sie sollen Forscher für Missbrauchs-

risiken sensibilisieren und „ihre Vermeidung befördern“, berichtet der Ethikrat in einer Pressemitteilung.

Derzeit gebe es noch große internationale Unterschiede bei der Regulierung und beim Problembewusstsein zu Biosicherheitsfragen. Der Sicherheitsberater Volker Beck nannte Risikominimierung und -abwehr sowie die Vorbereitung auf ein optimales Ressourcen- und Kommunikationsmanagement im Krisenfall als wichtigste Elemente des Bevölkerungsschutzes. Beck beurteilte die hierfür relevanten deutschen Regularien grundsätzlich positiv, attestierte jedoch ein geringes Problembewusstsein sowohl in der Öffentlichkeit als auch bei Forschern, insbesondere im universitären Bereich. Die Ergebnisse der Anhörung werden in eine Stellungnahme zur Biosicherheit einfließen, die der Ethikrat im Auftrag der Bundesregierung erarbeitet. sf/pm



Foto: picture alliance

Parlamentarischer Abend in Straßburg

Freiberufler haben großes Potenzial

Zum vierten Mal trafen Vertreter des geschäftsführenden BZÄK-Vorstands und Mitglieder der Arbeitskreises Europa der BZÄK mit deutschen Europaabgeordneten zusammen, um aktuelle europapolitische Themen mit zahnärztlicher Relevanz zu diskutieren. Auf der Agenda standen außerdem die laufende Revision der Berufsanerkenntnisrichtlinie und die Überarbeitung des Rechtsrahmens für Medizinprodukte.

Vor dem Hintergrund des im Januar 2013 veröffentlichten

EU-Aktionsplans „Unternehmer-tum 2020“ unterstrich BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel, dass der Erhalt der Freiberuflichkeit eine wesentliche Garantie für eine qualitativ hochwertige und patientenorientierte zahnmedizinische Versorgung sei.

Angesichts des großen unternehmerischen Potenzials der Freien Berufe forderte er die Europaabgeordneten auf, künftig noch stärker den spezifischen Belangen dieser Berufsgruppen Rechnung zu tragen. pr/pm

Bei Kindesmissbrauch intervenieren

Neuer ärztlicher Leitfaden



Foto: Fotolia.com

Die Diagnose einer Misshandlung fällt Ärzten oft schwer. Ein neuer Ratgeber im Internet soll helfen, Kindesmissbrauch zu erkennen und die notwendigen Schritte einzuleiten. Wenn Jungen oder Mädchen mit Verletzungen in einer Praxis oder Klinik vorgestellt werden, ist häufig kein eindeutiges Zeichen von Gewaltanwendung zu sehen. Die behandelnden Mediziner sind dann in dem Dilemma, den kleinen Patienten schützen zu wollen, ohne die Eltern vorzuverurteilen.

Der in Hannover vorgestellte „Ärztliche Leitfaden Kinderschutz“ enthält praktische Tipps für das Erkennen von Vernachlässigung,

Misshandlung und sexuellem Missbrauch. Bei einem Verdacht können Ärzte die niedersächsische Kinderschutzambulanz um Rat fragen. Sie ist am Institut für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover angesiedelt. „Unser Ziel ist die Abklärung von Verdachtsfällen, bevor Strafanzeige gestellt wurde“, sagte die Leiterin, Prof. Anette Debertin.

Seit dem Start Anfang 2011 ließen sich mehr als 300 Kinder- und Klinikärzte von den Spezialisten beraten. Befunde, Fotos oder Röntgenbilder können anonymisiert übermittelt werden. Der digitale Ratgeber ist von der Ärztekammer Niedersachsen mit entwickelt worden. Vizepräsident Gisbert Voigt, selbst Kinderarzt, rät Kollegen bei einem Misshandlungsverdacht zunächst das Gespräch mit den Eltern zu suchen. Weitere Ansprechpartner seien in der Regel Beratungsstellen und das Jugendamt, nicht die Polizei. eb/dpa

Krankenkassen

Jede zweite Klinikrechnung ist falsch

Die gesetzlichen Krankenkassen haben bei der Überprüfung von Krankenhausrechnungen eine Fehlerquote von 50 Prozent aufgedeckt. Der Medizinische Dienst des Krankenkassen habe im ersten Halbjahr 2012 elf Prozent aller Klinikabrechnungen überprüft, sagte Florian Lanz, der Sprecher des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei habe sich jede zweite Rechnung als fehlerhaft erwiesen. Lanz bestätigte damit einen Bericht des „Spiegel“. Laut Magazin wurden die Kassen im vergangenen Jahr durch die

fehlerhaften Abrechnungen mit rund zwei Milliarden Euro belastet. Ein Teil dieser Summe konnte allerdings von den Kliniken zurückgeholt werden, sagte Lanz. Er betonte, dass diese Falschabrechnungen nicht unbedingt auf Betrug oder vorsätzliche Täuschung zurückgingen: „Wir sind keine Staatsanwaltschaft.“ Die Krankenhausfinanzierung soll noch vor der Bundestagswahl reformiert werden, bestätigte ein Sprecher des Bundesgesundheitsministeriums. Die Reform werde derzeit im Parlament beraten. eb/dpa

Niedergelassene Ärzte

Wahlprüfsteine vorgelegt

Der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands hat Wahlprüfsteine für die Parteien konzipiert. Sie sollen die Positionen zu den Kernfragen der niedergelassenen Ärzte verdeutlichen und vergleichbar machen. Neben Fragen zur ärztlichen Freiberuflichkeit und der Rollenverteilung innerhalb der Selbstverwaltung werden die Politiker auch aufgefordert, zur künftigen Finanzierung des Gesundheitswesens Stellung zu beziehen. Besonderen Stellenwert hat die Frage, welche Rolle die Praxisärzte künftig im Gesundheitssystem haben werden. Auch

grundlegende Fragen zum Vergütungssystem ärztlicher Leistungen werden gestellt. So heißt es beispielsweise: „Stimmen Sie zu, dass auch niedergelassene Ärzte für ihre Leistungen feste Preise erhalten sollten?“ Auch



die Politikermeinungen zum dualen Versicherungssystem interessieren den Verband. Für den Fall eines vereinheitlichten Versicherungsmarkts im Rahmen einer

Bürgerversicherung fordert das Papier zu Lösungsvorschlägen auf, wie die derzeit 9,5 Milliarden Euro Privatumsatz ausgeglichen werden können.

Weiter geht es um die Ausgestaltung der gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen den Krankenkassen und den Ärzten. Diese sei mit den konfliktiven Honorarauseinandersetzungen im vergangenen Jahr an ihre Grenzen gestoßen. Grund dafür: die Machtkonzentration auf Kassenseite mit dem

Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen. „Sind Sie für eine Rückkehr zu kassenartenspezifischen Honorarverhandlungen auf Bundes- und Landesebene sowie für die Wiedereinführung der Beitragsautonomie der Krankenkassen?“, wird gefragt.

Darüber hinaus widmet sich der Fragenkatalog innerärztlichen Themen. So wird gefragt, wie die ambulante Weiterbildung gefördert und der Mangel an niedergelassenen Haus- und Fachärzten kompensiert werden kann. ck/pm

Your winning team

Parodontitis erfolgreich managen → **Slow-Release über 7 Tage mit CHX-Dosis von mind. 125 µg/ml**



PerioChip 2,5 mg Insert für Parodontaltaschen

Wirkst.: Chlorhexidinbis(D-gluconat). Zusammensetzung: 2,5 mg Chlorhexidinbis(D-gluconat) • Sonst. Best.: Hydrolysierte Gelatine (vernetzt m. Glutaraldehyd), Glycerol, Gerein. Wasser. Anw.geb.: In Verb. m. Zahnsteinentf. u. Wurzelbehandl. wird PerioChip z. unterstütz. bakteriostat. Behandl. von mäß. bis schweren chron. parodont. Erkr. m. Taschenbild. b. Erw. angew. PerioChip kann als Teil ein. parodont. Behandl.progr. einges. werd. Geg.anz.: Überempf. geg. Chlorhexidinbis (D-gluconat) o. ein. d. sonst. Bestandt. Nebenw.: Bei ungef. ein. Drittel d. Pat. treten währ. d. erst. Tage n. Einleg. d. Chips Nebenw. auf, d. normalerw. vorübergeh. Natur sind. Diese könn. auch auf d. mechan. Einleg. d. Chips in d. Parodontasche o. auf d. vorhergeh. Zahnsteinentf. zurückzuf. sein. Am häufig. tret. Erkr. d. Gastroint.trakts (Reakt. an d. Zähnen, am Zahnfleisch o. d. Weichteil. im Mund) auf, d. auch als Reakt. am Verabreichungsort beschrieb. werd. könn., Infekt. d. ob. Atemwege, Lymphadenopathie, Schwindel, Neuralgie, Zahnschmerz, Zahnfleischschwell., -schmerz, -blutung, Zahnfleischhyperplasie, -schrumpf., -juckreiz, Mundgeschwüre, Zahnempfindl., Unwohlsein, grippeähnl. Erkr., Pyrexie, system. Überempfindl., Weichteilnekrose, Zellgewebentz. u. Abszess am Verabreich.ort, Geschmacksverlust u. Zahnfleischverfärb. Weitere Hinw.: s. Fach- u. Gebrauchsinfomr. / Lagerungshinweis beachten. Apothekenpflichtig. Stand: Juli 2011 (103P). Pharmazeutischer Unternehmer: Dexcel® Pharma GmbH, Carl-Zeiss-Straße 2, D-63755 Alzenau, Telefon: 06023/9480-0, Fax: 06023/9480-50

Arzneimittelmangel**Register für Lieferengpässe**

Foto: stockdisc

Das Bundesgesundheitsministerium hat zur Verbesserung der Kommunikation und zur Erhöhung der Transparenz ein Register über Lieferengpässe bei Arzneimitteln eingerichtet. Wie das BMG berichtet, sind pharmazeutische Unternehmer – zunächst auf freiwilliger Basis – aufgefordert, Lieferengpässe mitzuteilen. Darunter ist eine über voraussichtlich zwei Wochen hinausgehende Unterbrechung der Arzneimittelzulieferung im üblichen Umfang oder eine deutlich vermehrte Arzneimittelnachfrage, der nicht angemessen nachgekommen werden kann, zu verstehen.

Im Register werden demnach diejenigen Arzneimittel aufgeführt, bei denen ein besonderer Informationsbedarf der Fachöffentlichkeit vorausgesetzt wird. Ein solcher wird derzeit bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Behandlung lebens-

bedrohlicher oder schwerwiegender Erkrankungen gesehen, für die keine Alternativpräparate zur Verfügung stehen. Gemeldet werden sollen Lieferengpässe vor allem bei Onkologika, Antibiotika, Notfallarzneimitteln oder Arzneimitteln, die im Zusammenhang mit Operationen angewendet werden. Wesentliches Ziel des Registers ist, dass Ärzte und Apotheker durch die rechtzeitige Information über Lieferengpässe bei bestimmten Arzneimitteln agieren und – sofern möglich – auf Therapiealternativen umschwenken können. Ein ähnliches Register der amerikanischen Gesundheitsbehörde konnte in den USA dazu beitragen, die Zahl der Versorgungsengpässe deutlich zu reduzieren. Auf der Website des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte ist das Register öffentlich zugänglich.

In Deutschland werden jedes Jahr über 1,6 Milliarden Arzneimittelpackungen abgegeben. Das sind im Durchschnitt 4,5 Millionen Packungen pro Tag. Trotz der sehr guten Versorgung in Deutschland kam es in den letzten Monaten zu Lieferengpässen bei einzelnen Arzneimitteln. Besonders betroffen waren die Krankenhäuser. sf/pm

Die Arzneimittelkommission informiert**Rückruf: Tavor® pro injectione 2 mg**

Die Firma Pfizer ruft mittels eines Rotehandbriefs ihr Produkt Tavor® pro injectione 2mg Ampullen der Chargen 2003, 2004 und 2005 zurück. Diese dürfen nicht mehr verwendet werden. Hintergrund ist, dass bei einer

Überprüfung im Werk in einzelnen Ampullen Glassplitter gefunden wurden. Daraufhin wurde die Auslieferung gestoppt, da nicht auszuschließen ist, dass in einigen, bereits im Markt befindlichen Ampullen Glassplitter vor-

Bundesärztekammer**Engagement für Patienten ohne Papiere**

Deutschlands Ärzte fordern großzügigere Regeln für die Behandlung Hunderttausender Ausländer ohne Krankenversicherung oder klaren Aufenthaltsstatus. „Es darf nicht sein, dass Menschen mit Migrationshintergrund aus Angst vor Abschiebung oder wegen eines fehlenden Versicherungsschutzes gar nicht oder erst sehr spät einen Arzt aufsuchen“, sagte der Menschenrechtsbeauftragte der Bundesärztekammer, Ulrich Clever, in Berlin. „Es gibt hier Missstände“, sagte der Chef der Zentralen Ethikkommission der Kammer, Urban Wiesing. Ärzte könnten oft die Schweigepflicht nicht einhalten oder müssten nötige Therapien unterlassen. Clever sagte, oft würden die Leiden deshalb immer schlimmer.

In einer Stellungnahme der Ethikkommission ist von geschätzt rund 200 000 bis 600 000 Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus die Rede. Dazu kämen viele Menschen aus den vorwiegend osteuropäischen EU-Ländern ohne

Anstellung und Versicherungsschutz sowie Asylsuchende mit oder ohne gesicherten Aufenthaltsstatus.

Zwar sichere das Asylbewerberleistungsgesetz die erforderliche Behandlung zu. In der Praxis müsse aber beim Sozialamt ein Krankenschein beantragt werden, der oft verweigert werde. Selbst eine Verwaltungsvorschrift, die zumindest in Notfällen die Anonymität der Betroffenen gegenüber den Ausländerbehörden sichern soll, greife faktisch kaum. Ärzte sollen in diesen Fällen eigentlich nicht die kompletten Patientendaten an die Sozialämter weitergeben. Und die Ämter sollen keine Meldung an die Ausländerbehörden machen. Doch Ärzten, Pflegern, Angestellten und Behördenmitarbeitern sei dieser Geheimnisschutz oft gar nicht bekannt, sagte die Mitverfasserin der Stellungnahme, Tanja Krones. Der Bund verweigert sich laut Bundesärztekammer humanen Lösungen wie anonymen Krankenscheinen. „Das lässt sich bislang mit unserer Bundesregierung nicht so klären, dass es wie in anderen Ländern geregelt wird“, sagte Clever. Wiesing sagte, besonders bedenklich sei es, dass Kinder und Jugendliche nicht die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und Therapien erhielten. mg/dpa



Foto: picture alliance

handen sind. Dieser Sachverhalt führt zu einer vorübergehenden Lieferunfähigkeit. Denn der in Tavor® pro injectione 2mg enthaltene Wirkstoff Lorazepam ist in parenteraler Form auf dem deutschen Markt von keinem

anderen Anbieter erhältlich. Infos bezüglich therapeutischer Alternativen beim Medizinischen Informationszentrum von Pfizer (Tel.: 030/550055-51000, Fax: 030/550054-10000) AKZ

KBV-Imagekampagne

Wir arbeiten für Ihr Leben gern

„Wir arbeiten für Ihr Leben gern“: KBV und KVen wollen mit der Kampagne bis 2017 den Berufsstand des niedergelassenen Arztes und Psychotherapeuten „authentisch abbilden und dem Ärztemangel entgegenwirken“.

„Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland leisten einen unersetzbar wertvollen Beitrag für die gesamte Gesellschaft“, sagte KBV-Chef Andreas Köhler. „Sie engagieren sich tagtäglich in hohem Maße für ihre

Patienten. Dabei werden die Rahmenbedingungen immer schwieriger.“

Die auf mehrere Jahre angelegte Kampagne soll ein realistisches Bild des Berufsstands zeigen, den besonderen Wert ärztlicher Arbeit deutlich machen und auch einen Beitrag gegen den drohenden



Ärztemangel leisten. Die Kosten beliefen sich auf 15 Millionen Euro, sagte KBV-Sprecher Roland Stahl der „Ärzte Zeitung“.

„Wenn wir auch in Zukunft die wohnortnahe ambulante Versorgung insbesondere auf dem Land sichern wollen, brauchen wir mehr junge Mediziner, die sich nach ihrem Studium für die Niederlassung in der Praxis entscheiden.“

ck/pm

Arzneipflanze des Jahres

Kapuzinerkresse

Die „Forschungsgruppe Klostermedizin“ der Universität Würzburg hat die Kapuzinerkresse zur Arzneipflanze des Jahres 2013 gewählt. Da ihre Inhaltsstoffe die Vermehrung von Bakterien, Viren und Pilzen hemmen, wird sie seit Jahrzehnten zur Behandlung von Infektionen der Harn- und Atemwege eingesetzt. Die ursprünglich in Süd- und Mittelamerika beheimatete Pflanze verdankt ihre Schärfe den Senfölen, die über Harnblase und Lunge ausgeschieden werden und dort ihre keimabtötende Wirkung entfalten. Deshalb wirken die Senföle bei Harnwegsinfektionen sowie bei Infekten der oberen Atemwege besonders gut. ck/ots

„WAS HAT EIGENTLICH GUTER ZAHNERSATZ MIT EINER GLOCKE GEMEINSAM?“



EINKLANG.

Permadental bringt günstige Preise und hochwertigen Zahnersatz zusammen.

Mehr Infos:
Freecall 0800-737 62 33



Preisbeispiel für eine 3-teilige Bruxistbrücke

Nr.	Menge	Bezeichnung	Einzelpreis	Leistung
0010	1,00	Modell	3,64 €	3,64 €
0023	1,00	Verwendung von Kunststoff	4,40 €	4,40 €
0051	1,00	Sägmodell	5,30 €	5,30 €
0120	1,00	Mittelwertartikulator	5,21 €	5,21 €
1007*	2,00	Calypso Bruxist Vollzirkoniumkrone jedes weitere Element	67,18 €	134,36 €
1008*	1,00	Calypso Bruxist Vollzirkoniumkrone	88,18 €	88,18 €
9330	2,00	Versandkosten	3,29 €	6,58 €
			Gesamtsumme	247,67 €
			+7,00 % MwSt.	17,34 €
			Rechnungsbetrag	265,01 €

Gynäkologie**Kaiserschnitt nicht zu früh ansetzen**

Steht ein Kaiserschnitt an, sollte dieser möglichst nicht vor der 38. Schwangerschaftswoche erfolgen, da sonst ein erhöhtes Risiko für Anpassungsschwierigkeiten bis hin zu Atemstörungen beim Neugeborenen besteht. Dies wurde beim Fortbildungskongress der Frauenärzte (FOKO) in Düsseldorf bekannt gegeben. „Wir sollten umdenken und einen geplanten Kaiserschnitt – wenn möglich – erst ab der 39. Schwangerschaftswoche durchführen“, erklärte Dr. Babett Ramsauer, Berlin. „Das hilft dem Kind und ebenso den Eltern, denen über viele Jahre die Sorgen

ung als zu riskant erscheinen lassen. Die häufigsten Gründe sind eine Beckenendlage, frühere Operationen im Bereich der Gebärmutter oder frühere Kaiserschnitte, Bluthochdruck der Mutter, ein vergleichsweise großes Kind, bei dem die Geburt erhebliche Verletzungen des Beckenbodens hervorrufen könnte, eine Plazenta, die vor dem Muttermund sitzt und eine natürliche Geburt unmöglich macht, oder auch eine herabgesetzte Belastbarkeit der Mutter.

Bis vor Kurzem war die Geburtsmedizin davon ausgegangen, dass es ausreicht, 37 Schwangerschaftswochen abzuwarten und den Kaiserschnitt mit einem möglichst großen Abstand zum errechneten Geburtstermin zu planen. Die Kinder gelten dann nicht mehr als Frühgeborene. Aktuelle Untersuchungen aber haben gezeigt, dass 18

Prozent der Kinder, die durch einen Kaiserschnitt bereits um die 38. Woche geboren werden, nach der Entbindung Anpassungsstörungen haben und eine Atemhilfe oder eine andere kinderärztliche Versorgung brauchen. Bei reif geborenen Kindern sind es nur acht Prozent, hieß es in Düsseldorf. Babys, die in der Neugeborenenphase eine kinderärztliche Versorgung benötigen, haben häufig aber bis in die Schulzeit hinein eine anfällige Gesundheit. sp/cv

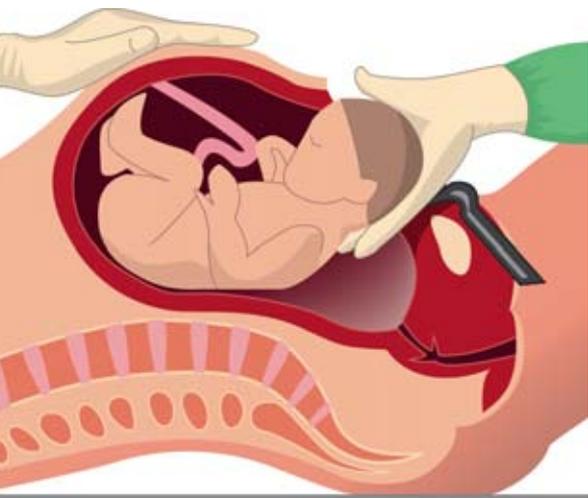


Bild: Dan Race – Fotolia.com

um ein gesundheitlich anfälliges Kind erspart bleiben.“ Mehr als 30 Prozent aller Geburten werden in Deutschland derzeit durch einen Kaiserschnitt beendet. 15,5 Prozent sind sekundäre Kaiserschnitte, werden also durchgeführt, weil sich während der Geburt Komplikationen ergeben, bei denen Gefahr für Mutter oder Kind besteht. Die andere Hälfte wird bereits vor der Entbindung geplant, weil Krankheiten und Risiken der Mutter oder des Kindes eine normale Entbin-

Häusliche Zahnbehandlung**Weniger ist mehr**

„Instrumentalisieren Sie ihren häuslichen Patientenbesuch nicht zu sehr.“ Das riet Dr. Elmar Ludwig, Referent für Alterszahnheilkunde der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg, in seinem Vortrag anlässlich der 38. Schwarzwaldtagung in Titisee. Er empfahl den anwesenden Zahnärzten anstelle einer aufwendigen Befunderhebung, ein Foto des Oralzustands zu machen. „Das geht schnell und dokumentiert genauso gut!“ In seinen „mobilen Behandlungskoffer“ gehört unter anderem auch eine Taschenlampe mit Ersatzbatterie sowie ein Rezeptblock. Er riet, anstelle einer Mitarbeiterin aus der Praxis eine Pflegekraft zum Einsatz mitzunehmen. „Sie kennt die Handgriffe zur Lagerung und



Foto: picture alliance

den Umgang mit geriatrischen Patienten besser.“ Von mobilen Behandlungseinheiten hält Ludwig nichts und erinnerte daran, dass es hier eine hygienische Lücke gebe. „Sie stehen auch bei der häuslichen Zahnbehandlung unter voller juristischer Verantwortung“, ermahnte er die Teilnehmer. Sollte eine häusliche Behandlung aus zahnärztlicher Sicht nicht möglich sein, ist eine Absprache mit dem Hausarzt erforderlich, denn nur er darf einen Transportschein ausfüllen, nicht der Zahnarzt, so Ludwig. sp

Funktionsdiagnostik**Alex-Motsch-Preis 2013 ausgeschrieben**

Ab sofort kann sich jede Zahnärztin und jeder Zahnarzt mit einer wissenschaftlichen Arbeit aus dem Gebiet der Funktionslehre, Funktionsanalyse oder Funktionstherapie um den diesjährigen Alex-Motsch-Preis der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT) bewerben. Ausschließlich nicht veröffentlichte wissenschaftliche Arbeiten oder solche, die zur Veröffentlichung vorgesehen sind, dürfen eingereicht werden. Der Umfang sollte 30 DIN-A-4-Seiten nicht überschreiten.

Der Alex-Motsch-Preis wird für die jeweils beste Arbeit des Jahres

auf dem Gebiet der Funktionslehre – Funktionsdiagnostik – Funktionstherapie vergeben. Er ist mit 5 000 Euro dotiert und gehört damit zu den am höchsten dotierten Wissenschaftspreisen im Bereich Zahnmedizin. Der Preis ist nach Prof. Dr. Alexander Motsch benannt, dem früheren Direktor der Abteilung für Zahnerhaltung an der Universität Göttingen. Motsch gilt als einer der Pioniere der zahnärztlichen Funktionslehre in Deutschland. Die Bewerbung muss spätestens bis zum 31. August 2013 schriftlich beim Präsidenten der DGFDT erfolgen. Weitere Infos: www.dgfdt/alex-motsch-preis. sp/pm

Neu in unserem Team:

Seit 2013 mit ISO 9001:2008 Zertifikat!

Wiederbelebung

Deutschland ist Schlusslicht

Mit der Kampagne „Prüfen-Rufen-Drücken“ wollen Notfallmediziner über die Wiederbelebung aufklären – und Menschen ermutigen, diese im Ernstfall auch durchzuführen. Nur in 18 Prozent solcher Notfälle trauten sich Laien in Deutschland Wiederbelebungsmaßnahmen zu, beklagt die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI). In skandinavischen Ländern liegt die Quote bei 70 Prozent.

„Damit ist Deutschland Schlusslicht unter den EU-Ländern“, betonte DGAI-Generalsekretär Hugo Van Aken, Anästhesiologie und Intensivmediziner der Uni Münster. Seiner Einschätzung nach fühlen sich viele Menschen im Ernstfall überfordert, „weil sie

nur an die stabile Seitenlage oder an eine Mund-zu-Mund-Beatmung denken“.

Mit Plakaten, Werbespots und Unterricht an Schulen will die DGAI zusammen mit dem Bundesministerium für Gesundheit aufklären. Die auf fünf Jahre angelegte Aktion heißt „Prüfen – Rufen – Drücken“. Die Schlagworte stehen für die drei Schritte, die im Ernstfall beachtet werden müssen. Nach einer Herzattacke ist es wichtig, als erstes den Zustand des Betroffenen zu überprüfen. Dann sofort den Notarzt rufen! Bis der Rettungsdienst da ist, den Brustkorb des Patienten 100-mal pro Minute vier Zentimeter nach unten drücken. So wird eine Kraft erzeugt, die Sauerstoff ins Gehirn transportiert. sp/pm

Zahnverlust im Alter

Parodontitis im Verdacht

Im Alter von 45 bis 54 Jahren gehen die meisten Zähne verlustig. Denn in diesen Jahren ist die Progression von Parodontopathien am größten, sagte Dr. Bettina Dannewitz, Heidelberg, anlässlich der Schwarzwaldfortbildung in Titisee. Während in anderen Altersgruppen die durchschnitt-

liche Anzahl fehlender Zähne vorwiegend in direkter Abhängigkeit zum Sozialstatus steht, sind bei Senioren vorwiegend die chronischen Zahnfleischentzündungen Ursache für Zahnverlust. Die Referentin wird das Thema hier demnächst umfassender diskutieren. sp

Distinguished Scientist Award

Freiburger Kariesforscher geehrt

Der Ärztliche Direktor der Abteilung für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie am Universitätsklinikum Freiburg, Prof. Dr. Elmar Hellwig, wurde für seine wissenschaftlichen Leistungen in der Kariesforschung auf der Jahrestagung der International

Association for Dental Research (IADR) in Seattle mit dem Distinguished Scientist Award ausgezeichnet. Hellwig ist in der neunzigjährigen Geschichte der IADR der erste deutsche Forscher, dem die traditionsreiche Auszeichnung zuteil wird. sp/pm



Seit 2013 ist das Managementsystem der Protilab GmbH ISO 9001:2008 durch den TÜV Hessen zertifiziert und bietet damit weitere Qualitätsmerkmale für unseren Service.

Protilab-Zahnersatz garantiert hochwertige Produkte auf Basis deutscher Qualitätsstandards verbunden mit asiatischem Geschick und zertifizierten Materialien, da auch der Zahnersatz in einem ISO 13485:2003 zertifizierten Labor hergestellt wird.

0800 755 7000
www.protilab.de

Protilab

Wir lieben Qualität!

Strafbarkeit von Korruption

Die Einführung eines Straftatbestandes „Korruption“ im SGB V scheint beschlossene Sache zu sein. Alle Parteien im Deutschen Bundestag sind sich einig im „Dass“, Unterschiede bestehen nur im „Wie“.

SPD, Grüne und Linke haben jeweils einen eigenen Antrag in den Bundestag eingebracht, eine öffentliche Anhörung fand im April statt. Die Anträge der Opposition haben keinerlei Chance, in einen Gesetzesentwurf gegossen, jemals das Bundesgesetzblatt zu erreichen.

Auch die Koalition will Korruption im Gesundheitswesen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur für Ärzte und Zahnärzte, sondern für alle Leistungserbringer, deren Angestellte und Beauftragte strafbar stellen. In den § 70 SGB V sollen entsprechende Änderungen eingefügt, im § 307c SGB V soll das Strafmaß festgeschrieben werden.

Damit werden Bestechlichkeit und Bestechen strafbar, eigentlich eine Selbstverständlichkeit. Die Strafnorm schreibt nur fest, was längst gesellschaftlicher Konsens ist. Es ist auch kein Novum, dies im SGB V zu verankern, auch anderes ist dort strafbewährt.

Die Frage ist jetzt vor allem, wo wird die Trennlinie zwischen Kooperation und Korruption gezogen, was muss als „kickback“-Geschäft gewertet werden?

Auch andere Fragen sind nicht abschließend geklärt, etwa: Kann es überhaupt eine minderschwere Bestechlichkeit geben und wie wird diese definiert? Was ist ein wirtschaftlicher Vorteil großen Ausmaßes, der mit einer Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit einer Geldstrafe geahndet werden soll? Liegt die Trennlinie bei 100, bei 1 000 oder bei 10 000 Euro?

Der gesunde Menschenverstand sagt, dass dies vom Blickwinkel abhängt und schwer abzugrenzen ist. Sind für einen Zahnarzt



Foto: privat

In Sachen Korruption gibt es kein Sonderrecht für Ärzte, meint Maïke van Delden, gesundheitspolitische Fachjournalistin, LetV Verlag.

10 000 Euro ein großer wirtschaftlicher Vorteil, bei einer Mitarbeiterin in der Praxis schon 1 000? Andererseits muss ein Unterschied zwischen einer Vorteilsnahme von 20 000 Euro und einer von 500 Euro manifest werden, auch, ob diese 500 Euro ein einmaliger „Sündenfall“ sind oder ob sie regelmäßig „eingezogen“ werden. Steht etwa hinter Anwendungsstudien versteckte Korruption?

Der Bundesgerichtshof hat mit seinem Urteil, dass Kassenzahnärzte und Kassenzahnärzte keine Amtsträger der Krankenkassen sind, dass deren Bestechlichkeit damit nicht strafbar ist, weil hier eine Gesetzeslücke besteht, die geschlossen werden muss, dem Gesetzgeber

Hausaufgaben aufgegeben. Die großen Organisationen der Ärzte- und der Zahnärzteschaft haben zunächst auf das Berufsrecht verwiesen, mit dem diese Fälle hinreichend aufgeklärt und geahndet werden könnten. Betrachtet man die Rechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland und das Urteil des Bundesgerichtshofs, ist nachvollziehbar, dass dieser Verweis der Politik nicht ausreichen kann. Inzwischen haben BÄK und KBV den Vorstoß der Regierung grundsätzlich begrüßt. Ob aus tiefem Herzen, mag dahingestellt bleiben, vielleicht haben sie sich in das „Unvermeidliche“ gefügt und versuchen jetzt Einfluss auf die Ausgestaltung zu nehmen. Die KZBV hat einen anderen Weg eingeschlagen, sie lehnt das Vorhaben der Regierung ab, sieht aber auch, dass, so wörtlich in der Anhörung, wenn diese Strafnorm aus „Sozialhygiene“ eingeführt werden müsse, dann bitte richtig abgegrenzt. Zudem wurden zahnarzt-spezifische Themen, wie Labor und andere in die Diskussion geworfen. In der Anhörung wurde offenbar, dass noch viel Unkenntnis in Sachen Bestechlichkeit im Gesundheitswesen herrscht. Vielen war nicht bekannt, dass Bestechlichkeit von Privatärzten ebenso wie die von zum Beispiel Rechtsanwälten, Architekten, aber auch Krankenkassenvorständen und Krankenkassenmitarbeitern nach § 299 StGB bestraft wird. Also kein Sonderrecht für Ärzte!

VITA AKZENT® Plus – Optimiert. Einfach. Alles.

Lasieren, markieren und glasieren – unabhängig vom WAK.



JETZT NEU

VITA AKZENT Plus erhältlich
als **SPRAY KIT, PASTE KIT**
und **POWDER KIT**.

VITA shade, VITA made.

Neue Einsatzgebiete erfordern neue, vielseitige Materialien. Mit VITA AKZENT Plus Malfarben können Sie unabhängig vom WAK der Restauration einfach und effizient alle Arten von dentalkeramischen Werkstoffen farblich akzentuieren und individualisieren. Egal ob Sie Ihre Restauration fein lasieren,

kolorieren oder oberflächlich charakterisieren mit den neuen fluoreszierenden Malfarben gelingt dies leicht und ohne großen Aufwand. Als Pulver, Paste oder als Spray – Sie selbst entscheiden wie Sie VITA AKZENT Plus am liebsten einsetzen. www.vita-zahnfabrik.com  facebook.com/vita.zahnfabrik

Barmer GEK Zahnreport 2013

Zahnersatz im Fokus

In ihrem neuen Zahnreport 2013 unterstellt die Barmer GEK, dass die Kosten für Zahnersatz in den vergangenen Jahren angestiegen seien. „Wer neuen Zahnersatz braucht, muss tiefer in die Tasche greifen“, so die Aussage der Kasse. KZBV und BZÄK sehen die Ergebnisse des Reports differenzierter: Nicht alle Ergebnisse könne die Zahnärzteschaft mittragen, aber Konsens gebe es bei der Forderung, zielgerichtet Präventionsmaßnahmen auszuweiten.



Die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen war Schwerpunktthema des Zahnreports.

Foto: doc-stock

„Es ist gut, wenn sich gesetzliche Krankenkassen verstärkt mit Fragen der zahnmedizinischen Versorgung auseinandersetzen und Berichte veröffentlichen“, kommentierte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz den Report. „Dann können wir die Ergebnisse mit unseren eigenen Untersuchungen in den Zahnärzteorganisationen abgleichen, zum Beispiel unseren regelmäßigen deutschlandweiten Mundgesundheitsstudien.“

Der Barmer GEK Zahnreport 2013 wurde am 23. April auf einer Pressekonferenz in Berlin vorgestellt. Neben Leistungen im konservierend-chirurgischen Bereich, insbesondere dem Bereich der Früherkennungsuntersuchungen von Karies, findet sich als Schwerpunktthema die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen.

Der Bericht decke sich in vielen Punkten mit den Analysen der Zahnärzteschaft, bilanziert Fedderwitz. Er bestätige, dass es Betreuungs- und Versorgungsbereiche gebe, in denen alle Beteiligte gefordert seien, noch besser zu werden. Ohnehin sei für die KZBV die Forderung nach einer Ausweitung

zielgerichteter Präventionsmaßnahmen für alle Bevölkerungsgruppen eines der wichtigsten Ergebnisse des Zahnreports. Nicht einverstanden sei die KZBV allerdings mit einigen Schlussfolgerungen zum Thema Zahnersatz. Auch die BZÄK zeigt sich zu diesem Bereich kritisch.

Höhere Privatkosten beim Zahnersatz

Der Report liefert laut Aussagen der Wissenschaftler erstmals umfassende bevölkerungsbezogene Auswertungen von Zahnersatzleistungen wie Kronen, Brücken oder Implantaten. Für die Analyse griff das Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (ISEG) in Hannover auf Heil- und Kostenpläne der früheren Gmünder ErsatzKasse GEK aus den Jahren 2001 bis 2009 zurück.

Die Durchschnittskosten für neuen Zahnersatz lagen laut Report im Jahr 2009 bei 1 382 Euro je Betroffenen. Davon mussten Patienten 56 Prozent, nämlich im Schnitt

776 Euro privat aufwenden, also deutlich mehr als die Hälfte. Dabei habe sich eine überraschend hohe Versorgungsrelevanz von prothetischen Leistungen gezeigt, so die Versorgungsforscher. So wurde im Jahr 2009 für 11,5 Prozent der Bevölkerung mindestens ein Heil- und Kostenplan für Zahnersatz abgerechnet. Knapp die Hälfte entfiel auf Neueingliederungen, der Rest auf Wiederherstellungen und Reparaturen. Die Inanspruchnahme von Frauen lag 1,6 Prozentpunkte über derjenigen von Männern. Noch deutlicher sei die Variation im Altersverlauf: Auf dem Gipfel der Inanspruchnahme, bei den 77-jährigen, bekämen rund 27 Prozent der Bevölkerung Zahnersatz, wobei das Gros auf Reparaturen entfalle. Danach sei ein Abfall zu beobachten, der im Alter von über 90 Jahren bei einer Inanspruchnahmerate von 21 Prozent bei den Männern beziehungsweise 15 Prozent bei den Frauen endet. Der Rückgang der Inanspruchnahme von Zahnersatz im Alter gehe für Pflegebedürftige mit einem hohen Maß von zahnmedizinischer Vernachlässigung einher, so der Report.

Nach Ansicht von Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK, zeigt sich hier Handlungsbedarf. Zwar seien die Eigenanteile seither nicht so dramatisch gestiegen wie von vielen befürchtet. „Aber der schleichende Trend zu höheren Privatkosten ist unverkennbar. Nirgendwo sonst im Gesundheitswesen ist die Aufspaltung in eine solidarisch finanzierte Sockelversorgung und privat getragene Premiumbehandlung weiter fortgeschritten“, sagte er vor den Journalisten. Über den Einsatz teurer Versorgungsalternativen werde der Privatkostenanteil in die Höhe getrieben und die Basis der Festzuschüsse weiter abgesenkt. Seine Forderung: „Wir müssen deshalb das Modell der Festzuschüsse reformieren, indem wir den Anstieg der über die private Gebührenordnung der Zahnärzte abgerechneten Leistungen bremsen.“ Und: „Die gesetzlichen Krankenkassen brauchen einen entsprechenden Verhand-

lungsauftrag, um die gesamte Behandlung und ihre Kosten im Interesse der Versicherten regeln zu können“, erklärte Schlenker vor der Presse.

Laut Berechnungen des ISEG stiegen die Eigenleistungen für Zahnersatz zwischen 2005 und 2009 inflationsbereinigt um 18 Prozent. Der Privatanteil an den Gesamtkosten legte um einen Prozentpunkt von 55 auf 56 Prozent zu. Der Autor des Reports, Prof. Dr. Thomas Schäfer, sagte dazu: „Für die darauffolgenden Jahre ist aus Daten der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes belegt, dass diese Entwicklung weitergegangen ist. Insgesamt müssen wir von einem noch höheren Niveau der Eigenleistungen ausgehen.“

Keine finanzielle Überforderung

Nach Ansicht von Fedderwitz stellt sich der Sachverhalt jedoch anders dar: „Es gibt keine anhaltende Tendenz zur Privatisierung der vertragszahnärztlichen Versorgung. Und wir können auch keine finanzielle Überforderung der Patienten feststellen. Das Honorar für private Zusatzleistungen bei Füllungen und Zahnersatz hat im Jahr 2011 nur rund zehn Prozent des Gesamthonorars für die Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten ausgemacht. Die Eigenanteile der Versicherten haben sich auch ausweislich des Barmer-Reports seit 2006 kaum verändert.“

Das seit 2005 geltende Festzuschussystem für Zahnersatz funktioniere sehr gut und sei bei den Patienten akzeptiert. Es sei sozial sensitiv und verhindere durch eine Härtefallregelung übermäßige finanzielle Belastungen. Patienten könnten sich darauf verlassen, dass die Regelversorgung dem aktuellen wissenschaftlichen Standard entspricht und die Teilnahme am wissenschaftlichen Fortschritt ermöglicht. Denn das Festzuschussystem sei als lernendes System angelegt. Die Regelversorgung werde vom Gemeinsamen Bundesausschuss turnusmäßig geprüft und bei Bedarf angepasst. Leistungen, die über die Regelversorgung hinausgingen, dienen meistens der Ästhetik und dem Komfort. Fedderwitz: „Das



Die Untersuchung wurde auf einer Pressekonferenz in Berlin vorgestellt.

Patienten dafür selbst aufkommen sollen, halte ich für legitim – zumal sich der Eigenanteil über eine Zahnzusatzversicherung deutlich reduzieren lässt. Nicht legitim ist die alte Forderung der Krankenkassen, private Leistungen kontrollieren zu wollen. Ich habe den Eindruck, unsere Patienten sehen das genauso.“ Für einen Verhandlungsauftrag der Kassen zur Regelung der Gesamtkosten für den Versicherten sieht die KZBV keine Notwendigkeit.

Vorzieheffekt und Umstellungsprozesse

Die Statistik-Abteilung der KZBV hat zum Zahnreport eine ausführliche Einschätzung erarbeitet. Darin geht sie unter anderem auch auf die vermeintliche Belastung der Versicherten von rund 18 Prozent ein. Die KZBV-Berechnungen belegen Folgendes: Diese Entwicklung muss vor dem Hintergrund der Einführung der Festzuschüsse im Jahr 2005 gesehen werden. Diese hat zu einem deutlichen Einbruch der Neuversorgungsfälle geführt. Im Jahr 2005 gingen die Ausgaben für Zahnersatz um 33,4 Prozent zurück. Wesentliche Gründe für den starken Rückgang der Ausgaben im Bereich Zahnersatz im Jahr 2005 lagen in dem Ende 2004 eingetretenen Vorzieheffekt, in einer fehlenden Übergangsregelung, in der Verunsiche-

rung der Versicherten und in den durch den Systemwechsel bedingten Umstellungsproblemen im Jahr 2005. Dies hatte besonders im 1. Halbjahr 2005 zu einem gravierenden Rückgang der prothetischen Neuversorgungen geführt. Der Normalisierungsprozess im Versorgungsgeschehen führte dazu, dass die Eigenleistungen für Zahnersatz im Jahr 2006 gegenüber 2005 um 90 Euro anstiegen. Der restliche Anstieg in den Jahren 2006 bis 2009 verlief moderat. Er betrug in diesen drei Jahren nur 20 Euro je Betroffenen. Insofern ist die Gesamtentwicklung 2005 zu 2009 fast vollständig auf einen statistischen Basis-effekt zurückzuführen. Auch hieraus kann keine finanzielle Überforderung der Versicherten abgeleitet werden. Hätte man – methodisch korrekt – das Basisjahr 2006 zugrunde gelegt, hätte der Anstieg der Eigenleistung in den Jahren 2006 bis 2009 insgesamt nur drei Prozent betragen.

Aufklärung statt Verunsicherung

Die BZÄK sieht die Ergebnisse des Reports zum Zahnersatz differenzierter und schlägt kritische Töne an. „Die verbreiteten Folgerungen zur Kostenbelastung der Patienten sind rein politisch motiviert“, so BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel. „Hinter der Forderung, private Leistungen kontrollieren zu wollen, wirft die gesetzliche Krankenversicherung ihren Anker zum Geschäftsfeld der PKV.“ Daten zur Versorgungsforschung könnten Trends abbilden sowie Lücken und Versorgungsbedarfe aufzeigen. „Kritisch wird es, wenn eine Datenlage fehlerhaft interpretiert wird, mit einem Konvolut an Zahlen die Öffentlichkeit verunsichert wird und politisches Kalkül dahintersteckt“, sagt Engel.

Die Datenlage des aktuellen Zahnreports bilde zwar eine solide zahnmedizinische Versorgung auch im Bereich Zahnersatz ab, werde jedoch schlagzeilenartig interpretiert, so die BZÄK. Denn die Datenlage des Reports selbst zeige, dass über 70 Prozent der zu versorgenden Zähne sogar bei neuem Zahnersatz nach der Regelversorgung behandelt werden. Der wesentlich geringere Anteil der Zahnersatzbehandlungen gehe auf Patientenwunsch über die Regelversorgung hinaus.



Versorgungskonzepte für Kleinkinder ...

Die BZÄK verweist darauf, dass die Material- und Laborkosten mit bis zu 60 bis 70 Prozent der Zahnersatzkosten eine entscheidende Rolle spielen, denn neue Technologien, bessere Materialien und höhere ästhetische Ansprüche kosteten mehr. Die Interpretation dieser Daten werde weder in einen Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung – Zunahme der Bevölkerungsgruppe zwischen 50 und 75 Jahren, die Zahnersatz besonders benötigen – noch mit der gestiegenen Erwartungshaltung der Patienten gebracht, sondern richte sich kassenseitig ausschließlich gegen den Zahnarzt.

Dabei sei das 2005 eingeführte Festzuschussystem gerade dazu angelegt worden, keinen Patienten sozial zu benachteiligen und trotzdem am medizinischen Fortschritt teilzuhaben. Die BZÄK erinnert daran, dass vor 2005 ein Patient zur Versorgung mit Implantaten keinerlei Zuschuss seiner Krankenkasse erhielt.

Für den Vizepräsidenten der BZÄK, Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, ist die Intention dieser Zahlenfehlerdeutung durchsichtig und unverantwortlich. „Wer generierte Daten aus dem Versorgungsalltag einseitig zur Umsetzung seiner politischen Motive nutzt, hat weder den Sinn der Versorgungsforschung richtig verstanden, noch leistet er einen nutzbringenden Beitrag zur Gesundheitssystemgestaltung. Unabhängigkeit und verantwortlicher Umgang bei der Interpretation der Forschungsergebnisse sind Voraussetzungen für solide Versorgungsforschung. Hier hat die Zahnärzteschaft mit



Fotos: doc-stock

... und für Pflegebedürftige sollten nach Meinung der Zahnärzte gemeinsam mit den Kassen umgesetzt werden.

ihrem Institut der deutschen Zahnärzte (IDZ) seit Jahren eine beispielhafte Arbeit geleistet. Der Zahnreport erfüllt dieses Klassenziel nicht.“

Unterschiede bei Geschlecht und Region

Der Report geht auch auf konservierende, chirurgische und Prophylaxe-Leistungen ein. Hier verbleiben die Kennzahlen im Jahr 2011 auf Vorjahresniveau. Wieder zeigen sich die aus den Vorjahren bekannten Geschlechterunterschiede. Während 2011 rund 73 Prozent der Frauen einen Zahnarzt aufsuchten, waren es bei den Männern gerade mal 66 Prozent (2010: 74 versus 66). Die Zahnarztscheu junger Männer im Alter zwischen 20 bis 24 Jahren legte noch einmal leicht zu: Nur 54 Prozent (2010: 56 Prozent) gingen zum Zahnarzt (Frauen in der Altersgruppe: 67 Prozent).

Der im Report erstellte Vergleich zwischen den Bundesländern offenbart starke Abweichungen bei den Inanspruchnahmeraten von Zahnersatz. Demnach ist die Streuung bei den Eigenanteilen teilweise extrem: Sachsen-Anhalt und Brandenburg liegen 15,0 beziehungsweise 12,0 Prozent unter Bundesdurchschnitt, Baden-Württemberg und Bayern hingegen 8,5 beziehungsweise 6,4 Prozent darüber.

Die BZÄK-Abteilung Statistik sieht hier einen Beleg dafür, dass in Regionen mit sozial schwachen Strukturen eher die Regelleistung in Anspruch genommen wird.

Zunahme frühkindlicher Karies

Das Prophylaxeniveau blieb nach Aussagen des Barmer-GEK-Reports gegenüber dem Vorjahr beinahe unverändert: Nur jeder zweite Erwachsene beziehungsweise 48,1 Prozent lässt sich einmal im Jahr den Zahnstein entfernen (2010: 48,2), Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder wurden von 32,3 Prozent in Anspruch genommen (2010: 31,9). Die vergleichsweise geringe Inanspruchnahme der Frühvorsorge bei den Kleinkindern wird durch die Gruppenprophylaxe in den Kindergärten relativiert. Über diese Maßnahmen können rund 29 Prozent der Vorschulkinder erreicht werden. Dazu Versorgungsforscher Schäfer: „Da es eine unbekannte Zahl von Kleinkindern gibt, die sowohl im Kindergarten als auch beim Zahnarzt untersucht werden, kann man die Anteile nicht einfach addieren. Der tatsächliche Anteil untersuchter Kleinkinder dürfte etwa in der Mitte zwischen 32 und 61 Prozent liegen.“

Die Zunahme frühkindlicher Karies wird auch von der KZBV mit Sorge beobachtet. Fedderwitz: „Wir erarbeiten derzeit ein Versorgungskonzept, das eine präventive zahnmedizinische Betreuung der 0- bis 3-jährigen gewährleistet. Das gilt aber auch für die zahnmedizinische Versorgung von alten Menschen, Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung, für die wir bereits ein Versorgungskonzept vorgelegt haben. Hier haben wir schon ein Etappenziel erreicht, denn seit dem 1. April sind Haus- und Heimbefuche von Zahnärzten einfacher geworden.“

„Lösungen im Sinne der Patienten können wir hier nur gemeinsam umsetzen“, so das Plädoyer des KZBV-Vorsitzenden. „Deswegen laden wir die Barmer GEK und alle anderen Krankenkassen zu einer offenen Diskussion über die Betreuung von zahnmedizinischen Risikogruppen ein.“ pr

■ Die KZBV hat in Ergänzung zum Barmer-GEK-Zahnreport einige Daten und Fakten rund um die zahnmedizinische Versorgung zusammengetragen. Mehr unter: <http://www.kzbv.de/barmer-gek-zahnreport-2013.772.de.html>



powered
by **BRAUN**

**KEINE
REINIGT BESSER.
KEIN WUNDER, ORAL-B IST
DIE NR. 1
MARKE WELTWEIT BEI
ZAHNARZTEMPFEHLUNGEN.**

Vielen Dank für Ihr Vertrauen:
Auch in Deutschland sind wir Ihre Nummer 1 –
in Verwendung und Empfehlung.



Die perfekte Fortsetzung Ihrer Prophylaxe



Bürgerversicherung auf dem Prüfstand

Dualität erhalten und reformieren

Eine Bürgerversicherung nach den Plänen der Oppositionsparteien wäre das Ende des gut funktionierenden Gesundheitssystems hierzulande. Dies betonten mehrere Referenten bei den „10. Berliner Gesprächen zum Gesundheitsrecht“. Neben Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) stellte auch der stellvertretende Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Wolfgang Eßer, die Einheitsversicherung infrage.

Für Bahr ist und bleibt das duale System im Gesundheitswesen der Garant für eine wohnortnahe und flächendeckende medizinische Versorgung auf hohem Niveau. Das machte der Minister am 22. April 2013 bei der Veranstaltung des Deutschen Instituts für Gesundheitsrecht erneut deutlich. „Das duale System ist ein hervorragendes Konstrukt, um eine Allokation in der gesundheitlichen Versorgung herzustellen“, sagte Bahr. Er unterstrich, dass eine Vereinheitlichung der Versicherungssysteme, so wie sie in den verschiedenen Vorschlägen der Oppositionsparteien diskutiert wird, die bestehenden Probleme im Gesundheitswesen nicht lösen, sondern – im Gegenteil – noch verschlimmern werde.

Dabei, so der Minister, gebe es gar nicht jenes eine allumfassende Modell der Bürgerversicherung, sondern nur die Idee der Vereinheitlichung der beiden konkurrierenden Systeme von Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV). Je nach Gusto der für die Idee der Einheitsversicherung eintretenden Partei wären höchst unterschiedliche Vorstellungen und Schwerpunkte damit verknüpft.

Doch erst durch die Dynamik zwischen den beiden unterschiedlichen Systemen entstehe ein fruchtbarer Wettbewerb, so Bahr. „Bei aller Kritik schafft es das duale System im internationalen Vergleich doch hervorragend, die medizinische Versorgung in Deutschland sicherzustellen“, sagte er. Dabei sei der Wettbewerb kein Selbstzweck, sondern vielmehr als Ordnungselement zu sehen. Bahr: „Wettbewerb setzt einen



Fotos: Axentis.de

Koexistenz: Gesundheitsminister Daniel Bahr will sowohl die gesetzliche als auch die private Krankenversicherung behalten.

Regelrahmen voraus, der durch Politik und Gesetzgeber geschaffen wird. Auch der Wettbewerb setzt sich seine Voraussetzungen nicht selbst.“

Obwohl das duale System einer Einheitsversicherung überlegen sei, gehe es dennoch auch darum, es immer wieder zu reformieren, um die Aufgaben in der Zukunft meistern zu können. Während die GKV immer wieder mit dem Problem der Kostenbegrenzung und Ausgabendynamik zu kämpfen habe, sei es vom Gesetzgeber jahrelang versäumt worden, in der PKV Reformen anzustoßen, so Bahr.

Bahr sprach sich bei der Tagung auch dafür aus, dass Krankenkassen, zumal wenn sie fusionieren, auch dem Wettbewerbs- und Kartellrecht unterliegen müssten. Bahr:

„Dort wo sich die Kassen wie Unternehmen verhalten, müssten sie eigentlich auch wie Unternehmen behandelt werden.“

Für den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung haben sowohl die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) als auch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) immer wieder ihre Bedenken gegen eine Bürgerversicherung vorgebracht. Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KZBV, Dr. Wolfgang Eßer, stellte bei den Gesundheitsgesprächen die Frage, warum man ein gut funktionierendes System abschaffen wolle. Eßer: „Never change a running system.“

Der Leistungskatalog ist gefährdet

Bei allen Verbesserungsmöglichkeiten schneide das Gesundheitssystem hierzulande im internationalen Vergleich gut ab, Deutschland nehme bei der Mundgesundheit weltweit einen Spitzenplatz ein und der zuzahlungsfreie zahnärztliche Leistungsumfang sei so umfangreich wie in keinem anderen Land. Eßer: „Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung ist eine qualitativ hochwertige, den heutigen Erkenntnissen der Wissenschaft entsprechende Grundversorgung definiert worden, inklusive einer weitgehenden Regelversorgung beim Zahnersatz und entsprechenden Regelungen, die soziale Härtefälle vermeiden.“ Es gebe keine plausiblen Argumente, wie eine Bürgerversicherung die Versorgung verbessern soll. Daher plädiere die Zahnärzteschaft für die Beibehaltung des bestehenden dualen Systems und nicht für die

Abschaffung der PKV, so Eßer. Aus Sicht der Zahnärzte wäre eine Einheitsversicherung eine Verschiebung der Risikolast hin zu den Heilberufen. Grund: Zehn Prozent Privatversicherte tragen über 26 Prozent der gesamten Praxisumsätze. Eßer: „Der Wegfall dieser Honorareinnahmen würde viele Praxen existenziell gefährden. Gerade niedergelassene (Zahn-)Ärzte im ländlichen Raum sind auf diese zusätzlichen Umsätze im höchsten Maße angewiesen, um ihre Praxis wirtschaftlich betreiben zu können.“

Auch seien im zahnärztlichen Bereich die Investitionskosten für das Errichten und Führen einer Praxis sehr hoch. Um dem medizinischen Fortschritt Rechnung zu tragen, stünden regelmäßig Neuausstat-



„Reformieren statt ruinieren“: Dr. Wolfgang Eßer über das deutsche Gesundheitssystem.

tungen und Investitionen an. Solche Investitionen würden beim Wegbrechen der Einnahmen aus privatärztlicher Versorgung nicht mehr darstellbar sein.

Gesundheitsversorgung nach Kassenlage droht

Zudem: In den Bürgerversicherungsmodellen sei vorgesehen, den Steuerzuschuss in das Gesundheitswesen deutlich zu erhöhen, was zwangsläufig zu einer Gesundheitsversorgung „nach Kassenlage“ führen werde, da der Finanzminister nicht die Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen, sondern die Stabilität seines Haushalts im Auge habe. Eßer: „Wir erleben dies bereits

heute, wenn die Einführung von dringend erforderlichen Therapien für alte Menschen und Menschen mit Behinderungen am Veto des Finanzministers scheitert und wenn der Bundeszuschuss zur GKV für die Haushaltssanierung erhalten muss.“ Eßer betonte auch, dass gerade der Wettbewerb durch verschiedene Versicherungssysteme beibehalten werden müsse. „Die Stärke unseres Gesundheitssystems entsteht aus der Konkurrenz der beiden Systeme untereinander. Die Konvergenz der Systeme schwächt diesen Wettbewerb.“ Der KZBV-Vize führte auch aus, dass es für die zahnärztliche Versorgung nicht entscheidend sei, ob ein Patient privat oder gesetzlich versichert ist. „Der Vorwurf der Zwei-Klassen-Medizin spiegelt sich in der Realität nicht wider, denn die Schwere der Krankheit ist entscheidend für die Schnelligkeit und den Umfang der Behandlung“, so Eßer.

Steigende Macht einzelner Krankenversicherer

Wird die PKV als Vollversicherer beseitigt, werde dies einen weiteren Konzentrationsprozess mit Oligopolbildung auf der Krankenkassenseite induzieren. Oligopolstrukturen fehle aber die Eigenschaft des systemimmanenten Wettbewerbs mit Mitbewerbern. „Die Bürgerversicherung gefährdet daher die Grundprinzipien des Wettbewerbs, der Vertragsfreiheit, der Freiberuflichkeit und der freien Arztwahl und ist daher nicht mit der sozialen Marktwirtschaft kompatibel“, sagte Eßer.

Daher spreche sich die Vertragszahnärzteschaft für den Erhalt der privaten Krankenvollversicherung als wichtige zweite Versicherungssäule des deutschen Krankenversicherungssystems aus. Die Bürgerversicherung biete keinen Lösungsansatz, um den steigenden Kosten im Gesundheitswesen, die durch die demografische Entwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt bedingt sind, wirksam zu begegnen. Eine zentralisierte und fiskalgesteuerte Gesundheitspolitik sei nicht der richtige Weg für die Lösung der Probleme im Gesundheitswesen.

Freies Wahlrecht fördert Wettbewerb

Trotzdem, so Eßer, werde das gegenwärtige Gesundheitssystem zukünftig nur tragfähig bleiben, wenn es nachhaltig reformiert wird. Reformierte Dualität heiße die passende Lösung. Zudem müsse die Frage erlaubt sein, warum man politisch nicht bereit sei, die PKV für alle Bürgerinnen und Bürger zu öffnen und die Versicherungspflichtgrenze abzuschaffen oder zumindest deutlich abzusenken. Eßer: „Warum sollen Menschen ihre Krankenkasse nur im GKV-Bereich, und nicht auch zwischen GKV und PKV frei wählen können? Wenn Bürger sich frei entscheiden könnten, gäbe es wirklich ein echtes Wahlrecht und einen wirkungsvollen Wettbewerb um die beste Versorgung.“



Fotos: Avenits.de

Tagungsleiter Helge Sodann verwies auf die Tradition der Dualität von GKV und PKV.

Der Vorstandsvorsitzende und Direktor des Instituts für Gesundheitsrecht, Prof. Helge Sodann, wies als Veranstalter der Tagung darauf hin, dass das duale System in Deutschland eine lange Tradition besitzt. Mittlerweile sei es aber trotz der unterschiedlichen Ansätze in den Versicherungsarten immer mehr durch Politik und Gesetzgeber zu einer Angleichung zwischen PKV und GKV gekommen. sg

■ Bereits im März 2013 hat die BZÄK ein Memorandum zur Reformierung des Gesundheitswesens veröffentlicht, das in gesundheitspolitischen Publikationen aufgenommen wurde. Mehr unter: http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/Memorandum_BZAEK_ReformGesundheitssystem.pdf

Einheitlicher Krankenversicherungsmarkt

Verluste für Zahnärzte

Derzeit werden zunehmend gesundheitspolitische Ansätze diskutiert, die die Dualität des deutschen Krankenversicherungsmarkts aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV und PKV) beenden wollen. Für Zahnarztpraxen würde das Mindereinnahmen in erheblichem Umfang bedeuten.

„Bürgerversicherung“ lautet die gesundheitspolitische Überschrift für einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt. Darin sollen die Versicherten der PKV-Vollversicherung in die staatliche Sozialversicherung nach Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V) überführt werden.

Alle Konzepte einer Bürgerversicherung schließen den Zugang zur PKV-Vollversicherung. Für die PKV soll nur der Markt der Kranken-Zusatzversicherungen (noch) geöffnet bleiben. Das heißt, mit Ausnahme der Zusatzversicherungen (die für die PKV eine untergeordnete Rolle spielen) darf sich keine Person mehr in der PKV krankenversichern. Dies gilt für Berufseinsteiger, für Personen, die verbeamtet werden sowie für Selbstständige und Angestellte, die in der GKV freiwillig, aber nicht pflichtversichert sind.

Begrenztes Wechselrecht

Den PKV-Bestandskunden (die derzeit PKV-Versicherten) soll ein einmaliges und voraussichtlich zeitlich begrenztes Wechselrecht in die Bürgerversicherung eingeräumt werden. Dieses Wechselrecht kann heutzutage nur unter besonderen Bedingungen wahrgenommen werden. Von diesem Wechselrecht werden in einer ersten Wechselphase vor allem alte und einkommensschwache Versicherte Gebrauch machen, ebenso wie Familien mit Kindern (Kinderbeiträge werden in der PKV über das Familieneinkommen finanziert). In einer zweiten Wechselphase werden dann sukzessive die übrigen PKV-Versicherten in die Bürgerversicherung wechseln, da ansteigende Beiträge die PKV zunehmend unattraktiver werden lassen. Jeder PKV-Versicherte bildet jeden Monat bis zur Erreichung der Altersgrenze Altersrückstellungen (Ersparnisbildung), wobei



Foto: Andrea Spaeth Fotografie-Free Lens Pool

Schrumpfende Möglichkeiten – bis zu drei Milliarden Euro weniger Einnahmen drohen Zahnärzten durch die Bürgerversicherung.

über ein Erwerbsleben mehrere Zehntausend Euro zusammenkommen können. Inwieweit die PKV-Beiträge durch eine Abwanderung von Versicherten in die Bürgerversicherung steigen, ist vom Ausmaß der Verstaatlichung der Alterungsrückstellungen im Gesundheitsfonds abhängig. Fließt ein großer Anteil der PKV-Alterungsrückstellungen in den Gesundheitsfonds, so werden die PKV-Beiträge sprunghaft steigen, was ebenso sprunghafte Versichertenwechsel in die Bürgerversicherung auslösen wird.

Drei Milliarden weniger

Durch die Einführung einer Bürgerversicherung sinkt die Zahl der PKV-Versicherten. Zahnarztpraxen müssen dann mit Mindereinnahmen rechnen. Diese verteilen sich im Ausmaß des privat abgerechneten Anteils an den Gesamteinnahmen auf die Zahnärzte. Charakter einer Bürgerversicherung ist nämlich nicht, eine 1:1-Kompensation des weggefallenen, privat abgerechneten Honorars in einem einheitlichen Bürger-

INTERVIEW

Das duale System weiterentwickeln

Dr. Thomas Drabinski vom Institut für Mikrodaten-Analyse und BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel über die Bürgerversicherung und die Zukunft des Krankenversicherungssystems.

Herr Dr. Drabinski, die sogenannte Bürgerversicherung hat in ihren unterschiedlichen Ausprägungen eine Einheitskasse zum Ziel. Was bedeutet das?

Drabinski: In der Einheitskasse gibt es nur eine oder wenige Krankenkassen. In einer solchen Monopolstruktur findet kein beziehungsweise kaum Wettbewerb statt, da die Versicherten keine Wahlfreiheit zwischen den Krankenkassen haben. In der Folge ist dann auch der Schritt zur sogenannten Einheitsmedizin nicht mehr weit. Und Gesundheitsfonds und Morbi-RSA sind die Wegbereiter hierfür.

Herr Dr. Engel, was hieße eine staatlich gelenkte Einheitsmedizin?

Engel: In der Einheitsmedizin setzt der Staat einen sehr engen politischen Rahmen für das Gesundheitssystem. Dadurch ist sein Einfluss auf die Versorgungsstruktur sehr groß. In der Zahnmedizin, aber auch über alle Ebenen der Versorgung, gäbe es dann

eine strikte Mengen-, Bedarfs- und Preisplanung. In anderen Ländern führt das häufig zu einem unbefriedigenden Versorgungs- und Qualitätsniveau, wie wir es vor allem aus steuerfinanzierten Gesundheitssystemen – beispielsweise dem National Health Service in Großbritannien – kennen.

Und was wird dann aus der Selbstverwaltung?

Drabinski: Da nicht mehr die Selbstverwaltung, sondern der Staat die Verteilung der Ärzte und Zahnärzte regeln würde, würde der Sicherstellungsauftrag der Selbstverwaltung entzogen und auf die Autoritäten der Einheitskasse übertragen. Der Staat würde in Unterversorgungs-Situationen auch eine Zwangsverteilung und -umsiedlung der Ärzte und Zahnärzte auf abgelegene Regionen anordnen können.

Wie würde eine Gebührenordnung in der Bürgerversicherung aussehen?

Engel: Bürgerversicherung heißt, eine möglichst umfangreiche Versorgung zum günstigsten, staatlich vorgegebenen Preis. Für die Zahnärzte würde das eine Ausweitung des BEMA zulasten der GOZ bedeuten.

Und was würde das für die Zahnärzte bedeuten?

Engel: Für die Zahnarztpraxen würde das zwangsläufig zu einem Honorarverlust führen, da nicht nur die staatlichen Preise so niedrig wie möglich angesetzt werden, sondern auch die Patientenzahlen begrenzt würden. Auch das Festzuschussystem würde fallen. Denn Eigenbeteiligungen, IGeL und Zuzahlungen sollen in der Bürgerversicherung verboten werden.

Wegfall der Zuzahlungen und ein geplantes Gatekeeper-System – das hört sich für einige Wähler nicht schlecht an!

Drabinski: Für die Patienten entstehen durch das Gatekeeper-System Wartezeiten. Außerdem wird ihre Wahlfreiheit – sei es bei der freien Arztwahl oder bei den Selbstzahler-Leistungen – eingeschränkt.

Also lehnen Sie die Bürgerversicherung ab?

Drabinski: Ja, da die Bürgerversicherung mit aller Gewalt ein bewährtes Gesundheitssystem verstaatlichen will, ohne Rücksicht auf Patienten und die Anbieter medizinischer Leistungen zu nehmen.

Erlernen Sie die Lachgassedierung von Spezialisten

Lachgas
Fortbildung

Exklusivschulungen - Individuelles Lernen in kleinen Gruppen:

Brake	24. / 25.05. 2013
Hamburg	07. / 08.06. 2013
Wien	14. / 15.06. 2013
Rosenheim	05. / 06.07. 2013
Dortmund	12. / 13.07. 2013
Düren	06. / 07.09. 2013
Kitzbühel	13. / 14.09. 2013
Leipzig	20. / 21.09. 2013
Wiesbaden	27. / 28.09. 2013

Aktuelle Termine unter: www.ifzl.de

Teamschulungen vor Ort in Ihrer Praxis:

Das rundum Sorglospaket - Wir kommen mit unseren Referenten in Ihre Praxis und schulen Ihr gesamtes Team inklusive Supervision!



Institut für zahnärztliche Lachgassedierung
Stefanie Lohmeier

Kontakt:

IfzL – Stefanie Lohmeier
Bad Trißl Straße 39
D-83080 Oberaudorf
Tel: +49 (0) 8033-9799620
E-Mail: info@ifzl.de
Internet: www.ifzl.de

Beide Fortbildungsmöglichkeiten werden mit Fortbildungspunkten gemäß BZÄK und DGZMK validiert

Bezugsquelle TECNOGAZ
Lachgasgerät - TLS med
sedation GmbH
Tel: +49 (0) 8035-9847510
Vorteilspreise bei Buchung
eines Seminars bei
IfzL Stefanie Lohmeier!

Referenten:

Wolfgang Lüder, Zahnarzt & Lachgastrainer:
Lachgassedierung in der Erwachsenen Zahnheilkunde
Andreas Martin, Facharzt für Anästhesie
Cynthia von der Wense, Dr. Isabell von Gymnich,
Kinderzahnärztinnen: N₂O in der Kinderzahnheilkunde
Malte Voth: Notfalltrainer für Zahnärzte

Facharzt für Anästhesie und
Notfallmedizin.
Andreas Martin



NEU

Und wie sieht die BZÄK die Bürgerversicherung?

Engel: Auch die BZÄK lehnt die Bürgerversicherung strikt ab, da sie negative Effekte auf die Versorgungsstruktur und das hohe Versorgungsniveau hat und für viele Zahnärzte eine Bedrohung ihrer Existenz darstellt. Ziel muss es vielmehr sein, das duale Krankenversicherungssystem zu stabilisieren und auf der Versicherungs-, Versorgungs- und Vergütungsseite weiterzuentwickeln. Vereinheitlichungstendenzen wie die Bürgerversicherung wollen wir vermeiden.

Wie sieht denn eine vernünftige und zukunftsfähige Entwicklung des Krankenversicherungssystems aus?

Engel: Ziel der Reformen muss der Erhalt des seit Jahrzehnten bewährten Systems aus GKV und PKV sein. Nur dann sind die Beruflichkeit, die Diagnose- und Therapie-



Foto: BZÄK-Axentis

Dr. Peter Engel, Präsident der BZÄK.



Foto: zm

Dr. Thomas Drabinski, Gesundheitsökonom.

freiheit und letztlich die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung gewährleistet. Auch die GKV ist finanziell und langfristig zu stabilisieren. Die PKV muss aber auch Reformen umsetzen, um in der Gesellschaft nicht an Akzeptanz zu verlieren.

Und was ist mit dem Wettbewerb?

Engel: Auch der Wettbewerb zwischen GKV und PKV muss gestärkt werden. Dazu ge-

hört auch, die Finanzierungsmodelle zu prüfen. In der GKV muss der Leistungswettbewerb gestärkt und müssen Konzepte entwickelt werden, um dem demografischen Wandel zu begegnen. Die GKV hat nämlich weniger ein Ausgaben- als vielmehr ein Finanzierungsproblem. Das zeigt sich insbesondere in konjunkturell schwachen Zeiten. Das vergisst man angesichts der aktuellen Milliardenüberschüsse, bei denen die gewaltigen Subventionen des Staates inkludiert sind, gerne. Ein echter Wettbewerb zwischen GKV und PKV müsste logischerweise auch eine Diskussion über die Versicherungspflichtgrenze auslösen.

Muss eher die GKV oder die PKV reformiert werden?

Drabinski: Es geht um eine Reform des dualen Krankenversicherungssystems, das heißt um die reformierte Dualität in einem

versicherungs-Zahnarzt Honorarsystem umzusetzen. Vielmehr ist zu erwarten, dass nur knapp die Hälfte der privat abgerechneten Einnahmen über eine Nivellierung der GOZ-Multiplikatoren auf 1,0 (oder weniger) umgerechnet und in einem einheitlichen Vergütungssystem kompensiert wird. Unter Zugrundelegung der amtlichen Statistiken ist dann davon auszugehen, dass die Zahnarztpraxen – nach derzeit noch sehr vorläufigen Abschätzungen – durch die Einführung einer Bürgerversicherung mit Mindereinnahmen von rund drei Milliarden Euro zu rechnen haben.

Arbeitsplätze in Gefahr

Ein aktuelles Gutachten im Auftrag der Gewerkschaften („Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in GKV und PKV“) kommt zu dem Ergebnis, dass durch die Einführung einer Bürgerversicherung rund 120 000 Arbeitsverhältnisse zur Disposition stehen. Des Weiteren sind nach

Aussagen des Gutachtens 600 ausschließlich privat tätige Zahnärzte direkt in ihrer Existenz bedroht. Werden, wie oben dargestellt, ungefähr drei Milliarden Euro Mindereinnahmen durch die Einführung einer Bürgerversicherung unterstellt, so fallen rund 16,5 Prozent aller zahnärztlichen Einnahmen weg.

Ob deshalb dann auch jede sechste vertragszahnärztliche Praxis schließen muss, kann noch nicht abschließend beantwortet werden.

Neue Versorgungsstruktur

Neben der Vereinheitlichung des Krankenversicherungsmarkts sollen in einer Bürgerversicherung auch die medizinischen Versorgungsstrukturen neu organisiert werden. Im Kern geht es darum, einheitliche, sogenannte „Managed Care“-Versorgungsstrukturen über das ambulante (und auch stationäre) Versorgungsangebot zu stützen. Der Zugang zur medizinischen Versorgung

erfolgt für den Patienten über den „Gatekeeper“.

Gatekeeper wären primärärztliche Versorgungszentren, in denen vor allem Hausärzte und weitere Fach- und Zahnärzte einer medizinischen Grund- und Erstversorgung zusammengeschlossen wären. Die Vergütung dürfte über ein primärärztliches Versorgungszentrums-Budget erfolgen, das auf leitlinienkonform behandelnde Ärzte nach Qualitätskriterien und nach der Zahl der behandelten Patienten aufgeteilt wird. Technik-intensivere (zahn)medizinische Versorgung würden im Krankenhaus oder in fach(zahn)ärztlichen Zentren erbracht, für die ein einheitlich-budgetiertes und pauschaliertes Bürgerversicherungs-Honorarsystem zu erwarten wäre.

Eine durch die (Landes-)Gesundheitspolitik zentralisierte Planung von Mengen, Preisen, Infrastruktur und Prozessen würde die Patientenbehandlung zu steuern versuchen. Der Patient hätte somit die Wahlfreiheit verloren.



Heraeus Kulzer. Mundgesundheits in besten Händen.



Mit viel handwerklichem Geschick bereichern Sie das Leben vieler Patienten. Durch funktionale und ästhetisch hochwertige Restaurationen sorgen Sie sowohl für ein strahlendes Lächeln als auch für ein positives Selbstwertgefühl. Das gesamte Team in Praxis und Labor benötigt hierfür Materialien, die höchsten Qualitätsansprüchen genügen. Unser Bestreben ist es, Ihnen dafür innovative und bewährte Produkte sowie Dienstleistungen anzubieten, die Sie bei Ihrer täglichen Arbeit unterstützen. Denn Mundgesundheits gehört in beste Hände.

wettbewerblichen Umfeld. Durch den demografischen Wandel wird die GKV in der Zukunft vor massiven Finanzierungsproblemen stehen. Bei der PKV gibt es Reformbedarf bei der Bildung, Kalkulation und Übertragung der Alterungsrückstellungen, bei der fehlenden Transparenz zwischen den Tarifen und bei den Maklerprovisionen. Nur zum Vergleich: Bei den Provisionen wird fast dreimal so viel Geld ausgegeben, wie für die Zahnbehandlung nach GOZ.

Welche konkreten Reformen schlagen Sie vor?

Engel: Eine Reform der Dualität muss immer zum Ergebnis haben, dass eine unabhängige Beratung, der Zugriff auf zahnmedizinische Innovationen und die freie Zahnarztwahl am Ende erhalten bleiben. Dabei kann nur eine private Gebührenordnung wie die GOZ garantieren, dass die Patienten auch zukünftig einen uneingeschränkten Zugriff auf medizinische Innovationen haben. Voraussetzung ist hierbei aber auch, dass die privaten Krankenversicherer einen wesentlich transparenteren Leistungskatalog

anbieten. Bei einer Planwirtschaft à la Bürgerversicherung mit einer Einheitsvergütung sehe ich diese Garantie nicht.

Wie lässt sich die Reform der Dualität begründen?

Drabinski: In der GKV muss vor allem die Einkommensumverteilung durch ein pauschales Finanzierungskonzept neu geordnet werden, um der jungen Generation mit Geburtsjahr 1970 und jünger überhaupt eine faire Chance zur zukünftigen Lastentragung zu geben. In der PKV gehört dazu, die komplizierte Tarifstruktur zu entwirren und den Versicherten die Übertragung von Altersrückstellungen zwischen privaten Krankenversicherern zu ermöglichen. Auch die nachvollziehbare Festlegung von Mindestkriterien ist wichtig. Außerdem sollten die Maklerprovisionen der PKV um mehr als die Hälfte gesenkt werden.

Und kann die Zahnmedizin dabei eine Vorreiterrolle annehmen?

Engel: Natürlich hat das duale Gesundheitssystem Probleme. Aber es hat sich bewährt,

wie gerade die hohen Standards und die hohe Qualität der zahnmedizinischen Versorgung zeigen. Eine Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems ist deshalb aus Sicht der BZÄK der einzig richtige Weg für die Zukunft. Und die Zahnmedizin kann dabei als Vorbild für andere Versorgungsbereiche dienen. Die dort in den vergangenen Jahrzehnten geleisteten Reformen haben zu einer finanziellen Stabilisierung der GKV beigetragen. Warum also das System aus Grundversorgung und wahlweise weitergehenden Leistungen nicht auch auf die übrigen Versorgungsbereiche übertragen? Das würde die GKV-Finzen langfristig stabilisieren. Im Übrigen haben wir unsere Grundsätze und Forderungen in unserem „Gesundheitspolitischen Programm 2013“ ausführlich untergebracht. Die dort getätigten Ausführungen zur Zukunft des Gesundheitssystems basieren auf dem unter anderem mit Dr. Drabinski erarbeiteten „Memorandum zur Reformierung des Gesundheitssystems“.

Interview: Eric Bauer

Verlorene Wahlfreiheit

Im Ergebnis ist davon auszugehen, dass die Zahnarztpraxen durch die Einführung einer Bürgerversicherung mit Mindereinnahmen rechnen müssen. Nach noch vorläufigen Abschätzungen sind Mindereinnahmen von rund drei Milliarden Euro nicht unrealistisch. Dieser Wert wie ein möglicher Wegfall jeder sechsten Zahnarztpraxis muss allerdings noch genauer validiert werden. Fest steht allerdings, dass mit der Schließung der PKV ein einheitlicher Versicherungs-, Vergütungs- und Versorgungsmarkt entsteht, der sich durch zentralistische Planungen und Einschränkungen der (zahn)ärztlichen Wahlfreiheit darstellt. Letztendlich wäre die Bürgerversicherung nur eine „Zwischen-Ausbaustufe“ zu einer Einheitskasse und zu einer primär steuerfinanzierten Staatsmedizin.

Gesundheitsökonom Dr. Thomas Drabinski
Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA)
Brandkuhle 11
24107 Kiel

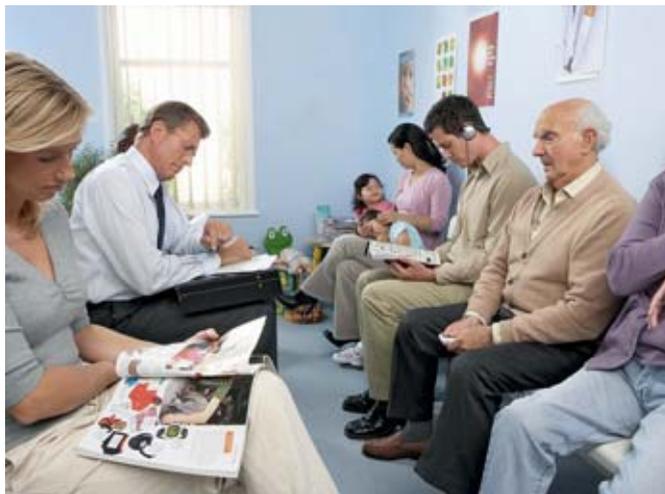


Foto: doc-stock

Volle Wartezimmer und lange Wartezeiten sind zu erwarten, wenn primärärztliche Zentren als Gatekeeper der Versorgung fungieren.

■ In der „Agenda Mundgesundheit“ hat die KZBV ihre politischen Forderungen im Vorfeld der Bundestagswahl 2013 formuliert. Darin spricht sie sich für das duale Krankenversicherungssystem aus. Die Agenda steht auf der KZBV-Homepage zum Download bereit.

Hält ... was es verspricht!

Visalys[®] Temp überzeugt 3.500 Kollegen



100
Gratis-
proben

Die ersten 100 Interessenten erhalten eine Gratisprobe von Visalys[®] Temp.
Bestellen Sie jetzt: 02774/705-99 | VisalysTemp@kettenbach.de

Bereits über 3.500 Zahnärzte sind nach sechs Monaten vom neuen temporären Kronen- und Brückenmaterial Visalys[®] Temp überzeugt. Die einfache und schnelle Verarbeitung begeistert ebenso wie die außergewöhnlich hohe Stabilität und Bruchsicherheit der Provisorien. Lassen auch Sie sich von den Vorteilen von Visalys[®] Temp überzeugen.

www.kettenbach.de

38. Schwarzwaldtagung

Eine Herausforderung: Der alte Patient

Auch die Bezirkszahnärztekammer Südbaden hat sich auf die Entwicklungen der kommenden Jahrzehnte eingestellt: Mit dem Thema „Der ältere Patient – eine Herausforderung für die Zahnmedizin“ wurden rund 600 Zahnärztinnen, Zahnärzte und ihre Teams auf der Fortbildungsveranstaltung im Kurhaus Titisee auf die Veränderungen im Praxisalltag in den nächsten Jahren eingestimmt und wissensmäßig auf den aktuellen Stand gebracht. Noch ist Zeit, detaillierte Vorbereitungen für Praxiseinrichtung und Organisation zu treffen.



Das Kurhaus in Titisee/Neustadt bildete den imposanten Rahmen für die Tagung der Bezirkszahnärztekammer. Studienfreunde, Kollegen und Professoren treffen – das ist hier immer ein Highlight.



Der Vorsitzende der Bezirkszahnärztekammer Freiburg, Dr. Peter Riedel, begrüßt die rund 600 Teilnehmer der 38. Schwarzwaldtagung in Titisee. Parallel fand die Mitarbeitertagung im Nachbarort Schluchsee statt.

Mit mehr als 2,5 Millionen Menschen, die über 60 Jahre alt sind, ist Baden-Württemberg (BW) eines der „überalterten“ Bundesländer. Ein Grund mehr für die Entscheidung, sich auch seitens der Zahnärzte verstärkt um die Mundgesundheit dieser Altersgruppe zu kümmern. Denn nicht nur das Herz des alten Menschen schlägt anders, auch seine Mundgesundheit zeigt veränderte Anforderungen. Dr. Peter Riedel, Vorsitzender der BZK Freiburg, legte in seinen Ausführungen besonderen Wert auf die Schulung der Pflegekräfte, sowohl in der Ausbildung wie auch in der Fortbildung. Er verwies auf das bislang bundesweit in BW einzigartige Konzept einer Kooperation mit privaten Pflegeheimen. „Das Pflegepersonal muss wissen, wie ein Zahn-

ersatz, wie ein Geschiebe herauszunehmen und zu reinigen ist. Es muss wissen, welche „Tücken“ in welchem Patientenmund besondere Pflege brauchen!“ Selbst der Festvortrag reihte sich in das Thema Altern ein. Der Soziologe Prof. Dr. Armin Nassehi, München, sprach über die Diversifizierung des Alters. Er nahm die Mythen des Alters aufs Korn, sprach über die kommunikativen

Fallen und Paradoxien, und dass „Alte“ eine marktrelevante Zielgruppe darstellen. Sein Fazit: „Der Arbeitsmarkt wird das Bild des Alters zukünftig radikal verändern!“ In zahlreichen Fachvorträgen wurden zahlreiche Aspekte, wie physiologische Parameter, die damit verbundene veränderte Anästhesie und mögliche Interaktionen durch behandelte Polymorbidität, psychologische Veränderungen ebenso wie gebäudetechnische Aspekte mit dem Schlagwort „barrierefrei“ sowie Schulungsmodelle von Pflege- und Praxispersonal vorgestellt, Fragen aus dem Auditorium wurden beantwortet. Mehr fachliche Inhalte werden als Nachrichten oder auch als Originalbeiträge in der kommenden Zeit in den zm veröffentlicht werden. sp



Referentenrunde: Der wissenschaftliche Tagungsleiter Prof. Dr. Elmar Hellwig (2.v.l.) im Kreis der Referenten (v.l.n.r.) Prof. Dr. Ina Nitschke, Dr. Elmar Ludwig, PD Dr. Anne Wolowski, Dr. oec. troph. Eva Schrader



Qualität,
die begeistert.

Hochglanz für die Praxis!

Polierbarkeit, die begeistert. Brillanter und dauerhafter Glanz durch Nanokeramik.

Mit Lava Ultimate wird Chairside-Produktivität neu definiert. Diese einzigartige Verbundkeramik, basierend auf der Resin-Nanokeramik-Technologie ermöglicht Spitzenleistungen ohne Kompromisse:

- **Hohe Produktivität** – schnelle Polierbarkeit, echter Chairside Workflow ohne Brennen.
- **Herausragende Festigkeit** – beständiger als Feldspat-Glaskeramiken und Hybridkeramik.
- **Zahnähnliche Funktionalität** – verschleißarm, sehr schonend zum Antagonisten.

3M ESPE. Qualität, die begeistert.



Lava™ Ultimate

CAD/CAM Restauration für CEREC®

3M ESPE

3M Deutschland GmbH - Standort Seefeld - 3M ESPE - ESPE Platz - 82229 Seefeld
Freecall: 0800-2175 373 - info.3mespe@mm.com - www.3mespe.de - 3M, ESPE
und Lava sind Marken von 3M Company oder 3M Deutschland GmbH. Alle anderen
Marken gehören anderen Unternehmen. © 2013, 3M. Alle Rechte vorbehalten.

www.3MESPE.de/Lava-Ultimate



Zahnärztetag Westfalen-Lippe

Quellen des Glücks

Diagnose Parodontitis: Was ist für den Patienten die beste Therapie? Auf dem 59. Zahnärztetag Westfalen-Lippe präsentierten Experten den aktuellen Stand. Einen Kontrapunkt zur Wissenschaft setzte Festredner Dr. Manfred Lütz: In einem „Parcours de Force“ führte er sein Publikum durch seine „Ethik des Heilens“.

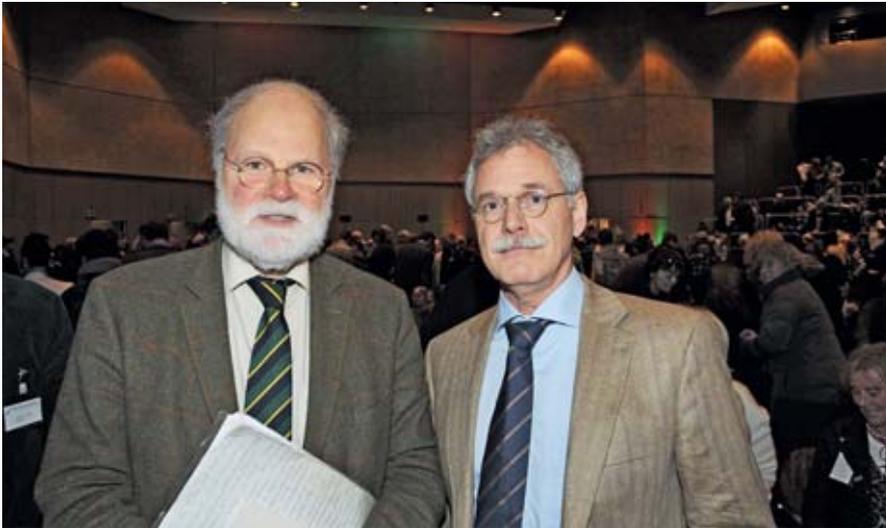


Foto: Zahnärztekammer WL

Festredner Dr. Manfred Lütz (l.) begeisterte Kammerpräsident Dr. Klaus Bartling und das Publikum der Fortbildungstage in Gütersloh gleichermaßen.

Tagungspräsident Prof. Dr. Hannes Wachtel hatte den Bogen weit gespannt: Angefangen bei Einblicken in moderne Behandlungskonzepte beleuchteten die Referenten das Thema Parodontologie bis hin zu Fragen wie „Wieviel parodontale Entzündung verträgt mein Patient?“ und „Scaling – Parodontalchirurgie – Extraktion: Was mache ich wann?“ 3.600 Besucher hatten sich zu den Fortbildungstagen in Gütersloh vom 6. bis zum 9. März angemeldet – laut Kammerpräsident Dr. Klaus Bartling ein neuer Rekord.

Ein göttliches Geheimnis

Dass sich Lebensqualität nicht allein durch Gesundheit definiert, postulierte der Autor, Theologe und Psychotherapeut Lütz in seinem Festvortrag „Lebenslust – über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheit“. Habe man in der Antike der Weisheit und der Erleuchtung den höchsten Wert beigemessen, gelte heute die Gesundheit als kostbarstes Gut. Wie Lütz ausführte, ver-

stand Aristoteles den Zustand des Gesundheits als göttliches Geheimnis. Ärzte seien dazu da gewesen, Krankheiten zu beseitigen, um diesen göttlichen Zustand wiederherzustellen. Lütz: „Auch für Hippokrates gab es nicht Krankheit oder Gesundheit. Für Hippokrates gab es den individuellen leidenden kranken Menschen.“ Heute hingegen glaube man, Gesundheit sei – wie übrigens alles in unserer Gesellschaft – ein produzierbares Produkt. Und das bedeute: „Man muss was tun für die Gesundheit.“ Was die meisten Menschen Lütz zufolge auch kritiklos tun: Gingen 1980 noch 100.000 Frauen und Männer ins Fitnessstudio, waren es im Jahr 2000 schon 4,59 Millionen.

Das Ende der Ethik

Die Gesundheitsreligion habe inzwischen ihren eigenen Fundamentalismus entwickelt. „Wenn nämlich der gesunde Mensch der eigentliche Mensch ist, dann ist der kranke, vor allem der nicht mehr heilbar kranke, der

behinderte ein Mensch zweiter oder dritter Klasse. Auch alte Menschen werden oft nur als Objekte wahrgenommen – das ist die Ethik des Heilens“, folgerte Lütz: „Früher erwartete man das Heil vom Priester, heute vom Arzt. Diese Ethik des Heilens aber ist das Ende der Ethik.“

Jene Heilssehnsucht produziere eine Pathologisierung und Frustration: „Wir leisten uns gewaltige Verdrängungsapparaturen, sprechen von einer medizinischen Überversorgung und einer emotionalen Unterversorgung. Aber je mehr Krankheiten wir bekämpfen, desto mehr chronische Krankheiten kommen heraus. Kranke und Behinderte bereichern nicht nur die Gesellschaft, sie machen sie auch leistungsstärker.“

„Gesundheit ist heute die neue Religion, die damit verbundenen Begriffe sind pseudo-religiös aufgeladen. Die Gesundheitsreligion ist die mächtigste und teuerste auf der ganzen Welt.“

Dr. Manfred Lütz

Gesundheit sei ein hohes Gut, aber nicht das höchste. Freiheit bedeute auch die Freiheit zu einem ungesunden Leben. Lütz: „Es geht darum, die Quelle des Glücks zu finden. Doch wer den Tod verdrängt, der verpasst das Leben.“ ck

INFO

Tag der offenen Tür

Mit einem Tag der offenen Tür für alle Mitglieder begeht die Kassenzahnärztliche Vereinigung WL im Juli ihr 60-jähriges Bestehen. Neben dem Blick hinter die Kulissen der Selbstverwaltung werden Informationen zu EDV-Systemen und ein wissenschaftlicher Vortrag des Medizinethikers und Zahnarztes Prof. Dr. Dominik Groß geboten. Für eine Presserunde im Anschluss an den offiziellen Teil hat Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr sein Kommen zugesagt. ■



Effektive Keimreduktion

Ein Fall für DYNEXAN PROAKTIV® 0,2% CHX

- ✓ Ihre alkoholfreie Spülung vor und nach Behandlungen
- ✓ Ihr zugelassenes Arzneimittel mit CHX für den Prophylaxeshop*
- ✓ Ihre Verwendungsempfehlung zur sicheren Nachsorge

* Krüger, Die Abgabe von Arzneimitteln durch Zahnärzte, ZM 100, Nr. 20a, 16.10.2010, 114-117.

Erhältlich auch im Dentalgroßhandel.



5 Liter Großflasche für Ihre Praxis

Bruchsichere 300 ml PET-Flasche für zuhause

DYNEXAN® – die Helden der Mundgesundheit

DYNEXAN PROAKTIV® 0,2% CHX. Zus.: 100 g enth.: Wirkstoff: Chlorhexidinbis(D-gluconat) 0,2 g; weit. Bestandteile: Glycerol, Macroglycerohydroxystearat (Ph. Eur.), Minzöl, Pfefferminzöl, ger. Wasser. Anw.: Vorübergehend zur Vermind. von Bakt. in d. Mundhöhle, als unterstützende Beh. zur mechan. Reinig. bei bakt. bed. Entzünd. d. Zahnfl. u. der Mundschleimhaut sowie nach chirurg. Eingriffen am Zahnhalteapparat. Bei eingeschr. Mundhygienefähigkeit. Gegenanz.: Nicht anw. bei Überempfindlichk. gegen Chlorhexidin od. einen der sonst. Bestandt., bei schlecht durchblutetem Gewebe in der Mundhöhle, am Trommelfell, am Auge und in der Augenumg., bei offenen Wunden u. Geschwüren in der Mundhöhle (Ulzerationen), bei Pat. mit Bronchialasthma od. and. Atemwegserkrank., die mit einer ausgepr. Überempfindlichk. der Atemwege einhergehen. Die Inhalation von Menthol kann zu Atemnot führen od. einen Asthmaanfall auslösen. Bei Sgl. u. Kleinkdr. < 2 J. (aufgr. altersbed. mangelnd. Kontrollfähigk. d. Schluckreflexes u. Gefahr eines Kehlkopfkrampfes). Nebenw.: Selten: kurzzeit. Beeintr. d. Geschmacksempf., vorübergeh. Taubheitsgefühl der Zunge u. vorübergeh. Verfärb. von Zunge sowie Zähnen u. Restaurationen. In Einzelf.: Überempfindlichk. gegen Bestandt. von DYNEXAN PROAKTIV® 0,2% CHX; vorübergeh. oberflächl., nicht blutende Abschilferungen der Mundschleimhaut. Ständ. Gebr. von DYNEXAN PROAKTIV® 0,2% CHX ohne mechan. Reinig. kann Blutungen des Zahnfleisches fördern. Enthält Macroglycerohydroxystearat u. Menthol. Stand: Januar 2013. Chem. Fabrik Kreussler & Co. GmbH, D-65203 Wiesbaden.

Wenn vorne einer fehlt



Wenn in der Front ein Zahn fehlt, ist nicht nur aus ästhetischen Gründen eine möglichst schnelle Lösung gefragt. Der Patient will einfach „nur wieder besser aussehen“ und das möglichst ohne herausnehmbare Prothese, der Zahnarzt muss jedoch bei der Planung des Lückenschlusses eine ganze Reihe von Dingen beachten: So hat er nicht nur über Ästhetik, Biokompatibilität, Minimalinvasivität und Langzeitstabilität nachzudenken. Auch das Alter des Patienten, die Knochenbeschaffenheit, die Situation der Nachbarzähne sowie das kraniofaziale Wachstumsmuster müssen berücksichtigt werden. Selbstverständlich ist eine dem Patienten adäquate Hygienefähigkeit der prothetischen Lösung genauso zu bedenken wie die Finanzierbarkeit. Drei Originalarbeiten stellen Situationen mit Lösungsansätzen vor.



Foto: Berchtesgaden – Fotolia.com

Dr. Julia-Gabriela Wittneben und Prof. Daniel Buser präsentieren den Verschluss der Einzelzahn­lücke im Frontzahn­bereich mittels einer Implantat­versorgung. Dieses ist eine evi­denz­basierte Behandlungsmethode, die eine voll­ständige Rehabilitation der Kaufunktion, der Phonetik und der Ästhetik ermöglicht, ohne die Nachbar­zähne zu traumatisieren. Bedingt durch die Verbesserungen der vergan­genen zehn Jahre bezüglich Implantat­design, der prothetischen Komponenten und der zahn­ärztlichen Materialien sind die Erwartungen an einen ästhetischen und kau­funktionellen Erfolg mit dieser Methode erheblich gestiegen. Die Autoren präsentieren ein Behand­lungs­konzept der Versorgung einer Einzelzahn­lücke im ästhetisch anspruchsvollsten Bereich – der Oberkieferfront.

Der kieferorthopädische Lückenschluss ist eine Möglichkeit, einen fehlenden Zahn sogar durch einen eigenen Zahn zu ersetzen. Diese Art der Behandlung unterliegt grundsätzlich keiner Altersbeschränkung, wie die Autoren Dr. Björn Ludwig, Traben-Trarbach und Homburg/Saar, Dr. Jan Hourfar, Reinheim und Heidelberg, und Univ.-Prof. Dr. Christopher J. Lux, Heidelberg, betonen. Wird die Behandlung beim jungen Patienten begonnen, ist diese in der Regel im Teenager-Alter abgeschlossen. Die Autoren empfehlen aber, individuell zu prüfen, ob eine Lücke kieferorthopädisch geschlossen werden kann oder ob Lücken nur kieferorthopädisch für eine spätere prothetisch-implantologische Lösung vorbereitet werden sollten. Sie fordern daher eine enge interdisziplinäre Abstimmung.

Eine Einzelzahn­lücke im Frontbereich ist für den Zahnarzt sowohl beim Kind als auch beim Erwachsenen immer eine Herausforderung. Neben der herkömmlichen Klammerprothese, die nur noch selten zur Anwendung kommt, wünschen Patient und Zahnarzt eine möglichst festsitzende und ästhetisch ansprechende Lösung. Hier liefern die Breite der Lücke, die Knochenbeschaffenheit, die Situation der Nachbar­zähne und mehr wichtige Ent­scheidungs­grundlagen, wie die Autoren ZA Christoph Bothung und Prof. Dr. Stefan Wolfart, beide Aachen, schreiben.

Wenn eine minimalinvasive Lösung – eventuell auch nur für eine gewisse Interimsphase zum Beispiel bei einem Jugendlichen in der Wachstumsphase – angestrebt wird, bietet die voll­keramische Adhäsiv­brücke den optimalen Lösungsansatz, denn zentrale Vorteile der Versorgung mit dieser Methode sind eben die Minimalinvasivität und die Unabhängigkeit vom Abschluss des Kieferwachstums. Ein zirkuläres Umfassen des Pfeilerzahns ist nicht erforderlich und die Notwendigkeit von reten­tiven Präparationselementen entfällt.

Vergleicht man die Mengen des präparations­bedingten Substanzabtrags, so ergibt sich für konventionelle Verblendkronen ein Zahn­hart­substanzverlust von bis zu 60 Prozent, der Schmelzverlust am Pfeilerzahn einer Klebe­brücke jedoch beträgt nur maximal zehn Prozent. Da fällt die Entscheidung leicht. Die Autoren gehen auch auf Vor- und Nachteile ein- beziehungsweise zweiflügeliger Adhäsiv­brücken ein. ■

Verantwortlich für den Fortbildungsteil:

**Prof. Dr. Elmar Hellwig
Prof. Dr. Detlef Heidemann
Susanne Priehn-Küpper**

Adhäsive Versorgung der Einzelzahnücke

Christoph Bothung, Stefan Wolfart

Der gegenwärtige Anspruch sowohl aus der Perspektive des Zahnarztes als auch aus der des Patienten an festsitzenden Zahnersatz dreht sich vor allem um die zentralen Begriffe Ästhetik, Biokompatibilität, Minimalinvasivität und Langzeitstabilität. Betrachtet man unter diesen Aspekten die Möglichkeiten der Versorgung einer Einzelzahnücke, ergeben sich unter Berücksichtigung des Alters, der Pfeilerzahnbeschaffenheit, der Knochenmorphologie, des kraniofazialen Wachstumsmusters, der Hygienefähigkeit, des Patientenwunsches und nicht zuletzt der monetären Basis mehrere Möglichkeiten, diese adäquat zu schließen.



Vor allem bei jüngeren Patienten ist die Indikation zur Versorgung einer Einzelzahnücke durch die Aplasie von permanenten Zähnen oder durch den traumatisch bedingten Verlust von Einzelzähnen gegeben. Um der genannten Forderung der Minimalinvasivität gerecht zu werden, kommen vor allem substanzschonende Behandlungskonzepte wie der kieferorthopädische Lückenschluss, die Rehabilitation mittels Adhäsivbrücken oder die Versorgung durch Einzelzahnimplantate, sofern das Kieferwachstum abgeschlossen ist, zum Einsatz. Welcher Weg eingeschlagen wird, ist bei interdisziplinärer Behandlung zunächst abhängig von den Ergebnissen der kieferorthopädischen Analyse. Fällt die Entscheidung für einen Erhalt der Lücke beziehungsweise für eine Lückenöffnung mit nachfolgender prothetischer Versorgung, muss im nächsten Schritt die individuelle Situation abgewogen werden. Hierbei spielen vor allem Knochenangebot, Breite der Zahnücke, Wurzelparallelität und Platzangebot im Bereich der Radizes eine entscheidende Rolle.

Lösung mit vollkeramischer Adhäsivbrücke

Ein zentraler Vorteil der Versorgung einer Einzelzahnücke mittels vollkeramischer Adhäsivbrücke ist die Minimalinvasivität und die Unabhängigkeit vom Abschluss des Kieferwachstums. Es ist kein zirkuläres Umfassen des Pfeilerzahns erforderlich und die Notwendigkeit von retentiven Präparationselementen entfällt.



Abbildung 1: Zwei einflügelige Adhäsivbrücken mit Zirkonoxidgerüst

Vergleicht man die Mengen des durch die Präparation verursachten Substanzabtrags, so ergibt sich für konventionelle Verblendkronen ein Zahnhartsubstanzenverlust von bis zu 60 Prozent und für den Pfeilerzahn einer Adhäsivbrücke ein maximaler Verlust von zehn Prozent [Peters, 1986]. Zunehmend hat sich vor allem im Frontzahnbereich die einflügelige Gestaltung der Adhäsivbrücke bewährt [Kern, 2005] (Abbildung 1), so dass sich die Invasivität mit

nur einer Pfeilerzahnpräparation weiter verringert.

Durch den geringen Abtrag von Zahnhartsubstanz, der sich auf den Schmelz beschränkt, treten keine Pulpa-irritationen auf [Kern, 2005]. Unter anderem ermöglicht dies den Einsatz der einflügeligen Adhäsivbrücke schon bei Jugendlichen vor Abschluss des Kieferwachstums, da keine Wachstumsbeeinträchtigung des Kieferkamms zu erwarten ist und auch keine iatrogen verursachte Zahnfehlstellung durch unphysiologisches Verblocken von Zähnen auftritt [Sasse, 2009].

Weitere Vorzüge wie die bestehende Option auf spätere konventionelle Therapiealternativen, der mögliche Verzicht auf Anästhesie, das Entfallen einer provisorischen Versorgung und die fehlende Notwendigkeit der Parallelisierung von Pfeilerzähnen sind selbsterklärend [Sasse, 2009].

Betrachtet man insbesondere die einflügelige Klebebrücke, so ergeben sich zusätzlich folgende Argumente zugunsten der

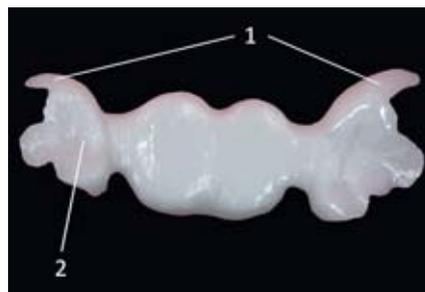


Abbildung 2a: Zirkonoxid-Gerüst einer Inlaybrücke mit oral liegenden Flügeln (1) und okklusalem Kasten (2)

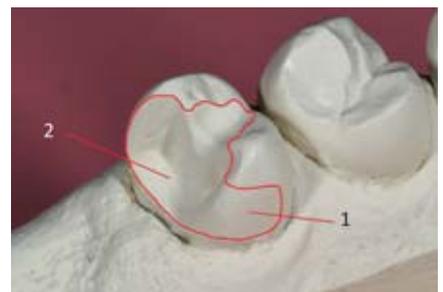


Abbildung 2b: Präparation der Inlaybrücke für einen Pfeilerzahn auf dem Gipsmodell auch hier mit oral liegendem Flügel (1) und okklusalem Kasten (2)



Abbildung 3:
Panoramaaufnahme
der Ausgangssituation
eines 17-jährigen
Patienten: interradi-
kulärer Platzmangel
zwischen 21 und 23

genannten Versorgung: Nur ein Approximalraum ist in der ästhetischen Erscheinung durch die Ausmaße des Verbinders beeinträchtigt und das gefürchtete Kariesrisiko durch unbemerktes Lösen einer Klebestelle durch zweiflügeligen Designs entfällt [Kern, 2005; Sasse, 2009].

Ein oder zwei Flügel – Vor- und Nachteile

Laut aktueller Stellungnahme der DGZMK von 2007 soll der Pfeilerzahn karies- und füllungs frei sein, wobei kleinere Füllungen, die sich vollständig von dem Gerüst bedecken lassen, akzeptiert werden können [Kern, 2007]. Weiterhin sollte der Pfeilerzahn keine beziehungsweise nur geringe Schmelzabrationen aufweisen, damit eine möglichst große prospektive Klebefläche zur Befestigung nutzbar ist [Kern, 2007]. Findet die Adhäsivbrücke eine Indikation im Bereich der Oberkieferfront, sollte auf eine ausreichende Dimension der horizontalen und der vertikalen Frontzahnstufe geachtet werden, da das Gerüst und die Klebefuge zusammen etwa 0,8 mm in Anspruch nehmen. Abzüglich eines Substanzabtrags von bis zu 0,5 mm müssen somit vor Beginn der Präparation circa 0,3 bis 0,4 mm zur Verfügung stehen. Gegebenenfalls muss eine kieferorthopädische Protrusion des Pfeilerzahns oder eventuell der gesamten Oberkieferfrontzähne in Erwägung gezogen werden [Kern, 2007; Sasse, 2009].

Seit der Weiterentwicklung hochfester Keramiken kommen vermehrt vollkeramische Adhäsivbrücken zum Einsatz. Klinisch zeigen sie vergleichbare Ergebnisse zu konventionellen Brücken-Versorgungen.

Im Jahr 2011 wurden die Zehn-Jahres-Ergebnisse einer nicht-randomisierten, aber kontrollierten Studie von ein- und zweiflügeligen vollkeramischen Adhäsivbrücken veröffentlicht [Kern, 2011]. Wie auch bereits die Fünf-Jahres-Ergebnisse dieser Studie zeigten [Kern, 2005], scheinen sich nach langjähriger Inkorporation einflügelige Klebebrücken besser zu bewähren als Adhäsivbrücken, die über zwei Pfeilerzähne verblockt sind. Die Zehn-Jahres-Überlebensrate nach Kaplan-Meier der einflügeligen Brücken belief sich auf 94,4 Prozent.

Die der zweiflügeligen Restaurationen betrug 73,9 Prozent, wobei hier lediglich der Verlust der Restauration als Misserfolgskriterium gewertet wurde. Die Überlebensrate verschlechtert sich bei den zweiflügeligen Brücken auf 67,3 Prozent, wenn auch die einseitige Fraktur in die Kalkulation mit einbezogen wird [Kern, 2011].

Als möglichen Grund für das schlechtere klinische Bewähren der Frontzahnbrücke mit zwei Klebeflügeln gegenüber dem einflügeligen Design wird in der Literatur auf die unterschiedlichen Beweglichkeiten der Pfeilerzähne hingewiesen, die durch funktionelle Kontakte während der dynamischen Okklusion bei Exkursionsbewegungen entstehen



Abbildung 4a: Klinische Situation des Oberkiefers von labial mit alio loco inseriertem Provisorium und Narbenzug in Regio 12 infolge einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte.

[Kern, 2011]. Im Gegensatz dazu entstehen Spannungen zum Nachbarzahn aufgrund der „Einzelaufhängung“ der einflügeligen Brücke erst gar nicht, da sich diese Brücken immer mit ihrem Pfeilerzahn zusammenbewegen können [Kern, 2005; Kern, 2011]. Wegen des ausgedehnten zeitlichen Studienzeitraums von Kern und Sasse (Zehn-Jahres-Ergebnisse von 2011) und der progredienten Weiterentwicklung der Materialien kamen sowohl Aluminiumoxid- als auch Zirkonoxidkeramiken zur Anwendung. Auch der Eingliederungsmodus veränderte sich. Die ersten Klebebrücken wurden mittels tribochemischer Vorbehandlung (Silikatisierung/Silanisierung) eingeklebt, während die folgenden Brücken eine Vorbehandlung mit Aluminiumoxid (Al_2O_3 , 50 μm) erfuhren [Kern, 2005; Kern, 2011].

Da kein klinischer Misserfolg in einem Versagen des Klebeverbands begründet war, sondern durch eine Fraktur des Verbinders zustande kam, können beide Klebevorgänge als zuverlässig bezeichnet werden [Kern, 2005; Kern, 2011]. Aktuell setzen sich jedoch die einflügeligen Adhäsivbrücken mit Zirkonoxidgerüst und einem Anstrahlen der Klebefläche des Flügels mit Aluminiumoxid (Al_2O_3 , 50 μm , 1,5 bis 2,3 bar) durch.

Bedingt durch die Auswahl des Kunststoffklebers benötigen die Gerüste eventuell einen zusätzlichen Vorbehandlungsschritt mit Zirkonoxidprimern (zum Beispiel Monobond plus, Ivoclar Vivadent). Nur bei einer Verklebung mit unter Sauerstoffinhibition härtendem phosphatmonomer-haltigem Kleber (Panavia 21, Kuraray) kann aufgrund der im Kleber vorhandenen MDP-Moleküle (10-Methacryloyloxydecyldihydrogenphosphat) auf eine zusätzliche Verwendung von Zirkonoxid-Primern verzichtet werden.



Abbildung 4b: Klinische Situation mit Sicht von palatinal



Abbildung 5: Ponticgestaltung mit diamantierter Fräse

Botelho et al. untersuchten 2006 retrospektiv 269 einflügelige Adhäsivbrücken, die bereits für mindestens zwei Jahre in situ waren. Es zeigte sich über eine mittlere Beobachtungszeit von 51,7 Monaten eine Überlebensrate von 94,8 Prozent [Botelho, Leung et al., 2006].

Auch eine 2008 erschienene Meta-Analyse von Pjetursson zeigt vergleichbare Ergebnisse. Die geschätzte Fünf-Jahres-Überlebensrate beträgt hier 87,7 Prozent, wobei sowohl Adhäsivbrücken im Front- wie auch im Seitenzahngebiet Gegenstand der Literaturrecherche waren. Es wurde eine jährliche Debondingrate von 5,03 Prozent für den Seitenzahnbereich und 3,05 Prozent für Restaurationen in der Front errechnet [Pjetursson, Tan et al., 2008].

Adhäsivbrücke im Seitenzahnbereich

Auch für den Seitenzahnbereich sind adhäsiv befestigte, minimalinvasiv präparierte Brücken zum Ersatz eines Zahnes beschrieben. Dabei zeigten klassische Inlay-Brücken aus Lithiumdisilikat-Glaskeramik keine ausreichend guten Überlebensraten [Harder, Wolfart et al. 2010].

Um die erhöhte Debondingrate und die erhöhte Frakturrate dieser Seitenzahnbrücken zu verbessern und gleichzeitig dem Wunsch nach Minimalinvasivität nachzukommen, wurde 2006 ein neues Präparations- und Restaurationsdesign von adhäsiv befestigten Inlay-Brücken beschrieben [Wolfart und Kern, 2006] (Abbildungen 2a und 2b). Dieses richtet sich nach der Ausdehnung eines möglicherweise vorhandenen kariösen Defekts und vermeidet die in früheren Studien angeführten

Schwachstellen von vollkeramischen Inlaybrücken [Wolfart, Bohlsen et al., 2005]. Zur Vermeidung von Gerüstfrakturen wird als Gerüstmaterial die hochfeste Zirkonoxidkeramik vorgeschlagen. Um einem Debonding entgegenzuwirken, wird die retentive Ausdehnung der Präparation im Schmelz durch einen leicht präparierten okklusal liegenden Kasten und einen dünnen oral



Abbildung 6a: Mukogingivalchirurgie (Rollappen in Kombination mit Bindegewebs-transplantat aus dem Gaumen) in Regio 11 und 21



Abbildung 6b: Ausgeheilte Situation nach Weichgewebeschirurgie Regio 11 und 21

liegenden Flügel vergrößert [Wolfart und Kern, 2006]. Auch zu dieser Form der adhäsiv befestigten Inlay-Brücke liegen inzwischen vielversprechende 20-Monats-Ergebnisse mit Überlebensraten von 100 Prozent vor [Abou Tara, Eschbach et al., 2011].

Die prothetische Rehabilitation der Einzelzahnlücke per Adhäsivbrücke soll im Folgenden anhand von Fallbeispielen dargestellt werden. Abschließend wird auf etwaige Besonderheiten im Therapieablauf hingewiesen.

Vorgehen bei der Insertion einer Klebebrücke

Nach eingehender klinischer Untersuchung wird die Indikation zur Rehabilitation mittels Adhäsivbrücke gestellt (Abbildungen 3, 4a und 4b). Es folgt die detaillierte Befundaufnahme mit Erstellung der diagnostischen Unterlagen und anschließender Planung.

Es empfiehlt sich, die Studienmodelle mittelwertig einzuartikulieren, um die möglichen Flügel- und Brückenglieddimensionen während der statischen und der dynamischen Okklusion zu überprüfen. Bei ungünstigen Platzverhältnissen können kieferorthopädische Maßnahmen zur Proklination der Oberkieferfrontzähne präprothetisch angebracht sein. Auch kleinere chirurgische Maßnahmen können zu diesem Zeitpunkt zur Optimierung der rot-weißen Ästhetik realisiert werden. So wird zum Beispiel mittels grobkörnigem Diamanten oder Elektrotom die Gingiva im Bereich des prospektiven Brückenglieds forciert modelliert (Abbildung 5).

Die weitere Pontic-Ausformung des Zahnfleisches in diesem Bereich erfolgt durch einen an der Basalfläche konvex gestalteten Ersatzzahn, der in eine Interimsversorgung oder kieferorthopädische Retentionsplatte eingegliedert ist. Fehlt im Bereich der roten Ästhetik Volumen, kann dies im Vorfeld durch Mukogingivalchirurgie (Bindegewebsstransplantat, Rollappen) geschaffen werden (Abbildungen 6a und 6b).



Abbildung 7: Färben der Palatinalflächen zur besseren Visualisierung der Präparation: Inzisale punktförmige Markierungen zeigen die Mamelons an.

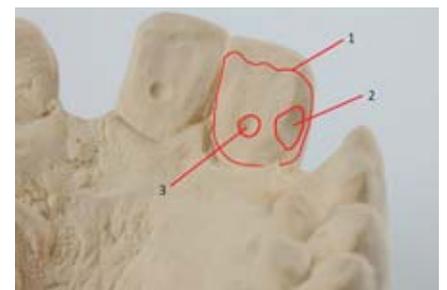


Abbildung 8: Präparationsgrenze (1), approximale Kastenform (2) und Noppe (3) am Gipsmodell dargestellt

EIN FUTURABOND FÜR ALLE FÄLLE!



DUALHÄRTENDES UNIVERSAL-ADHÄSIV

- Ein Bond für alle Fälle – Sie benötigen kein weiteres Adhäsiv in Ihrer Praxis
- Self-Etch, Selective-Etch oder Total-Etch – Sie als Anwender haben die freie Wahl
- Herausragende Anwendungsvielfalt
 - für direkte und indirekte Restaurationen
 - uneingeschränkt kompatibel mit allen licht-, dual- und selbsthärtenden Composites ohne zusätzlichen Aktivator
 - sichere Haftung an diversen Materialien wie Metall, Zirkon- und Aluminiumoxid sowie Silikatkeramik ohne zusätzlichen Primer
- In einer Schicht aufzutragen – gesamte Verarbeitungszeit nur 35 Sekunden



Futurabond® U



Um die notwendigen Korrekturmaßnahmen im Vorfeld besser erkennen zu können, sollte im Labor zur detaillierten Planung ein diagnostisches Wax-up hergestellt werden. So fallen auch kleine Korrekturen, die an Nachbarzähnen durchgeführt werden könnten, stärker in Augenschein. Die Korrekturen werden am Studienmodell optimal gestaltet und mittels Silikon Schlüssel in Komposit am Patienten exakt umgesetzt. Da die Präparation, wenn sie auch sehr substanzschonend ist, als techniksensitiv einzustufen ist, empfiehlt sich für den Ungeübten eine Probepräparation am Gipsmodell.

Präparation für eine einflügelige Adhäsivbrücke im Frontzahnbereich: Anschließend folgt die reale Präparation. Für eine kontrastreichere Visualisierung der Präparation werden mit einem wasserfesten Filzstift zunächst die orale und die proximale Fläche des Pfeilerzahns markiert (Abbildung 7). Eventuelle Okklusionskontakte werden farblich dargestellt. Der persönliche Charakter der Frontzähne durch inzisale Transluzenz oder Mamelons sollte von der prothetischen Versorgung nicht beeinflusst werden. Daher empfiehlt es sich, die Lage der Charakteristika ebenfalls farblich am Übergang von Inziskante zu Palatinalfläche anzuzeichnen und während der Präparation zu berücksichtigen (Abbildungen 7 und 8). Die maximale Ausdehnung nach proximal wird mit einer Sondenspitze in die farbige Markierung angezeichnet. Für die Präparation im Frontzahnbereich folgt die palatinale „Veneer-Präparation“. Da die Versorgung mit Zirkonoxidbrücken dank der hervorragenden adhäsiven Eigenschaften keine retentiven Elemente benötigt, wird lediglich zur Positionsstabilität eine Mulde im Bereich des Tuberculum bei einer Frontzahnversorgung mit einer diamantierten Kugel präpariert. Zervikal wird eine seichte Hohlkehle angelegt. Inzisal präpariert der Behandler eine sogenannte Abschlussstufe. Zur Verstärkung und ausreichenden Dimensionierung des proximalen Verbinders wird eine proximale Kastenform (etwa 0,5 mm tief, 2 mm x 2 mm breit) angebracht (Abbildung 8) und für einen verbesserten Klebeverbund zum Schmelz wird der oberste Schmelzanteil (30 bis 50 µm) abgetragen.



Abbildung 9: Ausgeheilte und konkav ausgeformte Gingiva im Bereich der Brückengliedauflage

Abschließend folgt die Glättung aller Kanten [Strub, 2011].

Es folgt die Abformung: Materialtechnisch haben sich Polyether oder A-Silikone bewährt. Bei nicht vollständig von der Papille ausgefülltem Approximalraum von der zum Brückenglied abgewandten Seite empfiehlt sich ein Ausblocken mit hinreichendem Abstand zur Präparationsgrenze. Diese Maßnahme beugt einem Ausreißen der Abformmasse vor. Wegen des geringen Substanzabtrags ist keine Erstellung eines konventionellen Provisoriums notwendig. Allerdings wird zur Positionsstabilität der Pfeilerzähne oder des Pfeilerzahns eine kieferorthopädische Retentionsplatte oder eine Interimsprothese eingegliedert. Auch zu diesem Zeitpunkt kann diese weiterhin zur konkaven Ausformung der Gingiva im Bereich der Brückengliedauflage genutzt werden (Abbildung 9).

Gerüstanpassung: In der nächsten Sitzung wird die Passung des Zirkonoxid-Gerüsts überprüft. Dies erfolgt mithilfe eines



Abbildung 10: Kontrolle der Passung mittels dünnfließendem Silikon

farbigen, dünnfließenden Silikons (zum Beispiel Fit Test C & B, Voco), das auf die Restauration aufgetragen und intraoral in Position gebracht wird (Abbildung 10). So lässt sich nach dem Aushärten die Schichtstärke der künftigen Klebefuge visualisieren und der einwandfreie Sitz des Gerüsts verifizieren. Es folgt wie bei konventionellen Restaurationen die Farbauswahl.

Anprobe des Rohbrands: Beim nächsten Termin wird die Adhäsivbrücke im Rohbrand anprobiert. Kleine Korrekturen können gegebenenfalls noch vorgenommen werden. Anschließend erfolgt die definitive Anprobe. Hier werden alle üblichen Parameter wie Passung, Approximalkontakt und Ästhetik final überprüft.

Im Bereich des Pontics ist darauf zu achten, dass der ausgeübte Druck von der Basalfläche des Brückenglieds nicht zu stark ist und dass sich eine Ischämie der Gingiva nach spätestens sieben Minuten zurückbildet. Für die definitive Eingliederung der Arbeit wird zur absoluten Trockenlegung ein Kofferdam angebracht. Der Sitz der Brücke sollte erneut kontrolliert werden, um eventuelle Hindernisse durch den Kofferdam beseitigen zu können. Zur Verbesserung der retentiven Eigenschaften der Oxidkeramik wird diese an der Klebefläche mit reduziertem Druck (1,5 bis 2,3 bar) korundgestrahlt (Al_2O_3 , 50 µm) [Kern, Barloi et al., 2009] (Abbildung 11). Zuvor empfiehlt es sich, die Verblendkeramik des Brückenglieds mit Kunststoff (Pattern Resin, GC) zu maskieren, um einem ungewollten Anrauen vorzubeugen. Des Weiteren kann der Arbeitsschritt optimiert und kontrolliert werden, indem die Klebefläche mit einem Filzstift geschwärzt wird (Abbildung 11).

Noch vorhandene Farbflächen gelten als Indiz für ungenügendes Anstrahlen [Kern, 2010]. Nach der simultanen Reinigung im Ultraschallbad mit Alkohol (96 Prozent) ist die Restauration bereit für den Klebeprozess. Die Zahnoberfläche hingegen bedarf noch der maschinellen Reinigung mittels Pulver-Wasser-Strahlgerät (zum Beispiel Prophylflex, KaVo) mit Natriumbicarbonatfreiem Pulver (wie Clinpro™ Prophy Powder, 3M Espe) oder mit Nylonbürstchen und Bimssteinpulver (Siladent).

LISTERINE® ZERO™

Entschärft im Geschmack.
Stark in der Wirkung.

NEU



LISTERINE® ZERO™

- Weniger intensiv im Geschmack
- Ohne Alkohol
- Mit hohem Fluoridgehalt 220 ppm (0,05 % NaF)
- Listerine® Zero™ vereint die antibakterielle Effektivität der ätherischen Öle in neuer Formulierung.



LISTERINE®
Tiefenstarke Mundhygiene

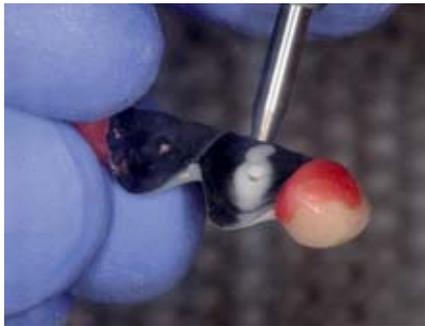


Abbildung 11: Abstrahlen der gefärbten Klebeflächen mit Al_2O_3 ; Schutz der Verblendkeramik mit Kunststoff

Einzelne Schritte der adhäsiven Befestigung:

Analog des herkömmlichen Protokolls zur adhäsiven Befestigung wird der Pfeilerzahn mit 37 Prozent Orthophosphorsäure konditioniert (Abbildung 12), mit Wasser neutralisiert und abschließend getrocknet. Falls Dentinareale freiliegen, sollte in diesen Bereichen zusätzlich ein Dentinadhäsiv (wie Clearfill Newbond, Kuraray) verwendet werden. Der unter Sauerstoffinhibition här-



Abbildung 12: Zustand nach absoluter Trockenlegung mit Kofferdam und Ätzen mit 37-prozentiger Phosphorsäure



Abbildung 13: Laborgefertigter Zementierungsschlüssel



Abbildung 14a: Situation unmittelbar nach definitivem Zementieren der Adhäsivbrücke mit den Pfeilerzähnen 11 und 21 und den Brückengliedern 12 und 22: Die natürlichen Zähne sind infolge des Kofferdams noch dehydriert.



Abbildung 14b: Situation von palatinal: Die beiden Flügel sind miteinander verblockt.



Abbildung 14c: Ansicht der eingegliederten Brücke mit perioralem Weichgewebe unmittelbar nach definitivem Zementieren

tende, phosphat-monomerhaltige Kleber (Panavia 21, Kuraray) wird auf die Klebefläche der Brücke aufgetragen und diese anschließend intraoral in Position gebracht. Zur optimalen Positionierung der Brücke wird ein Zementierungsschlüssel (zum Beispiel aus Pattern Resin, GC) empfohlen, der im Labor oder intraoral angefertigt wird und einen definitiven Sitz der Restauration bei der Eingliederung gewährleistet (Abbildung 13).

Kunststoffüberschüsse werden direkt von der Assistenz mithilfe eines Schaumstoffpellets entfernt. Zur Sauerstoffinhibition wird ein Sauerstoffschutzgel auf die Klebefuge aufgetragen. Nach der Aushärtung



Abbildung 15: Zweiflügelige Variante der Adhäsivbrücke zur Prophylaxe eines kieferorthopädischen Rezidivs: Die verblockten Flügel übernehmen die Aufgabe eines Retainers.

erfolgt das Entfernen von überschüssigem Zement und die Kontrolle von Okklusion und der Artikulationskontakte mit abschließender Politur (Abbildungen 14a bis 14c).



Abbildung 16a: Situation von zwei Adhäsivbrücken zum Zeitpunkt der definitiven Befestigung bei einer 19-jährigen Patientin



Abbildung 16b: Kieferorthopädisches Rezidiv sechs Monate nach definitiver Befestigung von zwei Adhäsivbrücken an 11 und 21 zum Ersatz von 12 und 22



Abbildung 16c: Frontale Ansicht des kieferorthopädischen Rezidivs sechs Monate nach definitiver prothetischer Versorgung



Abbildung 17a: Anprobe der fertigen Adhäsivbrücke 21 bis 11: Die Brackets aus Metall sind an den Zähnen 13, 11 und 21 noch in situ. Farbunterschiede sind nicht zu erkennen.



Abbildung 17b: Gesamtansicht nach Debonding der Brackets: Unterschiede in den Farbnuancen zwischen den Pfeilerzähnen 11 und 21 und den Brückengliedern 12 und 22 sind sichtbar.



Abbildung 17c: Abschlussbild nach intra-oralem Bearbeiten der Keramikoberfläche (Glaser wurde entfernt und die Oberfläche poliert)

Besonderheiten im Therapieablauf

Da Adhäsivbrücken häufig in engem Zusammenhang mit einer parallel durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung stehen, sind in diesen Fällen zum einen die Retentionsphase und zum anderen die Farbauswahl zu berücksichtigen. Nach erfolgter kieferorthopädischer Therapie und einer geplanten prothetischen Rehabilitation mit Adhäsivbrücken muss mit einem Rezidiv der KFO-Behandlung gerechnet werden. Deshalb sollte bei Verwendung von einflügeligen Adhäsivbrücken in jedem Fall auf eine suffiziente Retentionsphase mit Retainer oder Schiene geachtet werden, die vom Patienten konsequent getragen wird. Alternativ kann es in diesen Fällen sinnvoller sein, die Variante einer zweiflügeligen Brücke (Abbildung 15) als Therapiekonzept in Erwägung zu ziehen, da diese die Funktion eines Retainers übernehmen kann und unabhängig von der Mitarbeit des Patienten ist. Im hier aufgeführten Patientenbeispiel trug die Patientin die extra angefertigte

Retentionsschiene nicht. Sechs Monate nach Eingliederung stellte sie sich mit dem in den Abbildungen 16a bis 16c dargestellten Rezidiv vor.

Die erfolgreiche prothetische Integration der Arbeit hängt auch von einer optimalen Farbestimmung ab. Hierbei sollte berücksichtigt werden, dass die Farbestimmung erst dann stattfindet, wenn temporär farbbeeinflussende Elemente (wie Metall-Brackets) in unmittelbarer Nähe zu den Pfeilerzähnen nicht mehr vorhanden sind. Im hier gezeigten Beispiel fand die Eingliederung der zweiflügeligen Brücke mit inserierten Brackets statt.

Wie in Abbildung 17a dargestellt, ist zu diesem Zeitpunkt annähernd kein Farbunterschied erkennbar. Nach Debonding der Brackets kam es allerdings zu unterschiedlichen Farbnuancen zwischen den natürlichen Zähnen und den Brückengliedern 12 und 22 (Abbildung 17b). In diesem Fall ließ sich die Farbdifferenz zufriedenstellend durch Abtrag der Glaser und Malfarben korrigieren (Abbildung 17 c).

Auch kann der Klebeflügel selbst zu mini-

malen Farbveränderungen am Zahn führen. Dieser Einflussfaktor sollte im Rahmen der Glanzbrandanprobe überprüft werden.

ZA Christoph Bothung
Prof. Dr. Stefan Wolfart
Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Biomaterialien, Zentrum für Implantologie
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30
52074 Aachen
cbothung@ukaachen.de

Zahntechnik:
ZTM N. Mirschel
Dentallabor Impladent GmbH
Kullenhofstr. 30
52074 Aachen

MEHR ZUM THEMA CME auf zm-online



Scannen Sie den QR-Code oder geben Sie auf der Website 22273 in die Suchmaske ein.



ZA Christoph Bothung

2002 bis 2004 Ausbildung zum Zahntechniker in Köln, 2004 Gesellenprüfung in Düsseldorf, 2004 bis 2009 Studium der Zahnmedizin an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule (RWTH) Aachen, 2010 Approbation als Zahnarzt, seit 2010 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Biomaterialien, Zentrum für Implantologie des Universitätsklinikums Aachen



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

Implantate zur Einzelzahnversorgung im ästhetischen Bereich

Julia-Gabriela Wittneben, Daniel Buser

Der Einsatz von Implantaten für die Behandlung der Einzelzahnücke ist eine evidenzbasierte Behandlungsmethode, die eine vollständige Rehabilitation der Kaufunktion, der Phonetik und der Ästhetik ermöglicht, ohne die Nachbarzähne zu traumatisieren. Bedingt durch die Verbesserungen der vergangenen zehn Jahre bei Implantatdesign, prothetischen Komponenten und zahnärztlichen Materialien sind die Erwartungen nach einem ästhetischen und kaufunktionellem Erfolg in der Implantologie deutlich gestiegen. Dieser Artikel präsentiert ein evidenzbasiertes Behandlungskonzept für die Versorgung von Einzelzahnücken im ästhetisch anspruchsvollsten Bereich, der Oberkieferfront.



Abbildung 1: Zahn 11 muss wegen in- und externer Wurzelresorption (klinisch durch Pus und radiologisch durch Einzelzahnaufnahme bestätigt) post Trauma extrahiert werden; Ausgangssituation an Zahn 11 in situ: hohe Lachlinie, „gummy smile“, dreieckig geformte Zähne, dünner gingivaler Biotyp, ausgeprägt girlandenförmige Gingiva.

Das Indikationsspektrum von Implantaten ist heute groß. Es umfasst Einzelzahnücken, Freundsituationen, Mehrfachlücken und zahnlose Kiefer. Laut einer Studie von Bornstein et al. [2008] ist die häufigste Indikation die Einzelzahnücke in der Maxilla, wovon 40 Prozent im anterioren Bereich liegen. Ein Patientenbeispiel ist illustrativ zu den jeweiligen Beschreibungen dargestellt.

Behandlungsplanung und Evaluation des Risikos

Bei jeder Implantatbehandlung ist zunächst eine detaillierte Befundaufnahme notwendig, inklusive der dentalen, sozialen, allgemeinmedizinischen Anamnese sowie einer intra- und extraoralen Untersuchung. Bei

Die Herausforderung in der heutigen Implantologie besteht – neben einer erfolgreichen Osseointegration und einem funktionalen Ergebnis – auch darin, einen ästhetischen Erfolg zu erreichen. Ziel ist dabei eine präzise Imitation der „weißen“ und der „rosafarbenen“ Ästhetik des dento-gingivalen Komplexes.

Eine erfolgreiche Osseointegration wird heute als selbstverständlich erachtet, und Studien zeigen sehr gute Langzeitresultate. Eine aktuelle Zehn-Jahres-Studie mit 511 Implantaten zeigte eine Implantat-Überlebensrate von 98,8 Prozent und eine Erfolgsrate von 97,0 Prozent [Buser et al., 2012].

Die prothetische Versorgung dieser Implantate (insgesamt 268 Implantat-getragene Einzelkronen und 127 Brücken) zeigte eine Überlebensrate der Rekonstruktionen von 95,5 Prozent [Wittneben et al., 2013]. Die prothetische Erfolgsrate ist mit 70,8 Prozent deutlich niedriger, da die technische Komplikation „Abplatzung der

Keramik“ oft beobachtet wurde (20,31 Prozent) (Tabelle).

Die zweithäufigste mechanische und technische Komplikation betraf die „Lockerung der Okklusalschraube“, gefolgt von „Retentionsverlust“ (Tabelle).

Mechanische und technische Komplikationen nach 10,75 Jahren

	n (=397)	%
Retentionsverlust	8	2,06 %
Keramikabplatzung	79	20,31 %
Lockerung der Okklusalschraube	10	2,57 %
Fraktur der Okklusalschraube	1	0,26 %
Abutment Lockerung	1	0,26 %
Abutment Fraktur	1	0,26 %
unbekannter Grund der Komplikation	1	0,26 %

Quelle: Wittneben et al., 2013

einer Implantation im ästhetischen Bereich ist zusätzlich eine ästhetische Risikoanalyse notwendig (Abbildung 1), wobei hier das „Esthetic Risk Assessment“ des ITI (International Team of Implantology) verwendet wird [Martin et al., 2006].

Der Schwierigkeitsgrad des individuellen Patientenfalles wird gemäß der SAC-Klassifikation (S=Straightforward, A=Advanced, C=Complex) bestimmt [Dawson et al., 2009]. Im ästhetischen Bereich werden Implantatbehandlungen generell in die Kategorien A oder C eingestuft.

Liegen horizontale und/oder vertikale Knochendefekte vor, wird heute meist eine dreidimensionale Röntgenanalyse mithilfe der DVT-Technik durchgeführt, womit diese Knochendefekte im Detail analysiert werden können (Abbildungen 2a und 2b).

Durchführung der chirurgischen Phase

Bei der Einzelzahnimplantation im Frontzahnbereich des Oberkiefers stehen heute Situationen im Vordergrund, bei denen vorgängig ein nicht erhaltungswürdiger Zahn extrahiert werden muss. Das heißt, dass die Implantation nach Extraktion massiv an Bedeutung zugenommen hat. Dabei stehen dem Kliniker heute verschiedene Behandlungsoptionen zur Verfügung, die Sofort-, die Früh- oder die Spätimplantation [Hämmerle et al., 2004; Chen et al., 2009], die je nach klinischer Situation in unterschiedlicher Häufigkeit zur Anwendung kommen.

Die Sofort-Implantation am Tage der Extraktion sollte nur bei idealen klinischen Verhältnissen gewählt werden, was im Oberkiefer-Frontzahnbereich nur selten der Fall ist. Beim Vorliegen von hohen Risikofaktoren steigt das Risiko für ästhetische Komplikationen deutlich an, wobei die Rezession der fazialen Mukosa im Vordergrund steht. Das Auftreten von Weichteilrezessionen bei Sofort-Implantaten ist mittlerweile durch zahlreiche klinische Studien belegt [Chen und Buser, 2009]. Wichtigste Ursache für eine Weichteilrezession sind Knochenresorptionen im Bereich der fazialen Knochenwand, die zuerst in tierexperimentellen Studien dokumentiert worden sind [Araujo et al.,



Fotos: Wiftneben et al.

Abbildungen 2a und 2b: Die Ausgangssituation im Cone-Beam-CT zeigt: a) dünne bukkale Knochenwand bei Zahn 11 b) externe Wurzelresorption Zahn 11

2005, Araujo et Lindhe, 2005], seit Neuestem aber auch durch klinische Studien mithilfe von DVT-Aufnahmen radiologisch belegt worden sind [Roe et al., 2012; Vera et al., 2012].

Rezessionen können aber auch durch eine faziale Fehlposition des Implantats begünstigt werden [Evans et Chen, 2008; Chen et Buser, 2009]. Aus diesem Grund ist für ein ästhetisch schönes Behandlungsergebnis ein dreidimensional korrekt eingesetztes Implantat Voraussetzung, kombiniert mit einer ausreichenden dicken und vertikal intakten fazialen Knochenwand, die in den meisten Fällen durch eine Konturaugmentation mithilfe der GBR-Technik aufgebaut werden muss.

Die Frühimplantation vier bis acht Wochen nach der Extraktion ist eine gute Alternative zur Sofort-Implantation, da sie ebenfalls eine kurze Behandlungszeit ermöglicht, gleichzeitig aber das Risiko für eine unerwünschte ästhetische Komplikation wesentlich geringer ist [Buser et al., 2008]. Wichtig aus chirurgischer Sicht ist die gewebeschonende Extraktion ohne Aufklappung, um eine zusätzliche Knochenresorption an der Oberfläche des Alveolarfortsatzes zu verhindern. Je nach Größe der Alveole ist eine Abheilphase von vier bis acht Wochen erforderlich. Damit gewinnt man eine intakte Weichteildecke und drei bis sechs Millimeter zusätzliche keratinisierte Mukosa. Beides ist bei der späteren Implantation von großem Vorteil, um einen spannungsfreien primären Wundverschluss zu erzielen.

In der Abheilphase nach der Extraktion kommt es zu einer leichten Abflachung der Papillen und der fazialen Kontur des Alveolarfortsatzes in der Mitte der Alveole, die, wie bereits dargelegt, durch die Resorption

des Bündelknochens verursacht wird. Bei der Implantatoperation sind chirurgische Grundprinzipien einzuhalten, wie sie seit längerer Zeit für ästhetische Implantatstellen etabliert sind [Buser et al., 2004].

Am wichtigsten ist eine prothetisch orientierte Implantation, weshalb die Implantate in der korrekten dreidimensionalen Position inseriert werden müssen. Dabei soll das Implantat mit seiner Implantatschulter in mesio-distaler, in korono-apikaler und in oro-fazialer Richtung in die sogenannten Komfortzonen platziert werden. Die Frühimplantation nach Extraktion hat im fazialen Bereich in der Regel einen kleinen bis mittleren Knochendefekt zur Folge, der meist



Abbildung 3: Weichteilkonditionierung mit der dynamischen Kompressionstechnik: a) Extraoral: Auftragen von Composite oder PMMA-Kunststoff, um eine Kompression auf die Mukosa zu ermöglichen (Druckphase)



b) Intraoral: Reduktion von Provisorium mesial und distal, um Raum für Papillae (Entlastungsphase) zu bilden

Bildquelle: Wiftneben JG, Weber HP [2012]. ITI Treatment Guide Volume 6. Extended Edentulous Spaces in the Esthetic Zone. Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin



Abbildung 4: Insertion des leicht überkonturierten Provisoriums: Die Ischämische Reaktion sollte nach maximal 15 Minuten vergehen.



Abbildung 5: Intraorale Reduktion des Provisoriums in der Entlastungsphase



Abbildung 6: Finalisierte periimplantäre Weichgewebe (nach fünf Monaten) und Termination der provisorischen Phase

Fotos: Wittneben et al.

zweiwändig ist, und der simultan mit der Implantation augmentiert werden muss, um ein langfristig stabiles, ästhetisches Ergebnis erzielen zu können.

Ziel ist eine Konturaugmentation mit dem Aufbau einer rund drei Millimeter dicken faziellen Knochenwand zur Stützung der faziellen Weichgewebe. Die Konturaugmentation wird mithilfe der GBR-Technik ausgeführt unter Verwendung einer resorbierbaren Kollagenmembran. Als Knochenfüller werden einerseits lokal gewonnene autologe Knochenchips verwendet, um die Knochenneubildung im Defektbereich zu beschleunigen. Andererseits werden die Knochenchips mit einer Schicht von DBBM-Granulaten (Deproteinized Bovine Bone Mineral) überkonturiert, da dieser Knochenfüller eine tiefe Substitutionsrate aufweist, wenn die

Granulate knöchern umwachsen sind [Jensen et al., 2006].

Die Konturaugmentation wird immer mit einem primären Wundverschluss kombiniert, um die Biomaterialien während der Wundheilungsphase gegen die Bakterien der Mundhöhle zu schützen. Die Freilegung des Implantats wird heute routinemäßig nach sechs bis acht Wochen ohne Lappenlegung ausgeführt, um die Morbidität für den Patienten gering zu halten. Anschließend erfolgt die provisorische Versorgung mit dem Ziel der Weichteilkonditionierung.

Die Frühimplantation mit simultaner Konturaugmentation ist heute klinisch mit prospektiven Fallstudien sehr gut dokumentiert. Diese zeigten ausgezeichnete ästhetische Ergebnisse mit guter Langzeitstabilität der Konturaugmentation [Buser et al., 2009; Buser et al., 2011; Buser et al., 2013].

Durchführung der prothetischen Phase

Bei teilbezahnten Implantatpatienten im anterioren Oberkieferbereich wird laut ITI-Konsensus-Konferenz (2008) generell eine Frühbelastung empfohlen [Grütter et Belser, 2009; Weber et al., 2009]. Die Frühbelastung ist definiert als eine Belastung des Implantats innerhalb von einer Woche bis maximal acht Wochen nach Insertion des Implantats [Weber et al., 2009]. Da die meisten Implantate im ästhetischen Bereich mit einer simultanen Konturaugmentation inseriert werden, erfolgt die Freilegung nach sechs oder acht Wochen. In der Interimsphase wird der Patient mit einem festsitzenden oder herausnehmbaren Provisorium versorgt, das den Zahn ästhetisch und funktionell ersetzt. Das Provisorium sollte nach der Implantation keine transmurale Belastung auf die Implantationsregion ausüben [Cho et al., 2007]. In der ästhetischen Zone sind Implantate, die auf Knochenniveau inseriert sind, von Vorteil, da diese mehr prothetische Freiheit

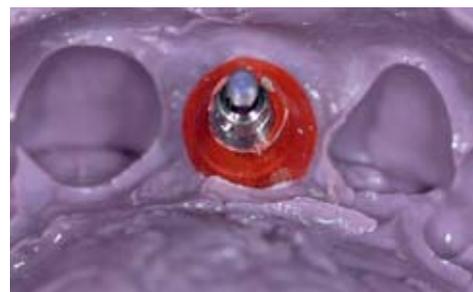


Abbildung 7: individualisierter Abformpfosten



Abbildung 8: Wax-up des zukünftigen Implantat-Abutments



Abbildungen 9a und 9b:
a) Scan des Wax-ups b) virtuelles Design des zukünftigen Zirkondioxid-Abutments

gewährleisten und unter anderem auch eine individuelle Gestaltung des Mukosa- und Emergenzprofils ermöglichen.

Nach der Freilegung des Implantats ist das Austrittsprofil rund und entspricht nicht der Form eines Zahns, mit der Weichteilkonditionierung wird die gesamte periimplantäre Weichgewebearchitektur geformt. Diese erfolgt mit der dynamischen Kompressionsmethode [Wittneben et al., zur Veröffentlichung angenommen].



Abbildung 10: Wax-body mit Wax-up und finales Zirkondioxid-Abutment

Dabei wird in den ersten zwei Wochen Druck auf die periimplantäre Mukosa ausgeübt, was durch eine leichte Überkonturierung des Provisoriums und mit extra-oralem Hinzufügen von provisorischen Kunststoffmaterialien (wie lichthärtendes Acrylat oder Komposits) erreicht wird (Druckphase) (Abbildungen 3a und 4).

Nach vier Wochen wird die Form des Provisoriums durch Reduktion (im mesial-distalen Bereich) des provisorischen Materials modifiziert, um Platz für die Papillen zu schaffen – das Provisorium wird unterkonturiert (Entlastungsphase) (Abbildungen 3b bis 6).

Dies wird intraoral durch einen fein-diamantierten Bohrer und anschließende Politur mit einem Arkansas-Stein in mehreren Sitzungen durchgeführt (Abbildungen 3b und 5).

Das Konzept der dynamischen Kompressionsmethode besteht daher aus zwei Phasen,

- der Druckphase – bei dieser wird durch den Druck die Höhe der zukünftigen Papillen geschaffen,

- und der Entlastungsphase – hier wird durch Reduktion des Provisoriums Raum kreiert, damit sich die Papillen in die Breite ausdehnen können [Wittneben et al., zur Veröffentlichung angenommen]. Die Weichteilkonditionierung bei einer Einzelücke in der ästhetischen Zone erfolgt innerhalb von drei bis fünf Monaten je nach Komplexität des Patientenfalls.

Das Mukosa- und Emergenzprofil werden durch Anfertigung eines individuellen Abformpfostens registriert und auf das Meistermodell übertragen (Abbildung 7). Dies kann auch digital erfolgen [Joda et al., 2013].

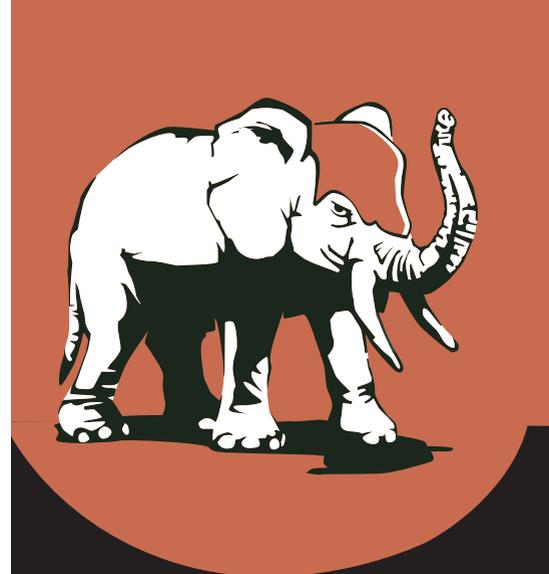
Die Selektion des Implantat-Abutments wird primär durch den individuellen Patientenfall getroffen. Dabei beeinflussen folgende Faktoren die Entscheidung:

- prothetische Implantatposition,
- Tiefe der Implantatschulter,
- Materialwahl und
- geplanter Retentionstypus.

Allgemein können Implantat-Abutments vorfabriziert (Standard-Abutments) oder individualisiert hergestellt werden. Ein individualisiertes Abutment, das zum Beispiel per CAD/CAM-Verfahren hergestellt wird, hat ein wesentlich breiteres Indikationsspektrum als ein vorfabriziertes Sekundärteil und bietet eine größere prothetische Freiheit in der Definition des zukünftigen Kronenrandes, der Position und der Abwin-



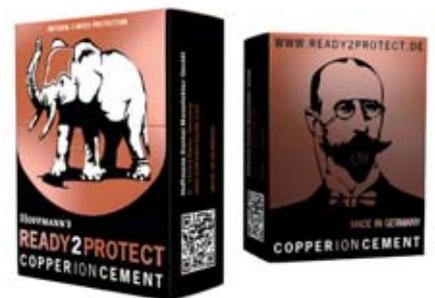
Abbildung 11: Definitive vollkeramische, implantatgetragene Einzelkrone (verschraubt) Zeitpunkt der Insertion: a) Intraorale Ansicht b) Einzel-Röntgenbild



HOFFMANN'S READY2PROTECT COPPERIONCEMENT

Natürlicher Kariesschutz

- Bakterizider Schutz- und Heilzement mit langanhaltender antibakterieller Wirkung
- für Milchzahnfüllungen (minimal-invasive Kariesbehandlung)
- Permanente Zementierung auf Implantaten zur Vorbeugung von Periimplantitis.



10 Sticks à 1g Pulver + 5ml Flüssigkeit
Bestell Nr: 227624

Bestellhotline: 030-82 00 99 0





Abbildungen 12a und 12b: Vier-Jahres-Nachkontrolle der Implantatversorgung regio 11 zeigt: a) stabiles Weichgewebe, b) stabiler krestaler Knochen im Röntgenbild.

kelung des Abutments (Abbildungen 8 bis 10).

Des Weiteren entscheidet die Tiefe des inserierten Implantats, ob die Verwendung eines vorgefertigten Abutments noch indiziert ist oder ob es individuell hergestellt werden muss.

Das vorgefertigte Sekundärteil hat den Vorteil, dass es sofort verfügbar ist und kostenseitig Vorteile gegenüber dem individualisierten Sekundärteil hat.

In der sensitiven anterioren Zone beeinflusst die Materialwahl das ästhetische Ergebnis. Überwiegend werden Abutments aus Zirkoniumdioxid verwendet, da sie ein Durchschimmern des Abutments durch das Weichgewebe verhindern, vor allem dann, wenn ein dünner Weichgewebetypus präsent ist. Eine systematische Literaturübersicht hat gezeigt, dass die Evidenz der Verwendung von Keramik-Abutments noch nicht hinlänglich ist, und dass weitere klinische Studien in diesem Gebiet notwendig sind [Kapos et al., 2009].

Eine aktuelle klinische Studie, die Keramik-Abutments mit Vollkeramikronen versus Titan-Abutments mit Metallkeramikronen verglichen hat, zeigt nach 5,6 Jahren keinen klinisch signifikanten Unterschied [Zembic et al., 2012].

Die Selektion des Retentionstypus beeinflusst die Wahl des Abutments. Bei einer verschraubten, finalen Einzelkrone repräsentiert das Abutment das Gerüst. Es muss so konstruiert werden, dass es als Gerüst die Verblendkeramik unterstützt. Hier ist die Individualisierung des Sekundärteils zum Beispiel per CAD/CAM-Verfahren von Vorteil, um das Gerüst der zukünftigen Krone anzupassen. Damit Keramik-Abplatzungen verhindert werden, wird eine Verblendkeramik-Schichtstärke von maximal drei Millimetern empfohlen.

Bei zementierten Implantatkrone hilft ein individuell gestaltetes Abutment oder ein Standard-Abutment mit verschiedenen Gingivahöhen, die exakte Position des zukünftigen Kronenrandes zu definieren,

wobei diese maximal zwei Millimeter unterhalb der Mukosa liegen darf [Wittneben & Weber, 2012]. Zementreste müssen so präzise wie möglich entfernt werden, um die Entstehung einer Peri-Mukositis oder Peri-Implantitis zu vermeiden [Wilson, 2009].

Nach Finalisieren der Behandlung sind regelmäßige Nachkontrollen des Implantats, der Einzelkrone und deren Okklusion sowie Evaluation der Mundhygiene-Durchführung notwendig, um die Langlebigkeit der Versorgung zu unterstützen (Abbildungen 11 bis 12).

*Dr. Julia-Gabriela Wittneben, MMSc
Abteilung für Kronen- und Brückenprothetik
Zahnmedizinische Kliniken der Uni Bern
Freiburgstr. 7
CH-3010 Bern
julia.wittneben@zmk.unibe.ch*

*Prof. Dr. Daniel Buser
Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie
Zahnmedizinische Kliniken der Uni Bern
Freiburgstr. 7
CH-3010 Bern
daniel.buser@zmk.unibe.ch*

*Zahntechnik:
Thomas Furter
Labor Art-Dent
Bern/Schweiz*

**MEHR ZUM THEMA
CME auf zm-online**



Scannen Sie den QR-Code oder geben Sie auf der Website 97312 in die Suchmaske ein.

zm Leser service

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



Foto: privat

Dr. med. dent. Julia-Gabriela Wittneben, MMSc

Studium, Promotion an der Universität Witten/Herdecke. Postgraduierter Fachzahnarzt Prothetik an der Harvard School of Dental Medicine. Master of Medical Science (MMSc) an der Harvard Universität, „Joseph L. Henry Award“ für beachtenswerte Aktivitäten in Klinik und Forschung. Seit 2008 Oberärztin an der Abteilung für Kronen- und Brückenprothetik der Uni Bern/CH. Seit 2010 externe Oberärztin der Harvard Universität und Tufts Universität, School of Dental Medicine in Boston/USA. Fellow im internationalen Team für Implantologie (ITI) und Mitglied des American College of Prosthodontics (ACP), der European Association for Osseointegration (EAO) und der Schweizer Zahnärzte-Gesellschaft (SSO).

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

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

--	--	--

◀ Graue Felder nicht ausfüllen!
▼

Pat. Init. <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Geburtsdatum <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Schwangerschaftsmonat: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
---	---	---	---

Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation): lebensbedrohlich: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> aufgetreten am: _____ Dauer: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> </table>																									

Arzneimittel/Werkstoff:	Dosis, Menge	Applikation	wegen	BfArM-Nr.										
1. _____				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> </table>										
2. _____				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> </table>										
3. _____				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> </table>										
4. _____				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> </table>										

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel ① ② ③ ④	dieses früher gegeben ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	vertragen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ggf. Reexposition neg. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> </table>				

Allgemeinerkrankung: behandelt mit: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> </table>												

Anamnestische Besonderheiten: Nikotin <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Kontrazeptiva <input type="checkbox"/> Arzneim. Abusus <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gegen: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> </table>												

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung: _____

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung: wiederhergestellt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit Defekt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Exitus <input type="checkbox"/> (ggf. Befund beifügen) Todesursache: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> </table>				

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

Bericht erfolgte zusätzlich an: BfArM <input type="checkbox"/> , Hersteller <input type="checkbox"/> , Arzneim.-Komm. Ärzte <input type="checkbox"/> sonstige _____	Beratungsbrief erbeten <input type="checkbox"/>
--	---

Name des Zahnarztes (evtl. Stempel)	Klinisch tätig? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Datum: _____
Unterschrift		

Kieferorthopädischer Lückenschluss bei nicht angelegten oberen seitlichen Schneidezähnen

Björn Ludwig, Jan Hourfar, Christopher J. Lux

Bei der Behandlung der Einzelzahnlücke stellt der kieferorthopädische Lückenschluss eine sinnvolle Therapieoption dar. Am Beispiel nicht angelegter oberer seitlicher Schneidezähne können die kieferorthopädischen Möglichkeiten und die nötigen interdisziplinären Maßnahmen gut dargestellt werden. In vielen Fällen kann durch den kieferorthopädischen Lückenschluss einer Einzelzahnlücke eine Lösung mit „eigenem Zahnmaterial“ realisiert werden. Daran sollte man vor allem bei noch wachsenden Patienten differenzialdiagnostisch denken.



Aplasien permanenter Zähne sind nicht ungewöhnlich – vielmehr repräsentieren sie die häufigste kraniofaziale Malformation mit einer Prävalenz von 1,5 bis 11,3 Prozent [Baccetti, 1998; Polder et al., 2004; Larmour et al., 2005]. Die Prävalenz nicht angelegter oberer lateraler Inzisiven wird zwischen einem und zwei Prozent [Robertsson und Mohlin, 2000] angegeben. Obwohl der Entstehungsmechanismus noch nicht vollständig geklärt werden konnte, gelten – mit der Identifikation von zwei Genen (PAX9, MSX1) – genetische Ursachen als wichtige (Co-)Faktoren bei der Entstehung non-syndromaler Hypodontien [Vastardis, 2000; Matalova et al., 2008].

Eine implantat-prothetische Lösung scheidet bei jüngeren Patienten mit noch nicht abgeschlossenem Wachstum der Alveolarfortsätze aus, da es nach zu früher Implantation, im Laufe der weiteren Vertikalentwicklung des Alveolarfortsatzes zu einer Infraposition des Implantats kommen würde [Odman et al., 1991; Thilander et al., 1992; Kennedy, 1999; Thilander et al., 2001; Fudalej et al., 2007; Behr et al., 2008].

Der kieferorthopädische Lückenschluss stellt daher eine wichtige therapeutische Option dar.

Lückenöffnung oder Lückenschluss

Auch wenn dieser Artikel explizit die Möglichkeiten des kieferorthopädischen Einzelzahnlückenschlusses darstellen soll, ist bei der Therapieplanung differenzial-

diagnostisch immer auch die Möglichkeit der Lückenöffnung mit den unterschiedlichsten Versorgungsmöglichkeiten interdisziplinär zu diskutieren. Es sei angemerkt, dass es – unabhängig von der gewählten Therapieoption (Lückenschluss oder Lückenöffnung) – der Abwägung patientenindividueller Aspekte bedarf, um individuelle, ästhetische und funktionelle Bedürfnisse bestmöglich befriedigen zu können. Bei Diagnostik und Therapieplanung der Versorgung der Einzelzahnlücke nicht angelegter oberer seitlicher Schneidezähne spielen beispielsweise folgende Aspekte eine Rolle [Kinzer und Kokich, 2005a; Kinzer und Kokich, 2005b; Kokich und Kinzer, 2005; Schopf, 2008]:

- Alter: chronologisch und skelettal (Umfang des noch zu erwartenden Wachstums)
- Profiltyp: Ein konvexer Profiltyp spricht eher für Lückenschluss, ein konkaver eher für Lückenöffnung.
- Skelettale und dentale Relationen im Fernröntgenseitenbild: Ein stark mikrognathes Oberkiefer birgt zum Beispiel die Gefahr der Entstehung einer umgekehrten Frontzahnstufe bei reziprokem Lückenschluss (= Distalbewegung der Frontzähne und Mesialbewegung der Seitenzähne).
- Okklusion: Besteht beispielsweise bereits eine Angle Klasse II im Molarenbereich (= Distalokklusion um eine Prämolarenbreite), spricht dies für einen Lückenschluss, da diese um eine Prämolarenbreite distale Molarenokklusion ohnehin eingestellt würde.

- Form und Farbe des Eckzahns [Brough et al., 2010]

- Durchbruchposition des Eckzahns: Bricht dieser bereits weiter mesial, beziehungsweise an der Stelle des seitlichen Schneidezahns durch, spricht dies eher für einen kieferorthopädischen Lückenschluss.

- Verlauf der Lachlinie

- Gingivaverlauf

- Symmetrische oder asymmetrische Verteilung der Aplasien

- Zustand der Dentition

- Mundhygiene und Motivation des Patienten

Es existieren natürlich Ausnahmefälle, bei denen es der Berücksichtigung weiterer Befunde bedarf. Als Beispiel sei die ektodermale Dysplasie genannt, bei der – neben anderen Befunden – eine Hypodontie sowie eine Hypoplasie der nicht zahntragenden Alveolarfortsätze vorgefunden werden kann [Ludwig et al., 2008]. Hier kann die kieferorthopädische Behandlung durch Zahnbewegungen zu einer für die prothetische Versorgung strategisch günstigen Verteilung der Pfeiler führen.

Als weiterer, sehr vorteilhafter Nebeneffekt kommt es im „Windschatten“ der Zahnbewegungen (Zugseite) durch die hypoplastischen Abschnitte des Alveolarfortsatzes zur Knochenapposition, die das knöcherne Lager für die Insertion eines Dentalimplantats zu bilden vermag („implant site development“) [Zachrisson, 2003].

Wobei auch hier vor allem im ästhetisch sensiblen Frontzahnbereich diese Methode einer kritischen Abwägung bedarf.



*Patient 1: Abbildungen 1a bis 1d
a) und b): Situation bei Behandlungsübernahme, Tiefbiss und extremer Platzmangel in beiden Kiefern;
c) und d): Fünf Jahre nach Abschluss der aktiven kieferorthopädischen Behandlung: Die Okklusion ist stabil und es hat sich lediglich ein leichter Engstand in der unteren Front gebildet.*

Der Alveolarfortsatz wird in seiner horizontalen und in seiner vertikalen Dimension bereits während einer möglichen Lückenöffnung verändert. Dies könnte bei einer nachfolgenden prothetischen Rehabilitation zu therapeutischem Mehraufwand (zum Beispiel der Notwendigkeit augmentativer Verfahren) führen [Uribe et al., 2013].

Kieferorthopädischer Lückenschluss

Bei Entscheidung zugunsten eines kieferorthopädischen Lückenschlusses gibt es unter therapeutischen Gesichtspunkten folgende Möglichkeiten:

1) Verankerungsbedarf:

- a) ohne zusätzlichen Verankerungsbedarf
- b) mit zusätzlichem Verankerungsbedarf – zum Beispiel bei unilateralem Lückenschluss

2) Ästhetische und funktionelle interdisziplinäre Umgestaltung der Zähne und der Gingiva:

- a) mit Umgestaltung
- b) ohne Umgestaltung

Schluss ohne umfangreiche Umgestaltung

Patientenfall 1: Die Abbildungen 1a und 1b zeigen einen neun Jahre und sechs Monate alten Patienten – Situation bei Behandlungsübernahme: Neben ausgeprägten Hypoplasien mit atypischer Wurzelentwicklung der seitlichen Schneidezähne im Oberkiefer wies der Patient verschiedene andere kieferorthopädisch relevante Probleme auf, wie starke Engstände in beiden Kiefern sowie einen ausgeprägten Tiefbiss.

Es zeigte sich eine extreme Hypoplasie/Dysplasie des Zahnes 12 sowie eine geringe Hypoplasie des Zahnes 22; der Engstand in beiden Kiefern war zudem deutlich. Der Therapieplan sah eine Extraktion der Zähne 12 und 22 vor. Der dadurch gewonnene Raum sollte zur Auflösung des Raummangels beziehungsweise der Engstände in den Stützzonen genutzt werden. Da auch die Stützzonen im Unterkiefer von ausgeprägtem Raummangel betroffen waren, bot sich die Ausgleichsextraktion der Zähne 34 und 44 an. Zusätzlich sollte eine Bisshebung und das Einstellen einer neutralen Molaren-Relation erfolgen.

Fünf Jahre nach Abschluss der aktiven kieferorthopädischen Behandlung (Abbildungen

Wir schützen Kinder vor sexueller Gewalt

mit Beratung, Prävention, Therapie und Fortbildung.

Helfen Sie mit!

www.dunkelziffer.de

Spendenkonto

868 000 110

Deutsche Bank

BLZ 200 700 24



Wenn Familien Hilfe brauchen...

Im Kampf gegen sexuelle Gewalt hilft Dunkelziffer Eltern und Kindern mit Beratung, Therapie und Prävention.

www.dunkelziffer.de

Spendenkonto

868 000 110

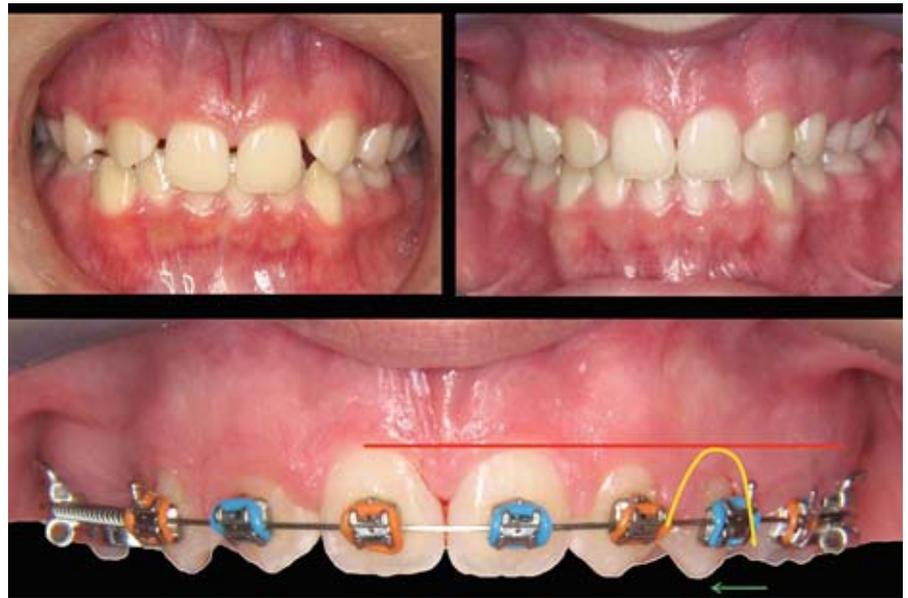
Deutsche Bank

BLZ 200 700 24

1c und 1d) ist der Patient 17 Jahre und acht Monate alt. Es zeigt sich eine recht harmonische Gingivarelation der zentralen Schneidezähne im Verhältnis zu den Eckzähnen. Die Okklusion ist nach wie vor stabil, es entwickelte sich lediglich ein leichter Engstand im Bereich der unteren Frontzähne (etwa vier Jahre nach Abschluss der Retentionsphase).

Dieses Behandlungsbeispiel illustriert, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung verschiedenste Anomalien der Gebissentwicklung in ein Gesamtbehandlungskonzept integriert werden können. Dadurch, dass die oberen Eckzähne nach Extraktion der atypisch entwickelten lateralen Schneidezähne an deren Position durchgebrochen sind und im Unterkiefer eine Ausgleichsextraktion erfolgte, konnte auf invasive Verankerungstechniken zur Mesialisierung der Seitenzähne verzichtet werden. Auf eine ästhetische interdisziplinäre Umgestaltung, sowohl der Zähne als auch der Gingiva, verzichteten der Patient und die Eltern bewusst.

Patientenfall 2: Die Abbildungen 2a bis 2c zeigen eine Patientin, bei der die Eckzähne nahezu an der Stelle der nicht angelegten seitlichen Schneidezähne durchbrachen. Somit war der Verankerungsbedarf beim Mesialisieren der Seitenzähne prinzipiell nicht sehr hoch – dennoch wurde hier zur Sicherheit ein skelettal verankerter T-Mesialslider eingesetzt. Nach erfolgtem Lückenschluss wurde die ästhetische Situation gemeinsam mit der Patientin, den Eltern sowie dem Hauszahnarzt reevaluiert. Es zeigte sich, dass sowohl die Form als auch die Farbe der Eckzähne gut mit denen der seitlichen Schneidezähne korrespondierten und dass ein dezentes Beschleifen der Eckzahnspitzen als remodellierende Maßnahme auszureichen schien [Thordarson et al., 1991]. Die Form und die Position der ersten Prämolaren imitierten unauffällig die Eckzähne – lediglich der Gingivaverlauf im Bereich des ersten Prämolaren (jetzt Eckzahnersatz) sollte durch eine Gingivektomie verbessert werden. Ein weiteres Remodellieren der Eckzahnspitze mit einem dezenten Bleaching ist geplant.



Patient 2: Abbildungen 2a bis 2c:

- a) Die Eckzähne brechen fast an der Stelle der nicht angelegten seitlichen Schneidezähne durch
 b) Reevaluation nach erfolgtem Lückenschluss
 c) Am Ende der aktiven kieferorthopädischen Behandlung ist ein weiteres Remodellieren der Eckzahnspitze mit folgendem dezenten Bleaching geplant.

Schluss mit umfangreicher Umgestaltung

Bei folgendem Lückenschluss waren ein zusätzlicher Verankerungsbedarf und eine additive ästhetische und funktionelle interdisziplinäre Umgestaltung der Zähne sowie der Gingiva notwendig.

Abbildung 3a zeigt einen Patienten mit bilateraler Aplasie der oberen seitlichen Schneidezähne. Er wies eine um eine halbe Prämolarenbreite distale Okklusion auf. Daneben fand sich ein unnatürlicher Gingivaverlauf. Die Eckzähne erwiesen sich, sowohl in der Form als auch in der Farbe, zur Substitution der lateralen Schneidezähne als ungeeignet.

Behandlungsziele waren der Lückenschluss von posterior, ohne Veränderung der sagittalen Position der Front, die Verbesserung des Gingivaverlaufs sowie die Umgestaltung der Zahnformen.

Okklusion und Verankerung: Im Molarenbereich sollte bei dem Patienten eine prämolarenbreite, distale Okklusion eingestellt werden, da im Unterkiefer alle bleibenden Zähne vorhanden waren. Ein durchschnittlicher seitlicher Schneidezahn weist eine

mesio-distale Ausdehnung von etwa sieben Millimetern auf – dies entspricht der Breite eines Prämolaren. Dieser Umstand erleichtert die Okklusionseinstellung [Schopf, 2008]. Um diese Okklusion ohne reziproke Nebenwirkungen zu erreichen, bedarf es einer Verankerung. Die auf die Zähne und auf die abstützenden Gewebe einwirkenden Kräfte wirken im Sinne des dritten Newton'schen Gesetzes („actio gleich reactio“) reziprok [Schopf, 2008].

Die Mesialisierung nahezu aller Zähne des Oberkiefers zum Lückenschluss stellt besondere Anforderungen an die Verankerung dar. Besonders bei unilateralen Nichtanlagen ist der Lückenschluss mit konventionellen Methoden relativer stationärer Verankerung nur schwer zu realisieren, denn es könnten reklinierte zentrale Schneidezähne sowie unästhetische Abweichungen der Zahnbogenmitten resultieren. Eine Lösung stellen am Gaumen skelettal verankerte Mechaniken, wie beispielsweise der Mesialslider, dar [Wilmes und Drescher, 2008; Wilmes et al., 2009].

Abbildung 3b zeigt, dass – nach erfolgtem Lückenschluss – der Eckzahn die Position des seitlichen Schneidezahns und der erste Prämolare die Position des Eckzahns einge-

nommen hat. Gingivaverlauf, Zahnform und Farbe müssen an ihre neue Position angepasst werden.

Der erste Prämolare

Prinzipiell halten verschiedene Autoren den ersten Prämolaren für geeignet, um über Veneers oder Composite-Aufbauten [Zachrisson und Stenvik; Convissar, 1986; Manhart, 2011; Zachrisson et al., 2011], eine „Eckzahn-geschützte“ Okklusion zu etablieren [Zachrisson und Stenvik; Zachrisson et al., 2011].

Torque: Die Wurzel des ersten Prämolaren, der den Eckzahn ersetzt, muss mit einem bukkalen Wurzeltorque versehen werden, um (aus ästhetischen Gründen) die Wurzelprominenz eines Eckzahns zu imitieren [Cozzani et al., 2011].



Abbildungen 3a bis 3d:

- a) Nicht angelegte obere seitliche Schneidezähne, unnatürlicher Gingivaverlauf und ungünstige Eckzahnform und Farbe
 b) Intrusion des ersten Prämolaren und Inzisiven, Extrusion des Eckzahns, beides zur Verbesserung des Gingivaverlaufs zur Ermöglichung späterer Veneers/Kompositumformung
 c) Gingivektomie am ersten Prämolaren sowie an den Inzisiven
 d) Ende der aktiven kieferorthopädischen Behandlung mit natürlichem Gingivaverlauf und vor Veneer- oder Komposite-Umformung

e eyed - Fotolia.com



semperdent

99€

Anbeiß-Preise

Prettau Vollzirkonkrone
inklusive Arbeitsvorbereitung,
Mwst. und zzgl. Versand

www.semperdent.de

Sie haben einen Faible für exquisite Angebote?



Dann ist dieses Angebot die Krönung. Denn unsere Qualität ist erstklassig.



Abbildungen 4a bis 4d:

- a) einseitige Nichtanlage des Zahnes 12
 b) Mesialisierung der Seitenzähne um fast eine Prämolarenbreite notwendig
 c) Minischrauben im anterioren Gaumen
 d) unilateraler T-Mesialslider

Intrusion (Abbildung 3b): Aus ästhetischen und aus funktionellen Gründen wird eine Intrusion (zur Erzielung einer optimalen gingivalen Höhe) mit nachfolgender Veneer- oder Kompositversorgung der ersten Prämolaren empfohlen [Kokich, 1993a; Kokich, 1993b; Zachrisson et al., 2011].

Dies kann ebenfalls eine Gruppenführung ermöglichen. Der palatinale Höcker des ersten Prämolaren kann okklusale Interferenzen bei Bewegungen des Unterkiefers hervorrufen, denen durch eine selektive Odontoplastik [Biggerstaff, 1992; Park et al., 2010] einerseits und durch eine geringe Mesialrotation andererseits begegnet werden kann [Miller, 1989; Czochrowska et al., 2003; Fiorillo et al., 2012].

Gingivektomie (Abbildung 3c): Es kann sinnvoll sein, zusätzlich zur Intrusion eine zirkumskripte modellierende Gingivektomie/Ostektomie des Eckzahns durchzuführen [Kokich und Kinzer, 2005; Zachrisson et al., 2011].

Der Eckzahn

Torque: Der anatomische Unterschied der Wurzelmorphologie zwischen lateralem

Schneidezahn und Eckzahn macht häufig einen palatinalen Wurzeltorque erforderlich, der beispielsweise über ein geeignetes Bracket appliziert werden kann und gegebenenfalls zusätzlich über Biegungen dritter Ordnung (= Torque) verstärkt wird.

Extrusion (Abbildung 3b): Zusätzlich zur Mesialisierung wird der Zahn extrudiert, um die weiter apikalwärts lokalisierte Gingivalinie des Eckzahns der eines seitlichen Schneidezahns anzupassen. Hierbei nutzt man den Umstand, dass bei einer extrusiven orthodontischen Be-

wegung der Gingivarand koronalwärts folgt [Salama und Salama, 1993]. Die Eckzahnspitze kann dabei sukzessive über Odontoplastiken remodelliert werden [Thordarson et al., 1991]. Abbildung 3d zeigt diesen Patienten am Ende der kieferorthopädischen Therapie. Die Gingivalinie ist durch In- und Extrusion, kombiniert mit Gingivektomie, harmonisiert. Darauf folgend kann die Umformung sowohl des ersten Prämolaren als auch des Eckzahns mittels additiver beziehungsweise subtraktiver Maßnahmen erfolgen. Formkorrekturen können direkt mit Kompositmaterial [Müssig et al., 2004] ausgeführt werden; alternativ kann auch eine Veneerversorgung zur Anpassung der Form und der Farbe durchgeführt werden.

Patient mit unilateraler Einzelzahnücke

Abbildung 4a zeigt einen 13 Jahre alten Patienten mit einer unilateralen Nichtanlage des Zahnes 12 sowie einer Hypoplasie des Zahnes 22. Da die Mitten des oberen und des unteren Zahnbogens sowohl zueinander als auch zur Gesichtsmitte kongruent waren, bedurfte es einer sicheren Verankerung. Eine Mesialisierung (Abbildung 4b) der Seitenzähne für einen Lückenschluss im ersten Quadranten um circa sechs Millimeter war nötig, um eine volle Klasse II Molaren-Okklusion zu erreichen. Dafür wurden als sichere Verankerung zwei (8 x 1,8 Millimeter) Minischrauben im anterioren Gaumen platziert und ein unilateraler T-Mesialslider darauf befestigt [Wilmes et al., 2009] (Abbildungen 4c und 4d).



Abbildungen 5a und 5b:

- a) minimalinvasive Präparation von 13 und 14
 b) digitale Abformung (Sirona Omnicam)

Die Experten-Lösung für sofortige* & anhaltende Schmerzlinderung!

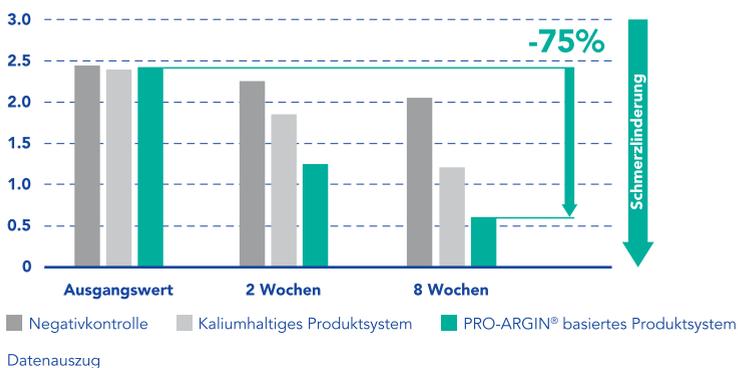


*Für sofortige Schmerzlinderung Zahnpaste bis zu 2x täglich mit der Fingerspitze auf den empfindlichen Zahn auftragen und für 1 Minute sanft einmassieren.
Für sofortige Schmerzlinderung während der Behandlung verwenden Sie elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ Desensibilisierungspaste.

- **Sofort helfen: Verwenden Sie** elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ Desensibilisierungspaste mit PRO-ARGIN® Technologie für sofortige und anhaltende Schmerzlinderung während der Behandlung.
- **Behandlungserfolg sichern: Empfehlen Sie** das elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ Produktsystem zur anhaltenden Schmerzlinderung zuhause: Zahnpaste mit PRO-ARGIN® und die neue Zahnpülung mit PRO-ARGIN® ZAHNSPÜLUNGSTECHNOLOGIE für wirksame Schmerzlinderung im gesamten Mundraum.

Schmerzempfindlichkeit auf Kaltluft

Studiengrafik modifiziert nach Boneta et al. 2013



Wirksame und anhaltende Schmerzlinderung bei den Anwendern des PRO-ARGIN® Produktsystems (Zahnpaste und Zahnpülung)

Doppelblinde, randomisierte, klinische Studie an 118 Probanden mit Dentinhyper-sensibilität; die untersuchten Produktsysteme bestehen aus je einer Zahnpaste, einer weichen Zahnbürste und einer Zahnpülung.



Spezialist für orale Prävention



Fotos: Ludwig et al.

Abbildungen 6a bis 6c:

- a) Die mittleren Schneidezähne im Oberkiefer sind zu schmal, wie häufig bei Nichtanlagen.
 b) und c) finale Situation nach unilateralem, skelettal verankertem Lückenschluss mittels T-Mesialslider und Versorgung mittels minimalinvasiv präparierter Veneers

Nach erfolgreicher Mesialisierung und kieferorthopädischem Finishing wurden die Zähne 13, 14 sowie 22 minimalinvasiv präpariert und digital abgeformt (Sirona Omnicam), um individuelle Cerec-Veneers mit Maltechnik zu erstellen (Abbildung 5a). Abbildung 6a macht deutlich, dass bei Nichtanlage der seitlichen Schneidezähne im Oberkiefer auch die mittleren Inzisivi insgesamt schmaler sind [Olivadoti et al., 2009]. Gegebenenfalls kann daher eine Verbreiterung notwendig werden [Zachrisson et al., 2011; Mirabella et al., 2012]. Das erfolgte in diesem Fall mit einem Kompositmaterial. Die Abbildungen 6b und 6c zeigen die finale Situation.

Fazit

Beim kieferorthopädischen Lückenschluss wird ein fehlender Zahn durch einen eigenen Zahn ersetzt. Diese Art der Behandlung unterliegt grundsätzlich keiner Altersbeschränkung. Wird die Behandlung beim jungen Patienten begonnen, ist diese in der Regel im Teenager-Alter abgeschlossen. Individuell geprüft werden sollte, ob eine Lücke kieferorthopädisch geschlossen werden kann oder ob Lücken kieferorthopädisch für eine nachfolgende prothetisch-implantologische Lösung vorbereitet werden sollten. Eine enge interdisziplinäre Abstimmung ist sehr hilfreich.

Dr. Björn Ludwig
 56841 Traben-Trarbach und
 Universität des Saarlandes
 Poliklinik für Kieferorthopädie,
 Campus Homburg, Gebäude 56
 Kirrberger Str. 100
 66424 Homburg/Saar
 bludwig@kieferorthopaedie-mosel.de

Dr. Jan Hourfar
 64354 Reinheim und
 Mund-, Zahn- und Kieferklinik des
 Universitätsklinikums Heidelberg
 Poliklinik für Kieferorthopädie
 Im Neuenheimer Feld 400
 69120 Heidelberg
 hourfar@t-online.de

Univ.-Prof. Dr. Christopher J. Lux
 Mund-, Zahn- und Kieferklinik des
 Universitätsklinikums Heidelberg
 Poliklinik für Kieferorthopädie
 Im Neuenheimer Feld 400
 69120 Heidelberg
 christopher.lux@med.uni-heidelberg.de

MEHR ZUM THEMA
CME auf zm-online



Scannen Sie den QR-Code oder geben Sie auf der Website 58884 in die Suchmaske ein.

zm Leser service

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



Foto: privat

Dr. Björn Ludwig

Niedergelassen in eigener Praxis mit Dr. Bettina Glasl in Traben-Trarbach, Lehrbeauftragter der Universität Homburg/Saar, Poliklinik für Kieferorthopädie, Forschung und Entwicklung im Bereich skelettale Verankerung, Herausgeber diverser Fachbücher, Herausgeber der Quintessenz Kieferorthopädie, Mitherausgeber Journal of Clinical Orthodontics (JCO), Mitherausgeber Journal of Orthodontic Science (JOS)



Weil's manchmal
eng wird:



Das chirurgische Winkelstück mit 45°-Kopf

Die neuen chirurgischen Schnellläufer-Winkelstücke WS-91 und WS-91 LG haben einen 45°-Kopf. Sie ermöglichen einen völlig neuen, weitaus besseren Zugang zu schwer erreichbaren OP-Gebieten, etwa bei der Weisheitszahnentfernung oder Wurzelspitzenresektion.

Aktueller Innovationsschwerpunkt für die Praxis

CAD/CAM mit immer schärferen Konturen

Herstellung und Design am Bildschirm, beides computergestützt, wird in vielen Bereichen eingesetzt, aber den Zahnarzt braucht CAD/CAM (computer aided design/manufacturing) heute nur am Rande zu interessieren. Warum der vorliegende Artikel dennoch nicht an dieser Stelle enden darf, wird im Folgenden dargelegt.



Abbildungen 1 und 2: Ein Beispiel aus der Fülle, die heute verfügbar ist: Intraoralscanner (Anbieter: 3M ESPE, Seefeld) auf der Internationalen Dental-Schau 2009.

Knapp vier Jahre Intraoralscanner – und doch blieb die analoge Abformung bislang das Verfahren der Wahl. Wie ein Zahn präpariert wird, daran hat sich in zehn Jahren CAD/CAM-Hype ohnehin nichts geändert. Die adhäsive Eingliederung von Keramikrestorationen hat sich zwar weiter vereinfacht, was allerdings mehr mit Chemie als mit computergestützten Verfahren zusammenhängt. Selbst ein schon viel länger verfügbares „Chairside-System“ hat sich in einem guten Vierteljahrhundert keinesfalls so breit durchgesetzt, dass es in einer Vielzahl von Praxen stünde – nicht einmal im grundsätzlich investitionsfreudigen deutschsprachigen Raum.

Dennoch liegt es in der Luft oder möglicherweise schon auf der Hand: Morgen könnte die Zahnmedizin plötzlich volldigitalisiert sein und dann ganz anders aussehen als heute.

Historischer Überblick

Nun soll bekanntlich, wer Visionen hat, zum Arzt gehen. Für ein realistisches Bild der Zahnarztpraxis von morgen lohnt ein Blick in die Geschichte der digitalen Systeme bis zum heute gängigen Equipment.

Es begann bereits 1985 mit der Möglichkeit zur Chairside-Herstellung von Glaskeramik-Inlays und -Kronen vom digitalen Abdruck bis zur Eingliederung in einer Sitzung – Design per CAD-Software und Schleifen der Objekte inklusive. Der nächste Impuls kam von einer anderen Seite, von der Implantologie. Seit Beginn der 1990er-Jahre kam die computerunterstützte Navigation zur kontrollierten Positionierung mithilfe von Bohrschablonen auf, die ihrerseits mit stereolithografischen Verfahren gefertigt wurden und werden.

Seit der Jahrtausendwende hielten neue CAD/CAM-Verfahren vor allem ins zahn-technische Labor Einzug. Sie haben ihm die wirtschaftlich sinnvolle Verarbeitung von Zirkonoxidkeramik ermöglicht sowie diejenige von Titan und Nichtedelmetall (NEM) erleichtert. Als Konsequenz verschoben sich die Gewichte der unterschiedlichen Gerüstmaterialien deutlich, wozu auch der steigende Goldpreis seinen Beitrag leistete. Heute liegen wir etwa bei 60 Prozent NEM, 20 Prozent Edelmetall, zehn Prozent Zirkonoxid und zehn Prozent Glaskeramik. Diese Entwicklung wirkt sich bereits unmittelbar therapeutisch aus, insofern als bei einer Präparation für Zirkonoxidkeramik das Protokoll (Hohlkehle, abgerundete Stufe!) tendenziell noch strenger

befolgt werden muss als für eine hochgoldhaltige Edelmetallkonstruktion.

Die Labors sind am meisten betroffen

Die hauptsächlichsten Veränderungen im Alltag betreffen aber das Labor. Die Vorreiter haben sich inzwischen vom klassischen Handwerk zu digitalen, zahntechnischen Unternehmen gewandelt und kennen sich mit industriellen Fertigungsverfahren ebenso wie mit Software-Anwendungen bestens aus.

Mit den vor vier Jahren vorgestellten Intraoralscannern setzt sich die digitale Prozesskette nun aber in die Zahnarztpraxis fort.



Abbildung 3:
Ein weiteres Beispiel für einen Intraoral-scanner (Anbieter: Heraeus Kulzer, Hanau), gezeigt auf der Internationalen Dental-Schau 2011

Gegenüber früheren Verfahren ist es nämlich jetzt möglich, auch mehrere Pfeiler und sogar ganze Kiefersegmente zu scannen. Eine solche digitale Abformung eignet sich, über Inlays und Kronen hinaus, auch als Grundlage für Brücken und komplexere Konstruktionen. Und neben der Chairside-Fertigung stellt die Übergabe eines Datenpakets an das Labor eine attraktive Option dar. Wie dieses bei der weiteren Bearbeitung im Einzelnen vorgeht, darf der Zahnarzt aber getrost als „black box“ betrachten. Entscheidend sind Form, Farbe und Funktion der fertiggestellten Restauration. Speziell im Bereich Zirkonoxid braucht man dank dem heute verfügbaren transluzenten Material auch bei der Indikationsstellung weniger „umzudenken“,

denn diese modernen Keramik-Varianten lassen sich multi-indikativ einsetzen, zum Beispiel sowohl monolithisch als auch voll- oder teilverblendet.

Oralscanner – Stand der Technik

Für die Praxis bieten sich gleich mehrere Intraoralscanner am Markt an, die sich nach ihrem Funktionsprinzip und in der Handhabung unterscheiden. So ist als Messverfahren zum Beispiel die Streifenprojektion gängig (wie Cerec AC, Sirona, Bensheim; directScan, Hint-ELs, Griesheim): Ein Diaprojektor lässt ein Muster (Zebrastreifen, aber mit unterschiedlicher Breite) über die

Zahn- und die Gingiva-Oberflächen gleiten. Diese projizieren es auf einen Kameraschirm. Da Dreiecksverhältnisse stets kompliziert zu sein pflegen, aber berechenbar sind, wenn jeder Partner seine Position gefunden hat und beibehält (hier: Projektor, Objekt, Kamera), lässt sich mit einer leistungsfähigen Software nach dem sogenannten Triangulationsprinzip ein dreidimensionales Bild kalkulieren. Ähnlich arbeitet das Lichtschnittverfahren, wobei ein Laser eine sehr schmale Linie über das Scan-Feld laufen lässt und die Projektion gemäß dem sogenannten konfokalen Messprinzip „beobachtet“ wird (wie iTero, Cadent [USA]).

Andere Systeme arbeiten mit dreidimensionalen Videobildern, zwanzig pro Sekunde



Das Systemhaus für die Medizin

DEXIS® Platinum

Wählen Sie
das Original!



DEXIS
DEXIS

Hochleistungs-CMOS-Technologie
Damit nur Ihr Lächeln strahlt.

Der DEXIS® USB Sensor:

- Anstecken, röntgen, fertig!
- Kein zusätzliches Netzteil,
- kein Hub und
- keine externe Speicherbox!

ic med EDV-Systemlösungen für die Medizin GmbH

Walther-Rathenau-Str. 4 • D-06116 Halle/Saale

Telefon: +49 (0)345/298 419-30

Fax: +49 (0)345/298 419-60

info@ic-med.de • www.ic-med.de

(wie LAVA C.O.S., 3M ESPE, Seefeld) oder nach einem speziellen konfokalen Verfahren (zum Beispiel iTero, Cadent; Zfx IntraScan, Zfx, Dachau) [Bornfleth, 2012]. Sein Vorteil: Nur in einem ganz bestimmten Abstand zwischen Sensor und Objekt erscheint dieses hell, seine nähere und seine weitere Umgebung bleiben dunkel, so dass sich die Abstände sehr genau erfassen und anschließend zu einem präzisen dreidimensionalen Bild „zusammenrechnen“ lassen.

Die Vielfalt ist groß: Verschiedene Messverfahren, verschiedene Messprinzipien gelangen zur Anwendung und auch verschiedene Lichtquellen, zum Beispiel Laserstrahlen (iTero) oder blaue LEDs (Cerec AC, LAVA C.O.S, directScan).

Für den Einsatz in der Zahnmedizin kommen die Systeme auf Höchstleistungen und bewegen sich zwischen Extremen. So gibt es als Pendant zum langen LAVA C.O.S den zehnmal kleineren a.tron 3D Intraoral Scanner (a.tron3d, Klagenfurt [AU]).

Laut Herstellerangaben eignet sich das System nicht zuletzt für die Implantologie; kieferorthopädische Ansätze werden zurzeit zur Anwendungsreife entwickelt. Und eine ultraschnelle Aufnahme optischer Schnitte kommt auf 3000 zweidimensionale Bilder pro Sekunde, die anschließend zu einer 3-D-Darstellung zusammengesetzt werden (cara Trios, 3Shape, Dänemark/Heraeus Kulzer, Hanau).

Pulverfrei, leicht trocken gelegt, subgingival

Für die breite Anwendung von Oralscannern bleiben jedoch bestimmte Optimierungen wünschenswert. In diesem Sinne darf man auf eine neue Geräte-Generation gespannt sein.

An erster Stelle zu nennen ist das Auftragen von Pulver oder Scanspray, um störende Reflexionen zu vermeiden oder, im Falle von Videotechniken (wie LAVA C.O.S), um Referenzpunkte zu schaffen. Hier weist der Trend in Richtung der pulverfreien Systeme, von denen inzwischen schon jetzt mehrere vorgestellt worden sind (zum Beispiel Cerec Omnicam, Sirona; iscan oral, Goldquadrat, Göttingen). Zuweilen wird allerdings, ob-

wohl es nicht zwingend notwendig sei, Scanpuder empfohlen, weil es die Scan-Dauer deutlich verkürzt (Zfx, Dachau) [Bornfleth, 2012].

Interessant ist für die nächste Oralscanner-Generation auch der Punkt „Trockenlegung“. Im Allgemeinen sollte wie bei hydrophoben Abformmaterialien die bestmögliche Trockenlegung erfolgen. Im Einzelfall kann es aber für bestimmte Systeme, wie im Rahmen einer Fallbeschreibung angedeutet, reichen [Meißner, 2012], die Zahnreihe lediglich



Foto: koelnmesse

leicht trockenulegen – wichtig jedoch: kein Blut auf der Präparation (was nicht immer einfach ist). Speichel dagegen führe in der Regel zu keinen Verzerrungen, und selbst Metallinlays oder aufgebaute Stümpfe würden sinnvoll erkannt.

Darüber hinaus galt das subgingivale Scannen bisher oft als unüberwindliche Schwierigkeit, denn – so das Argument – eine Kamera könne ja nur das sehen, was wir mit bloßem Auge erkennen. Abhilfe schafft das klassische Zurückdrängen der Gingiva wie bei einer konventionellen Abformung subgingivaler Präparationen unter Anwendung der Doppelfadentechnik (wie ein „5er“-, danach ein „2er“-Faden aus Baumwolle, der zwecks Blutstillung vor der Anwendung in eine Aluminiumchloridlösung getaucht wird). So gewinnen auch subgingivale Präparationsränder scharfe Konturen.

Die erfolgreiche Anwendung dieses Verfahrens wurde bereits in Kombination mit einem Intraoralscanner in der Literatur beschrieben [Meißner, 2012]. Einschränkend ist dabei auf die grundsätzlichen Voraussetzungen für die Anwendung der Doppelfadentechnik hinzuweisen, denn die Kom-

bination „5er-/2er“-Faden, wie sie in der zitierten Literatur beschrieben wurde, lässt sich doch eher selten verwenden. Beim Eckzahn mit dünnen Schleimhautverhältnissen ist man ja schon froh, überhaupt einen „1er“ einziehen zu können.

Eine weitere Frage, die immer wieder interessiert: Was tun, wenn beim Scan wichtige Areale „vergessen“ wurden? Hier lautet die Maßgabe: einfach nachscannen. Es ist in der Regel nicht nötig, die gesamte Arbeit von vorne zu beginnen, während eine analoge

*Abbildung 4:
Ein mögliches Beispiel für die Fortsetzung der Prozesskette im zahntechnischen Labor: Hochgeschwindigkeits-Schleifeinheit, laut Herstellerangaben (Sirona, Bensheim) mit einer Präzision von 25 Mikrometern*

Abformung entweder gelungen ist oder verworfen werden muss. Je nach verwendetem Intraoralscanner erhält der Zahnarzt sogar von der Software einen Hinweis: Achtung nachscannen!

Aktenzeichen XY ungelöst – Antworten in der Pipeline

Die vorstehend beschriebenen Entwicklungen zeigen: Wir befinden uns in einer Übergangsphase, in der freilich noch so manche CAD/CAM-Akte in der Forschungsabteilung mit „XY ungelöst“ beschriftet ist. Dazu ein Beispiel: Nach Scannen einer Zahnreihe und der entsprechenden Antagonisten lässt sich die richtige Okklusion grundsätzlich am Bildschirm erarbeiten – Stichwort: virtueller Artikulator. Ein Plus an Sicherheit verspricht jedoch die Kontrolle der Modelle im realen Artikulator. Auch erscheint ihre Archivierung in einer Modellbox vielen Praxen schon aus forensischen Gründen gegenüber der rein digitalen Dokumentation wünschenswert. Alternative Optionen dafür sind die laborgestützte Fertigung der Kunststoffmodelle und die zentrale Herstellung in einem



büdingen|dent
Zahnärztliches Honorarzentrum

Honorarausfall? Ich habe **iQ** factoring, das rechnet sich ganz sicher.

1.000€
Ihr Startguthaben*

iQ factoring. Die Sicherheit, die Sie für Ihre Praxis brauchen.

-  100% Honorarschutz mit Sicherheitsgarantie
-  Profitable Rechnungsoptimierung
-  Professionelle Patientenkorrespondenz
-  Komfortable Patienten-Ratenzahlung
-  88 Jahre Praxis- und Abrechnungskompetenz

Jetzt sichern unter
meine-idee-voraus.de
oder **0800 8823002**
kostenlose Serviceline

Erfahren Sie mehr über die neue Idee von Factoring
und sichern Sie sich jetzt 1.000€ Startguthaben*.

Meine Idee voraus. Ganz sicher.

iQ

* Bei Abschluss eines iQ factoring-Vertrages mit einer Laufzeit von mindestens einem Jahr. Das Startguthaben wird auf die reinen Bearbeitungsgebühren inkl. MwSt. verrechnet, es kann nicht ausgezahlt oder auf andere übertragen werden und muss innerhalb eines Jahres aufgebraucht werden. www.buedingen-dent.de



Rapid-Prototyping-Verfahren (wie via Infini-Dent, Sirona, Bensheim), wobei so mancher Marktteilnehmer die konventionelle Modellherstellung allerdings zurzeit als kostengünstiger beurteilt. Darüber hinaus wird die Ansicht vertreten, dass die verfügbaren virtuellen Artikulatoren das eigentlich vorhandene Potenzial noch nicht voll ausschöpfen [Riquier, 2012].

Die grundsätzliche Aufgabe lautet daher: Sowohl die statischen Intraoralscanner-Daten als auch die dynamischen Informationen einer Gelenkbahnmessung müssen zusammengeführt werden – aufwendig, aber nicht zuletzt deswegen immer wichtiger, weil häufiger vollkeramisch-vollanatomisch gearbeitet wird.

Veränderungsprozesse dürften darüber hinaus neue Formgebungsverfahren aus dem Bereich des Rapid-Prototyping in Gang setzen. Es handelt sich dabei um aufbauende Methoden im Gegensatz zu den abtragenen, wie zum Beispiel der Frästechnik. Diesen gesamten Komplex kann der Zahnarzt zwar wieder als „black box“ behandeln, doch könnte das Rapid-Prototyping Hochleistungskunststoffe für die Anwendung in der Prothetik attraktiver machen und damit die Wahl des Restaurationsmaterials im konkreten Patientenfall beeinflussen. Zusätzliche neue Optionen könnten auch aktuelle Werkstoffinnovationen im Keramikbereich eröffnen, dazu gehört etwa das zirkonverstärkte Lithiumsilikat (wie CELTRA DUO, DENTSPLY DeTrey, Konstanz). Voraussichtlich ab Juni wird es für den „Chairside-Einsatz“ in Cerec-Geräten verfügbar sein.

Eigene Praxis mit „state of the art“ abgleichen

Die CAD/CAM-Technologie wird mittelfristig über verschiedene Schnittstellen Einzug in die Zahnarztpraxis halten – insbesondere über den Intraoralscanner. Der Stand der Technik lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: Am Markt sind heute funktionsfähige digitale Systeme verfügbar. Es werden sogar einzelne Patientenfälle diskutiert, in denen damit auch eine Präzisionsverbesserung gegenüber der konventionellen analogen Abformung möglich sein könnte.

Grundsätzlich scheint nach den bereits vorliegenden Daten die mit der digitalen Technik erreichbare Präzision derjenigen von konventionellen Methoden nicht nachzustehen, sondern eher besser zu liegen [Wöstmann, 2012].

Seit 1985 wurden über 28 Millionen vollkeramische Restaurationen mithilfe der CAD/CAM-Technik „chairside“ und „labside“ hergestellt [Kern, 2011], eine zweifellos beeindruckende Zahl. Sie relativiert sich ein wenig, wenn man bedenkt: Das sind durch-

*Abbildung 5:
Pionierarbeit mit einer „CAD/CAM-Präzision“, wie sie heute möglich ist: monolithisches Inlay an Zahn 26 aus dem Werkstoff Zirkonoxid – hohe Passgenauigkeit auch in kritischen Randbereichen, farbliche Ausführung optimierbar (Dental Labor Herzing GmbH, Bietigheim-Bissingen)*



Foto: Herzing

schnittlich rund eine Million pro Jahr und das bei einer potenziellen Patientenschaft, die mindestens im höheren dreistelligen Millionenbereich liegen dürfte.

Wer noch keinen Intraoralscanner besitzt, hat daher den Zug der Zeit (noch) nicht verpasst. Sieht man sich jedoch die Entwicklung der gesamten CAD/CAM-Technologie an, so dürften sich digitale Systeme in Zukunft stärker durchsetzen. Für die einzelne Praxis kommt es auf den richtigen Zeitpunkt zum Einstieg an. Der richtet sich vor allem nach der persönlichen Computer-Affinität. Wer Rechner und Digitales nur widerwillig in seiner Umgebung duldet, wartet ab. Wer ein Computer-Freak ist, hat den Oralscanner schon. Das Gros bewegt sich dazwischen.

Zu lange zu zögern, empfiehlt sich aber nicht, denn zum Zeitpunkt der „Volldigitalisierung von allem“ sollte das Praxisteam bereits über Erfahrungen verfügen. Der Schritt von einer Röntgen-Software auf eine

upgedatete höhere Version fällt schließlich auch leichter als der plötzliche Neueinstieg von der analogen Röntgenfilmentwicklung in die digitale Dunkelkammer in eine digitale terra incognita.

Um den für die eigene Praxis günstigsten Einstiegs-Zeitpunkt zu ermitteln, lohnt sich ein regelmäßiger Abgleich: Wo steht mein Team? Welche Innovationen bietet der Markt aktuell? Sind wir damit realistischerweise reif für Intraoralscanner und weiteres CAD/CAM-Equipment? Wie sichern wir uns

die Möglichkeit von späteren Hard- und Software-Updates, damit wir nicht in einigen Jahren doch wieder mit einem ganz neuen, ungewohnten System wieder quasi bei null anfangen müssen?

Zum Schluss der Tipp für den Ersteinsatz eines neuen oder für die Reaktivierung eines vorhandenen Intraoralscanners: Es lohnt sich immer, den Zahntechniker einzubinden. Gemeinsam wird ein Plan aufgestellt und Schritt für Schritt realisiert – vom ersten volldigital erarbeiteten Inlay bis zu weitspannigen Restaurationen.

*Dr. Christian Ehrensberger
Holbeinstr. 20
60596 Frankfurt
cu_ehrensberger@web.de*



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

DAS ENDE DES MUNDGERUCHS!

SICHERER ATEM FÜR 12 STUNDEN



Sie möchten mehr über
CB12 erfahren?
Besuchen Sie den
Fachbereich auf
www.cb12.de

- ✓ lang anhaltende Wirkung für 12 Stunden¹
- ✓ keine Verfärbung der Zähne, auch bei Langzeitanwendung¹
- ✓ angenehm milder Geschmack – nicht zu scharf
- ✓ in Apotheken erhältlich



MEDA

MEDA Pharma GmbH & Co. KG
61352 Bad Homburg
www.cb12.de

1. Thrane P.S., Jonski G., Young A., Rølla G. Zn and CHX mouthwash effective against VSCs responsible for halitosis for up to 12 hours. Dental Health (2009) 48 (3 of 6).

Arzneimittel-Interaktionen

Grapefruit verändert Medikamente

Am Beispiel von Felodipin zeigten im Jahr 1989 kanadische Wissenschaftler erstmals, dass der Genuss von Grapefruitsaft den Arzneistoffmetabolismus beeinflussen kann. In den folgenden Jahren wurden viele weitere Interaktionen mit Grapefruit beschrieben und die Mechanismen genauer untersucht. Heute weiß man, unter welchen Umständen Grapefruit-Interaktionen zu erwarten sind und kann Vorkehrungen zu ihrer Vermeidung treffen.

Inhaltsstoffe der Früchte von *Citrus paradisi* L. – der Grapefruit – verändern die Pharmakokinetik vieler Arzneistoffe. Der wichtigste Mechanismus der Grapefruit-Interaktionen ist die Hemmung des Cytochrom-P-450-Enzyms CYP3A4 in der Darmwand. Bei

Arzneistoffen, die über andere Wege appliziert werden, beeinflusst der gleichzeitige Grapefruit-Konsum in der Regel nicht in klinisch relevantem Ausmaß.

novo synthetisiert ist. Interaktionen wurden mit Grapefruitsaft und frischen Früchten gleichermaßen gefunden. Flavonoide wie Naringenin/Naringin und das Furocumarin 6',7' Dihydroxybergamottin werden für die Enzymhemmung verantwortlich gemacht. Sie kommen in wechselnden, aber für eine Interaktion ausreichenden Mengen in Grapefruits vor. In Orangensaft, mit dem keine Interaktionen gefunden wurden, sind diese Verbindungen nicht enthalten. Allerdings wurden einige Interaktionen mit Pomeranzen (Bitter-, Sevilla-Orangen, *Citrus aurantium* L.) und Pomelo-Früchten (*Citrus maxima* L.) berichtet.

Auf Grapefruit verzichten

Schon ein Glas Grapefruitsaft oder eine Grapefruit kann eine klinisch relevante Interaktion hervorrufen. Da aber der Gehalt an den relevanten Furocumarinen in frischen Früchten und in verschiedenen handelsüblichen Säften variiert, kann keine Menge genannt werden, bei der nicht mit einer Wechselwirkung gerechnet werden muss. Zudem ist die Expression von CYP3A4 in der Bevölkerung sehr variabel. Die Aktivität kann von Patient zu Patient um den Faktor acht variieren. Je größer die Aktivität von CYP3A4 bei einem Patienten ist, desto stärker macht sich der Effekt von CYP3A4-Inhibitoren bemerkbar.

Dies spiegelt sich auch in großen interindividuellen Unterschieden bei den Grapefruit-Interaktionen wider. Aus all diesen Gründen genügt es nicht, nur die gleichzeitige Einnahme eines betroffenen Arzneistoffes mit

der Absorption eines peroral applizierten Arzneistoffes XY über die Darmschleimhaut wird ein Teil durch CYP3A4 abgebaut und kann somit nicht wirksam werden. Je größer dieser intestinale, präsystemische First-Pass-Effekt, desto geringer ist die absolute Bioverfügbarkeit von XY. Wird CYP3A4 durch Grapefruit-Inhaltsstoffe inaktiviert, verringert dies den präsystemischen First-Pass-Effekt und die orale Bioverfügbarkeit von XY steigt. Die Pharmakokinetik von

Grapefruit-Inhaltsstoffe beziehungsweise deren Metaboliten binden wahrscheinlich kovalent und irreversibel an CYP3A4: Das inaktivierte Enzym ist offenbar weniger stabil und wird daher schneller abgebaut. Dieser Vorgang wird als Selbstmord-Inhibition bezeichnet. Der Effekt ist schon etwa vier Stunden nach Konsum von Grapefruit voll ausgebildet und kann mehrere Tage anhalten: Die CYP3A4-Aktivität ist so lange verringert, bis wieder ausreichend Enzymprotein de



Foto: Fotolia.com - Kasia Blasiewicz

Arzneistoffe, deren Wirkungen durch Grapefruit verstärkt werden können

Arzneistoff	Handelsname (Beispiele)	Arzneistoff	Handelsname (Beispiel)	Arzneistoff	Handelsname (Beispiel)
Amiodaron	Cordarex®	Statine:		Phosphodiesterase-5-Hemmer:	
Bexaroten	Targretin®	Atorvastatin	Sortis®	Sildenafil	Viagra®
Budesonid	Entocort®	Lovastatin	Mevinacor®	Tadalafil	Cialis®
Buspiron	Bespar®	Simvastatin	Zocor®	Vardenafil	Levitra®
Calciumantagonisten:		Cisaprid	nicht im Handel	Pimozid	Orap®
Nifedipin	Adalat®	Colchicin	Colchysat®	Praziquantel	Cesol®
Felodipin	Modip®	Darifenacin	Emsalex®	Proteinkinase-Inhibitoren:	
Lacidipin	Motens®	Dronedaron	Multaq®	Axitinib	Inlyta®
Nisoldipin	Baymycard®	Fentanyl	Durogesic®	Crizotinib	Xalkori®
Nitrendipin	Bayotensin®	Fesoterodin	Toviaz®	Lapatinib	Tyverb®
Nimodipin	Nimotop®	Immunsuppressiva:		Nilotinib	Tasigna®
Amlodipin	Norvasc®	Ciclosporin	Sandimmun®	Pazopanib	Votrient®
Isradipin	Vascal®	Everolimus	Certican®	Sunitinib	Sutent®
Nilvadipin	Nivadil®	Sirolimus	Rapamune®	Quetiapin	Seroquel®
Lercanidipin	Carmen®	Tacrolimus	Prograf®	Ranolazin	Ranexa®
Manidipin	Manyper®	Ivabradin	Procoralan®	Rupatadin	Rupafin®
Gallopamil	Procorum®	Ivacaftor	Kalydeco®	Terfenadin	Terfenadin Al®
Verapamil	Isoptin®	Midazolam	Dormicum®	Tolvaptan	Samsca®
Carbamazepin	Tegretal®			Triazolam	Halcion®
				Zolpidem	Stilnox®

Tabelle 1, Quelle: ABDA-Datenbank

Perfekt abformen.



R-SI-LINE® PUTTY MATIC + R-SI-LINE® LIGHT

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Informationen unter Tel.: 0 40 - 22 75 76 17
Fax: 0 800 - 733 68 25 gebührenfrei
E-mail: info@r-dental.com

www.r-dental.com

Fordern Sie auch unsere Produktinformationen an.



Biß zur Perfektion

Grapefruit zu vermeiden. Auch ist es nicht sicher, nur auf große Mengen an Grapefruits



Auch bei Mischsäften sowie Cocktails ist genau darauf zu achten, ob nicht doch Grapefruitsaft beigemischt ist.

zu verzichten: Ist ein Arzneistoff potenziell von der Interaktion mit Grapefruits betroffen, soll während der gesamten Behandlungsdauer vollständig auf Grapefruits verzichtet werden. Etwa die Hälfte der heute verwendeten Arzneistoffe wird zumindest teilweise durch CYP3A4 oxidativ abgebaut.

Eine klinisch relevante Wechselwirkung mit Grapefruit kann aber nur auftreten, wenn ■ der Metabolismus überwiegend durch CYP3A4 katalysiert wird,

- der Arzneistoff einen hohen präsystemischen First-Pass-Effekt hat und
- peroral gegeben wird.

Ein Klasseneffekt, bei dem alle Arzneistoffe einer Stoffklasse betroffen sind, liegt nicht vor; entscheidend sind die pharmakokinetischen Eigenschaften des einzelnen Stoffes. Hat der Arzneistoff eine geringe therapeutische Breite, begünstigt dies das klinische Auftreten einer Wechselwirkung. In der ABDA-Datenbank sind derzeit zu 55 Arzneistoffen Grapefruit-Interaktionen gespeichert (siehe

Tabellen 1 und 2).

Verringerte Wirksamkeit

Grapefruit-Inhaltsstoffe können auch die Aktivität von Transportproteinen hemmen. Dies gilt für den ATP-abhängigen Effluxtransporter P-Glykoprotein und für die organischen Anionentransporter OAT1A2 und OAT2B1. Die Hemmung der beiden letztgenannten Transportproteine ist wahrscheinlich verantwortlich für die verringerte Absorption und Wirksamkeit des Renin-Inhibitors Aliskiren und des Antiallergikums Bilastin durch Grapefruit. Im Gegensatz zu den in Tabelle 1 genannten Arzneistoffen

kann Grapefruit die Wirksamkeit der Stickstoff-Lost-Derivate Cyclophosphamid und Ifosfamid reduzieren, denn diese sind Prodrugs: Sie werden unter anderem durch CYP3A4 hydroxyliert und damit bioaktiviert. Bei Einnahme von Grapefruit kann die Bioaktivierung beeinträchtigt werden. In der wissenschaftlichen Literatur sind darüber hinaus weitere statistisch signifikante Interaktionen mit Grapefruit beschrieben, zum Beispiel mit einigen HIV-Protease-Inhibitoren und bestimmten Benzodiazepinen. Diese werden aber aufgrund des geringen Ausmaßes sowie der großen therapeutischen Breite der betroffenen Arzneistoffe nicht als klinisch relevant angesehen.

Dr. Petra Zagermann-Muncke
ABDA-Pharma-Daten Service
Carl-Mannich-Str. 26
65760 Eschborn

■ Dieser Beitrag erfolgt als Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags aus Pharm. Ztg., 158 Jg., 31.1.2013, 5. Ausg..



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

Tipps für die Praxis

- Während der gesamten Dauer der Behandlung mit einem betroffenen Arzneimittel sollten Grapefruits vollständig gemieden werden.
- Früchte, Saft und andere Zubereitungen von Grapefruit (auch Bonbons) sind gleichermaßen interaktionsrelevant.
- Grapefruits erhöhen nur die Bioverfügbarkeit von peroral angewandten Arzneimitteln.
- Eine Menge an Grapefruits, die verbindlich keine Interaktion hervorruft, kann nicht angegeben werden.
- Eine verminderte Bioaktivierung ist auch bei parenteraler Gabe von Cyclophosphamid oder Ifosfamid zu erwarten.

Arzneistoffe, deren Wirkungen durch Grapefruit beeinträchtigt werden können

Arzneistoff	Handelsname (Beispiel)
Aliskiren	Rasilez®
Bilastin	Bitosen®
Stickstoff-Lost-Derivate:	
Cyclophosphamid	Endoxan®
Ifosfamid	Holoxan®

Tabelle 2, Quelle: ABDA-Datenbank

Testen Sie die perfekte Polierlösung!

Schnell, schonend, RKI-konform und kostengünstig

in Kooperation mit:



Testen Sie für nur € 15,-

14 cent/min aus dem deutschen Festnetz
Mobilfunkpreise können abweichen

Faxantwort

WHITE CROSS

0180 5022772

Brückenstraße 28
69120 Heidelberg
Telefon 0180 5022771
E-mail info@white-cross.info

Hiermit bestellen wir folgende Produkte:

	Produkt	Beschreibung	Einzelpreis* €	VE	Bestellmenge
Testpaket	 1x 20x 1x	W&H Proxeo HP 44 M (Testhandstück) + 4 x 5 LigPro ErgoAngle + Proxyt Polierpaste fein 10 ml	15,-	1 Testset	

Sie haben die Möglichkeit das Handstück 2 Wochen zu testen. Bei Nichtgefallen schicken Sie das Handstück in der Originalverpackung auf eigene Kosten zurück.

ANGEBOT	 1x 2x144 1x	W&H HP 44 M Handstück + 2 x 144 LigPro ErgoAngle + Proxyt Polierpaste fein 55 ml Bitte 2 ankreuzen LigPro ErgoAngle soft <input type="checkbox"/> LigPro ErgoAngle super soft <input type="checkbox"/> LigPro ErgoAngle firm <input type="checkbox"/> LigPro ErgoAngle turbo <input type="checkbox"/>	260,- 158,- 15,50 439,50 Ihr Preis: 299,-	1 Set	
----------------	--	---	---	-------	--

*Alle Preise zzgl. MwSt.

Name _____

Anschrift _____

Praxisstempel:

Datum _____

Unterschrift _____



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Bremen	S. 71	Implantologie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 72
Akupunktur	LZK Berlin/Brandenburg	S. 71		LZK Baden-Württemberg	S. 73
Allgemeinmedizin	LZK Berlin/Brandenburg	S. 72		LZK Sachsen	S. 74
Alterszahnheilkunde	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 73		KZV Baden-Württemberg	S. 76
	ZÄK Nordrhein	S. 74	Interdisziplinäre ZHK	LZK Baden-Württemberg	S. 73
Ästhetik	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 73	Kieferorthopädie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 72
	LZK Baden-Württemberg	S. 73		KZV Baden-Württemberg	S. 76
	ZÄK Nordrhein	S. 74	Kinderzahnheilkunde	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 72
	KZV Baden-Württemberg	S. 76	Kommunikation	ZÄK Bremen	S. 71
Bildgebende Verfahren	LZK Baden-Württemberg	S. 73		LZK Rheinland-Pfalz	S. 75
	KZV Baden-Württemberg	S. 76	Konservierende ZHK	LZK Berlin/Brandenburg	S. 71
Chirurgie	ZÄK Niedersachsen	S. 72	Notfallmedizin	ZÄK Niedersachsen	S. 72
	ZÄK Nordrhein	S. 74		ZÄK Nordrhein	S. 74
	LZK Rheinland-Pfalz	S. 76		LZK Sachsen	S. 74
Endodontie	ZBV Unterfranken	S. 72		LZK Rheinland-Pfalz	S. 75
	LZK Baden-Württemberg	S. 73	Parodontologie	ZÄK Niedersachsen	S. 72
	KZV Baden-Württemberg	S. 76		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 73
Finanzen	LZK Baden-Württemberg	S. 73		LZK Baden-Württemberg	S. 73
Funktionslehre	LZK Berlin/Brandenburg	S. 71		ZÄK Nordrhein	S. 74
	ZÄK Niedersachsen	S. 72		LZK Sachsen	S. 75
	LZK Sachsen	S. 75	Praxismanagement	ZÄK Bremen	S. 71
Hygiene	ZÄK Nordrhein	S. 74		LZK Berlin/Brandenburg	S. 71
				ZÄK Westfalen-Lippe	S. 72
				ZÄK Nordrhein	S. 74
			Prophylaxe	ZÄK Nordrhein	S. 74
				LZK Sachsen	S. 75
			Prothetik	LZK Sachsen	S. 75
			Qualitätsmanagement	LZK Rheinland-Pfalz	S. 75
			Recht	ZBV Unterfranken	S. 72
			ZFA	ZÄK Nordrhein	S. 74
				LZK Rheinland-Pfalz	S. 75

Fortbildung der Zahnärztekammern Seite 71

Kongresse Seite 76

Hochschulen ODER Wissenschaftliche Gesellschaften Seite 79

Freie Anbieter Seite 80

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



Absender:

Veranstalter/Kontaktadresse:



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Zahnärztekammern

ZÄK Bremen



Fortbildungsveranstaltungen

Fachbereich: Kommunikation
Thema: Der erste Eindruck zählt – Wenn Knigge in die Praxis kommt
Referent: Betül Hanisch
Termin: 01.06.2013: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 13056
Gebühr: 195 EUR

Fachbereich: Abrechnung
Thema: GOZ-Vertiefungs-Workshops – Prophylaxe und FU
Referentinnen: Regina Granz und Silvia Syväri
Termin: 05.06.2013: 14.00 – 18.30 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 13046
Gebühr: 145 EUR

Fachbereich: Praxismanagement
Thema: Multi Mind Special – Teil IV: Mind Performing
Referent: Herbert Prange
Termin: 06.06. – 08.06.2013: jeweils 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 26
Kurs-Nr.: 13225
Gebühr: 585 EUR (ZÄ), 468 EUR (ZFA)

Fachbereich: Abrechnung
Thema: Begründen, und zwar richtig! – Die GOZ 2012: für viele die Herausforderung schlechthin
Referentin: Christine Baumeister-Henning
Termin: 07.06.2013: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Dependance Bremerhaven, Langener Landstr. 173, 27580 Bremerhaven
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 13623
Gebühr: 184 EUR (ZÄ), 148 EUR (ZFA)

Fachbereich: Praxismanagement
Thema: Dental English I – Fit im Betreuen englisch sprechender Patienten
Referentin: Sabine Nemec
Termin: 08.06.2013: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 13202
Gebühr: 248 EUR (ZÄ), 198 EUR (ZFA)

Fachbereich: Abrechnung
Thema: GOZ-Vertiefungs-Workshops – Implantologie
Referentinnen: Regina Granz und Silvia Syväri
Termin: 12.06.2013: 14.00 – 18.30 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 13047
Gebühr: 145 EUR

Fachbereich: Abrechnung
Thema: KFO-Abrechnung für Einsteiger – Das „Stiefkind“ vieler Abrechnungsprofis
Referentin: Silvia Syväri
Termin: 12.06.2013: 14.00 – 18.30 Uhr
Ort: Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 13048
Gebühr: 148 EUR

Auskunft u. schriftliche Anmeldung:
 Fortbildungsinstitut der Zahnärztekammer Bremen
 Sandra Kulisch und Torsten Hogrefe
 Universitätsallee 25
 28359 Bremen
 Tel.: 0421/33303-77/78
 Fax: 0421/33303-23
 E-Mail: s.kulisch@fizaek-hb.de oder t.hogrefe@fizaek-hb.de
 www.fizaek-hb.de

Fachgebiet: Akupunktur
Thema: Strukturierte Fortbildung: Akupunktur für Zahnärzte
Moderator: Dr. Jochen Gleditsch – Wien
Erster Termin: 14.06.2013: 14.00 – 19.00 Uhr, 15.06.2013: 09.00 – 17.00 Uhr (6 Veranstaltungstage insgesamt)
Fortbildungspunkte: 60
Kurs-Nr.: 6081.0
Kursgebühr: 1 490 EUR

LZK Berlin/Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Selbstzahlerleistungen – Wie sage ich es meinem Patienten?
Referent: Dipl.-oec. Hans-Dieter Klein – Stuttgart
Termin: 08.06.2013: 09.00 – 16.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 5106.2
Kursgebühr: 185 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Vollkeramische Restaurationen. Ästhetik und Funktion vom Veneer bis zur Seitenzahnbrücke
Referent: Prof. Dr. Jürgen Manhart – München
Termin: 14.06.2013: 10.00 – 18.00 Uhr, 15.06.2013: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 19
Kurs-Nr.: 4025.3
Kursgebühr: 555 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Kofferdam in 100 Sekunden. Wie Sie Ihre konservierende Behandlung vereinfachen, verbessern und beschleunigen
Referent: Dr. Johannes Müller – Wörth/Isar
Termin: 15.06.2013: 10.00 – 15.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 4011.4
Kursgebühr: 195 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Im Brennpunkt: Dokumentation in der zahnärztlichen Praxis
Referentin: Helen Möhrke – Berlin
Termin: 14.08.2013: 15.00 – 19.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 5094.4
Kursgebühr: 145 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Funktionslehre – kompakt
Referent: Prof. Dr. Georg Meyer – Greifswald
Termin: 16.08.2013: 14.00 – 19.00 Uhr, 17.08.2013: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 1007.3
Kursgebühr: 335 EUR

Die **MELAG** Premium-Klasse. Chargenzeit 17 Minuten.
 Die schnellsten Sterilisatoren ihrer Klasse

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Kieferorthopädisches Grundwissen für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine erfolgreiche allgemein-zahnärztliche Behandlung
Referent: Prof. Dr. Ralf J. Radlanski – Berlin
Termin: 17.08.2013: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 0920.2
Kursgebühr: 195 EUR

Fachgebiet: Allgemeinmedizin
Thema: Lebensbedrohliche Zwischenfälle in der Zahnarztpraxis
Referenten: Dr. Natalie Boerger – Berlin, Dr. Michael Petschler – Berlin
Termin: 24.08.2013: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 6013.12
Kursgebühr: 195 EUR

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

ZBV Unterfranken



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Recht
Thema: Das neue Patientenrechtsgesetz 2013
Referentin: RA Rita Schulz-Hillenbrand (Fachanwältin für Medizinrecht)
Termin: 11.06.2013: 20.00 – 22.00 Uhr
Ort: Salon Echter, Maritim Hotel Würzburg
Kursgebühr: 40 EUR

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Aktuelle Techniken der Wurzelkanalaufbereitung
Referent: PD Dr. Norbert Hofmann
Termin: 16.07.2013: 20.00 – 22.00 Uhr
Ort: Salon Echter, Maritim Hotel Würzburg
Kursgebühr: 40 EUR

Anzeige

Luna Gold

Die hautfreundliche
Watterolle



Sichern Sie sich jetzt Ihr
Luna Gold Muster!
Fax mit Praxisstempel und
Stichwort „Luna Gold“ an
07345-805 201

roeko
Alles im grünen Bereich:
Endodontie, Hygiene und Watte

Pro Praxis nur ein Muster möglich.
501522

Auskunft und Anmeldung:
 ZBV Unterfranken
 Dominikanerplatz 3d
 97070 Würzburg
 Tel.: 0931/32114-0
 Fax: 0931/32114-14
 www.zbv-ufr.de

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Bewährte Möglichkeiten der Diagnostik und initialen Therapie von Funktionsstörungen mit Aufbissbehelfen
Referentin: Theresia Asselmeyer
Termin: 31.05.2013: 14.00 – 18.00 Uhr, 01.06.2013: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: Z 1331
Kursgebühr: 299 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Parodontologie versus Implantologie live
Referenten: Prof. Dr. Rainer Buchmann, Dr. Dr. Axel Berens
Termin: 01.06.2013: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: Z/F 1333
Kursgebühr: 350 EUR

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Notfallmanagement in der zahnärztlichen Praxis
Referent: Prof. Dr. Hartmut Hagemann
Termin: 12.06.2013: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: Z 1335
Kursgebühr: 88 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Kurze oder lange Implantate
Referent: Prof. Dr. Georg-Hubertus Nentwig
Termin: 12.06.2013: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: Z 1336
Kursgebühr: 132 EUR

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

ZÄK Westfalen-Lippe



Zahnärztliche Fortbildung

Fachgebiet: Kinder- & Jugend-ZHK
Thema: Arbeitskreis Kinderzahnheilkunde: Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation – der neueste Stand in der Kinderbehandlung
Moderator: Dr. Peter Noch – Münster
Gastdozentin: Dr. Stefanie Feierabend – Erlenbach
Termin: 05.06.2013: 15.00 – 17.30 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 13 710 736
Gebühr: ZA 89 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement/ Qualitätsmanagement
Thema: Erfolgreiche Praxisführung Modul III: Professionelles Konflikt- und Beschwerdemanagement in der Praxis
Referent: Dipl.-Betriebswirt Uwe Hermannsen – Münster
Termin: 12.06.2013: 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 13 740 009
Gebühr: ZA 219 EUR, ZFA 109 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Arbeitskreis Implantologie
Moderator: Dr. Martin Griebel – Lippstadt
Termin: 12.06.2013: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 13 710 724
Gebühr: ZA 99 EUR

Fachgebiet: Alterszahnheilkunde
Thema: Arbeitskreis Alterszahnmedizin: Aktueller Stand in der Alterszahnmedizin. Welche Möglichkeiten haben wir, um unser Thema mehr der Öffentlichkeit zugänglich zu machen?
Moderatorin: Dr. Ilse Weinfurter – Detmold
Termin: 12.06.2013: 15.30 – 18.00 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 13 710 730
Gebühr: ZA 29 EUR, ZFA 14,50 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Die Behandlung parodontaler Erkrankungen
Referent: Dr. Inga Harks – Münster
Termin: 19.06.2013: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Paderborn, Gaststätte „Zu den Fischteichen“, Dubelohstr. 92, 33104 Paderborn
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: DEZ 13 750 016
Gebühr: ZA 79 EUR

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Adhäsivtechnik als Teil eines Sanierungskonzepts
Referent: Dr. Gernot Mörig – Düsseldorf
Termin: 28.06.2013: 14.00 – 18.30 Uhr, 29.06.2013: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 13 740 017
Gebühr: ZA 499 EUR

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

LZK Baden-Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Die hohe Schule der 3-D-Diagnostik – DVTs sicher lesen
Referent: Dr. Edgar Hirsch – Leipzig
Termin: 07.06.2013
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 8013
Gebühr: 400 EUR

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Zahnfarbene Restaurationen – Synopse von Ästhetik und Kunst
Referent: Prof. Dr. Bernd Klaißer – Ulm
Termin: 07./08.06.2013
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 8008
Gebühr: 460 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Implantate für Zahnärztinnen (Dieser implantologische Basiskurs richtet sich an Zahnärztinnen)
Referent: Prof. Dr. Margrit-Ann Geibel – Ulm
Termin: 07./08.06.2013
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 8011
Gebühr: 550 EUR

Fachgebiet: Interdisziplinäre ZHK
Thema: Lachgassedierung (Kurs für das Praxisteam)
Referenten: Monica Quick-Arntz – Hamburg, Dr. Georg Lanz – Karlsruhe, Ass. jur. David Richter – Mannheim
Termin: 07./08.06.2013
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 8052
Gebühr: 1 000 EUR
 (In diesem Preis ist die Teilnahme einer ZFA inbegriffen.)

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Dentale Traumatologie und die Stiftversorgung
Referenten: Prof. Dr. Michael Hülsman – Göttingen, Prof. Dr. Thomas Wrbas – Freiburg
Termin: 14./15.06.2013
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 4966
Gebühr: 600 EUR

Fachgebiet: Finanzen
Thema: Sichern Sie Ihr Lebenswerk – Die lukrativsten Vorsorgemodelle für Zahnärzte
Referent: Holger Wlasak – Karlsruhe
Termin: 15.06.2013
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 8017
Gebühr: 80 EUR

ZUFRIEDENHEITSGARANTIE

+HONORAR-ERSATZ



Die Experten für Qualitätzzahnersatz

AUDENTIC AG

NEU IM ZAHNERSATZ-MARKT: DIE AUDENTIC ZUFRIEDENHEITSGARANTIE

- Einmaliges Rückgaberecht der Arbeit vor Eingliederung bei Nichtgefallen
- Größere Patiententreue durch Bindung an den Erstbehandler
- Recht zur wiederholten Neuanfertigung bei Nichtgefallen nach Eingliederung (12 Monate) mit Honorarersatz

Hotline 0800 50 51 100 • www.audentic.ag

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Update Parodontologie – das Konzept einer risikoadäquaten, individuellen Therapie
Referent: Dr. Dirk Ziebolz – Göttingen
Termin: 15.06.2013
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 8016
Gebühr: 300 EUR

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

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Mehr Erfolg in der Prophylaxe. Prophylaxe – der sanfte Weg zu gesunden Zähnen
Referent: Dr. Steffen Tschackert
Termin: 05.06.2013:
 14.00 – 20.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 13003
Kursgebühr: ZA 250 EUR,
 ZFA 190 EUR

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Baustein IV des Curriculums Ästhetische Zahnmedizin Parodontologische ästhetische Maßnahmen
Referent: PD Dr. Stefan Fickl
Termin:
 07.06.2013: 14.00 – 19.00 Uhr,
 08.06.2013: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 13063
Kursgebühr: 540 EUR

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Notfall-Teamkurs (Kurs für das Praxisteam mit praktischen Übungen)
Referent: Dr. Thomas Schneider
Termin: 08.06.2013:
 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 13033
Kursgebühr: ZA 200 EUR,
 ZFA 100 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Keep On Swinging Ultraschallbehandlung in der Parodontologie. Aktuelles und Bewährtes aus der „Welt des Ultraschalls“ in der PAR (Seminar mit praktischen Übungen für das gesamte Team)
Referent: Dr. Michael Maak
Termin: 12.06.2013:
 12.00 – 19.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 13005
Kursgebühr: ZA 290 EUR,
 ZFA 190 EUR

Fachgebiet: Hygiene
Thema: Hygiene in der Zahnarztpraxis (inkl. Begehungen nach MPG) Teil 2
Referent: Dr. Johannes Szafranski
Termin: 12.06.2013:
 12.00 – 19.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 13044
Kursgebühr: ZA 170 EUR,
 ZFA 90 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Top Team statt trouble Team Fit zum Führen II – Hochwirksame Mitarbeitergespräche erfolgreich führen
Referent: Dr. Gabriele Brieden
Termin:
 14.06.2013: 14.00 – 18.00 Uhr,
 15.06.2013: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 13
Kurs-Nr.: 13027
Kursgebühr: ZA 290 EUR,
 ZFA 190 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Chirurgie – operative Eingriffe in der zahnärztlichen Praxis – Hands-On
Referent: Dr. Nina Psenicka
Termin: 15.06.2013:
 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: 13015
Kursgebühr: 300 EUR

Fachgebiet: Alterszahnheilkunde
Thema: Modul IV des Curriculums Geriatrische Zahnmedizin Implantologische Aspekte bei Alterspatienten
Referent: Prof. Dr. Gerhard Wahl
Termin: 15.06.2013:
 10.00 – 15.30 Uhr
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 13053
Kursgebühr: 180 EUR

Fortbildung für ZFA

Thema: Zeitmanagement. Du kannst dem Leben nicht mehr Zeit geben – aber der Zeit mehr Leben (Prof. Heinz Hellberg)
Referent: Angelika Doppel
Termin: 05.06.2013:
 15.00 – 18.30 Uhr
Kurs-Nr.: 13210
Kursgebühr: 70 EUR

Thema: Übungen zur Prophylaxe (Seminar mit Demonstrationen und praktischen Übungen für ZFA mit geringen Vorkenntnissen)
Referent: ZMF Gisela Elter
Termin: 05.06.2013:
 14.00 – 19.00 Uhr
Kurs-Nr.: 13225
Kursgebühr: 90 EUR

Thema: Praktischer Arbeitskurs zur Individualprophylaxe (Seminar mit Demonstrationen und praktischen Übungen)
Referent: ZMF Andrea Busch
Termin:
 07.06.2013: 14.00 – 18.00 Uhr,
 08.06.2013: 09.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 13216
Kursgebühr: 220 EUR

Thema: Prophylaxe beim Kassenspatienten nach IP1 bis IP4
Referent: ZA Ralf Wagner, Daniela Zerlik
Termin:
 08.06.2013: 09.00 – 17.00 Uhr,
 09.06.2013: 09.00 – 13.00 Uhr
Kurs-Nr.: 13216
Kursgebühr: 240 EUR

Thema: „Damit wir uns richtig verstehen“ – Rhetorik- und Argumentationstraining
Referent: Rolf Budinger
Termin: 14.06.2013:
 14.00 – 18.00 Uhr
Kurs-Nr.: 13232
Kursgebühr: 110 EUR

Auskunft: Karl-Häupl-Institut der Zahnärztekammer Nordrhein Emanuel-Leutze-Str. 8 40547 Düsseldorf (Lörrich)
 Tel.: 0211/52605-45
 Fax: 0211/52605-48

LZK Sachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Notfallmanagement bei Kindern
Referent: PD Dr. Michael Müller, Sören Weber – beide Dresden
Termin: 01.06.2013:
 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Universitätsklinikum Dresden
Fortbildungspunkte: 11
Kurs-Nr.: D 54/13
Kursgebühr: 195 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Der implantologische Misserfolg – Risiken erkennen, Komplikationen vorbeugen und behandeln
Referent: Doz. Dr. med. habil. Michael Fröhlich
Termin: 01.06.2013:
 09.00 – 15.00 Uhr,
Ort: Fortbildungsakademie der LZK Sachsen, Dresden
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: D 55/13
Kursgebühr: 165 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Das ABC der Schienentherapie
Referent: Prof. Dr. h. c. Georg Meyer – Greifswald
Termin: 01.06.2013:
 09.00 – 17.00 Uhr,
Ort: Fortbildungsakademie der LZK Sachsen, Dresden
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: D 56/13
Kursgebühr: 275 EUR

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Workshop – kombinierter
feststehend/ herausnehmbarer
Zahnersatz
Referent: Prof. Dr. Klaus Böning –
Dresden
Termin: 05.06.2013:
14.00 – 18.00 Uhr,
Ort: Fortbildungsakademie der
LZK Sachsen, Dresden
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: D 57/13
Kursgebühr: 90 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Medi-Taping in der
zahnärztlichen Praxis
Referent: Dr. Dieter Sielmann –
Bad Oldeslohe
Termin: 07.06.2013:
09.00 – 17.00 Uhr,
Ort: Fortbildungsakademie der
LZK Sachsen, Dresden
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: D 59/13
Kursgebühr: 235 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Plastische
Parodontalchirurgie
Referentinnen: Prof. Dr. Petra
Ratka-Krüger – Freiburg/Brsg.,
Dr. Beate Schacher – Frankfurt/M.
Termin: 08.06.2013:
09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Fortbildungsakademie der
LZK Sachsen, Dresden
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: D 60/13
Kursgebühr: 345 EUR

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Prophylaxe für alle –
Patientenzufriedenheit und dauer-
hafte Produktivitätssteigerung in
der Praxis
Referent: Dr. Klaus-Dieter
Hellwege – Lauterecken
Termin: 08.06.2013:
09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Fortbildungsakademie der
LZK Sachsen, Dresden
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: D 61/13
Kursgebühr: 225 EUR

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

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: ZFA/Prophylaxe
Thema: Prophylaxe Kompakt –
Intensivkurs für Prophylaxe-
einsteiger/innen (ZFAs)
Referenten: diverse
Termin: 03.06. – 08. 06.2013:
jeweils 09.00 – 16.30 Uhr
Ort: Mainz
Kurs-Nr.: 138216
Kursgebühr: 970 EUR

Fachgebiet: Kommunikation
Thema: Migranten sind als
Patienten anders und wichtig!
Konstruktiver – hilfreicher –
achtsamer Umgang mit Migran-
ten in der zahnärztlichen Praxis
Referent: Dr. phil. Hermann
Hagemann
Termin: 12.06.2013:
14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 138304
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Notfälle in der zahnärzt-
lichen Praxis für das Team
Referent: Dr. Thomas
Schlechtriemen
Termin: 22.06.2013
10.00 – 17.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 11
Kurs-Nr.: 138307
Kursgebühr: 270 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS in der praktischen
Anwendung – Das Zahnärztliche
Qualitätsmanagementsystem in
der Umsetzung
Referenten: Sabine Christmann,
Dr. Holger Dausch, Archibald
Salm
Termin: 26.06.2013:
14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 138282
Kursgebühr: 190 EUR

Opalescence®
go

Gebrauchsfertige **UltraFit Trays**
für die Zahnaufhellung zu Hause



**IDS
Neuheit**

- Vorgefüllte UltraFit Trays mit 6% H₂O₂, faszinierend einfach
- Super-adaptierbares Innentray für erhöhten Patienten-Komfort
- Optimierte Gel-Menge und -Platzierung in der Folie auch für posteriore Zähne
- Gel mit PF-Formel, für minimierte Zahnsensibilitäten und aktiven Kariesschutz

So günstig ist professionelle Zahnaufhellung!

UP 4634
€ 64,90

Opalescence Go Patienten Kit
*Jedes Kit enthält 10 Blisterpackungen
mit je 1 UltraFit Tray für OK und UK*

Starten auch Sie jetzt in Ihrer Praxis!

Rufen Sie uns an 02203-35 92 15

ULTRADENT
PRODUCTS · USA

UP Dental GmbH · Am Westhoyer Berg 30 · 51149 Köln
Tel 02203-359215 · Fax 02203-359222 · www.updental.de
Vertrieb durch den autorisierten und beratenden Dental-Fachhandel

Fachgebiet: Kommunikation/
Praxismanagement
Thema: Gute Team-Atmosphäre –
Garant für den persönlichen Erfolg
Referentin: Christa Haas
Termin: 26.06.2013:
14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 138305
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Kieferkammrekonstruktionen mit nicht resorbierbaren Membranen (aus der Serie: Oralchirurgisches Kompendium)
Referent: Dr. Norbert Haßfurther
Termin: 26.06.2013:
14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 138113
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Abrechnung (aus der Serie: Oralchirurgisches Kompendium)
Referent: Dr. Edgar Spörlein
Termin: 21.08.2013:
14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 138114
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: ZFA
Thema: Fortbildungslehrgang zur/zum Zahnmedizinischen Fachassistent/in (ZMF) (inkl. ZMP und ZMV)
Referenten: diverse
Termin: August 2013 – März 2014
Ort: Mainz
Kurs-Nr.: 138213
Kursgebühr: 7 000 EUR

Fachgebiet: ZFA
Thema: Fortbildungslehrgang zur/zum Zahnmedizinischen Verwaltungsassistent/in (ZMV)
Referenten: diverse
Termin: Oktober 2013 – Februar 2014
Ort: Mainz
Kurs-Nr.: 138212
Kursgebühr: 2 650 EUR

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

LZK Hessen



Fortbildungsveranstaltungen

Frühjahrsfortbildung der hessischen Zahnärzte
Thema: Neues und Bewährtes in der Zahnmedizin
Termin: 22.06.2013:
09.00 Uhr c.t.
Ort: Kongress Palais Kassel – Stadthalle

Auskunft und Anmeldung:
Fortbildungsakademie
Zahnmedizin Hessen GmbH
Außenstelle Kassel
Mauerstr. 13
34117 Kassel
Tel.: 0561/70986-11
Fax: 0561/70986-44
www.fazh.de

KZV Baden-Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsforum Freiburg

Thema: Leben in Balance – Die Faktoren für Zufriedenheit und Glück
Referentin: Dagmar Charbonnier – Ettenheim
Termin: 08.06.2013
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: ZA: 255 EUR, ZFA: 225 EUR
Kurs-Nr.: 13/307
Fortbildungspunkte: 7

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Dysgnathie Klasse III – Das interdisziplinäre Behandlungskonzept KFO/MKG-Chirurgie
Referenten: Dr. Dr. Philipp Jürgens und Dr. Karin Habersack – Basel
Termin: 08.06.2013
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 395 EUR
Kurs-Nr.: 13/109
Fortbildungspunkte: 8

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Indikationsbezogene Anwendung verschiedener Lappen- und Nahttechniken im Rahmen hart- und weichgewebiger Augmentationen mit differenzierter Betrachtung der Vor- und Nachteile
Referent: Prof. Dr. Frank Schwarz – Düsseldorf
Termin: 15.06.2013
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 395 EUR
Kurs-Nr.: 13/110
Fortbildungspunkte: 9

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Notfallendodontie
Referent: Prof. Dr. Karl-Thomas Wrbas – Freiburg
Termin: 19.06.2013
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 125 EUR
Kurs-Nr.: 13/111
Fortbildungspunkte: 4

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz nach RÖV
Referenten: Prof. Dr. Dr. Jürgen Düker – Stegen, Dr. Burkhard Maager – Denzlingen, Dr. Christian Scheifele – Freiburg
Termin: 20.06. – 22.06.2013
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 490 EUR
Kurs-Nr.: 13/112
Fortbildungspunkte: 27

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Direkte Seitenzahnkompositversorgungen: Von der funktionellen Sozialfüllung bis zur hochästhetischen High-End-Restauration
Referent: Prof. Dr. Ivo Krejci – Genf
Termin: 22.06.2013
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 425 EUR
Kurs-Nr.: 13/113
Fortbildungspunkte: 9

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Kronenfreie Quadranten-sanierung mit chairside- und laborgefertigten Inlays/Onlays aus Komposit
Referent: Prof. Dr. Ivo Krejci – Genf
Termin: 22.06.2013
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 425 EUR
Kurs-Nr.: 13/114
Fortbildungspunkte: 9

Fachgebiet: ZFA
Thema: „Der Mundöffner“ – Smalltalk in der Zahnarztpraxis
Referentin: Dipl.-Germ. Karin Namianowski – Wasserburg
Termin: 28.06.2013
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 180 EUR
Kurs-Nr.: 13/412

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: KFO-Spezial – Vom Spannungsfeld zur erfolgreichen Dreiecksbeziehung
Referentin: Dipl.-Germ. Karin Namianowski – Wasserburg
Termin: 29.06.2013
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: ZA: 255 EUR, ZFA: 225 EUR
Kurs-Nr.: 13/308
Fortbildungspunkte: 7

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

Kongresse

■ Mai

7th Flemish international dental congress
Thema: Time to change?
Termin: 23.05. – 25.05.2013
Ort: Oostende/Belgium
Auskunft und Anmeldung:
www.vvt.be congress

27. Berliner Zahnärztetag
23. Berliner Zahntechnikertag
42. Fortbildungskongress für ZFA
Termin: 24./25.05.2013
Ort: Estrel Hotel, Sonnenallee 25,
12057 Berlin
Fortbildungspunkte: 13
Auskunft und Anmeldung:
Quintessenz Verlags-GmbH
Ifenpfad 2-4
12107 Berlin
Tel.: 030/76180-624
Fax: 030/76180-692
www.quintessenz.de/bzt

20. Zahnärzte-Sommerkongress
Thema: Neue Behandlungsmethoden und Therapiekonzepte im Praxistest
Schwerpunktt Themen: Chirurgie und Alterszahnheilkunde
Termin: 27.05. – 31.05.2013
Veranstalter: Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ)
Ort: Maritim Hotel Kaiserhof, Heringsdorf/Usedom
Auskunft:
FVDZ-Bundesgeschäftsstelle
Tel.: 0228/8557-55
www.fvdz.de

■ Juni

**Hauptstadtkongress
Medizin und Gesundheit**
Referenten: Bundesminister Daniel Bahr, Jens Spahn, Dr. Karl Lauterbach, Birgit Bender
Termin: 05.06. – 07.06.2013
Information:
www.hauptstadtkongress.de

12. Jahrestagung des Landesverbands Nordrhein-Westfalen im DGI e.V.
Thema: Chirurgie und Prothetik: Synergien in der Implantologie
Termin: 07./08.06.2013
Ort: Maritim Hotel Köln
Anmeldung:
MCI Deutschland GmbH
Markgrafenstr. 56
10117 Berlin
Tel.: 030/20459-0
Fax: 030/20459-50
berlin@mci-group.com
www.mci-berlin.de

62. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien
Tagungspräsidentin:
Prof. Dr. Meike Stiesch
Termin: 13.06. – 15.06.2013
Ort: Convention Center Hannover, Deutsche Messe AG, Messegelände/Hermesallee, 30521 Hannover
Anmeldung:
MCI Deutschland GmbH
MCI – Berlin Office
Markgrafenstr. 56
10117 Berlin
Tel.: 030/20459-0
Fax: 030/20459-50
dgpro2013@mci-group.com
www.dgpro.de

3. Symposium der Initiative Kiefergesundheit und des Berufsverbands der Deutschen Kieferorthopäden
Thema: Prävention – Funktion – Ästhetik: Grenzfälle in der Erwachsenen-Kieferorthopädie
Termin: 15.06.2013
Ort: Frankfurt
Auskunft: www.pfa-kfo.de

20. Sommersymposium des MVZI im DGI e.V.
Thema: Einzelzahnersatz – Intuition, Präzision, Faszination
Termin: 20.06. – 22.06.2013
Ort: The Westin Hotel, Gerberstr. 15, 04105 Leipzig
Anmeldung:
Youvivo GmbH
Karlstr. 60
80333 München
Tel.: 089/550520-90
Fax: 089/550520-92
info@youvivo.com

18. Greifswalder Fachsymposium der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.
Thema: Aktuelle Trends in der zahnärztlichen Chirurgie und Oralmedizin
Termin: 22.06.2013
Ort: Alfred-Krupp-Wissenschaftskolleg, M.-Luther-Str. 14, 17489 Greifswald
Auskunft:
Prof. Dr. Wolfgang Sümnick
Ernst-Moritz-Arndt-Universität
Zentrum für ZMK-Heilkunde
Poliklinik für MKG-Chirurgie
Rotgerberstr. 8
17475 Greifswald
Tel.: 03834/867-168
Fax: 03834/867-302
suemnick@uni-greifswald.de

Happy Birthday, Luxatemp!

Das Erfolgsmaterial für
ästhetische, bruchstabile
Provisorien wird 20.

Wir bedanken uns
bei Zahnärzten weltweit
für das Vertrauen.

Mehr zu Luxatemp und weiteren DMG Meilensteinen
finden Sie hier: www.dmg-dental.com/20-years

20

Die Bezugsquelle
des Zahnarztes

Baden-Württemberg

doctors^{eyes}.de



persönliche Beratung unter
Tel.: 073 52/ 93 92 12

SYRIEN

Helft den
Kindern



Spendenkonto 300 000
Stichwort: Syrien
Bank für Sozialwirtschaft Köln
BLZ 370 205 00
Online spenden: www.unicef.de

unicef
Gemeinsam für Kinder

27. Oberpfälzer Zahnärztetag 2013

Termin: 27.06. – 29.06.2013
Thema: Problemfälle meistern –
Troubleshooting in der
Zahnmedizin
Schirmherr: Prof. Dr. Dr. Peter Proff
Ort: Klinikum der Universität
Regensburg
Anmeldung: Zahnärztlicher
Bezirksverband Oberpfalz
Albertstr. 8
93047 Regensburg
Fax: 0941/59204-70

■ August

12. Festspiel-Gespräche
zur Ganzheits-Medizin

Thema: HEILUNGSPROZESSE
Termin: 01.08. – 04.08.2013
Veranstalter: Gesellschaft für
ganzheitliche Zahnheilkunde der
Österreichischen Gesellschaft für
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde,
Verein Österreichischer Zahnärzte
Wissenschaftliche Leitung:
Univ.-Prof. Dr. Bernd W. Sigusch,
PD Dr. Wilfried Reinhardt
Ort: Dornbirn/Österreich
Anmeldung: ÖGZMK Gesellschaft
für ganzheitliche Zahnheilkunde
DDR. Irmgard Simma-Kletschka
Arlbergstr. 139
A-6900 Bregenz
dr.i.simma@aon.at
www.simma.at

FDI 2013 Istanbul
Jahresweltkongress der Zahnärzte



Thema: Kontinente verbinden für
eine globale Mundgesundheit
Termin: 28.08. – 31.08.2013
Ort: Istanbul Congress Center
Anmeldung:
www.fdi2013istanbul.org/INT/

■ September

48. Bodenseetagung

42. Helferinnentagung
Veranstalter: Bezirkszahnärzte-
kammer Tübingen
Thema: Moderne Parodontologie
in der Praxis
Termin: 13./14.09.2013
Ort: Lindau (Bodensee)
Auskunft: Bezirkszahnärztekammer
Tübingen
Bismarckstr. 96
72072 Tübingen
Tel.: 07071/911-0
Fax: 07071/911-209

7. Zahnärztetag & Prophylaxe-
Kongress der Zahnärztekammer
Niedersachsen

Termin: 14.09.2013
Ort: Congress Centrum Bremen,
Hollerallee 99, 28215 Bremen
Auskunft und Anmeldung:
Zahnärztekammer Niedersachsen
Ansgar Zboron
Zeißstr. 11a
30519 Hannover
Tel.: 0511/83391-303
azboron@zkn.de

8. Weltkongress der International
Federation of Esthetic Dentistry (IFED)
10. Internationale Jahrestagung der
DGÄZ

Termin: 18.09. – 21.09.2013
Ort: München
Wissenschaftlicher Vorsitz:
Prof. Dr. Daniel Edelhoff
Kongresspräsident:
Dr. Siegfried Marquardt
Infos und Anmeldung:
www.ifed-2013.com

DGCZ: CEREC-Kongress

21. CEREC-Masterkurs
Referenten: Dr. Bernd Reiss,
Dr. K. Wiedhahn
Termin: 20./21.09.2013
Ort: Stuttgart
Fortbildungspunkte: 16
Kursnummer: CND10113
Kursgebühr: 690 EUR,
Mitglieder DGCZ: 540 EUR,
ZFA: 320 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: DGCZ e.V.
Karl-Marx-Str. 124
12043 Berlin
Tel.: 030/767643-88
Fax: 030/767643-86
e-mail: sekretariat@dgcz.org
www.dgcz.org

■ Oktober

33. Wissenschaftlicher Kongress
des Deutschen Ärztinnenbundes
Themenschwerpunkte:

1. Transplantationsmedizin –
Organspende 2. Ökonomisierung
der Medizin und ihre Folgen
3. Adipositas 4. Kommunikation,
Internet, Blog und Co.
Termin: 03.10. – 05.10.2013
Ort: Berlin, Hotel Novotel
Auskunft:
www.aerztinnenbund.de/Wissenschaftlicher-Kongress-2013

Österreichischer Zahnärzte-
Kongress und European College
of Gerodontology

Termin: 03.10. – 05.10.2013
Ort: Graz
Veranstalter: ÖGZMK Steiermark,
ECC (European College of
Gerodontology)
Wissenschaftliche Leitung:
Univ.-Prof. Dr. Gerwin Arnetzl
Kongress-Sekretariat:
DI Clemens Keil
Stiftingtalstr. 50
A-8010 Graz
Tel.: ++43/664/8596593
Fax: ++43/316/2311234490
Anmeldung:
www.oezk2013.at

21. Jahrestagung der Deutschen
Gesellschaft für Schlafforschung
und Schlafmedizin (DGSM) e.V.

Thema: Der Blick zurück und
der Weg nach vorn
Termin: 17.10. – 19.10.2013
Tagungsleitung: Gesellschaft für
Schlafmedizin Hessen (GSMH);
Dr. med. Jörg Heitmann,
Prof. Dr. med. Richard Schulz,
Medizinische Klinik und Poliklinik
II, Schlafmedizinisches Zentrum,
Universitätsklinikum Gießen &
Marburg GmbH, Standort Gießen;
PD Dr. med. Tim O. Hirche, Zen-
trum für Pneumologie, Allergologie,
Schlaf- und Beatmungsmedizin,
Deutsche Klinik für Diagnostik
(DKD) Wiesbaden
Ort: Rhein-Main-Hallen,
Rheinstr. 20, 65185 Wiesbaden
Anmeldung:
www.dgsm-kongress.de

18. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Endodontie

Thema: Was hat sich bewährt? – Was funktioniert? – Was bringt die Zukunft?

Termin: 18./19.09.2013

Ort: Salzburg Stadt, Castellani Parkhotel Salzburg
Wissenschaftliche Organisation: Dr. Karl Schwaninger – Wien, Dr. Peter Brandstätter – Wien

Auskunft:

Ärztzentrale Med.Info
Helferstorferstr. 4
A-1014 Wien
Tel.: ++43(0)1/53116-48
Fax: ++43(0)1/53116-61
suemnig@uni-greifswald.de

37. Jahrestagung des „Arbeitskreises für Forensische Odontostomatologie (AKFOS)“

Termin: 19.10.2013:

09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Hörsaal der Zahnklinik der Johannes Gutenberg Universität Mainz

Auskunft: www.akfos.com

■ November

46. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFD) Tagungspräsident:

Prof. Dr. Karl-Heinz Utz
Termin: 15./16.11.2013
Ort: Maritim Kurhaushotel Bad Homburg, Ludwigstr. 3, 61348 Bad Homburg v. d. H.

Anmeldung:

MCI Deutschland GmbH
MCI – Berlin Office
Markgrafenstr. 56
10117 Berlin
Tel.: 030/20459-0
Fax: 030/20459-50
dgpro2013@mci-group.com
www.dgpro.de

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

Thema: Kieferrelation

Termin: 16.11.2013:

09.00 – 13.30 Uhr

Veranstalter:

Westfälische Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V., Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgenger, Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien, Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude W 30, Anfahrtsadresse: Waldeyerstr. 30, 48149 Münster

Ort: Großer Hörsaal des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Ebene 05 / Raum 300

Anmeldung:

Tel.: 0251/8347-084
Fax: 0251/8347-182
weers@uni-muenster.de

46. Kongress des DGI e.V.

Thema: Gemeinsam in die Zukunft

Termin: 28.11. – 30.11.2013

Ort: Congress Center Frankfurt/M.

Anmeldung:

Youvivo GmbH
Karlstr. 60
80333 München
Tel.: 089/55052090
Fax: 089/55052092
info@youvivo.com

Hochschulen

Universität Jena

7. Jenaer Implantologierunde (in Zusammenarbeit mit der LZK Thüringen und der DGI)

Thema: Augmentation / Schablonen-geführte Implantation
Termin: 26.06.2013

Ort: Universitätsklinikum Jena, Standort Lobeda, Erlanger Allee 101, 07747 Jena (Hörsaal 2)

Wissenschaftliche Leitung:

Univ.-Prof. Dr. Dr. S. Schultze-Mosgau, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie / Plastische Chirurgie am Universitätsklinikum Jena
www.mkg.uniklinikum-jena.de

Anmeldung:

www.conventus.de/jir2013

SCHMELZEN AUCH SIE IHR ALTGOLD IN DER SCHWEIZ EIN

Nutzen Sie die Vorteile einer Zusammenarbeit mit einem seriösen Schweizer Unternehmen: Wir kaufen Zahngold, Gold, Feilungen und sämtliche Edelmetalle, auch in kleinen Mengen.

Ihre Ware wird fachmännisch geschmolzen und sofort nach der Scheidung bezahlt.

Verlangen Sie weitere Informationen oder rufen Sie uns an. Wir stehen Ihnen jederzeit zur Verfügung.

BAI-Edelmetall AG

Chesa Sudér
CH-7503 Samedan
Telefon (0041-81) 851 1305
Fax (0041-81) 851 1308

Leben ist ein Menschenrecht



Foto: Ursula Meissner

Ein Bündnis gegen Aids

Fast 70 Millionen Menschen, so UNO-Schätzungen, werden in den nächsten 20 Jahren an Aids sterben. Damit finden wir uns nicht ab.

Deshalb haben wir das **Aktionsbündnis gegen AIDS** mit auf den Weg gebracht. Viele Hilfswerke, humanitäre Organisationen und Kirchengemeinden haben sich zusammengeschlossen, um gemeinsam für die Bedürfnisse und Rechte der Menschen einzutreten, die weltweit mit HIV/Aids leben. Wir setzen uns ein für umfassende Behandlung und wirksame Prävention. Dazu fordern wir von der Pharmaindustrie preiswerte Medikamente und von der Bundesregierung mehr Mittel zur Finanzierung von weltweiten Aids-Programmen.

Helpen Sie HIV/Aids einzudämmen:

Mit Ihrer Spende ermöglichen Sie uns praktische Hilfe und tragen dazu bei, Rahmenbedingungen zu schaffen, die allen Betroffenen ein menschenwürdiges Leben ermöglichen.

**Brot
für die Welt**

Stichwort Aids
Postbank Köln
Konto 500 500-500
BLZ 370 100 50

Aktionsbündnis  gegen AIDS

Universität Greifswald

20. Kurs mit Dentalhygienikerinnen aus den USA

Thema: Prophylaxekonzepte, Ergonomie, Diagnostik, Hand-versus Ultraschallinstrumentierung, neue Forschungsergebnisse (praktischer Arbeitskurs)

Termin: 08.07. – 12.07.2013

Referenten: Prof. Dr. Kathleen Newell, DH Kim Johnson (School of Dental Hygiene an der Universität Minneapolis/Minnesota)

Ort: Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Teilnahmegebühr: 950 EUR (inkl. Verpflegung und Skripten)

Auskunft und Anmeldung:

Ina Fahrenkrug /
OÄ Dr. Jutta Fanghänel
Abteilung Parodontologie,
Zentrum für ZMK-Heilkunde
Walther-Rathenau-Str. 42a
17475 Greifswald
Tel.: 03834/867127
Fax: 03834/8619648
ina.fahrenkrug@uni-greifswald.de

Universität Basel

Fachgebiet: Prothetik

Thema: Rekonstruktive Zahnmedizin konventionell und digital (Theoretischer/Praktischer Kurs)

Termin: 13.06.2013:

14.00 – 20.00 Uhr

Ort: Basel, Universitätskliniken für Zahnmedizin

Leitung: Prof. Dr. Carlo P. Marinello

Kursgebühr: Zahnärzte 500 CHF, Zahntechniker 250 CHF

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Carlo P. Marinello

Universitätskliniken für Zahnmedizin

Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin und Myoarthropathien
Hebelstr. 3

CH-4056 Basel

Tel.: 0041/6126726-31

Fax: 0041/6126726-60

krz-zahnmed@unibas.ch

www.unibas.ch/zfz/

Wissenschaftliche Gesellschaften

DGI

Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich e.V.

LV Berlin-Brandenburg

17. Fortbildungsabend

Thema: Langleitstabilität periimplantärer Gewebe – Eine Mär?

Leitung: Prof. Dr. Dr. V. Strunz
Referent: Dr. G. Iglhaut – Memmingen (Präsident der DGI e.V.)

Termin: 12.06.2013; 19.00 Uhr

Ort: Großer Hörsaal der Zahnklinik der Charité, Alßmannshäuser Str. 4-6, 14197 Berlin

Anmeldung:

MCI Deutschland GmbH
Markgrafenstr. 56
10117 Berlin
Tel.: 030/20459-0
Fax: 030/20459-50
berlin@mci-group.com
www.mci-berlin.de

DGCZ

Deutsche Gesellschaft für computergestützte Zahnheilkunde



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: CAD/CAM

Thema: CEREC – Brücken- und Abutmenttechnik

Referent: Dipl.-Stom. Oliver Schneider

Termin: 07./08.06.2013

Ort: Zwickau

Fortbildungspunkte: 21

Kursnummer: IL290113

Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;

DGCZ-Mitgl.: 950 EUR + MwSt.

ZFA: 1 050 EUR + MwSt.

Fachgebiet: CAD/CAM

Thema: Intensivkurs

Referenten: ZA.P. Neumann, ZA L. Brausewetter

Termin: 07./08.06.2013

Ort: Berlin

Fortbildungspunkte: 21

Kursnummer: IS140413

Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;

DGCZ-Mitglieder erhalten einen

100-EUR-Kursgutschein,

anrechenbar auf Folgekurse;

ZFA: im Team 525 EUR + MwSt.

(Sirona-Gutschein wird anerkannt.)

Fachgebiet: CAD/CAM

Thema: Intensivkurs

Referenten: Dr. W. Schweppe,

Dr. O. Schenk

Termin: 07./08.06.2013

Ort: Fröndenberg

Fortbildungspunkte: 21

Kursnummer: IS130313

Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;

DGCZ-Mitglieder erhalten einen

100-EUR-Kursgutschein,

anrechenbar auf Folgekurse;

ZFA: im Team 525 EUR + MwSt.

(Sirona-Gutschein wird anerkannt.)

Fachgebiet: CAD/CAM

Thema: Dentale

Volumentomographie

Referenten: Dr. L. Ritter,

Dr. O. Schenk, Prof. J. E. Zöller

Termin: 08.06.+ 28.09.2013

Ort: Köln

Fortbildungspunkte: 9

Kursnummer: DV500213

Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;

DGCZ-Mitgl.: 950 EUR + MwSt.

Fachgebiet: CAD/CAM

Thema: Intensivkurs

Referent: Dr. Günter Fritzsche

Termin: 14./15.06.2013

Ort: Hamburg

Fortbildungspunkte: 21

Kursnummer: IS080313

Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;

DGCZ-Mitglieder erhalten einen

100-EUR-Kursgutschein,

anrechenbar auf Folgekurse;

ZFA: im Team 525 EUR + MwSt.

(Sirona-Gutschein wird anerkannt.)

Fachgebiet: CAD/CAM

Thema: Krone und Veneer

Referent: Dr. Otmar Rauscher

Termin: 14./15.06.2013

Ort: München

Fortbildungspunkte: 21

Kursnummer: AW490313

Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;

DGCZ-Mitglieder: 950 + MwSt.;

ZFA: 1050 EUR zzgl. MwSt.

(Sirona Gutschein wird anerkannt.)

Fachgebiet: CAD/CAM

Thema: CEREC SW 4.0 Tipps und

Tricks-Intensiv Updatekurs

Referent: Dr. Olaf Schenk

Termin: 19.06.2013

Ort: Köln

Fortbildungspunkte: 5

Kursnummer: SO590313

Kursgebühr: 395 EUR + MwSt.;

DGCZ-Mitgl.: 395 EUR + MwSt.

Fachgebiet: CAD/CAM

Thema: Kronen, Brücken und Veneers mit Individualisierung im Labor

Referenten: Dr. W. Schweppe,

Dr. O. Schenk

Termin: 22.06.2013

Ort: Fröndenberg

Fortbildungspunkte: 11

Kursnummer: AW130213

Kursgebühr: 625 EUR + MwSt.;

DGCZ-Mitgl.: 575 EUR + MwSt.;

ZFA: 625 EUR + MwSt.

Fachgebiet: CAD/CAM

Thema: Intensivkurs

Referent: Dr. Nagihan Küçük

Termin: 28./29.06.2013

Ort: Bensheim

Fortbildungspunkte: 21

Kursnummer: IS480213

Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;

DGCZ-Mitglieder erhalten einen

100-EUR-Kursgutschein,

anrechenbar auf Folgekurse;

ZFA: im Team 525 EUR + MwSt.

(Sirona-Gutschein wird anerkannt.)

Fachgebiet: CAD/CAM

Thema: Intensivkurs

Referenten: Dr. W. Schweppe,

Dr. O. Schenk

Termin: 28./29.06.2013

Ort: Fröndenberg

Fortbildungspunkte: 21

Kursnummer: IS130413

Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;

DGCZ-Mitglieder erhalten einen

100-EUR-Kursgutschein,

anrechenbar auf Folgekurse;

ZFA: im Team 525 EUR + MwSt.

(Sirona-Gutschein wird anerkannt.)

Fachgebiet: CAD/CAM

Thema: Intensivkurs

Referent: Dr. Otmar Rauscher

Termin: 28./29.06.2013

Ort: München

Fortbildungspunkte: 21

Kursnummer: IS490413

Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;

DGCZ-Mitglieder erhalten einen

100-Euro-Kursgutschein,

anrechenbar auf Folgekurse

ZFA: im Team 525 EUR + MwSt.

(Sirona-Gutschein wird anerkannt.)



Der Anstoß zur perfekten Komposit-Restauration

ZA Ulf Krueger-Janson

Komposit 3D **Natürliche Farb- und Formgestaltung**



Einer der weltweit renommiertesten Experten für funktionell-ästhetische Komposit Chairside Techniken präsentiert **die praxistaugliche Arbeitsanleitung** für perfekte Komposit-Restaurationen.

Unkomplizierter Schichtaufbau, Tipps für den Umgang mit Materialien und Gerätschaften und ausgesuchte Patientenfälle.

Ein Bestseller, der durch Didaktik, Gestaltung und brillante Bebilderung besticht.

Hardcover, 264 Seiten, rund **1.300 Abbildungen**
ISBN: 978-3-932599-28-6

Zur Leseprobe:



Jetzt für 178,- Euro!

Bestellen unter www.teamwork-bookshop.de

oder Mail an service@teamwork-media.de, Fon +49 8243 9692-16, Fax +49 8243 9692-22

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Intensivkurs
Referent: Dr. Bernd Reiss
Termin: 12./13.07.2013
Ort: Bensheim
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: IS060413
Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder erhalten einen
 100-EUR-Kursgutschein,
 anrechenbar auf Folgekurse;
 ZFA: im Team 525 EUR + MwSt.
 (Sirona-Gutschein wird anerkannt.)

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Intensivkurs
Referent: Dr. Otmar Rauscher
Termin: 12./13.07.2013
Ort: München
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: IS490513
Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder erhalten einen
 100-EUR-Kursgutschein,
 anrechenbar auf Folgekurse;
 ZFA: im Team 525 EUR + MwSt.
 (Sirona-Gutschein wird anerkannt.)

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Intensivkurs
Referenten: Dr. W. Schweppe,
 Dr. O. Schenk
Termin: 12./13.07.2013
Ort: Fröndenberg
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: IS130513
Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder erhalten einen
 100-EUR-Kursgutschein,
 anrechenbar auf Folgekurse;
 ZFA: im Team 525 EUR + MwSt.
 (Sirona-Gutschein wird anerkannt.)

Anmeldung: DGCZ e.V.
 Karl-Marx-Str. 124
 12043 Berlin
 Tel.: 030/767643-88
 Fax: 030/767643-86
 e-mail: sekretariat@dgcz.org
 www.dgcz.org

APW

**Akademie
 Praxis und Wissenschaft**

Fortbildungskurse

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Innovationen in der
 ästhetischen Zahnheilkunde
 und Implantologie
 (Intensiv-Workshop)
Referent: Dr. Siegfried Marquardt
Termin: 07./08.06.2013
Ort: Tegernsee
Fortbildungspunkte: 17
Kursnummer: ZF2013CÄ02
Kursgebühr: 730 EUR,
 700 EUR DGZMK-Mitglieder,
 680 EUR APW-Mitglieder

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Regenerative Therapie-
 möglichkeiten periimplantärer
 Infektionen (Live-OPs, Theorie &
 Hands-on)
Referenten: Prof. Dr. Dr. Jörg
 Wiltfang, Dr. Eleonore Behrens
Termin: 07./08.06.2013
Ort: Kiel
Fortbildungspunkte: 14
Kursnummer: ZF2013CI02
Kursgebühr: 590 EUR,
 560 EUR DGZMK-Mitglieder,
 540 EUR APW-Mitglieder

Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: Zahnerhaltung durch
 Prävention
Referent: Dr. Lutz Laurisch
Termin: 08.06.2013
Ort: Korschenbroich
Fortbildungspunkte: 8
Kursnummer: ZF2013CA05
Kursgebühr: 410 EUR,
 380 EUR DGZMK-Mitglieder,
 360 EUR APW-Mitglieder

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Rezessionsdeckung mit
 Weichgewebe aus der Packung.
 Funktioniert das?
Referent: Dr. Florian Rathe, M.Sc
Termin: 08.06.2013
Ort: Forchheim
Fortbildungspunkte: 10
Kursnummer: ZF2013CP02
Kursgebühr: 385 EUR,
 355 EUR DGZMK-Mitglieder,
 335 EUR APW-Mitglieder

Fachgebiet: Kinder- & Jugend-ZHK
Thema: Kinderbehandlung –
 unterstützt durch Kinderhypnose
 und das Konzept der „Ritualisierten
 Verhaltensführung“
Referentin: ZÄ Barbara
 Beckers-Lingener
Termin: 14./15.06.2013
Ort: Heinsberg
Fortbildungspunkte: 13
Kursnummer: ZF2013CK02
Kursgebühr: 490 EUR,
 460 EUR DGZMK-Mitglieder,
 440 EUR APW-Mitglieder

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Funktionelle und
 ästhetische Rekonstruktionen
 des stomatognathen Systems –
 ein Konzept aus der Praxis
Referent: Dr. Jan Hajto
Termin: 14./15.06.2013
Ort: Gauting (bei München)
Fortbildungspunkte: 17
Kursnummer: ZF2013CÄ03
Kursgebühr: 735 EUR,
 705 EUR DGZMK-Mitglieder,
 685 EUR APW-Mitglieder

Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: Update Kariesdiagnostik
 und Kariesmanagement
Referenten: Prof. Dr. Rainer Haak,
 PD Dr. Felix Krause
Termin: 15.06.2013
Ort: Leipzig
Fortbildungspunkte: 10
Kursnummer: ZF2013CA06
Kursgebühr: 450 EUR,
 420 EUR DGZMK-Mitglieder,
 400 EUR APW-Mitglieder

Fachgebiet: Kinder- & Jugend-ZHK
Thema: Verhaltensauffällige Kinder
 behandeln. Psychologische
 Grundkompetenzen
Referenten: Dr. Jutta Margraf-
 Stiksrud, Prof. Dr. Klaus Pieper
Termin: 29.06.2013
Ort: Marburg
Fortbildungspunkte: 9
Kursnummer: ZF2013CK03
Kursgebühr: 340 EUR,
 310 EUR DGZMK-Mitglieder,
 290 EUR APW-Mitglieder

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

Verlust von Kammerausweisen

LZK Baden- Württemberg

Dr. Friedrich Walter Kübler
 St. Georgs-Weg 7
 68642 Bürstadt
 geb. am 11.7.1943

Dr.-med. stom. /UMF Timisoara
 Corinna Jonela Mioc
 Sebastian-Kneipp-Str. 3
 74906 Bad Rappenau
 geb. am 24.2.1971

Dr. Hermann Werner Roers
 Handschuhheimer Landstr. 9/1
 69120 Heidelberg
 geb. am 13.3.1976

Dr. Regine Rupp
 Schlossgartenstr. 5
 97980 Bad Mergentheim
 geb. am 27.8.1972

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

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

ZÄK Niedersachsen

Nr. 2585
 von Dr. Jörg Klein

Nr. 5622
 von Prof. Dr. Reza Sadat Khonsari

Nr. 6513
 von Dr. Angelika Trexler

Nr. 1634
 von Dr. Wolfgang Kaempte

Kontakt:
 ZÄK Niedersachsen
 Postfach 810661
 30506 Hannover
 Tel.: 0511/83391-145
 Fax: 0511/83391-116

Ihr Weg zur interdisziplinären Mundgesundheitspraxis

Fortbildungsveranstaltung mit Workshop



 **Experten fordern: Parodontitisfrüherkennung und interdisziplinäre Zusammenarbeit!**

Die Themen der Veranstaltung:

- Interdisziplinäre Diagnostik in der Zahnarztpraxis
- aMMP-8-Technologien zur Früherkennung von Parodontitis
- Innovative Präventions- und Therapiemethoden
- Gesundheitsökonomische Aspekte der interdisziplinär arbeitenden Zahnarztpraxis
- Case-Management und Patientencompliance

Mit Top-Referenten:

- Dr. Dirk Ziebolz
- Prof. Dr. Nicole Arweiler
- Prof. Dr. Thorsten Auschill
- Sylvia Fresmann
- Dirk Bürger
- Jan-Philipp Schmidt
- Klaus Schenkman

www.team-im-fokus.de

Schnell anmelden.
Die Teilnehmerzahl ist limitiert.

Für weitere Informationen einfach anrufen: 06221 6499710*

*normale Festnetzgebühren aus d. dt. FN, MoFu ggf. abweichend

unterstützt von:



veranstaltet von:



**INTERDISZIPLINÄRE
DIAGNOSTIK - INITIATIVE
FÜR PARODONTITISFRÜHERKENNUNG**

Forum Bioethik

Die gestresste Generation

Wie kann die Verantwortung für die Gestaltung des demografischen Wandels (besser) verteilt werden? Und wie lassen sich Solidarität und Toleranz fördern? Diese Fragen diskutierte der Deutsche Ethikrat beim neuen „Forum Bioethik“ mit Bundeskanzlerin Angela Merkel und über 350 Gästen.



Foto: Deutscher Ethikrat, Reiner Zensen

Die Protagonisten des ersten Forums Bioethik (v.l.n.r.): Christiane Woopen, Angela Merkel, Wolfgang Huber und Elisabeth Steinhagen-Thiessen.

Die Zusammensetzung der deutschen Gesellschaft befindet sich in einem dynamischen Wandlungsprozess. In den kommenden Jahrzehnten wird die Gesamtbevölkerung schrumpfen. Dafür nimmt der Anteil älterer Menschen sowie derer mit Migrationshintergrund zu. Diese oft beschriebene Genese birgt enormen Handlungsbedarf.

Für die Ethikrat-Vorsitzende Prof. Christiane Woopen müssen zuerst die Grenzen in den Köpfen überwunden werden. „Interesse und Wertschätzung als Grundhaltung gegenüber unterschiedlichen Lebensentwürfen, Kreativität in der Entwicklung neuer Formen von gemeinsamem Lernen, Arbeiten und Leben sowie Gerechtigkeit bei der Verteilung von Rechten und Pflichten zwischen Jung und Alt müssen die Grundlagen dafür sein, als Gesellschaft im demografischen Wandel zusammenzuhalten“, so Woopen.

Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel erklärte, gerade bei langsam sich vollziehenden Prozessen sei es wichtig, frühzeitig über Gestaltungsmöglichkeiten nachzudenken. Exemplarisch nannte sie Rahmenbedingungen für Familien, die Gesundheitsversorgung, die Integration und die Arbeitswelt. Besonders wichtig sei jedoch die Nach-

haltigkeit der sozialen Sicherungssysteme. Dabei betonte sie neben den Aufgaben der Politik die besondere Bedeutung des ehrenamtlichen Engagements der Bürger an der Basis. In der „Demografiestrategie“ diskutiere man auf politischer Ebene, wie Lösungswege für besonders strukturschwache Regionen gefunden werden könnten.

„Wir müssen verhindern, dass die mittlere Generation derart überlastet wird, dass sie nicht mehr in Deutschland leben möchte.“

Bundeskanzlerin Angela Merkel

Die jüngeren Menschen im erwerbsfähigen Alter dürften nicht überfordert werden. „Wir müssen alle Hand in Hand arbeiten und

INFO

Audioprotokolle

Die Audioprotokolle der Statements von Prof. Christiane Woopen und Dr. Angela Merkel und der Mitschnitt der Podiumsdiskussion können unter dem Link www.ethikrat.org (Veranstaltung Forum Bioethik) nachgehört werden. ■

voneinander lernen“, betonte Merkel. Sie sei auf ihrer „Demografiereise“ von der Vielfalt guter Projekte beeindruckt gewesen. (www.bundeskanzlerin.de) Auch der Bundesfreiwilligendienst habe sich etabliert. Dabei seien 30 Prozent der Teilnehmer älteren Semesters und setzten sich für andere Menschen ihrer Generation ein. Insgesamt müsse die Gestaltung des demografischen Wandels durch eine flexible Handhabung der Zuständigkeiten von Kommunen, Ländern und Bund unterstützt werden.

Ratsmitglied Prof. Elisabeth Steinhagen-Thiessen hob die Rolle der Prävention für die Gesundheit im ganzen Lebensbogen hervor und appellierte eindringlich für mehr Entlastung der pflegenden Angehörigen. Die komplementäre Pflege im Blick liege die BRD weit hinter Skandinavien zurück. Für den steigenden Versorgungsbedarf im Gesundheitswesen forderte sie eine Mittelschichtung und neue Prioritäten. Hier müsse die Politik einen gesellschaftlichen Diskurs anstoßen.

Ratsmitglied Prof. Wolfgang Huber machte ebenfalls deutlich, dass die mittlere Generation besondere Aufmerksamkeit verdiene. Sie sei dreifach gefordert: in der Verantwortung für das Aufwachsen der Jüngeren, in der Fürsorgepflicht für die ältere Generation wie auch im Beruf. Für ihn stellt der Umgang mit Migration das wesentliche Moment für den Zusammenhalt einer Gesellschaft (im demografischen Wandel) heraus. Der Beitrag der Migration zur Milderung demografischer Ungleichgewichte werde nur erhalten zur Sprache gebracht. Zum Thema Geburtenmangel sagte er, viele Menschen hätten den Kinderwunsch, würden ihn aber nicht realisieren, weil sie mit der „Rushhour des Lebens“ nicht fertig werden. In der Diskussion wurde auch erörtert, wie häusliche Pflege gestaltet werden kann, wenn Bürger länger im Beschäftigungsverhältnis sind. Merkel erklärte, dass hier die Pflege Familienangehörige ersetzen könnte. Die Politik könne diese – auch ethische – Frage nur nicht allein beantworten. sf/pm



KAMBODSCHA-BIRMA DSCHUNGELABENTEUER & PAGODENGOLD

Zwei der ursprünglichsten Länder Asiens erwarten Sie. Westliche Reisetandards haben das Land der Khmer noch nicht flächendeckend erobert. In Kambodscha staubt die Piste noch; aber genau das ist die Chance, ein bedeutendes Kulturland ohne Filter zu entdecken. In Birma blicken Sie in offene Gesichter zwischen Licht, Gold und Blüten, hinter die Kulissen des Marionettentheaters und des dörflichen Schulalltags. Für Sie öffnen sich Tempelportale auf, egal ob die Sonne über dem Pagodenmeer nun auf- oder untergeht.

EXKLUSIVE LESERREISE
für den Deutschen Ärzte-Verlag

REISETERMIN
20.10. – 05.11.2013



**PRÄCHTIGES ANGKOR
GOLDENE SHWEDAGON-PAGODE
FLUSSFAHRT AUF DEM AYEYARWADY**

17 REISETAGE

ab **2995,-€**

INKLUSIV-LEISTUNGEN

- „Rail & Fly inclusive“ zum/vom deutschen Abflugort in der 2. Klasse von jedem Bahnhof in Deutschland
- Linienflug mit Vietnam Airlines von Frankfurt nach Phnom Penh und zurück von Yangon in der Economy-Class
- Linienflug mit Bangkok Airways von Siem Reap nach Yangon in der Economy-Class
- Innerbirmanische Flüge mit Air Bagan: Yangon-Heho-Mandalay und Bagan-Yangon in der Economy-Class
- Flughafensteuern, Lande- und Sicherheitsgebühren
- Flussschiffahrt von Mandalay nach Bagan
- 14 Übernachtungen mit Frühstücksbuffet in guten Hotels
- Unterbringung in Doppelzimmern mit Bad oder Dusche und WC
- Transfers, Stadtrundfahrten und Rundreise in landesüblichen, klimatisierten Reisebussen
- Deutsch sprechende Marco Polo-Reiseleitungen in Kambodscha und Birma
- Fährfahrt in Yangon
- Bootsfahrt auf dem Inleensee
- Begrüßungsabendessen in Phnom Penh
- Shan Cracker-Backkurs
- Abschiedsabendessen in Yangon
- Visagebühren und -beantragung für Kambodscha und Birma
- Eintrittsgelder
- Birmanische Ausreisesteuer
- Reiseunterlagen mit zwei Reiseführern pro Buchung
- Klimaneutrale Schiffspassage sowie Bus-, Bahn-, Bootsfahrten durch CO₂-Ausgleich



Ausführliche Informationen und Buchung:

Marco Polo Reisen GmbH • Deutscher Ärzte-Verlag Leserreise
Postfach 50 06 09 • 80976 München • Tel. 089 50060-416 • Fax: 089 50060-405

www.aerzteverlag.de/leserreisen

Reale und fiktive Bedrohungen

Potenzial von Risiken

Gesundheitsrisiken sind scheinbar omnipräsent: Epidemien, atomare Strahlung und Gifte in der Nahrung. Vermeintliche und reale Bedrohungen gilt es zu unterscheiden. Wenngleich beide Phänomene von der Öffentlichkeit als ähnlich brisant empfunden werden. Eine Tagung in Berlin hat sich mit der Problematik befasst.



Foto: picture alliance

Wann ist ein gefühltes Risiko ein objektiv ernst zu nehmende Risiko? Experten diskutierten diese spannende Frage auf einem Gemeinschaftssymposium in Berlin.

Wer Risiken im zwischenmenschlichen Bereich aus dem Bauch heraus erkennen kann, hat wohl eine intuitive Gabe. Geht es um Bedrohungen im größeren Stil, helfen auf wissenschaftlicher Basis entwickelte Instrumente weiter. Das diesjährige Symposium der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Statistik (DAGStat) wurde mit dem Bundesinstitut für Risikoforschung (BfR) gemeinsam durchgeführt und stand unter dem Titel „Was bedroht unser Leben wirklich? Statistische Bewertung von Gesundheitsrisiken“. Im Zentrum standen Fragen der subjektiven Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken und der Möglichkeiten, solche Risiken sinnvoll zu kommunizieren.

Gefühlte versus reale Risiken. Über die Unterschiede zwischen naturwissenschaftlicher Risikobewertung und subjektiver Risikowahrnehmung sprach Dr. Gaby Fleur-Böl

vom BfR. Die Wahrnehmung von Risiken erfolge nach Kriterien, die bei wissenschaftlichen Experten und Verbrauchern teilweise kontrastieren. Während das objektive Risiko messbar sei und maßgeblich vom Gefährdungspotenzial und der Exposition abhängt, orientiere sich die Bewertung für subjektive Risiken eher an Parametern wie Kontrollierbarkeit, Katastrophenpotenzial oder Schrecklichkeit.

Risikokommunikation – Viel Arbeit für Profis

Gefühlte Risiken entstünden auch aufgrund von möglichen Defiziten in der Risikokommunikation. Sie seien zwar nicht wissenschaftlich begründet, prägten aber das Verhalten der Menschen im Alltag. Positiv sei eine offene und verständliche Risikokom-

munikation, die Positionen verschiedener Seiten in die Diskussion einbeziehe. Formate wie Verbraucherkonferenzen oder Stakeholder-Foren trügen dazu bei, gefühlte Risiken auf ihren rationalen Kern zurückzuführen, erklärte Fleur-Böl vom BfR.

Zur Risikobewertung vorgeburtlicher Schädigungen referierte Prof. Dr. Reinhard Meister von der Beuth Hochschule für Technik, Berlin. Sein Fokus lag auf der Arzneimittelsicherheit in der Schwangerschaft. Seit Contergan wisse man, dass Arzneimittel schwere Schädigungen des Ungeborenen verursachen könnten. Allerdings sei das Wissen über das tatsächliche Risiko für viele, wenn nicht für die meisten Medikamente noch sehr begrenzt. Eine Konsequenz dieses mangelnden Wissens: Warnhinweise auf der Mehrzahl der Beipackzettel, dass die Einnahme in der Schwangerschaft wegen möglicher Gefahren kontraindiziert sei. Laut Meister bestehe auch für Schwangere der Bedarf an sachgerechter medikamentöser Therapie. Fachgerechte Informationen seien hier übereilten Warnungen vorzuziehen. Da es keine randomisierten klinischen Studien mit Schwangeren gebe, sei man auf die freiwillige Teilnahme von Schwangeren an Beobachtungsstudien angewiesen. Die biometrische Analyse stelle eine zusätzliche Herausforderung dar. Das Berliner Beratungszentrum für Embryotoxikologie leiste hier wichtige Arbeit. Neben der Beratung von Schwangeren gehöre die Dokumentation und Analyse von Schwangerschaftsverläufen zu den Aktivitäten des Zentrums. Die erfassten Daten bilden die Grundlage für vergleichende prospektive Kohortenstudien zur Arzneimittelsicherheit. Im Internetportal www.embryotox.de könnten sich medizinisches Fachpersonal und Schwangere realistisch und anschaulich über den Kenntnisstand zu Arzneimittelrisiken informieren. Bis Mai dieses Jahres werde der zweimillionste Besucher des Portals erwartet. Angesichts der essenziellen Bedeutung des Schwangerschaftsausgangs für die Gesundheit des Kindes sollten aus Sicht von Meister Aktivitäten

zur Erfassung und Bewertung von vorgeburtlichen Risiken gefördert werden. Eine verbesserte Kooperation innerhalb der Ärzteschaft sei ebenso wünschenswert.

Keine Gefahrenerkennung ohne richtiges Verständnis

Immanent wichtig ist die Kommunikation von „echten“ Risiken auch in der Medizin. Prof. Gerd Gigerenzer vom Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin konstatierte: „Eine effiziente Gesundheitsversorgung braucht gut informierte Ärzte und Patienten. Das Gesundheitssystem, das uns das 20. Jahrhundert hinterlassen hat, erfüllt beide Bedürfnisse nicht. Viele Ärzte und noch mehr Patienten verstehen die verfügbaren medizinischen Daten und Forschungsergebnisse nicht.“ Sieben „Sünden“ seien dafür mitverantwortlich: eine profitorientierte Finanzierung, eine irreführende Berichterstattung in medizinischen Zeitschriften, einseitige Patientenbroschüren, irreführende Darstellungen in den Medien, Interessenkonflikte, eine defensive Medizin und Ärzte, die statistische Evidenz mangelhaft verstehen. Ergebnis dieser Fehler sei dann ein in Teilen ineffizientes Gesundheitssystem, das Steuergelder für unnötige oder sogar schädliche Tests und Behandlungen verschwende und medizinische Forschungen finanziere, die für Patienten begrenzt relevant seien. Steuererhöhungen oder Rationierung der Gesundheitsversorgung würden oft als die einzig praktikablen Alternativen zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen angesehen. Es gebe jedoch noch eine dritte Option: gute Aufklärung. Das 21. Jahrhundert soll das Jahrhundert des Patienten werden. Regierungen und Institutionen müssten dafür einen anderen Kurs einschlagen, forderte Gigerenzer. Ehrliche und transparente Informationen seien die geeigneten Mittel, um den Weg zu besseren Ärzten, besseren Patienten und letztendlich auch einer besseren Gesundheitsversorgung bahnen.

Antworten auf die Frage „Was leisten statistische Modelle?“ lieferte Prof. Matthias Greiner vom BfR. Die Vorgehensweise in der quantitativen Risikobewertung (QRB) sei dadurch geprägt, dass zu einem fraglichen

Sachverhalt – der Risikofrage – Kenntnisse und Informationen aus unterschiedlichen Disziplinen zusammengetragen und hinsichtlich eines definierten, gesundheitsbezogenen Endpunkts quantitativ bewertet würden. Diese Bewertungen erfolgten in einem strukturierten Ansatz, der eine Charakterisierung der möglichen Gefährdung, eine Expositionsabschätzung und eine zusammenfassende Charakterisierung des Risikos beinhaltet, erklärte Greiner. Den höchsten Erkenntnisgewinn lieferten die „probabilistischen Modelle“, in denen die im Realsystem vorhandene Variabilität sowie statistische und andere Unsicherheiten durch Verteilungen abgebildet werden und durch eine „Monte Carlo (MC) Simulation“ numerisch integriert würden. Die teilweise komplexen numerisch-statistischen Methoden für den Umgang mit Unsicherheiten seien für Risikobewerter und Gutachter von Risikobewertungen von Interesse. In der Kommunikation von QRB gelte es in erster Linie, Grenzen aufzuzeigen, in denen eine gesundheitliche Bewertung unter Unsicherheiten zu gültigen Schlussfolgerungen führe.

Das BfR erstellt Bewertungen für Lebensmittel, Verbraucherprodukte und Chemikalien. Die Stellungnahmen werden auf der BfR-Webseite veröffentlicht und neuerdings auch grafisch im „BfR-Risikoprofil“ zusammengefasst. „So können die Leser die betroffenen Verbrauchergruppen, die Schwere möglicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen, die Datengrundlage und die Kontrollierbarkeit schnell und leicht erfassen“, sagte BfR-Präsident Prof. Andreas Hensel bei der Vorstellung des Risikoprofils in Berlin. Die grafische Darstellung der Risikomerkmale soll die Transparenz der Risikobewertungen durch standardisierte Begrifflichkeiten erhöhen und das Verständnis erleichtern. Die betroffenen Verbrauchergruppen, die Schwere möglicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen, die Datengrundlage und die Kontrollierbarkeit des Risikos könnten so schnell und leicht erfasst werden. Das Profil wird fortlaufend evaluiert. Dies geschehe zunächst in einer dreimonatigen Pilotphase. sf

■ Mehr Information zum Risikoprofil sind unter www.bfr.bund.de zu finden

Q2-IMPLANT

Zweiphasiges Implantat mit externem Hexagon, geeignet zur Sofort- oder Spätversorgung, erhältlich im Durchmesser von Ø 3,5 bis Ø 4,5, jeweils in den Längen 8 mm bis 14 mm.



Q3-IMPLANT

Einphasiges Implantat mit Kugelkopf und Matrize, bevorzugt genutzt zum Einarbeiten in Totalprothesen, erhältlich im Durchmesser Ø 3,5 und Ø 4,5, jeweils in den Längen 8 mm bis 14 mm.



QK-IMPLANT

Zweiphasiges Implantat mit internem Oktagon, geeignet zur Sofort- oder Spätversorgung, erhältlich im Durchmesser Ø 4,0 und Ø 5,6, jeweils in den Längen 8 mm bis 14 mm.



Q-IMPLANT®

Q-Implant-Standard oder Short, einphasiges Implantat mit Gingivadurchtrittshöhe von 2 mm oder 4 mm. Ideal geeignet zur Sofortimplantation und Sofortbelastung, erhältlich im Durchmesser von Ø 2,5 bis Ø 5,6, jeweils in den Längen 8 mm bis 14 mm.

GIP IMPLANT

Innovatives, einphasiges Hohlzylinderimplantat, geeignet für stark atrophiierten Ober- und Unterkiefer, erhältlich im Durchmesser Ø 7,0 und Ø 6,3, jeweils in den Längen 4 mm bis 7 mm.



TRINON TITANIUM GmbH

Augartenstr.1 76137 Karlsruhe
Tel: +49 (0) 721 932700, Fax: +49 (0) 721 24991
trinon@trinon.com, www.trinon.com

ERO-Vollversammlung in Potsdam

Kreative Konzepte

Die ERO, Regionalorganisation des Weltzahnärztesverbandes FDI, tagte am 19./20.4.2013 in Potsdam. Über 100 Delegierte aus 38 Ländern diskutierten zahlreiche Fachthemen mit internationalem Fokus, unter anderem über die Freiberuflichkeit, die Qualitätssicherung und die Rolle des Praxispersonals.



Vertreter der deutschen Delegation: Prof. Dr. Wolfgang Sprekels, Dr. Peter Engel und Mary Hommel-van-Driel (alle BZÄK, v.l.) ...



... sowie Dr. Jürgen Fedderwitz und ZA Ralf Wagner (beide KZBV)

Fotos: BZÄK-Andreas Schoelzel

Es ist nicht immer ganz einfach, Interessen und Belange ganz verschiedener Nationen zu orten und zu bündeln, auch bei Themen des zahnärztlichen Berufsstands. Dass internationale Konsensarbeit auf vielen Schultern liegt und dass trotz unterschiedlichster Voraussetzungen ergebnisorientiert diskutiert wird, zeigte sich auf der Vollversammlung der ERO in Potsdam. Hier trafen Vertreter der EU-Mitgliedstaaten und aus Staaten Mittel- und Osteuropas zusammen.

Deutschland war diesmal Gastgeberland der Vollversammlung, BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel, der gleichzeitig ERO-Delegierter ist, leitete die Tagung ein. BZÄK-Vorstandsmitglied Dr. Michael Frank, Schatzmeister der

ERO, machte mit seinem Überblick über das deutsche Gesundheitswesen auf einige Besonderheiten des Systems aufmerksam, etwa auf die freiberufliche Selbstverwaltung mit Kammern und KZVen oder auf die Rollen von privater und gesetzlicher Krankenversicherung – Aspekte, die manchem ERO-Delegierten sehr fremd erscheinen dürften.

Die ERO ist politischer geworden

Der scheidende ERO-Präsident Dr. Gerhard Seeberger, Italien, zog ein Resümee der politischen Arbeit der Organisation im vergangenen Jahr. Die ERO sei mittlerweile als non-governmental organization (NGO) in Genf registriert.

Sehr deutlich zeichne sich in den ERO-Mitgliedstaaten ab, dass die europäische Wirtschaftskrise Einfluss auf das Gesundheitswesen hat, auch in der Zahnmedizin. Insgesamt, so bilanzierte er, sei die ERO politischer geworden und zeige sich mit verantwortlich, dem Krisenzustand entgegenzuwirken. Der neue Präsident Dr. Phillippe Rusca, Schweiz, unterstrich, dass sich die Arbeits-

ergebnisse der ERO vor allem durch Teamarbeit auszeichneten, was sich in den Ergebnissen der ERO-Arbeitsgruppen spiegle. Insgesamt sind derzeit acht Arbeitsgruppen mit verschiedenen Themenstellungen beauftragt, die in intensiven Abstimmungsprozessen die inhaltlichen Positionierungen der Organisation vorbereiten.

Kritik an der „Vision 2020“ der FDI

In der Gruppe „Freie zahnärztliche Berufsausübung“ hat sich vor allem die deutsche Delegation intensiv eingebracht. Hintergrund des Arbeitsauftrags war eine zuvor ausgetragene kontroverse Diskussion um das Konzept „Vision 2020“, das anlässlich des FDI-Weltzahnärztekongresses 2012 auf der Generalversammlung in Hongkong verabschiedet wurde (die zm berichteten). Gerade die europäischen Vertreter hatten kritisiert, dass die Aussagen in dem Papier nicht für alle Länder der Erde gleichermaßen zutreffen würden und dass europäische Belange nicht genügend berücksichtigt worden seien. Vor allem befürchteten sie,

INFO

ERO

Die ERO umfasst zahnärztliche Verbände aus 38 Ländern der WHO-Region Europa und ist die europäische Unterabteilung des Weltzahnärztesverbandes. Sitz der Organisation ist Genf. Mehr unter <http://www.erodental.org>.

INFO

Vorstandswahlen

Dr. Michael Frank (Foto r.), Vorstandsmitglied der BZÄK, ist auf der ERO-Sitzung am 19./20.4.2013 in Potsdam wieder in den Vorstand des internationalen Gremiums gewählt worden. Frank bekleidet erneut für drei Jahre das Amt des Schatzmeisters in der europäischen Regionalorganisation des Weltzahnärzterverbands FDI. Präsident wurde Dr. Philippe Rusca (m.) aus der Schweiz. Als President Elect wurde die polnische Zahnärztin und Generalsekretärin des ERO-Vorstands Dr. Anna Lella (2.v.l.) gewählt. Neuer Generalsekretär ist Dr. Hans Schrangl (l.), Österreich, und neues Vorstandsmitglied ist Prof. Dr. Taner Yücel (2.v.r., neben ERO-Sekretärin Monika Lang), Türkei. ■



Foto: ERO

dass der in ihren Ländern geltende hohe Standard der zahnärztlichen Versorgung und Ausbildung sowie die Freiberuflichkeit des Berufsstands in Gefahr geraten.

Die ERO-Arbeitsgruppe (unter Federführung von Präsident Rusca sowie den deutschen Delegierten Frank, ZA Ralf Wagner, KZBV, und Dr. Ernst Otterbach, FVDZ) hatte die „Vision 2020“ analysiert und trug den Entwurf für ein Positionspapier vor. In der Diskussion war sich das Plenum einig, dass es keine Diversifizierung des Berufsstands geben soll, dass die Therapiefreiheit gewährleistet und das Arzt-Patienten-Verhältnis bewahrt werden sollen. Die Grundsätze von Delegation und Substitution sollen eingehalten werden. Vor allem soll Ökonomisierungstendenzen entgegengewirkt werden. Einigkeit bestand darin, dass man für das FDI-Papier „Vision 2020“ einen eigenen Anhang erarbeiten will, der die europäische Sichtweise verdeutlicht. Weitere Ergebnisse sollen in der nächsten Sitzung beim FDI-Kongress im August in Istanbul diskutiert werden.

In der Arbeitsgruppe „Integration“ (an der auch der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz mitwirkte) geht es um die

Einbeziehung weiterer östlicher Mitglieds-länder in die ERO, aber auch um das Zusammenwirken von Zahnärzten in der Praxis und in Universitäten. Das Plädoyer hier: Zahnärztliche Organisationen sollten in gesundheitspolitische Prozesse ihrer Länder mit einbezogen werden.

Die Arbeitsgruppe „Qualität“ arbeitet derzeit an einer Bestandsaufnahme zu qualitätssichernden Maßnahmen in Berufsstand der jeweiligen Länder. Von den deutschen Delegierten kam das Plädoyer, dass der zahnärztliche Berufsstand hier selbst aktiv werden müsse. Professionsfremde dürften den Zahnärzten nicht vorschreiben, wie er seine Leistungen erbringen und seine Praxis führen soll. Ein wichtiges Kriterium dabei sei die voraussetzungsorientierte Qualitätssicherung.

Erneut frisch gewählt: ERO-Schatzmeister Dr. Michael Frank



Foto: BZÄK-Andreas Schoelzel

Ein neues Berufsbild für das Praxispersonal

Die Arbeitsgruppe „Dental Team“ der ERO (unter Mitwirkung von Wagner und Frank) hatte die zweite Stufe (nach der Dental Chairside Assistent = entspricht unserer ZFA) eines strukturierten und berufsbegleitenden Weiterqualifizierungskonzepts für Praxismitarbeiter ausgearbeitet. Es handelt sich um das Berufsbild einer „Dental Prevention Assistent“, vergleichbar unserer ZMP. Wichtig war vor allem den deutschen Teilnehmern der Arbeitsgruppe festzuhalten, dass es sich dabei immer um eine Tätigkeit der Mitarbeiterinnen handelt, die nur unter Aufsicht und Verantwortung eines Zahnarztes erbracht werden kann. Das ist eng angelehnt an die Vorgabe des bereits von der ERO verabschiedeten Grundsatzpapiers „Delegation yes – Substitution no“.

Für das Qualifikationsprofil hat die Arbeitsgruppe einen ausführlichen Rahmenkatalog erarbeitet. Die Ergebnisse der AG wurden vom Plenum positiv aufgenommen. Die Mehrheit will sich in ihren Ländern dafür einsetzen, das neue Berufsbild zu verankern. pr

ARHK hat bereits über 30 Praxen und Kliniken gebaut

Das Architekturbüro hat sich auf die Planung und Umsetzung von Zahnarztpraxen spezialisiert und bietet als umfassende Gesamtlösung die entsprechende Inneneinrichtung mit an.

www.ARHK.eu

Die Rolle von Dentalhygienikern in den USA

Neue Wege für Mangelzonen

Ein starkes Stadt-Land-Gefälle, zu wenig Ausbildungsstätten, hohe Investitionen und mangelnde Konzepte für Problemregionen – die Gründe für den Zahnärztemangel in den USA sind vielschichtig. Mit neuen Berufsbildern wie dem „Dental Therapist“ versuchen einzelne Staaten, Versorgungsengpässe aufzufangen. Die Rolle dieser sogenannten „Mid Level Providers“ wird jedoch nicht uneingeschränkt positiv gesehen.

Eine adäquate Zahnversorgung ist für viele Amerikaner ein unerfüllter Wunschtraum: 130 Millionen Landsleute leben ohne Dentalversicherung, was viele davon abhält, sich Vorsorge und rechtzeitiger Behandlung zu unterziehen. Ein weiteres Problem bereitet Gesundheitspolitikern seit Jahren Kopfschmerzen: Rund 49 Millionen Einwohner wohnen in Gegenden, in denen es nicht genug Zahnarztpraxen beziehungsweise -kliniken gibt. Das amerikanische Gesundheitsministerium schätzt, dass über 9000 Leistungsanbieter benötigt würden, um in diesen „Mangelzonen“ eine adäquate Versorgung herbeizuführen. Die Gretchenfrage ist: Wie kann die Zugangsnot gelindert werden?

Probleme sind vorprogrammiert

Es gibt durchaus Studien, die darauf hinweisen, dass Amerika einfach nicht genug Zahnärzte ausbildet: In den 80er- und 90er-Jahren schlossen mehrere zahnärztliche Ausbildungsstätten ihre Türen, was zu deutlich niedrigeren Nachwuchszahlen führte. Laut dem Bericht eines Senatsausschusses gehen heute jährlich mehr Zahnärzte in den Ruhestand als die Universitäten an Zahnarzt-nachwuchs hervorbringen. Da aber die Gesundheitsreform mehr Landsleuten Zugang zur Zahnversorgung ermöglichen soll und die ergrauende Babyboomer-Generation in Zukunft mehr Dentalleistungen in Anspruch nehmen dürfte, sind Probleme vorprogrammiert.

Die Zugangskrise geht aber viel tiefer als eine unzureichende Nachwuchspolitik: Sie liegt vor allem in der ungleichen geographischen Verteilung der vorhandenen Leis-



Foto: Corbis

Dentaltherapeuten sollen in manchen Regionen der USA den Mangel an Zahnärzten auffangen. Doch solche Modelle stoßen bei manchen Fachleuten auf Kritik, denn die klare Trennung von Delegation und Substitution wird dadurch aufgeweicht.

tungsanbieter. Im Umkreis der Städte ist die Versorgung mit Zahnarztpraxen durchaus adäquat, in manchen Stadtregionen ergibt sich sogar eine Überversorgung. Extremes Beispiel: In einer Stadtregion im Bundesstaat Washington kamen auf einen Zahnarzt 948 Patienten (weit weniger als die „Ziel-Latte“ von 1 500:1). In einer der ländlichen Mangelzonen im gleichen Bundesstaat wurden dagegen 12 300 Patienten pro Zahnarzt gezählt. Eine Befragung unter Zahnärzten durch die Website „The WealthyDentist“ bestätigte, dass sich Leistungsanbieter in den Vorstädten eher zu viel Konkurrenz ausgesetzt sehen: Gut drei Viertel der Befragten meinten, in ihrer Region gebe es zu viele Praxen. „Als ich hierher zog, bestand der Ort aus 26 000 Einwohnern, und es gab neun Zahnärzte. Heute leben hier 55 000, und 66 Zahnärzte

stehen im Telefonbuch“, beschwerte sich einer. „Wenn ich jünger wäre, würde ich meine Praxis auf dem Land aufmachen“, meinte ein anderer. „Die Konkurrenz in New York City ist einfach hart.“

Großer finanzieller Druck und hohe Schulden

Warum ziehen dann nicht mehr Leistungsanbieter in Gegenden, wo ihre Dienste dringend gebraucht werden? Die Antwort ist komplex. Zum einen stehen junge amerikanische Zahnärzte unter großem finanziellem Druck: Der durchschnittliche Studienabgänger hat am Ende seiner Zahnarztzubereitung über 180 000 Dollar Schulden, berichtet die American Dental Education Association. Dazu kommt in der Regel die Investition in eine Praxis. Unter diesen Umständen ist

es nicht verwunderlich, dass sich die meisten Zahnärzte in Gegenden niederlassen, die zahlungskräftige Patienten versprechen. Neben finanziellen Vorteilen locken die städtischen Regionen mit besseren Weiterbildungsmöglichkeiten sowie guten Schulen und Freizeitaktivitäten für Kinder und Familie.

Die Verlierer im Verteilungskampf der Dentalversorgung sind die von Armut und Kriminalität geplagten Innenstädte sowie ländlich geprägte Gebiete: „small towns in the middle of nowhere“.

Hier fehlt es potenziellen Patienten oft nicht nur an Geld. Viele vernachlässigen auch aus Ignoranz heraus Vorsorge und Zahnpflege, bis es zum akuten Zahnschmerz kommt. Zahnärzte, die in Gegenden praktizieren, wo ein hoher Anteil ihrer Klienten durch die öffentliche Armenversicherung Medicaid versichert ist, beschwerten sich zum einen über die schlechte Bezahlung durch die

INFO

Grundsatz der Delegation

Dental Therapists gibt es nicht nur in den USA, sondern auch in den meisten Commonwealth-Staaten und in einigen skandinavischen Ländern. Alle diese Länder haben ähnliche strukturelle Probleme: lange Entfernungen zwischen Zahnarzt und Patient sowie deutlich reduzierte Ausbildungszahlen bei Zahnärzten. Dental Therapists sind also für die Versorgung in ländlichen Regionen in diesen Staaten gewollt. Was dort als Modell zum Auffangen von Engpässen konzipiert ist – nämlich die partielle Übertragung zahnärztlicher Leistungen an Dental Therapists – wird in Deutschland von der Zahnärzteschaft als kritisch angesehen. Hier gilt der Grundsatz

der persönlichen Leistungserbringung durch den Zahnarzt. Näheres definiert der Delegationsrahmen der BZÄK für Zahnmedizinische Fachangestellte.

Die Ausübung der Zahnheilkunde bedarf demnach nach dem Zahnheilkundengesetz (ZHG) der Approbation als Zahnarzt. Der Zahnarzt ist zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet und persönlich gegenüber dem Patienten für die gesamte Behandlung verantwortlich. Die Vorgaben aus dem ZHG dienen der Patientensicherheit und dem Verbraucherschutz. Die Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten ist originäre Aufgabe des Zahnarztes. pr

Behörden, zum anderen aber auch über unzuverlässige Patienten: Sprachbarrieren bei Immigranten, Transportprobleme und

irreguläre Arbeitszeiten sind nur ein paar Probleme, die solche Klienten davon abhalten, ihre Termine einzuhalten. All das



Stiftung Hilfswerk
Deutscher Zahnärzte
für Lepra- & Notgebiete

www.hilfswerk-z.de

Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

Ermöglichen Sie mit einer regelmäßigen Zustiftung eine Erhöhung des HDZ-Stiftungskapitals. Damit unterstützen Sie nachhaltig das soziale Engagement der Zahnärzteschaft für benachteiligte und Notleidende Menschen.

Zahnärzte stärken Gemeinwohl – in Deutschland und weltweit!

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

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



führt dazu, dass viele Zahnärzte sich weigern, überhaupt Medicaid-Patienten anzunehmen. Laut Gesundheitsministerium akzeptieren bundesweit nur rund 20 Prozent der Zahnärzte Medicaid.

Neues Berufsbild soll Engpässe auffangen

Im Bundesstaat Minnesota versucht man dem Versorgungsproblem mit einem neuen Leistungsanbietermodell zu begegnen. Seit 2009 ist dort das Berufsbild des „Dental Therapist (DT)“ gesetzlich verankert. Angesiedelt zwischen Dentalhygieniker/in und Zahnarzt, haben die DTs die Befugnis, unter zahnärztlicher Aufsicht (Kinder-)Zähne zu ziehen, zu füllen und Kronen einzusetzen. Eine Fortbildung zum „Advanced Dental Therapist“ erweitert die Bandbreite der erlaubten Leistungen und befreit Absolventen von der unmittelbaren Aufsichtspflicht, so dass sie allein zum Beispiel in Schulen, Kinderhorten oder Gesundheitskliniken aktiv werden können. Ein ähnliches Dental-Therapist-Programm existiert schon seit 2005 in Alaska, wo es vorher in schwer erreichbaren Gegenden gravierende Versorgungsengpässe gab.

Im Bundesstaat Massachusetts hat der Gesetzgeber das Berufsbild des/der DH erweitert, indem er sogenannte „Public Dental Hygienists“ für Medicaid-Versicherte



Foto: Vario Images

einsetzt. Auch diese Leistungsanbieter dürfen ohne direkte Aufsicht fungieren, haben allerdings nur eine begrenzte Befugnis: Für alle notwendigen Behandlungsmaßnahmen, die über eine Vorsorge hinausgehen, müssen die Hygieniker an einen Zahnarzt überweisen, mit dem sie vertraglich verbunden sind. Insgesamt 35 Bundesstaaten haben die Befugnisse der DTs erweitert, um Versorgungsengpässen zu begegnen, berichtet die American Dental Hygienists' Association.

ADA warnt vor kritischen Folgen

Der vermehrte und erweiterte Einsatz dieser sogenannten „Mid-Level Providers“ wird allerdings nicht von allen positiv gesehen. Die Interessenvertretung der Zahnärzte, ADA (American Dental Association), hat wiederholt zu bedenken gegeben, dass es Risiken mit sich bringt, solche Anbieter Prozeduren durchführen zu lassen, die nicht rückgängig zu machen sind – wie zum Beispiel die Entfernung von Zähnen. Die ADA favorisiert dagegen ein Modell, das sogenannte „Community Dental Health Coordinators (CDHCs)“ einsetzen würde. Laut Zahnarztlobby würden CDHCs eine Art Sozialarbeiterfunktion für Zahnarztpraxen beziehungsweise -kliniken übernehmen und

bedürftigen Patienten helfen, Versorgungsbarrieren zu überwinden.

Die ADA verweist darauf, dass ähnliche Ansätze im Bereich der allgemeinen Gesundheitsversorgung erfolgreich sind. So lehnt sich das Modell des CDHC eng an integrative Ansätze in der Primärmedizin an, wo ebenfalls Sozialarbeiter („Community Health Workers“) eingesetzt werden, um Patienten den Versorgungszugang zu erleichtern.

Das allein würde allerdings nicht das Problem der Verteilung lösen. Noch fehlen in den USA überzeugende Ansätze, zum einen mehr Zahnärzte in die Versorgungs-„Mangelzonen“ zu locken und sie zum anderen davon zu überzeugen, Medicaid-Patienten anzunehmen. Finanzielle Anreize sind unerlässlich. Dort wo Bundesstaaten zum Beispiel die Gebührenzahlungen für Medicaid erhöht haben, nehmen viel mehr Zahnärzte an der Versicherung für Arme teil. Vielversprechend sind auch Programme, frischgebackenen Zahnärzten bei der Abzahlung ihrer Studienschulden zu helfen, wenn sie sich in Mangelzonen niederlassen (die zm werden darüber berichten).

Claudia Pieper
180 Chimacum Creek Dr.
Port Hadlock, WA 98339
USA

INFO

Wohnortnahe Versorgung

Unabhängig von den Grundsätzen der Substitution und Delegation ist es aus Sicht der BZÄK auch in Deutschland notwendig, die Entwicklungen zur wohnortnahen Versorgung und die Tendenzen zur Niederlassung von Zahnärzten genauestens zu beobachten. Der demografische Wandel und die soziologischen Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur stellen, so die BZÄK, die zahnmedizinische Versorgung vor erhebliche Herausforderungen. Auch Tendenzen im Berufsstand, die unter dem Thema von Vereinbarkeit von Familie und Beruf subsumiert werden, bedürften einer Gestaltung. Die Selbst-

verwaltung der Zahnärzteschaft habe hierbei eine zentrale Aufgabe, damit Entwicklungen wie in anderen Ländern aufgezeigt, nicht auch in Deutschland zulasten der Qualität der Versorgung umgesetzt würden.

Die Bundeszahnärztekammer hat mit ihren Memoranden zu Familie und Beruf sowie zur demografischen Veränderung bereits Handlungsansätze aufgezeigt.

■ Mehr unter: http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/memorandum_zahnaerztliche_versorgungsstrukturen.pdf und http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/za/Zahnaerztinnen/2011_Memorandum.pdf



Dental Online College
The Experience of Experts

Wissen auf höchstem Niveau

Entdecken Sie jetzt die professionelle
Online-Lernplattform für Zahnmedizin



- ✓ Über 650 wissenschaftliche Lernvideos
- ✓ Mehr als 100 Top-Experten
- ✓ Vorträge & exklusive Interviews
- ✓ Autorisierte CME Lernziel-Tests

www.dental-online-college.com

Richard Wagner und Zahnarzt Jenkins

Sein guter Freund

Die Literatur zu Werk und Leben Richard Wagners (1813–1883) ist kaum zu überschauen. Zu nur ganz wenigen Personen der Welt- und Kulturgeschichte ist so viel geforscht und geschrieben worden wie über den Komponisten aus Leipzig, der sich in Bayreuth sein eigenes Festspielhaus bauen ließ und dessen Geburtstag sich dieses Jahr am 22. Mai zum 200. Mal jährt. Dennoch gibt es in der Wagner-Forschung noch weiße Flecken – zum Beispiel über seine Zahnleiden und über die Freundschaft zu seinem Zahnarzt.



Ungleiche Freunde: der Komponist Richard Wagner (Foto von 1871) ...

Richard Wagners Erfahrung auf zahnärztlichem Gebiet und vor allem seine Begegnungen und sein Austausch mit Zahnärzten wie Neville Sils Jenkins sind von der Wagnerliteratur noch nicht in dem ihnen gebührenden Maß systematisch aufgearbeitet worden. Es sind aber gerade solche, zunächst trivial erscheinende Randerscheinungen im Leben einer so bedeutenden Künstlerpersönlichkeit, die auf deren Charakter und Verfassung Rückschlüsse zu geben vermögen.

Hier bewahrheitet sich wieder der Spruch, dass der Teufel im Detail steckt, wie der Kulturwissenschaftler Aby Warburg nie müde wurde zu betonen. Solche, dem

Privatbereich zuzurechnenden Äußerungen, bringen uns weniger das Musikgenie als vielmehr die menschliche und private Seite Wagners näher. Seinem geradezu manischen Aufzeichnungs- und Mitteilungsdrang in Form unzähliger Briefe und Tagebuchaufzeichnungen ist es zu verdanken, dass wir auch über diesen Teil seines Lebens erfahren.

Aufzeichnungen im „Braunen Buch“

Als erste Quelle dient eine Stelle in Wagners von ihm persönlich niedergeschriebenen Tagebuchaufzeichnungen der Jahre 1865

bis 1882, die aufgrund des braunen Leder einbands der Wagnerforschung als „Das braune Buch“ bekannt sind [Bergfeld, 1975]. Das Tagebuch wurde ihm 1865 in München von seiner Geliebten und späteren Ehefrau Cosima von Bülow (1837–1930) geschenkt, die ihn nach seinem Tod 1882 um fast 50 Jahre überleben sollte. Cosima war übrigens eine Tochter des Komponisten Franz Liszt (1811–1886) und zum damaligen Zeitpunkt mit dem bedeutenden Dirigenten Hans von Bülow (1830–1894), einem engen Freund und Förderer Wagners, verheiratet.

Da diese delikaten Umstände es nicht erlaubten, dass sich das Liebespaar ungestört austauschen konnte, sollte Wagner auf Cosimas Geheiß im Tagebuch all das aufschreiben, was er fühlte und was ihn im Hinblick auf ihre Person bewegte.



... und der Zahnarzt Dr. Nevil Sils Jenkins (Foto undatiert)

Bemerkenswert ist nun, dass sich Wagner in diesem „dossier d’amour“ an einer Stelle auch über eine Zahnbehandlung auslässt. So reiste er am 23. Oktober 1865 wegen eines Zahnarztbesuchs von München nach Wien [BB. 88]. Sein Tagebucheintrag lautet: „Heute geht’s [...] zum Zahnarzt – dieser Unmensch wird nun über mein Dasein – nämlich: in- Wien- sein, bestimmen“ [BB. 89]. Näheres erfährt man über die Person des als „Unmensch“ bezeichneten Zahnarztes leider nicht. Der nächste diesbezügliche Eintrag datiert vom 26. Oktober 1865: „und welcher Teufel mich auf einmal in Wien hat! Heut’ wird mein Zahnarzt fertig, aber ich soll nicht am gleichen Tag reisen,

weil die mindeste Erkältung mir große Übel hervorrufen könnte. [...] Gestern war ich in Folge einer sehr, sehr schlechten Nacht übel daran: doch wurde eine Zahnoperation vorgenommen“ [BB. 93 ff.].

Interessant ist Wagners letzter Eintrag zur Sache vom 28. Oktober: „Der Zahnarzt spricht mir aus dem Bau meiner Zähne Langlebigkeit zu: das werden wir sehen, was ich damit anfange. Was ich aushalten kann ist unglaublich: und dieser Zahnarzt hat es mich wieder gelehrt. Es ist schließlich an allen diesen Schmerzen etwas, was nur an mir herumgeht und nicht in mein inneres Leben dringt [...] Eigentlich sollte mich nur eines am Lebensnerv treffen, nur die Geliebte könnte diess. Ich glaube aber, nur Dein Verlust, dein Tod könnte dies sein...“ [BB. 95].



Foto: Caro-Muhs

Das Festspielhaus in Bayreuth – Pilgerstätte für Wagner-Freunde aus aller Welt.

Prothetik

Individuell sekundenschnell



Miratray® Implant

- Erspart Ihnen und Ihren Patienten eine komplette Sitzung und weitere Laborkosten
- Folientechnik erlaubt kontrollierte und sichere Abformung unter Sicht der Abformpfosten
- Ermöglicht sauberes Arbeiten
- Kein Herausquellen des Abformmaterials
- Individualisierbar, praktisch und wirtschaftlich

Scan me



Video

www.hagerwerken.de

Tel. +49 (203) 99269-0 · Fax +49 (203) 299283



Blumige Beschreibungen an die Geliebte

Dieser Eintrag ist zunächst ein vortreffliches Beispiel für Wagners blumige und manchmal exaltierte Ausdrucksweise, wenn er die während der Zahnbehandlung erlittenen Schmerzen, die sicher nicht unerheblich waren, als gering erachtet, im Vergleich zum Verlust der innig Geliebten. Des Weiteren ist es erstaunlich, dass der Zahnarzt ihm aus dem „Bau“ der Zähne ein langes Leben prophezeit. Wahrscheinlich handelte es sich bei der Zahnbehandlung um eine Extraktion und der Kollege schloss aus der Länge und Beschaffenheit der Wurzel auf Wagners Lebenserwartung.

Wagner arbeitete zur Zeit des Tagebucheintrags bereits am Prosaentwurf zu „Parsifal“, seinem letzten und im Festspielhaus von Bayreuth erst 1882 uraufgeführten Werk, bei dem die Schmerzthematik ein ganz zentrales Thema darstellt.

Interessanterweise suchte Wagner keinen Zahnarzt in München auf, wo er zur damaligen Zeit wohnte, sondern begab sich auf die beschwerliche Reise nach Wien. Aus dieser Tatsache könnte man den Schluss ziehen, dass er zu den in München praktizierenden Kollegen kein richtiges Vertrauen hatte und ihm keine Mühe zu groß war, eine Kapazität außerhalb zu konsultieren. Vielleicht kannte der viel gereiste Wagner den Kollegen auch von früheren Aufenthalten in Wien. Diese Mutmaßungen müssen einstweilen Spekulation bleiben, da keine sonstigen Quellen zur Verfügung stehen.

Auf alle Fälle ist es bemerkenswert, dass der Komponist sehr um den Erhalt und Behandlung seiner Zähne bemüht war, was zu seiner Zeit selbst in höchsten aristokratischen Kreisen nicht unbedingt die Regel war. So litt Kaiserin Elisabeth von Österreich, die als Sissi bekannt wurde, zeitlebens unter ihren schlechten Zähnen [Hamann, 159]. Das gleiche Los war auch Wagners wichtigstem Gönner, dem „Märchenkönig“ Ludwig II. von Bayern, beschieden [Rumshöttel, 96].



Wagners Frau Cosima (Foto um 1865)

Foto: akg-images

Amerikanischer Zahnarzt aus Dresden

Auch in späterer Zeit, als Wagner schon in Bayreuth heimisch geworden war, suchten er und seine Familienangehörigen bei Zahnleiden keineswegs ortsansässige Kollegen auf, sondern man begab sich nach Dresden zu dem damals hoch angesehenen amerikanischen Zahnarzt Neville Sill Jenkins. Mitunter ließ man ihn auch persönlich nach Bayreuth kommen, wo man ihn in Wagners dortiger Wohnstätte, im Hause Wahnfried, freundlich empfing, wie man aus Cosimas Tagebüchern entnehmen kann.

Trotz seiner damaligen Berühmtheit ist nur wenig über Jenkins bekannt. Er praktizierte seit den 1870er-Jahren in Dresden und war maßgeblich an der Entwicklung von keramischen Massen für den prothetischen Einsatz beteiligt. So stellte er 1899 eine bei niedriger Temperatur schmelzende Keramikmasse für Kronen und Brücken vor. Er verließ Dresden im Jahr 1909 und starb 1919 in seiner alten Heimat.

Erfährt man im „Braunen Buch“ nur an einer Stelle etwas über Wagners Zahnleiden, so sind Cosimas Tagebücher, die sie ab dem 1. Januar 1869 sehr sorgfältig mit täglichen Eintragungen versah, für Forschungsbelange bedeutender. Interessant ist zunächst der Eintrag vom 16. September 1877. „Am Sonntag 16ten liest R. [also Wagner] allen den Parsifal vor [...] – Für mich ist bei all diesem Planen das traurige Gefühl, dass R. vom eigentlichen Schaffen abgelenkt wird. [...] Am Montag 17ten begibt sich R. wieder an die Arbeit“ [CW. TB. Bd.1, 1071].

Über die von Cosima angesprochene Ablenkung und eventuelle Unpässlichkeit erhält man im Eintrag zum 21. September eine mögliche Erklärung: „Mr. Jenkins, der amerikanische Zahnarzt, kommt auf mein Ersuchen zu R. aus Dresden, der sehr artige Mann beginnt seine Operation gleich am Nachmittag“. Am folgenden Tag schreibt Cosima: „Weitere Operation, R. erträgt es mit Geduld, sagt selbst, er habe während dem komponiert! Abschied von Dr. Jenkins, welcher durchaus von R. kein Geld annehmen will“ [CW. TB. 1976, Bd.1, 1071].

Dass Jenkins für seine zahnärztliche Behandlung kein Honorar verlangte, machte ihn für die in finanziellen Dingen immer recht klammen Wagners sehr sympathisch. Jenkins, ein glühender Wagnerverehrer, besuchte den Komponisten in der Folge immer wieder zu diversen Zahnbehandlungen in dessen Bayreuther Domizil. Jenkins wurde von der Familie Wagner nicht nur als Zahnarzt, sondern auch als Gesprächspartner sehr geschätzt.

Intensiver Meinungs-austausch

Man nutzte diese Besuche jenseits der zahnärztlichen Behandlungen auch zum Meinungs-austausch über politische und gesellschaftliche Dinge. So berichtet Cosima über einen weiteren Besuch Jenkins in Bayreuth am 24. Januar 1879: „R.'s Nacht war gut, und er arbeitet! Um zwei Uhr

empfangen wir Dr. Jenkins, welcher kommt, um R.'s Zähne zu untersuchen [...] [CW. TB. Bd. 2, 296]. Jenkins wird von der Wagnerfamilie am gleichen Abend zum Essen eingeladen. Man diskutiert mit dem „trefflichen Amerikaner“ über die politischen Zustände in Deutschland und in Amerika. „Recht Interessantes teilt uns Dr. Jenkins über die Neger mit, von denen R. sich die Teilnahme an dem öffentlichen Leben kaum vorstellen kann; er meint, das, was sie bedeutend gemacht habe, sei die rührende Ergebenheit in ein grausames Schicksal“ [CW. TB. Bd. 2, 296]. Aus dieser Äußerung Wagners kann man einerseits Rückschlüsse auf dessen nationalistische und rassistische Weltanschauung ableiten. Andererseits, und dies ist nicht unbedeutend, scheint er über die missliche Lage der Sklaven in Nordamerika wohl unterrichtet gewesen zu sein, was für seinen

weiten Geisteshorizont Zeugnis ablegt. Im weiteren Tischgespräch kommt man auf jenes Thema zu sprechen, das die Treffen Wagners und Jenkins in der Folgezeit geradezu leitmotivisch durchziehen wird: eine mögliche Auswanderung Wagners in die Vereinigten Staaten. Der Komponist war nach den ersten Festspielen von 1876 mit der zyklischen Uraufführung des „Rings des Nibelungen“ in ersten Finanznöten, und er war auch mit dem künstlerischen Ergebnis nicht restlos zufrieden. Pläne für eine Auswanderung nach Amerika wurden immer konkreter. „Schöne Züge von den Deutschen in Amerika erzählt Dr. Jenkins, und R. sagt: Ja, die Auswandernden, das sind die Guten [...] die Sesshaften sind die Philister“ [CW. TB. Bd. 2, 296].

Die besondere Wertschätzung, die Wagner für seinen Zahnarzt empfand, bekundete er auf sehr persönliche Art. Cosima notiert am

26. Januar: „R. nimmt Abschied von Dr. Jenkins, nachdem er ihm gestern die humoristische Widmung des Ring des Nibelungen gemacht hat“ [CW. TB. Bd. 2, 297; Westernhagen, 567]. Wagners Auswanderungspläne nahmen immer konkretere Gestalt an. Cosima schreibt am 1. Februar 1880 während eines Aufenthalts der Familie in Neapel: „Er will nach Amerika ziehen. [...] Er hielt es in der Lage in Deutschland nicht mehr aus. [...] Immer wieder kommt er auf Amerika zurück, sagt, dass sei der einzige Erd-Teil auf der Weltkarte, welcher ihm zu sehen Vergnügen mache, was die Hellenen unter den Völkern, das ist dieser Weltteil unter den Ländern“ [CW. TB. Bd. 2, 486-487].

Am 8. Februar schließlich bittet Wagner seinen Zahnarzt in einem aufschlussreichen Brief in dieser Angelegenheit um Rat mit detaillierten Wünschen und finanziellen



Unser Mehrwert: ein engmaschiges Vertriebsnetz und ein auf den Kunden zugeschnittener After-Sales-Service.

- **Anton Gerl GmbH** 50996 Köln (Rodenkirchen) koeln@gerl-dental.de
- **Anton Gerl GmbH Niederlassung Knapp & Lammering** 45136 Essen essen@gerl-dental.de
- **Anton Gerl GmbH Niederlassung Würzburg** 97076 Würzburg wuerzburg@gerl-dental.de
- **Anton Gerl GmbH Niederlassung Berlin** 13507 Berlin berlin@gerl-dental.de
- **Anton Gerl GmbH Niederlassung Dresden** 01067 Dresden dresden@gerl-dental.de
- **Anton Gerl GmbH Niederlassung Hagen** D-58093 Hagen hagen@gerl-dental.de
- **Alt Wolfgang** 52134 Herzogenrath walt-dgs@t-online.de
- **Bonath Dental e.K.** 90556 Cadolzburg kontakt@bonath-dental.de
- **Dental Service Göltzschtal** 08209 Auerbach/Vogtl dentalservice_reichenbach@yahoo.de
- **Duo Med GmbH** 82377 Penzberg info@duo-med.de
- **Eugen Benitz** 28857 Syke benitz@benitz-dental.de
- **Frommhagen - Dental** 39619 Arendsee/Altmark bernd. frommhagen@frommhagen-dental.de
- **Jentsch Dental** 56170 Bendorf kontakt@jentsch-dental.de
- **Lakodent** 67134 Birkenheide info@lakodent.com
- **Lober und Tietke Dental GmbH** 13507 Berlin Tegel info@lober-tietke.de
- **Pharmador GmbH** 80331 München germany@pharmador.com
- **Orloff & Co. GmbH** 54669 Bollendorf frings70@pt.lu
- **Pohl & Schneider** 99752 Bleicherode info@ps-dentaldepot.de
- **Schröder Dental GmbH** 82343 Pöcking schroeder-dental@t-online.de
- **Van der Ven Dental GmbH & Co.KG** 32107 Bad Salzuffen owl@vanderven.de

SKEMA 8 ZEICHEN VON EXZELLENZ

Castellini vereint Behandlungsfreiheit und exklusives Design. Die Freiheit, sich integrierter Spezialinstrumente und innovativer Technologien bedienen zu können. Die Flexibilität eines kompletten und durchdachten ergonomischen Konzepts. Absoluter Komfort in einer jeden klinischen Situation.

Skema 8: Ergonomie und Leistungen in perfektem Einklang

ZEICHEN VON EVOLUTION

Mit der neuen Full Touch Bedienkonsole startet Skema 8 in die Zukunft, wo zur Bedienung eine einzige Geste genügt, präzise Daten sofort abrufbar sind und die Personalisierung einzigartig ist. Die erste Behandlungseinheit auf der Welt mit einem 5,7" großen kapazitiven Display. Die Oberfläche berühren und in die Zukunft eintauchen.

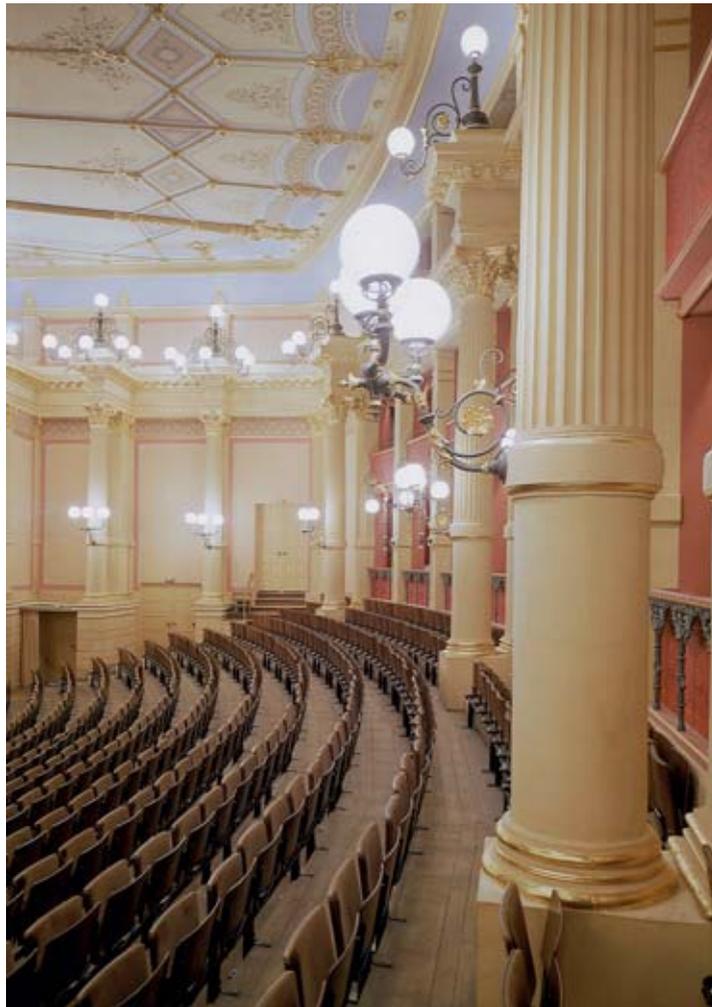


Vorstellungen: „My noble friend Jenkins [...] Ich halte es nicht für unmöglich, dass ich mich noch entschließe, mit meiner ganzen Familie und meinem letzten Werk [Parsifal] für immer nach Amerika auszuwandern. Da ich nicht mehr jung bin, bedürfte ich hierfür ein sehr bedeutendes Entgegenkommen von jenseits des Ozeans. Es müsste sich dort eine Assoziation bilden, welche mir zu meiner Niederlassung und als einmalige Bezahlung aller meiner Bemühungen ein Vermögen von einer Million Dollar zur Verfügung stellte [...] Hiermit hätte Amerika mich für alle Zeiten abgekauft. [...] Die Assoziation hätte ferner den Fonds für die alljährlich zu veranstaltenden Festspiele zusammenzubringen [...]. Alle künftigen Leistungen meiner Seits, sei es als Leiter von Aufführungen oder als schöpferischer Künstler würden [...] für alle Zeiten unentgeltlich der amerikanischen Nation gehören“ [Westernhagen, 520].

Von der Auswanderung abgeraten

Jenkins gelingt es nach reiflicher Überlegung und in Absprache mit anderen amerikanischen Verehrern des Künstlers, Wagner klar zu machen, dass es für ihn und seine Kunst besser sei, in Deutschland zu bleiben. So verzichtet der Bayreuther Meister schließlich nicht zuletzt auch wegen seines Alters auf eine Auswanderung, wie Cosima am 22. März 1880 festhält [CW. TB. Bd. 2, 509].

In den folgenden Jahren bleiben Wagner und seine Familie weiterhin mit Jenkins sowohl in schriftlichem Kontakt [8. und 13. Juli 1880, CW. TB. Bd. 2, 565 und 568] als auch in zahnmedizinischer Behandlung. Anlässlich eines längeren Aufenthalts der Wagnerfamilie in Dresden heißt es im Tagebucheintrag Cosimas vom 6. September 1881: „Gute Nacht im Hotel Bellevue; erster Gang für die Kinder: der Zahnarzt, ich lasse sie dort [...], um dann mit R. zu Dr. Jenkins zu gehen [CW. TB. Bd. 2, 791]. Interessant für das entspannte Verhältnis Wagners zu



Innenansicht des Festspielhauses

Foto: akig-images

seinem Zahnarzt ist der Eintrag vom 8. September: „Mit R. fahre ich zu Jenkins, wo R. allerhand Scherze zum besten gibt“ [CW. TB. Bd.2, 792].

Einem Bekannten gegenüber äußert Wagner am selben Tag nach dem Besuch bei Jenkins: „Mein Zahnarzt hat mir geraten, viel vom Hause Schott [Musikverleger in Mainz, d. Verf.] für den Parsifal zu fordern“ [CW. TB. Bd. 2, 792]. Vier weitere Zahnarztbesuche der Wagnerfamilie bei Jenkins folgen zwischen dem 9. und dem 13. September 1882. Als Lohn für seine Mühe durfte Jenkins auf persönliche Einladung der Ur-aufführung des Parsifal am 26. Juli 1882 im Bayreuther Festspielhaus beiwohnen [Westernhagen, 522].

Auch wenn man die Rolle, die Neville Sils Jenkins in Wagners Leben einnahm, nicht allzu sehr überschätzen darf, so ist es doch wohl in nicht unbedeutendem Maße dem

Rat seines Zahnarztes zu verdanken, dass Richard Wagner seine Auswanderungspläne nicht in die Tat umsetzte. Sein Parsifal wurde nicht in Amerika, sondern im fränkischen Bayreuth uraufgeführt, jener kleinen barocken Residenzstadt, die dadurch im Laufe der Zeit durch die Wagnerfestspiele zur Pilgerstätte von Musikfreunden aus aller Welt wurde.

Diese Tatsache sollte uns Zahnärzte, auch wenn wir keine Wagnerverehrer sind, mit Freude und ein wenig Stolz erfüllen.

Dr. Dr. Wolfgang Schug, M.A.
Cecilienstr. 4
66111 Saarbrücken
schug.saarbruecken@online.de

zm Leser service

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

Lachgassedierung sicher anwenden

- **Detaillierte Darstellung der Abläufe bei einer inhalativen Sedierung**
- **Umfassend und verständlich: von der Pharmakologie über Gerätetechnik bis zu aktuellen Richtlinien**
- **Hoher Praxisbezug – wissenschaftlich fundiert: Dr. F. Mathers ist Spezialist für zahnmedizinische Anästhesiologie und Autor zahlreicher Fachpublikationen**

Lachgas ist weltweit das gebräuchlichste Sedierungsmittel in der zahnärztlichen Praxis.

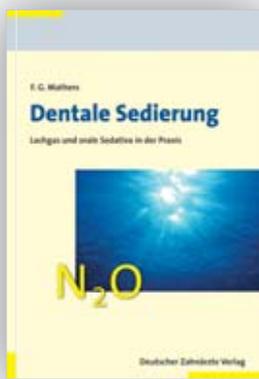
Die Kombination aus geringer kardiovaskulärer und respiratorischer Wirkung und seine vorteilhaften pharmakokinetischen Eigenschaften verleihen der Lachgassedierung einen ausgezeichneten Sicherheitsstandard.

Das Lehrbuch vermittelt Ihnen alle notwendigen praktischen und theoretischen Informationen für eine sichere Anwendung von Lachgas bei der Behandlung ängstlicher und phobischer Patienten.



Dr. med. Frank G. Mathers
 Facharzt für Anästhesiologie mit eigener Praxis in Köln sowie Gründer des Instituts für dentale Sedierung mit langjähriger Expertise in der Fortbildung von Zahnärzten.

Dentale Sedierungsverfahren

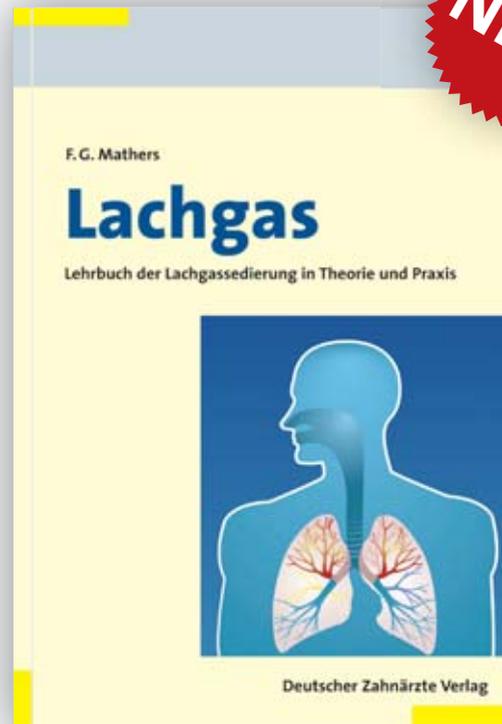


Vorgestellt werden gängige Verfahren zur Sedierung und Angstausschaltung in der Zahnarztpraxis:

- Lachgassedierung
- Orale Sedierung
- Rechtliche Aspekte
- Notfallmanagement



2011, 185 Seiten, 76 Abbildungen,
 19 Tabellen
 ISBN 978-3-7691-3473-5
 broschiert € 49,95



2013, 221 Seiten, 97 Abbildungen,
 34 Tabellen
 ISBN 978-3-7691-3004-1
 broschiert € 59,95

Per Fax: 02234 7011-476

Ja, hiermit bestelle ich mit 14-tägigem Rückgaberecht

- Mathers, Lachgas 59,95 €
 ISBN 978-3-7691-3004-1
- Mathers, Dentale Sedierung 49,95 €
 ISBN 978-3-7691-3473-5

Herr Frau

Name, Vorname _____

Fachgebiet _____

Klinik/Praxis/Firma _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

E-Mail-Adresse (Die Deutsche Ärzte-Verlag GmbH darf mich per E-Mail zu Werbezwecken über verschiedene Angebote informieren)

X Datum _____

X Unterschrift _____

E-Mail: bestellung@aerzteverlag.de

Telefon: 02234 7011-314, Fax: 02234 7011-476

Postfach 400244, 50832 Köln

Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands bei Online-Bestellung

A320TZAI/IZMA
 Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. Preise zzgl. Versandkosten
 € 4,50. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Sitz Köln – HRB 106 Amtsgericht Köln.
 Geschäftsführung: Jürgen Führer, Norbert Frotzheim

BLZK-Benefizturnier**Bayerns Zahnärzte golfen zum 20. Mal**

Benefiz-Golfturnier

Das Benefiz-Golfturnier der Bayerischen Landes Zahnärztekammer (BLZK) feiert in diesem Jahr sein 20-jähriges Jubiläum. Mit dem Wettkampf wollen Bayerns Zahnärzte auch ein Zeichen für soziale Verantwortung setzen.

Laut BLZK vereinige das Turnier Sportvergnügen und Geselligkeit mit Engagement und Hilfe für diejenigen in der Gesellschaft, die auf Hilfe angewiesen sind. Austragungsort ist am 17. Juli

der Golfclub Erding-Grünbach, in der Nähe des Münchner Flughafens. Der Reinerlös der Veranstaltung kommt der Rudolph Pichlmayr-

Stiftung zugute, die sich in ihrer Arbeit der Rehabilitation von organtransplantierten Kindern und Jugendlichen widmet.

Das Turnier ist offen für Golfer aller Handicap-Klassen aus ganz Deutschland. Neben Zahnärzten können auch Angehörige anderer Berufe mitgolfen. Die Anmeldung ist bis zum 11. Juli online oder per Fax möglich. Weitere Informationen unter www.blzk.de.

eb/pm

Baden-Württemberg**Erste Radsportmeisterschaft für Ärzte**

In Kirchheim unter Teck findet am 2. Juni 2013 in Kooperation mit dem Württembergischen Radsportverband die erste offene Württembergische Meisterschaft für Ärzte und Apotheker statt. Der Rundkurs mit einer Länge von 1,5 Kilometern führt unter anderem durch die historische Fußgängerzone der Kirchheimer

Altstadt. Start und Ziel ist der Marktplatz. Gefahren werden 30 Runden, also insgesamt 45 Kilometer. Teilnehmern kann jeder interessierte Arzt oder Apotheker mit einem Rennrad und einem Radhelm. Die Anmeldung läuft bis zum 28. Mai per E-Mail an info@radsport-kirchheim.de oder r.a.bosler@gmx.de.

eb/pm



Foto: OKAPIA

Medigames 2013**Tausende Teilnehmer erwartet**

Die 34. Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit (Medigames) finden vom 29. Juni bis zum 6. Juli 2013 in der kroatischen Hauptstadt Zagreb statt.



Fotos: zmi/MEV

Die Veranstalter erwarten rund 2.500 sportbegeisterte Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Angehörige aus den gesundheitlichen und pflegenden Berufen sowie deren Freunde und Familien. Die akkreditierten Freizeitsportler aus über 50 Ländern starten in mehr als 20 Einzel- und Mannschaftsdisziplinen, wovon die meisten in Altersklassen eingeteilt sind.

Neben Medizinern und medizinischem und pflegendem Fachpersonal können auch Studenten und Auszubildende aus den Fachbereichen teilnehmen. Ein gesundheitliches Attest und der Spaß am Leistungssport sind Voraussetzungen. Von Tennis und Golf über Leichtathletik und Schwimmen bis hin zu Radrennen und Fußball reicht die Liste der Disziplinen.

Neben den sportlichen Wettkämpfen bieten die Medigames auch einen internationalen Kongress für Sportmedizin. eb/pm

Deutsche Ärztegolfmeisterschaft**40. Jubiläum der golfenden Ärzte**

Die Deutsche Meisterschaft für golfende Ärzte, Zahnärzte und Apotheker feiert Jubiläum. Die inzwischen 40. Auflage des Turniers findet vom 14. bis zum 16. Juni 2013 beim Golfclub Bad Kissingen im Rahmen des 57. Deutschen Ärzte-Golfturniers statt. Neben dem Titel Deutscher Ärztegolfmeister 2013 geht es um viele weitere Brutto- und Nettopreise sowie um eine separate



Seniorenwertung. Weiter Informationen zum Turnier unter www.aerztegolf.de. eb/pm

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
Eric Bauer, (Redakteur), eb; E-Mail: e.bauer@zm-online.de
Markus Brunner (Korrektorat, Veranstaltungen), mb;
E-Mail: m.brunner@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 Sondereile 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:

Manuel Berger
Tel.: +49 2234 7011-340, E-Mail: berger@aerzteverlag.de

Abonnementservice:

Tel.: 02234 7011-520, Fax.: 02234 7011-6314,
E-Mail: Abo-Service@aerzteverlag.de

Key Account Dental:

Andrea Nikuta-Meerloo, Tel. +49 2234 7011-308
Mobil: +49 162 2720522, E-Mail: nikuta-meerloo@aerzteverlag.de

Leiterin Anzeigenmanagement Industrie und verantwortlich für den Anzeigenteil:

Marga Pinsdorf, Tel. +49 2234 7011-243
E-Mail: pinsdorf@aerzteverlag.de

Leiterin Anzeigenmanagement Stellen-/Rubrikenmarkt:

Katja Höcker, Tel. +49 2234 7011-286
E-Mail: hoecker@aerzteverlag.de

Leiter Service Center Geschäftskunden:

Michael Heinrich, Tel. +49 2234 7011-233
E-Mail: heinrich@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. 55, gültig ab 1.1.2013.

Auflage Lt. IVW 1. Quartal 2013:

Druckauflage: 87.717 Ex.

Verbreitete Auflage: 86.634 Ex.

103. Jahrgang

ISSN 0341-8995

Ferienimmobilien

Sachwert zum Wohlfühlen

Dauerhaft niedrige Zinsen treiben die Anleger in die Sachwerte. Die Chance, das Angenehme mit dem Nützlichen zu verbinden, bietet die Investition in eine Ferienimmobilie. Gefragter denn je ist die Sommerfrische in deutschen Landen. Stabile Mieteinnahmen, die Nähe zum Wohnort und eine verlässliche Wertsteigerung sorgen für eine steigende Nachfrage nach den Anlagen mit Wohlfühlcharakter.



Foto: yourphotoday

Ein attraktiver Stand- und Strandort für ein Ferienhäuschen: Wohl dem, der sich mit dem Besitz einer solchen Immobilie selbst das Leben angenehmer gestalten kann.

Ein Ferienhaus auf der Halbinsel Fischland Darß, gelegen zwischen Ostseestrand und Bodden, davon träumen viele Urlauber, die die schönsten Wochen des Jahres auf der Halbinsel verbringen durften. Ähnlich waren wohl auch die Beweggründe, die Max und Emma Bock 1930 zum Bau ihres Ferienhauses in Prerow veranlasst haben. „Haus Elisabeth“ erfreute sich großer Beliebtheit bei den Sommerfrischlern. Das lassen die Auszüge aus den alten Gästebüchern vermuten, die die Nachkommen im Internet veröffentlicht haben. Zu DDR-Zeiten steht das Haus unter Verwaltung des Gemeindeamtes Prerow. Statt der Feriengäste quartiert sich das Amt für Wohnungszuweisung ein. Zum Glück für die Nachkommen verzichten die damaligen Verwalter auf eine Enteignung. Nach dem Fall der

Mauer 1989 beschließen die Erben, den Ferienbetrieb wieder aufzunehmen. Sie unterziehen das Haus einer aufwendigen Renovierung. Seit 1994 nimmt es als „Katharinas Ferienhaus“ wieder Gäste auf, die sowohl den Trubel am breiten Strand als auch die Stille am Bodden zu genießen wissen.

Beispiele wie diese gibt es gerade in Mecklenburg-Vorpommern zuhauf. Aber auch anderswo dürfen sich die Erben von Ferienimmobilien, die in beliebten Ferienzwecken liegen, darüber freuen, dass ihre Vorfahren so viel Weitsicht besaßen und sich für einen attraktiven Standort entschieden haben. So zum Beispiel bauten sich die Hamburger Familien Kloth und Peters in den Dreißigerjahren des vergangenen Jahrhunderts ein Ferienhaus im oberbayerischen Garmisch-Partenkirchen. Als Pension sicherte es der

unverheirateten Tochter Käthe Kloth eine finanzielle Existenz. 1967 erwarb Anneliese Groes „Haus Hamburg“. Heute führt die Tochter das komplett renovierte „Chalet Haus Hamburg“ als Gästehaus mit mehreren Ferienwohnungen. Sie dürften ohne Probleme eine ordentliche Rendite erzielen. Denn die Deutschen entscheiden sich immer häufiger für einen Urlaub in der Heimat.

Im Ranking liegt die Ostsee vorm Allgäu

Das zeigt eine aktuelle Studie, die der Internet-Ferienhaus-Vermittler FeWo-direkt veröffentlicht hat. In der 8. Deutschen Ferienhausurlaubs-Analyse zeigt sich, dass Deutschland das beliebteste Ziel in 2012 war. 33,5 Prozent der Ferienhausurlauber buchten ein Haus in Deutschland. Die meisten von ihnen entschieden sich für die Ost- (36,3 Prozent) und die Nordsee (25,6 Prozent). Dahinter rangieren mit 4,2 Prozent das Allgäu und mit 3,5 Prozent die Mecklenburgische Seenplatte. Im Kommen sind mit einem Zuwachs von 37 Prozent im vergangenen Jahr der Schwarzwald, das Sauerland, das Mosel/Saar-Gebiet sowie der Harz.

Vor allem die sogenannten Best Ager – Menschen über 50 Jahre – entscheiden sich beim Ferienaufenthalt immer häufiger für eine komfortable Ferienwohnung oder noch lieber für ein Ferienhaus statt für ein hochpreisiges Hotel. Sie zieht es auch in Gegenden ohne Strand und Wasser. Auch ständiger Sonnenschein und Temperaturen von mehr als 25 Grad benötigen sie nicht unbedingt, um sich zu erholen. Sie legen mehr Wert auf eine Landschaft, die sie sich erwandern, oder auf kulturelle Attraktionen.

Die Beweggründe, ein Ferienhaus in Deutschland zu kaufen, liegen auf der Hand: Kurze Anfahrtswege erlauben nicht nur, den Jahresurlaub in den eigenen vier Wänden zu verbringen, sondern auch eventuell mal für ein Wochenende dort auszuspannen. In Zeiten der andauernden Krisen halten viele Investoren eine Anlage in Deutschland für sicherer als anderswo.

Interessante Objekte sind bereits knapp

Die steigende Nachfrage potenzieller Mieter und die Suche nach sinnvollen und renditebringenden Anlagen bescheren den Immobilienmaklern volle Auftragsbücher. Das gilt vor allem für die begehrten Orte an der Ostsee. Dazu gehören die schon zu DDR-Zeiten hoch frequentierten Orte wie Ahrenshoop auf dem Darß, Binz auf Rügen oder Kühlungsborn an der Ostsee.

Ole Moll, Geschäftsführer der Filiale des Edelmaklers Dahlers & Company in Rostock, weiß, wovon er redet: „Es ist schwierig, noch interessante Objekte zu finden. Die Preise haben in den letzten Jahren enorm angezogen.“ So kostet eine Villa in der ersten Reihe am Ufer in Binz schnell mal 6 300 bis 7 000 Euro pro Quadratmeter Wohnfläche. Ähnliche Preise verlangt man in Warnemünde. Für diese Explosionen sorgt vor allem die Nachfrage aus dem Berliner Raum. Denn von der Spree an die See lohnt sich die Reise auch für ein Wochenende.

Inzwischen sind auch die Grundstücke für Neubauten rar geworden. „Deshalb baut man jetzt in die Höhe“, erklärt Moll und nennt ein Beispiel in Zingst, wo eine Penthauswohnung für 7 000 Euro je Quadratmeter zu haben ist. Günstiger wird es auf dem Darß in Orten wie Wieck oder Born. Etwas weiter vom breiten Sandstrand ent-

fernt und näher am ruhigen Bodden gelegen, sind dort hochwertige Häuser für 3 500 Euro pro Quadratmeter zu haben. Moll rät von übereilten Käufen in überbeurteilten Lagern ab: „Wenn die Zinsen für Baudarlehen wieder anziehen, sinken die Preise für die Ferienhäuser.“

Sylt-Immobilien als Prototyp

Ebenso warnt Jens Hillringhaus, Projektleiter von BHW-Immobilien in Kühlungsborn: „Die Leute kaufen blind. Sie möchten ihr Geld in Immobilien anlegen, weil sie Angst um ihre Spareinlagen haben.“ Aber Angst ist seiner Meinung nach ein schlechter Ratgeber. Auch er rät zu Objekten in weniger bekannten Orten. Wie zum Beispiel in Barth (Nähe Stralsund) oder in Rerik (Nähe Kühlungsborn) oder in Hagen, mitten im Naturpark Jasmund auf Rügen. Liegt der Ort nicht

DGI-APW Curriculum Implantologie

Für das schönste Lächeln Ihrer Patienten



**Kursbeginn
monatlich**

ZERTIFIZIERTES WISSEN

Der Goldstandard: praxisorientiert und wissenschaftsbasiert. Voraussetzung für den Tätigkeitsschwerpunkt.

KOMPETENZ

Bei der DGI lernen Sie von den Besten aus Praxis und Klinik. Höchste Kompetenz für Ihre Kompetenz.

KONZEPTE

Wissen, wie es funktioniert.
Verstehen, warum es funktioniert.
Erleben, dass es funktioniert.

VERTRAUEN

Selbstvertrauen schafft Vertrauen.
Die Absolventen bestätigen:
Sie werden mehr implantieren.



Foto: F1 online

Die Alpenregion mit ihren Bergen ist eine begehrte Gegend – sowohl für Urlauber als auch für Anbieter von Urlaubsresidenzen.

direkt am Wasser, sind die Chancen auf steigende Preise natürlich geringer.

Was eine absolut exklusive und begehrte Lage ausmacht, zeigt die Entwicklung auf Sylt. Wie so oft waren es die Künstler, die die einmalige Lage und Schönheit von Sylt in den Zwanzigerjahren des vorigen Jahrhunderts entdeckten. Emil Nolde, Hermann Hesse, Marlene Dietrich und Stefan Zweig gehörten zu den ersten, die sich in den Dünen tummelten. Thomas Mann verewigte sich 1928 im Gästebuch der Künstlerpension „Kliffende“ in Kampen: „An diesem erschütternden Meere habe ich tief gelebt.“

Danach sehnten sich einige Jahre später auch die Mitglieder des Jetsets. Ende der Sechziger zog es Gunther Sachs mit Brigitte Bardot im Schlepptau in das kleine Bauerndorf. Schnell mauserte sich Kampen zum absoluten Prominententreff. Die Hausbesitzer vermieteten ihre Wohnungen und zogen selbst in den Stall. Inzwischen sind die Einheimischen beinahe ganz verschwunden, weil sie sich die Preise in ihrer Heimat nicht mehr leisten können.

Zwei Drittel aller Häuser in Kampen sind Ferienvillen, die Preise dafür die höchsten in Deutschland. Der Quadratmeter Wohnfläche kostet etwa 35 000 Euro im Schnitt. Tendenz steigend. Makler Moll: „Auf Sylt wird es keinen Einbruch geben.“ Denn die Promis kommen immer noch. Heute sind es Sabine Christiansen, Wolfgang Schäuble

oder Jürgen Klopp. Aber statt des Trubels suchen sie eher die Ruhe der Insel. Sylt-Fans, deren Konten nicht so gut gefüllt sind, können in Westerland neue Wohnungen für „nur“ 5 000 bis 13 000 Euro pro Quadratmeter erstehen.

Steile Berge und hohe Preise

In den Süden Republik zieht es gut vier Prozent der Ferienhausurlauber. Zwar gibt es hier keinen Meeresstrand, dafür aber klare Seen und hohe Berge. Die Preise lassen ebenfalls auf eine starke Nachfrage schließen. So bietet Engel & Völker in Murnau bei Garmisch-Partenkirchen eine 100 Quadratmeter große Wohnung mit Terrasse und Blick auf die Alpenkette für 315 000 Euro an. In Berchtesgaden kostet eine Zweizimmer-Wohnung (80 Quadratmeter) in einem Jugendstil-Schloss 249 000 Euro. Beliebter noch als Oberbayern ist das Allgäu. In Sonthofen liegt der Preis für den Quadratmeter in einer Luxusvilla bei 5 000 Euro.

Um die Finanzierung des Liebhaber-Objekts zu gewährleisten, setzen viele Käufer auf die Vermietung. Wie die Chancen stehen, sollte man vor dem Kauf erkunden. Die Nachfrage hängt unter anderem von der Lage und der Ausstattung ab. Auf Sylt in Kampen müssen Mieter je nach Lage und Saison auch schon mal 900 Euro pro Tag

berappen. Eine Wohnung in „Katharinas Ferienhaus“ in Prerow auf Fischland-Darß ist für maximal 90 Euro pro Tag zu haben. Wie hoch die Mietrendite ausfällt, hängt stark vom Standort und der Ausstattung ab. Im Durchschnitt nahmen die Immobilienbesitzer jährlich 14 000 Euro Miete pro Objekt ein. Allerdings erzielten 54 Prozent der Vermieter Einnahmen von weniger als 10 000 Euro pro Jahr.

Die meisten vermieten ihre Immobilie für 23 Wochen im Jahr. Nur sieben Wochen wohnen die Besitzer im Schnitt selbst darin. Soll sich die Investition lohnen, rät Kai Enders, Vorstandsmitglied der Engel & Völker AG: „Wenn eine Ferienimmobilie als reine Kapitalanlage funktionieren soll, müssen alle Aspekte stimmen: eine Premiumlage, ein hochwertiges Objekt und eine gute Ausstattung.“

Die Erfüllung eines Lebensstraums

Von der eigenen Urlaubsstimmung, der reizvollen Umgebung und dem Druck durch andere Interessenten sollte man sich beim Erwerb einer Immobilie auf keinen Fall beeinflussen lassen. Wichtig ist es, Markt und Investment vor der Kaufentscheidung genau zu studieren. Enders empfiehlt, im Zweifel beim Erwerb – sofern möglich – lieber etwas mehr Geld in die Hand zu nehmen und sich für das strandnahe Grundstück zu entscheiden. Doch für die meisten spielen Renditeüberlegungen eine untergeordnete Rolle, weiß Enders: „Häufig erfüllen sich Käufer mit dem Erwerb einer Ferienimmobilie einen Lebensstraum. Sie möchten sich dort, wo sie gern ihren Urlaub verbringen, in den eigenen vier Wänden heimisch fühlen und gegebenenfalls sogar ihren Lebensabend verbringen. Für diese Menschen steht die immaterielle Rendite im Vordergrund.“ Ähnlich dachte damals auch Familie Bock, als sie beschloss, ein Ferienhaus in Prerow zu bauen. Die Erben, das ist sicher, danken es ihnen.

Marlene Endruweit
Fachjournalistin für Wirtschaft
m.endruweit@netcologne.de

GUSTAV KLIMT

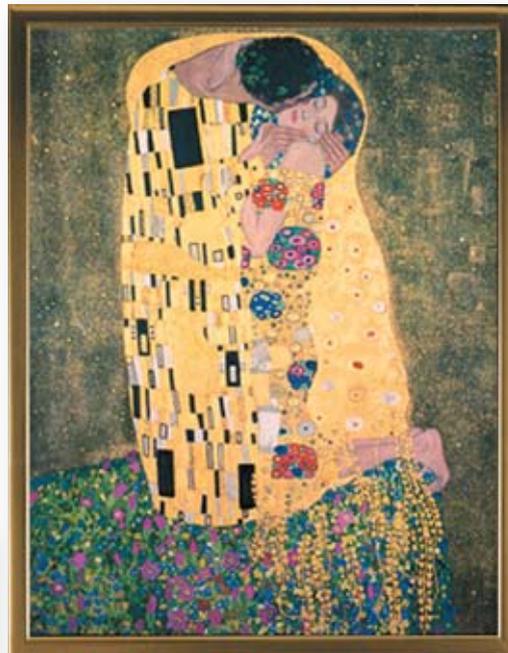
Hochwertige Kunstdrucke



G. Klimt,
**Bauerngarten mit
Sonnenblumen**,
ca. 70 x 70 cm



G. Klimt, **Kuss**,
ca. 76 x 56 cm



Gustav Klimt: Ein Kuss verändert die Welt

Am 14. Juli 2012 jährte sich der Geburtstag von Gustav Klimt (1862–1918) zum 150. Mal. Lebenslanglich mit Wien verbunden, prägte Klimt entscheidend die Malerei der Moderne und verhalf dem Jugendstil zu Weltruhm.

Das Wiener Museum Belvedere besitzt die weltweit größte Sammlung von Gemälden Gustav Klimts, darunter das weltberühmte Bild „Der Kuss“. Die Ausstellung „150 Jahre Gustav Klimt“ will sich aber nicht mit stilistischen oder kunsthistorischen Zusammenhängen beschäftigen. Vielmehr soll es um Klimts Arbeit selbst gehen, um die Aussage, die jedes einzelne seiner Hauptwerke dem Betrachter vermitteln kann. Info: www.belvedere.at

Gustav Klimt (1862-1918)
Hochwertige Kunstdrucke,
veredelt mit Leinendruck,
gerahmt in 3 cm Holzleiste
mit Goldauflage: **275 Euro**.
Alternativ in 4 cm weißer
matter Holzleiste: **225 Euro**.
Zzgl. 15 Euro Versand-
kostenanteil.



G. Klimt, **Jungfrau**,
ca. 95 x 65 cm

ZM10A

Bitte einsenden an: EDITION Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Dieselstraße 2, 50859 Köln

Ja, ich bestelle mit 14-tägigem Rückgaberecht:

- | | | |
|---------------------------|--|--|
| G. Klimt, Bauerngarten... | <input type="checkbox"/> gerahmt (gold) 275 Euro | <input type="checkbox"/> gerahmt (weiß) 225 Euro |
| G. Klimt, Kuss | <input type="checkbox"/> gerahmt (gold) 275 Euro | <input type="checkbox"/> gerahmt (weiß) 225 Euro |
| G. Klimt, Jungfrau | <input type="checkbox"/> gerahmt (gold) 275 Euro | <input type="checkbox"/> gerahmt (weiß) 225 Euro |

Zzgl. 15 Euro Versand und Versicherung. Angebot freibleibend, Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. Eigentumsvorbehalt bis zur vollständigen Bezahlung.

Titel | Vorname | Name

Straße | PLZ | Ort

Telefon | Email

Datum | Unterschrift





Prof. Dr. Andrea Wichelhaus:
Kieferorthopädie – Therapie Band 1. Grundlegende Behandlungskonzepte.
 Thieme-Verlag, 2013.
 ISBN: 978-3-137258-01-8
 249,99 Euro

Kieferorthopädie im Bild

„Kieferorthopädie – Therapie Band 1“, aus den Farbatlanten der Zahnmedizin, beinhaltet alle wichtigen Auszüge des enormen Behandlungsspektrums der Kieferorthopädie unter Berücksichtigung der neuesten Materialien und Techniken. Der Atlas präsentiert sich äußerst strukturiert, beschreibt und illustriert mit über 3 500 Fotos jedes Detail erstklassig und benötigt dafür gut 550 Seiten.

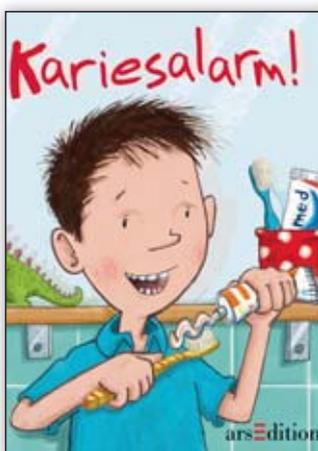
Anfänglich werden die grundsätzlichen Problematiken und Möglichkeiten der Zahnbewegung in der Kieferorthopädie dargestellt und auf zellulärer Ebene unter Einbeziehung der genetischen Risikofaktoren klar und verständlich erläutert. Im weiteren Verlauf werden die

Behandlungsstrategien der verschiedenen Anomalien in klarer Gliederung nach transversaler, vertikaler und sagittaler Orientierung beschrieben. Jeder Behandlungsschritt ist reich bebildert, Schritt für Schritt dargestellt und biomechanisch mit allen Wirkungen und Nebenwirkungen aufgezeigt. Das Spannende an dem Buch sind die Darstellung der Behandlungsphilosophien der Autorin und die zu jedem Thema akribisch durchgeführte Literaturrecherche. Der Umfang der aufgeführten Therapiemöglichkeiten ist erstklassig, dem Leser werden nahezu alle erdenklichen extra- und intraoralen Geräte, festsitzend oder herausnehmbar, Straight-Wire- oder Segmentbogentechnik mit ihren

Vor- und Nachteilen präsentiert. Als absolut lobenswert sei erwähnt, dass jedes Kapitel einen eigenen Abschnitt zur Erwachsenenbehandlung beinhaltet und zusätzlich die Kombinationsbehandlung mit der orthognathen Chirurgie berücksichtigt.

Resümee: Es stellt sich als nicht durchführbar heraus, den Umfang und die Fülle der Informationen, die dieses Buch enthält, in einer halbseitigen Rezension darzustellen. Dieses Buch enthält die Tipps und Tricks einer Expertin, macht Lust auf mehr und sollte in keiner gut sortierten Bibliothek eines kieferorthopädisch Interessierten fehlen.

Heinrich Wehrbein, Mainz



Charlotte Habersack/
 Thorsten Saleina:
Kariesalarm.
 ars Edition, 2012.
 ISBN: 978-3-7607-6293-7
 7,99 Euro

Gesunde Zähne sind der wertvollste Besitz

Jeden Abend stellt sich Emil die gleiche und für ihn sehr nervige Frage: Müssen die Zähne denn wirklich so oft geputzt werden? Emil versteht den Sinn einfach nicht. Schließlich putzt seine Mama die Fenster doch auch nur, wenn die Oma zu Besuch kommt.

Als die Mutter ihm aber erzählt, was es mit Karies auf sich hat, wird er hellhörig: Bakterien wohnen in seinem Mund? Unverschämtheit – Was machen die denn da? Emils Mutter versucht, ihm klar zu machen, dass seine

Zähne das Allerwertvollste sind, was er besitzt.

So wertvoll wie Diamanten, nur verletzlicher. Sie erklärt, dass Bakterien sich von Zucker ernähren und ihn in eine Säure verwandeln, die Löcher in die Zähne frisst, die Karies. Das will Emil nicht. Er putzt plötzlich wie verrückt. Jetzt macht ihm Zähneputzen Spaß. Denn nun hat Emil keine langweilige Zahnbürste mehr, sondern einen blitzschnell rotierenden „Karieskiller“.

Den Wackelzahn drückt die neue Wunderwaffe auch gleich

mit raus. Bei der Vorsorgeuntersuchung erhält Emil von seinem Zahnarzt auch prompt ein Lob und erhält einen nagelneuen „Karieskiller“.

Eine amüsante Geschichte für besonders zahnputzträge, aber natürlich auch für alle anderen Kinder ab vier Jahren.

Anschaulich gezeichnet, wird die KAI-Methode direkt in die Geschichte eingebettet. Die medizinische Beratung im Rahmen der Zahnarztpraxis Schmidner (Gilching) übernommen. sf



Katja Burkard / Andrea Hebrock:
Rundherum hin und her –
Zähneputzen ist nicht schwer.
ars Edition, 2012.
ISBN: 978-3-7607-8490-8
12,95 Euro

Über Umwege zur Zahnputzfreude

Das Buch erzählt die Geschichte von Katharina. Für sie ist Zähneputzen äußerst langweilig – bis sich ihre Zahnbürste in einen kleinen grünen Drachen verwandelt. Um das ihren Freunden zu zeigen, nimmt Katharina die Bürste mit in den Kindergarten. Und siehe da, es funktioniert. Auch in der Kita verwandelt sich die Bürste in einen Drachen. Der heißt Kaschu und ermahnt alle Kinder, ganz besonders gründlich zu putzen. Denn nur dann könnten sich alle Bürsten verwandeln. Und nur dann sind die kleinen Drachen fit genug für den großen Flugwettbewerb. Zu Hause ist Katharinas Mutter sehr verwundert über die gesteigerte Putzlust ihrer Tochter.

Doch die Mühe wird belohnt. Kaschu gewinnt am Ende beim Flugwettbewerb und kehrt danach zu Katharina zurück. Die ist heilfroh, glaubte sie doch, ihre geliebte Drachenbürste nie wieder zu sehen.

Katja Burkard, Moderatorin des RTL-Mittagsjournals „Punkt 12“, hat mit dieser Geschichte ihr erstes Kinderbuch geschrieben. Verständlich und anschaulich erzählt, schafft sie es, in Kombination mit den kindgerechten Zeichnungen der Illustratorin Andrea Hebrock, kleinen Menschen Lust auf das Putzen der Zähne zu machen. Nebenbei wird in Bilderschriften auch die KAI-Methode erklärt und eingängig vermittelt, dass Eltern nachputzen sollten.

Ergänzt wird die Geschichte durch sieben Mundgesundheits-tipps für Eltern und durch den Zahnputzsong. Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahn-pflege (DAJ) sowie die Zahnarztpraxis Schmidtner (Gilching) standen bei der Buchproduktion fachlich beratend zur Seite. sf

MEHR ZUM THEMA

Interview auf [zm-online](#)



Scannen Sie den QR-Code oder geben Sie auf der Website 72244 in die Suchmaske ein.



Ljuba Stille:
Liese lutscht.
Kinderbuchverlag Wolff.
ISBN: 987-3-938766-38-5
12,90 Euro

Rollentausch beim Daumenlutschen

Daumenlutschen war bereits vor über 100 Jahren ein Thema – das zeigt der „Struwelpeter“. Der Frankfurter Arzt Heinrich Hoffmann löste das Problem seinerzeit bekanntlich auf brutale Weise – die Daumen mussten ab. Die Autorin und Illustratorin Ljuba Stille schlägt einen gemäßigteren Weg ein. Ihr Bilderbuch „Liese lutscht“ zeigt die Welt zunächst einmal aus Lieses Sicht – und aus Lieses Sicht ist das Daumenlutschen alles andere als doof. Es ist immens hilfreich. Deshalb lutscht sie gern. Und sie

lutscht ständig. Der Daumen schmeckt ihr einfach gut. Der Daumen spendet Trost. Der Daumen beruhigt. Und er macht Mut – etwa beim Sprung vom Zehn-Meter-Turm. Auch beim Filme Schauen ist der Daumen ein prima Begleiter. All ihre Verwandten bemühen sich redlich, die Liese vom Lutschen abzubringen. Doch keiner hat wirklich Erfolg.

Aber dann kommt Lieses Oma, die ihr ein Eis verspricht, wenn sie einmal eine halbe Stunde das Lutschen sein lässt. Sieben Eis

lang geht das gut. Dann fällt Liese in ihr altes Muster zurück. Die Großmutter möchte wissen, was am Daumenlutschen schön sein soll und – probiert es aus. Das finden alle in der Familie komisch. Auch Liese meint: Lutschende Omas sind peinlich. Dieses Buch ist reich an Bildern, kurzweilig und humorvoll geschrieben. Es leitet Eltern, Verwandte, Erzieher und Kinder ab drei Jahren dazu an, ungezwungen über das Daumenlutschen nachzudenken und einfach mal darüber zu sprechen. sf

W&H

Chirurgische Hand- und Winkelstücke



Das Produktportfolio der chirurgischen Hand- und Winkelstücke wurde erweitert und überzeugt durch eine neue Ergonomie, eine Mini-LED+ in Tageslichtqualität, eine flexible Kühlung mittels austauschbarer Sprayclips, eine kratzfeste Oberflächenbeschichtung und das erste Winkelstück mit 45-Grad-Kopf.

Alle Hand- und Winkelstücke sind zerlegbar. Durch die ergonomische Form wird ermüdungsfreieres Arbeiten ermöglicht. Sie wurde speziell für

die unterschiedlichen Anwender konzipiert (Links- oder Rechtshänder). Die neuen Winkelstücke sind mit einer Mini-LED+ für eine optimale Ausleuchtung ausgestattet.

Die Kühlung kann erstmals mit den austauschbaren Sprayclips individuell angepasst werden. Die Instrumente sind komplett zerlegbar, thermodesinfizierbar und bis 135 Grad Celsius sterilisierbar.

W&H Deutschland
Raiffeisenstr. 4
83410 Laufen/Obb.
Tel.: 08682 8967-0
Fax: 08682 8967-11
office.de@wh.com
www.wh.com

3M ESPE

Mini-Implantate wecken Interesse



Als Alternative zu Standarddurchmesser-Implantaten bei der Stabilisierung von Totalprothesen wecken Mini-Implantate mit einem Durchmesser von weniger als 3 mm, die auch von 3M angeboten werden, zunehmend das Interesse von Anwendern und Wissenschaftlern. Bestätigt wurde dies beispielsweise auf dem 9. Symposium für Oralchi-

rgen und Implantologen in Serbien.

Prof. Dr. Jocelyne Feine (Foto), McGill Universität Montreal, Kanada, stellte Untersuchungsergebnisse vor, die belegen, dass durch die Stabilisierung von Totalprothesen im Unterkiefer die Lebensqualität zahnloser Patienten deutlich gesteigert werden kann. Möglich ist dies durch Insertion von mindestens zwei konventionellen oder vier Mini-Implantaten. Letztere erfordern einen weniger invasiven Eingriff und lassen sich auch bei geringerem Knochenangebot ohne Augmentation inserieren.

3M ESPE
ESPE Platz, 82229 Seefeld
Tel.: 0800 2753773
Fax: 0800 3293773
Info3mespe@mmm.com
www.3MESPE.de/Implantologie



Ultradent Products

Keramik befestigen und reparieren



Bei der Befestigung oder Reparatur von Feldspat- und Glaskeramik bewirkt das Anätzen mit Flusssäure eine deutliche Haftungsverstärkung – das haben Studien gezeigt. Sicherer als die Verwendung flüssiger Säure ist Porcelain Etch, ein gelb eingefärbtes, neunprozentiges Flusssäure-Gel. Dies ist vor allem bei intraoraler Anwendung wichtig. Es wird direkt aus der Spritze aufgetragen, ist

standfest und deutlich sichtbar. Zur anschließenden Silanisierung kommt Silane als Einkomponenten-Material zum Einsatz. In der Spritze wird die sauerstoffempfindliche Lösung gut geschützt.

Ultradent Products
Am Westhoyer Berg 30
51149 Köln
Tel.: 02203 3592-15
Fax: 02203 3592-22
info@updental.de
www.updental.de

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

Philips

IDS-Angebote bis Ende Juni gültig

Auch für Philips war die IDS 2013 eine Messe der Rekorde: Etwa 10000 Gäste nutzten die Möglichkeit, die beiden Neuheiten Philips Sonicare FlexCare Platinum und Philips Sonicare AirFloss direkt zu erleben. Es waren 30 Prozent mehr Tester am Stand als 2011 – so viel wie nie zuvor.

Der neue Philips Sonicare AirFloss ist mit einer automatisierten Sprühstoßfunktion ausgestattet. Er ermöglicht eine komplette Reinigung der Zahnzwischenräume innerhalb von 30 Sekunden.

Die Philips Sonicare FlexCare Platinum ist das neueste Mitglied der Schallzahnbürsten-Produktfamilie. Noch bis Ende Juni können Praxen die IDS-Angebote



unter der Hotline oder per Mail ordern.

Philips GmbH
Lübeckertordamm 5
20099 Hamburg
Tel.: 040 2899-1509
Fax: 040 2899-71509
www.philipsoralhealthcare.com

Komet Dental

Schallspitzen für externen Sinuslift



Komet erweitert das Sonosurgery-Programm mit den zwei runden, diamantierten Schallspitzen. Die SFS109 dient der maximal schonenden Präparation des vestibulären Knochenfensters beim externen Sinuslift, mit der feinkörnigeren SFS109F können anschließend die Fensterrandbereiche geglättet werden. Umlaufend gelaserte Tiefenmar-

kierungen, hohe Taktilität, exakte Schnittführung und optimale Spanabfuhr sorgen bei beiden Schallspitzen für ein stressfreies Arbeiten nahe der Schneiderschen Membran. Gerade in diesem sensiblen Bereich bietet die Schalltechnologie ein sicheres und gleichzeitig maximal schonendes Vorgehen. Der Einsatz der beiden Spitzen erfolgt im Komet Schallhandstück in allen drei Stufen.

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

Mirus Mix

Sattelstuhl mit Hybrid-Mechanik

Auf der IDS 2013 stellte das Unternehmen einen neuen Sattelsitz vor. Der patentierte „Perfect Hybrid“ verfügt über eine Mechanik, die sowohl eine freie Bewegungs- als auch feste Verriegelungsfunktion bietet. Die Hybrid-Mechanik ermöglicht es dem Benutzer, den Sitz aus seiner fixierten Position zu lösen und frei in alle Richtungen zu neigen. Im freien Bewegungsmodus macht der Körper kontinuierlich kleine, häufig unmerkliche ausgleichende Bewegungen, um das Gleichgewicht auf dem Sitz zu halten, und trainiert dabei eine Vielzahl von Muskeln, die üblicherweise in der Ruheposition nicht genutzt werden.

Der Sattelstuhl ist mit einer verstellbaren Gasdruckfeder ausge-



stattet und kann in verschiedenen Farben bestellt werden. Die Garantie beträgt fünf Jahre. Mehr Informationen gibt es online.

Mirus Mix Handels-GmbH
Römerstr. 13
69198 Schriesheim
Tel.: 06203 64668
Fax: 06203 68422
info@mirusmix.de
www.mirusmix.de

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



Näher an der Natur – LuxaCoreZ.

Kein anderes Material kommt den natürlichen Eigenschaften des Zahns näher als das neue LuxaCoreZ-Dual: Das Premium-Composite für Stumpfaufbau und Wurzelstiftzementierung lässt sich beschleifen wie Dentin. Als erstes Material seiner Kategorie vereint LuxaCoreZ-Dual echte, DMG patentierte Nanotechnologie und Zirkondioxid in sich. Die perfekte Ergänzung hierzu ist der LuxaPost, DMGs glasfaserverstärkter, vorsi-lanisierter Composite-Wurzelstift. Testen Sie jetzt selbst. www.dmg-dental.com



Die Nr. 1
in Deutschland
und USA!*

*Quelle: GfK und SDM Marktdaten 2010 für LuxaCore

DMG
Dental Milestones Guaranteed

Biomet 3i

In Deutschland auf Expansionskurs

Biomet 3i geht auf Wachstumskurs in Deutschland und wird in einem ersten Schritt das Vertriebsteam in Karlsruhe verdoppeln. Das Unternehmen, das 1987 gegründet wurde, möchte mit deutlich verstärkter Präsenz und einem umfangreicheren Service Kunden vom Angebot innovativer Technologien überzeugen. Biomet 3i hat in diesem Jahr mit 3i T3 Implant eine komplett neue Implantatgeneration auf den Markt gebracht. Zu den weiteren Produkten zählen die Kollagenmembran OsseoGuard, das Knochenersatzmaterial Endobon und das Prothetiksystem BellaTek Encode.

Krista Strauß, General Manager Central Area (Foto): „Das wich-



tigste bei einer Marktexpansion in unserer Branche ist das richtige Team – wir freuen uns daher auf jede Bewerbung.“

Biomet 3i Deutschland GmbH
Lorenzstr. 29
76135 Karlsruhe
Tel.: 0800 1016420
Fax: 0800 3131111
3i-deutschland@biomet.com
www.biomet3i.de

Ivoclar Vivadent

Produkte erhalten Auszeichnung



Verschiedene Produkte für die direkte Füllungstherapie von Ivoclar Vivadent sind mit dem iF Packaging Design Award 2013 ausgezeichnet worden. Ausschlaggebend war die Anwenderfreundlichkeit der Produkte. Ein ergonomisches Design mit speziellen Griffmulden erlaubt es dem Zahnarzt, die Produkte intuitiv und präzise einzusetzen. Das ausgezeichnete Produktsortiment umfasst unter

anderem Tetric EvoCeram sowie das modellierbare, hocheffiziente Komposit Tetric EvoCeram Bulk Fill. Darüber hinaus gehört auch das hochästhetische Komposit IPS Empress Direct für den Front- und Seitenzahnbereich zum Sortiment. Abgerundet wird das Sortiment vom lichthärtenden, selbststützenden Einkomponenten-Adhäsiv AdheSE One F und von Fluor Protector, dem Schutzlack mit Fluorid.

Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2
FL-9494 Schaan
Tel.: 00423 2353535
Fax: 00423 2353360
info@ivoclarvivadent.com
www.ivoclarvivadent.com

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

BPR Swiss

Innovative mobile Behandlungseinheit

Der Combi-Cart Clinic vereint alle gewünschten Instrumente und Absaugungsvorrichtungen auf einem einzigen Cart. Er ist installationsfrei und mobil. Zur Inbetriebnahme braucht das Gerät einfach eine Steckdose.

Neben dieser Unabhängigkeit bietet der Combi-Cart Clinic großen Komfort. Der elektrische Motor ist mit 30 frei veränderbaren Programmen ausgestattet. Wahlweise kann der Cart mit weiteren Features wie einer peristaltischen Pumpe erweitert werden. Praktisch: Fällt eine der übrigen Behandlungseinheiten aus, kann der Combi-Cart Clinic als Backup benutzt werden. Er wird dafür in das entsprechende Zimmer gerollt. Neben den Behandlungen in der Praxis ist das



Gerät ideal, um Patienten außerhalb der Praxis, etwa im Senioren- oder Pflegeheim behandeln zu können.

BPR Swiss GmbH
Dental Mobility
Dorfstrasse 10, CH-3673 Linden
Tel. 0041 31 5060606
Fax 0041 31 5060600
info@bpr-swiss.com
www.bpr-swiss.com

dent-o-care

Neuer Produktkatalog verfügbar

Dent-o-care hat zur IDS den neuen Katalog Frühjahr/Sommer 2013 veröffentlicht. Unter dem Slogan „Werden Sie zum Prophylaxe-Superhelden.“ enthält er eine große Auswahl an Prophylaxeartikeln mit zahlreichen Neuheiten wie dem „megasm-

le“-Sortiment (zum Beispiel antibakterieller, pflegender Zahnschnee, ökologisch nachhaltige Whitening-Zahnbürsten mit Mikrokohlepartikeln), schwarzer Zahnseide, dem ChloSite Perio-Gel sowie den bekannten und bewährten Klassikern.

Aufgrund des Feedbacks zum Anzeigenmotiv ist das T-Shirt auf dem Cover nun in hochwertiger Bio-Baumwoll-Qualität für Praxen erhältlich.

Das gesamte Sortiment inklusive der IDS-Neuheiten gibt es auch im Online-Shop.



Dent-o-care
Dentalvertriebs GmbH
Rosenheimer Str. 4a
85635 Höhenkirchen
Tel.: 08102 7772888
Fax: 08102 7772877
info@dentocare.de
www.dentocare.de

Dental-Elan

Empfehlungen mit Praxisbroschüre



Dental-Elan hat sich seit über zehn Jahren auf Bilder mit schönem Lachen und Wellnessstimmung zur Patientenmotivation für die Zahnästhetik und Prophy-

laxe spezialisiert. Meist sind diese erhältlich in Form von PZR-Postern, Taschenkalendern sowie Recall und Terminkarten. Darüber hinaus bietet Inhaber Leo Hechel die Möglichkeit, mit individuellen Praxisfotos einen Praxisflyer zu erstellen, der eine positive Resonanz begünstigt. Einfaches Empfehlungsmarketing: Je aufwändiger Druck und Design erscheinen, desto interessanter ist es für den Patienten. Hechel ist überzeugt: „Die eigene Praxisbroschüre hat eindeutig Mehrwert.“

*Dental-Elan
Falkensteiner Weg 2A
67722 Winnweiler
Tel.: 06302 9840404
Fax: 06302 9840406
www.dental-elan.de*

DENTAURUM

Premium-Qualität zum Fräsen

Die klinisch langzeiterprobte remanium star Legierung stellt eine gute Basis sowohl für die konventionelle Gusstechnik als auch die digitale Frästechnik oder Laserschmelztechnik (SLM) dar.



Dies betrifft nicht nur die klinische Eignung, sondern auch die Bearbeitungseigenschaften. Eine sehr hohe Korrosionsbeständigkeit und biologische Verträglichkeit sind die Basis für die Weiterentwicklung der bewährten Legierung remanium star für die neuen digitalen Verarbeitungstechnologien. Alle frästechnisch herstellbaren Konstruktionen im Kronen- und Brückenbereich und deren keramische Verblen-

dung sind hiermit indiziert. Die Frässcheiben werden in unterschiedlichen Stärken mit Bund angeboten. Die Frässcheiben lassen sich mit allen CAD/CAM Fräsmaschinen verarbeiten, die für die Bearbeitung von CoCr ausgelegt sind.

*DENTAURUM GmbH & Co. KG
Turnstr. 31, 75228 Ispringen
Tel.: 07231 803-0
Fax: 07231 803-295
info@dentaurum.de
www.dentaurum.de*

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

DENTSPLY DeTrey

Ein „Clinical Problem Solver“

Bereits zum dritten Mal in Folge hat SDR Smart Dentin Replacement diese höchste Anerkennung durch THE DENTAL ADVISOR erworben.

Ohne Einsatz von Instrumenten fließt SDR Smart Dentin Replacement blasenfrei an Unterschnitte an und zeigt eine hohe Adaptation an die Kavitätenwände sowie im Approximalbereich. Es lässt sich lichthärten in Inkrementen von bis zu 4 mm Dicke. Der besonders niedrige Polymerisationsstress trägt zu einer hohen Randgüte sowie zu geringen postoperativen Sensibilitäten bei.

SDR kann einfach in die bestehende Behandlungsroutine für direkte Seitenzahnrestaurationen



integriert werden, denn es ist kompatibel mit allen methacrylatbasierten Adhäsiven und Kompositen

*DENTSPLY DeTrey
De-Trey-Str. 1
78467 Konstanz
Tel.: 08000 735000
(gebührenfrei)
www.dentsply.de/SDR*

Hager & Werken

Laser-Workshopreihe wird fortgesetzt

Der Laser-Workshop, in dem nicht nur Wissen zum Weichgewebsmanagement mit dem Einsatz von Lasergeräten und der Hochfrequenzchirurgie vermittelt wird, behandelt Themen zur Parodontaltherapie, Endodontie und Implantologie. Das Ganze wird durch praktisches Arbeiten am Schweinekiefer und entsprechender klinischer Erfahrung, in einem fünfständigen Workshop des Referenten untermauert.

Die Organisation wird durch das

Duisburger Dentalunternehmen Hager & Werken umgesetzt. Im praktischen Teil arbeiten die Teilnehmer mit dem LaserHF „comfort“. Es ist das weltweit erste Gerät, welches die Hochfrequenztechnologie und einen Diodenlaser in einem Gerät vereint. Diese Kombination bietet der Praxis eine praktische Vielfalt von Behandlungsmöglichkeiten. Kommande Workshops finden am 24. Mai in Hamburg und am 7. Juni in Göttingen statt.



*Hager & Werken
PF 100654
47006 Duisburg
Tel.: 0203 99269-0
Fax: 0203 299283
info@hagerwerken.de
www.hagerwerken.de*

Loser & Co.

Für sichere Kontaktpunkte

Die Einwegmatrizen sind in zwei Größen lieferbar. Sie sind für große und für kleine Restaurationen gleichermaßen geeignet. Die Farbcodierung des Halters erleichtert die Auswahl der richtigen Größe. Das Anlegen der Matrize geht denkbar schnell – der leichtgängige Drehmechanismus spannt das Band fest um den Zahn und sorgt für einen perfekten Sitz. Das dünne Matrizenband ist konisch einstellbar und kann deshalb auch bei komplizierten anatomischen Situationen leicht angepasst werden.

Loser & Co
Benzstrasse 1 c
51381 Leverkusen
Tel.: 02171 706670
info@loser.de
www.loser.de



Sirona

Neue Turbinengeneration



Neue Sirona-Turbinen bringen bei deutlich reduzierter Lautstärke spürbar mehr Leistung und eine bessere Kontrolle. Die zwei Klassen Premium und Comfort bieten für jeden Anspruch das passende Instrument. Die Turbinen werden in drei verschiedenen Varianten angeboten: Neben der Boost-Variante mit bis zu 23 Watt gibt es eine Variante mit extrakleinem Minikopf, der bei einem Durchmesser von nur 10,2 Millimetern einen optimalen Zugang zu den Molaren gewährt. Die „Control“-Variante hält die

Rotation durch eine patentierte Drehzahlregelung konstant auf etwa 250 000 Umdrehungen pro Minute und ermöglicht so ein konstantes Arbeiten bei höherer Laufruhe und vermeidet zugleich thermische Schäden am Zahn. Die Turbinen sind mit allen gängigen Kupplungsvarianten zu verbinden.

Sirona Dental GmbH
Sirona Straße 1
A-5071 Wals bei Salzburg
Tel.: 0043 662 2450-0
Fax: 0043 662 2450-109590
contact@sirona.com
www.sirona.com

SUNSTAR

Neues Interdental Sortiment

Das Unternehmen hat das GUM TravLer Interdentalbürsten Sortiment neu ausgerichtet und erweitert. Neu ist der flexible Griff, der ergonomisch gestaltet und mit einer rutschsicheren Fingerauflage ausgestattet ist. Durch den patentierten biegsamen Hals können auch schwer erreichbare Stellen gut gereinigt werden. Die mitgelieferte transparente Schutzkappe kann als Verlängerung des Halte-

griffes eingesetzt werden. Der Draht der Interdentalbürsten ist mit Nylon ummantelt. Daher können diese sowohl bei Implantaten, als auch bei KFO-Apparaturen ohne galvanische Reaktionen angewendet werden. Die Borstenstruktur sorgt zudem für eine bis zu 25 Prozent bessere Plaque-Entfernung. Die Borsten der GUM TravLer Interdentalbürsten sind mit Chlorhexidin beschichtet und bieten so eine hygienische Reinigung.

SUNSTAR Deutschland GmbH
Gutenbergstr. 5
65830 Kriftel
Tel.: 06192 9510855
Fax: 06192 9510844
service@de.sunstar.com
www.sunstargum.de



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

Heraeus Kulzer

Kooperation bei Implantatprothetik



Heraeus Kulzer und Thommen Medical arbeiten künftig in der digitalen Implantatprothetik enger zusammen. Im ersten Schritt haben die Dentalhersteller ihre Fertigung im Bereich der zweiteiligen Abutments aufeinander abgestimmt.

Die Kooperation verbindet das Know-how des Schweizer Implantatherstellers Thommen mit

der Expertise von Heraeus Kulzer in der computergestützten Fertigung von Suprastrukturen. Thommen Medical entwickelt, produziert und vertreibt Produkte für die dentale Implantologie, insbesondere das Thommen Implantatsystem. Die Herstellung erfolgt in der eigenen Produktionsstätte in Grenchen, Schweiz. Heraeus bietet Laboren mit seinem CAD/CAM-System cara seit 2008 einen wirtschaftlichen Zugang zu modernster Frästechnologie im Fertigungszentrum in Hanau.

Heraeus Kulzer GmbH
Grüner Weg 11
63450 Hanau
Tel.: 0800 43723368
Fax: 0800 4372329
info.dent@heraeus.com
www.heraeus-kulzer.de

Kettenbach

Stabilität und hohe Ästhetik

Bei Visalys Temp handelt es sich um ein Zweikomponenten-Material, das auf einem multifunktionalen Acryl-Komposit basiert. Es eignet sich für die Herstellung von temporären Kronen, Teilkronen, Brücken, Inlays, Onlays und Veneers sowie Langzeitprovisorien. Die spezielle Monomerstruktur von Visalys Temp ermöglicht es Zahnärzten, bruchfeste und stabile Provisorien herzustellen. Entscheidende Kriterien dafür sind Biege- und Schlagfestigkeit, diametrale Zugfestigkeit, E-Modul, Ermüdung sowie Abrasion. Neben der großen Stabilität des Provisoriums sind eine hohe Ästhetik und eine einfache Anwendung



gegeben. Kettenbach bietet für Visalys Temp neben den Normal-Packs nun auch Bonus Packs ergänzt, die jeweils fünf Kartuschen enthalten.

Kettenbach
Im Heerfeld 7
35713 Eschenburg
Tel.: 02774 705-0
Fax: 02774 70533
info@kettenbach.de
www.kettenbach.de

BEYCODENT

Leuchtzahn auch als Implantat

Die Neuentwicklung des Modells „window“ als Zahn und jetzt auch als Implantat setzt nicht nur optische Akzente, sondern erzeugt auch eine sehr gute Lichtqualität, die im Fenster weit sichtbar ist. Leuchtstärke und auch die Lichtfarben sind individuell einzustellen.

Mit dem klaren Design und einer Höhe von 65 cm setzt das Modell „window“ neue Maßstäbe und findet mit vier kräftigen Saugnapfen sicheren Halt direkt an ihrer Fensterscheibe. Die standsichere und hochwertige Ausführung beim Leuchtzahn „classic“ eignet sich für den Einsatz auf der Fensterbank der Praxis, und



als Designer- Leuchte im Empfangsbereich oder Behandlungsraum. Die Bedienung erfolgt mit beigefügter Multifunktions-Fernbedienung.

BEYCODENT-Verlag
Wolfsweg 34
57562 Herdorf
Tel.: 02744 92000
Fax: 02744 766
service@beycodent.de
www.beycodent.de

Gut organisiert - mit den CEDIP Terminplanern

Mehr Auswahl auf cedip.de entdecken!

**2 Behandlungsspalten
pro Tag im 15-Minutentakt**

nur
€ 27,-
zzgl. MwSt.

Med Konzept

- Die ganze Woche auf einen Blick
- Montag - Samstag (datumsneutral)
- Von 7-20 Uhr
- Format: 51 x 30 cm offen
- Inhalt: 108 Seiten = 54 Blatt
- Als Spiralbuch (wie Abb.) sowie als Ringbuch erhältlich

**4 Behandlungsspalten
pro Tag im 15-Minutentakt**

nur
€ 34,50
zzgl. MwSt.

Med Compact

- Erweiterte Ausführung des Planers Med Konzept
- Montag - Sonntag (datumsneutral)
- Von 7-20 Uhr
- Format: 85 x 30 cm offen
- Inhalt: 108 Seiten = 54 Blatt
- Als Spiralbuch (wie Abb.) sowie als Ringbuch erhältlich



Wir beraten Sie gern:

02234 / 7011-555



Online-Shop

www.cedip.de

CEDIP
Verlagsgesellschaft mbH

CEDIP Verlagsgesellschaft mbH
Ottostr. 12 · 50859 Köln

solutio

Anamnesebögen digital signieren



Mit der erweiterten iPad-App „Charly Anamnesen“ können Patienten ihren Anamnesebogen direkt auf dem Display des iPads unterzeichnen.

Die Neuerung wurde in Kooperation zwischen der solutio GmbH und der signotec GmbH, dem Markt- und Technologieführer auf dem Gebiet elektronischer Signaturen mit Unterschriften über Pen-Pads oder Tablet-PCs,

entwickelt. Mit den gespeicherten Daten aus dem Anamnesebogen wird ein elektronisches Dokument generiert. Dank der integrierten mobilen Signaturlösung „signoSign/mobile“ lässt sich diese PDF-Datei direkt auf dem iPad rechtskonform unterschreiben – mit einem speziellen Stift oder auch ganz unkompliziert mit dem Finger. Die so aufgenommenen Daten werden automatisch in die Patientenmaske des Programms „Charly“ übernommen.

solutio GmbH
Max-Eyth-Str. 42
71088 Holzgerlingen
Tel.: 07031 4618-700
Fax: 07031 997000
info@solutio.de
www.solutio.de

Roos Dental

„Einleuchtende Verbindung“

Kopfbandleuchten von LED LENSER sind nicht nur bei der Arbeit am Patienten oder im Praxislabor ein unverzichtbares Hilfsmittel, sondern auch bei Outdoor-Aktivitäten. Die enorme Helligkeit durch moderne Hochleistungs-LEDs bringt allerdings auch Nachteile mit sich, denn beim Lesen und Arbeiten wird man dadurch unangenehm geblendet.

LED LENSER hat einen im Batteriefach integrierten Potentiometer (Dimmer) entwickelt, der ein optimales Helligkeitsmanagement ermöglicht. Über das patentgeschützte Advanced Focus System werden Fernlicht und kreisrundes Nahlicht reguliert.



Die stufenlose Dimmfunktion, der schwenkbare Kopf und das Design überzeugen. Die Kopflampe ist auch als aufladbare Version erhältlich.

Roos Dental e.K.
Friedensstraße 12-28
41236 Mönchengladbach
Tel.: 02166 99898-0
Fax: 02166 611549
info@roos-dental.de
www.roos-dental.de

R-dental

Für eine präzise Abformung



Für alle praxisrelevanten Anwendungen stehen dem Zahnarzt seit 1995 die bewährten Abformmaterialien der R-SI-LINE von R-dental zur Verfügung. Die farblich indizierten Abformmaterialien sind in handelsüblichen Doppelkartuschen (Automix) erhältlich und mit maschinellen Mischgeräten einsetzbar. Die Abformmaterialien zeichnen sich durch

komfortabel lange Verarbeitungszeiten bei gleichzeitig kurzer Aushärzeit (Snap-Set), sehr gute thixotrope Eigenschaften sowie eine besondere Stand- und Fließfähigkeit aus. Die Silikone sind erhältlich mit

intraoral normalhärtenden und schnellhärtenden (fast set) Komponenten und überzeugen durch auf die Abformtechnik abgestimmten Shore-A-Härten.

R-dental
Dentalerzeugnisse GmbH
Winterhuder Weg 88
22085 Hamburg
Tel.: 040 22757617
Fax: 040 22757618
info@r-dental.com
www.r-dental.com

VDW

Homepage mit neuem Gesicht

VDW ist zum Jahreswechsel mit einem neuen Webdesign online gegangen. Inhalte und Bedienkomfort sind konzeptionell überdacht und neu strukturiert. Alle Angebote können schnell und intuitiv abgerufen werden, egal ob am PC, iPad oder Tablet. Im Vordergrund stehen Inhalte für den Zahnarzt, von Produkt- und Anwendungsinformationen über Fortbildungsangebote, Archiv von Fachartikeln bis zu webcasts mit Video-Tipps zu den wichtigsten Endogeräten. Inhalte für Patienten werden schrittweise ausgebaut, auch der Fachhandel kann spezifische Inhalte abrufen. In den nächsten Monaten will VDW über die neue Website mit Endodontie-interessierten Zahnärzten, Wissenschaftlern und



Handelspartnern in einen regen Austausch treten. Die VDW Website wird Basis für eine Kommunikation, die nicht nur Produktinformationen bietet, sondern eine Wissenswelt rund um die Endodontie aufbaut. Interaktive und multimediale Elemente werden das Thema anschaulich und attraktiv darstellen.

VDW GmbH
Postfach 83 09 54
81709 München
www.vdw-dental.com

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

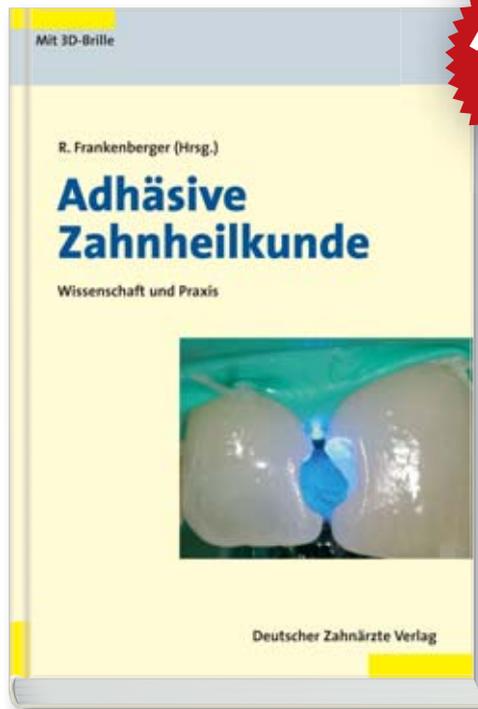
Alle Facetten der Adhäsiven Zahnmedizin

- **Viele praktische Beispiele**
- **Mehr als 400 farbige Abbildungen**
- **Zahlreiche brillante 3D-Abbildungen, 3D-Brille inklusive.**

Ein vernetztes Expertenteam aus Wissenschaft und Praxis beleuchtet alle Facetten der Adhäsiven Zahnmedizin.

Prof. Dr. Ernst (Mainz) der Papst der Polymerisation, Prof. Dr. Naumann (Ulm und Potsdam) der uneingeschränkte Stift-Spezialist, Prof. Dr. Reich (Aachen) der bekannte CAD/CAM-Meister und weitere Experten haben ein praxisnahes Buch mit den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen geschaffen.

Lernen Sie das volle Potenzial der Adhäsivtechnologie zu nutzen!



2013, 385 Seiten, 410 Abbildungen in 461 Einzeldarstellungen, 16 Tabellen
ISBN 978-3-7691-3427-8
gebunden € 149,-



Weitere Informationen www.aerzteverlag.de
Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands bei Online-Bestellung
E-Mail: bestellung@aerzteverlag.de
Telefon: 02234 7011-314



Prof. Dr. med. dent. Roland Frankenberger
Direktor der Abteilung für Zahnerhaltungskunde des Medizinischen Zentrums für ZMK an der Philipps-Universität Marburg und am Universitätsklinikum Gießen und Marburg

Per Fax : 0 2 2 3 4 7 0 1 1 - 4 7 6



Ausfüllen und an Ihre Buchhandlung oder den Deutschen Ärzte-Verlag senden.

Fax und fertig: 02234 7011-476 oder per Post

Deutscher Ärzte-Verlag
Kundenservice
Postfach 400244
50832 Köln

Ja, hiermit bestelle ich mit 14-tägigem Rückgaberecht

— Ex. Frankenberger, **Adhäsive Zahnheilkunde** € 149,-
ISBN 978-3-7691-3427-8

Herr Frau

Name, Vorname _____

Fachgebiet _____

Klinik/Praxis/Firma _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

E-Mail-Adresse (Die Deutsche Ärzte-Verlag GmbH darf mich per E-Mail zu Werbezwecken über verschiedene Angebote informieren)

X Datum _____ **X** Unterschrift _____

A32011MZY/ZMA
Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. Preise zzgl. Versandkosten
€ 4,50. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Sitz Köln – HRB 106. Amtsgericht Köln.
Geschäftsführung: Jürgen Führer, Norbert Froitzheim

3M Deutschland GmbH

Seite 33

ARHK b.v.

Seite 89

**Ärztliche
Verrechnungsstelle
Büdingen GmbH**

Seite 63

Audentic AG

Seite 73

Bai Edelmetalle AG

Seite 79

Cefla s.c.

Seite 97

**Chemische Fabrik
Kreussler & Co. GmbH**

Seite 35

**Coltène/Whaledent
GmbH & Co. KG**

Seite 7 und 72

**Dental Online College
GmbH**

Seite 93

**dentaltrade
GmbH & Co. KG**

Seite 11

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH

Seite 85, 99, 113 und 115

**Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/
Edition**

Seite 105 und 134

Dexcel Pharma GmbH

Seite 13

DMG Dental-Material GmbH

Seite 78 und 109

Doctorseyes GmbH

Seite 78

Gaba GmbH

Seite 9 und 57

**Hager & Werken
GmbH & Co. KG**

Seite 95

Heraeus Kulzer GmbH

Seite 29

**Hoffmann
Dental Manufaktur GmbH**

Seite 49

**ic med
EDV-Systemlösungen für
die Medizin GmbH**

Seite 61

**IDI-PARO Interdisziplinäre
Diagnostik-Initiative für
Parodontitisfrüherkennung
Stiftungs GmbH**

Seite 83

Johnson & Johnson GmbH

Seite 43

Kettenbach GmbH & Co. KG

Seite 31

**Komet Gebr. Brasseler
GmbH & Co. KG**

2. Umschlagseite

Lohmeier – Ifzl

Seite 27

**MEDA Pharma
GmbH & Co. KG**

Seite 65

**Melag
Medizintechnik OHG**

Seite 71

Permidental BV

Seite 15 und 55

**PraxisDienste
Fortbildungs GmbH**

Seite 69

Procter & Gamble GmbH

Seite 23

PROTILAB

Seite 17

**R-dental
Dentalerzeugnisse GmbH**

Seite 67

Sinol Deutschland

3. Umschlagseite

**SIRONA Dental Systems
GmbH**

4. Umschlagseite

**teamwork media
Verlags GmbH**

Seite 81

Trinon Titanium GmbH

Seite 87

Ultradent Products USA

Seite 75

**Vita Zahnfabrik
H. Rauter
GmbH & Co. KG**

Seite 19

Voco GmbH

Seite 41

W & H Deutschland GmbH

Seite 59

youvivo GmbH

Seite 103

Einhefter

F1 Dentalsysteme
Deutschland GmbH
zwischen Seite 50/51

Vollbeilage

Garrison Dental Solutions

Teilbeilage

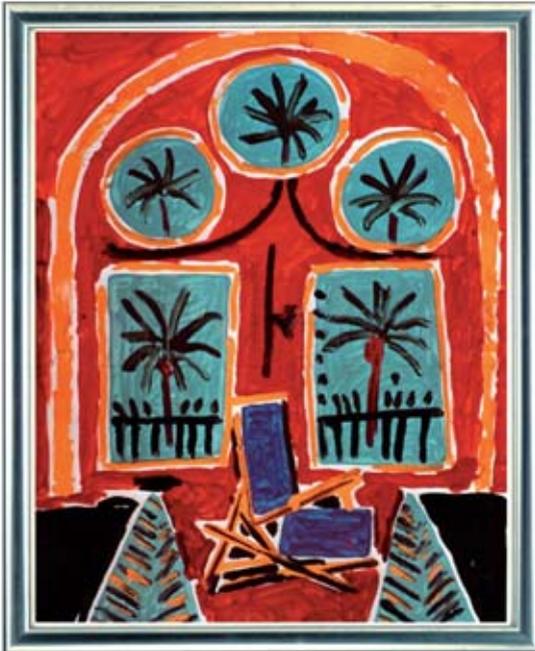
RSD Reise Service
in den PLZ-Gebieten 4–9

Pablo Picasso (1881-1973)

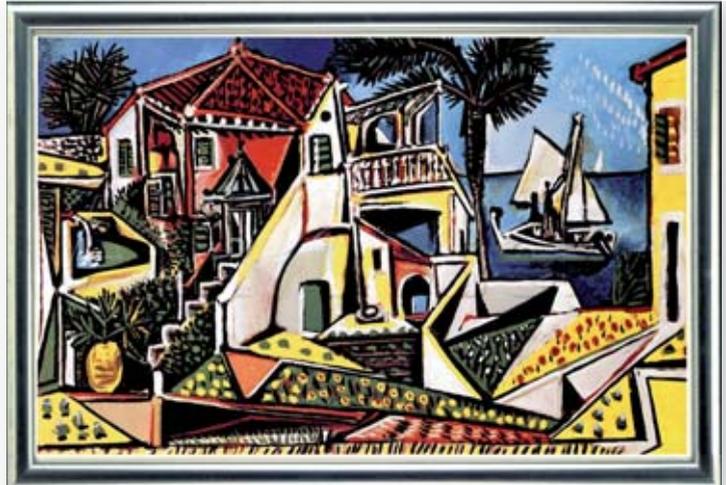
Mediterrane Impressionen

Das Licht! Die Farben! Die Motive!

Die Côte d'Azur wurde und wird von Künstlern geliebt. Picasso malte in Antibes, das heute ein Picasso-Museum besitzt, und in der Nähe von Cannes. Er war fasziniert vom gleißenden Licht und den prallen Farben der Mittelmeerlandschaft. Auf wunderschönen Aquarellen hat Picasso Momente der Glückseligkeit festgehalten. Seine Zeit in Südfrankreich, als er immer wieder Paris entflohen, war eine Atmosphäre hoffnungsvollen Überschwangs und Quelle der Inspiration. Schließlich wurde die Gegend um die Côte d'Azur zur ständigen Heimat Picassos.



Interieur



Paysage méditerranée



Katze am Strand

Hochwertiger Kunstdruck, feine Leinenstruktur, mit seidener Folie veredelt. Gerahmt in 3 cm Holzleiste mit Silberauflage. Wahlweise gerahmt in 4 cm breiter matter weißer Holzleiste.

Format gerahmt ca.: 53 x 78 cm (Paysage médit.), 70 x 58 cm (Interieur), 64 x 46 cm (Katze am Strand). Preise gerahmt jeweils: **275 Euro** Silberleiste, **250 Euro** weiße Holzleiste. Versand 15 Euro.

Bitte einsenden an: EDITION Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Dieselstraße 2, 50859 Köln

Ja, ich bestelle mit 14-tägigem Rückgaberecht:

Picasso, Paysage méditerranée Silberleiste 275 Euro Holzleiste 250 Euro

Picasso, Interieur Silberleiste 275 Euro Holzleiste 250 Euro

Picasso, Katze am Strand Silberleiste 275 Euro Holzleiste 250 Euro

Zzgl. 15 Euro Versandkosten. Angebot freibleibend, Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. Eigentumsvorbehalt bis zur vollständigen Bezahlung.

Titel | Vorname | Name

Straße | PLZ | Ort

Telefon | Email

Datum | Unterschrift



Studie zu Sozialen Diensten

Knappe Mittel, wachsende Aufgaben

Ob Pflege, Jugendhilfe oder Kindertagesbetreuung: Die sozialen Dienste leiden unter knappen Mitteln und wachsenden Aufgaben. Beschäftigte bringt das regelmäßig an die Grenze ihrer Belastbarkeit, zeigt eine von der Hans-Böckler-Stiftung geförderte Studie. Vor allem in Pflegeberufen könnten schlechte Arbeitsbedingungen einen sich abzeichnenden Fachkräftemangel verschärfen.

Mehr als drei Millionen Menschen arbeiten laut Statistischem Bundesamt in Gesundheits-, Sozial- und Erziehungsberufen. Diese Branchen ständen unter dem Druck einer zunehmenden Ökonomisierung: So setze sich in den sozialen Diensten mehr und mehr eine Markt- und Wettbewerbslogik durch, schreiben die Autoren der Studie. Als Beispiel nennen die Forscher die Einführung des Budgetprinzips in der Pflegeversicherung: Unabhängig vom tatsächlichen Hilfebedarf gilt eine feste Grenze für finanzielle Leistungsansprüche.

Die Wissenschaftler vom Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft Saarbrücken und der SRH Hochschule Heidelberg haben erstmals in Deutschland vergleichend untersucht, wie sich der Trend zur Ökonomisierung auf die Arbeitsbedingungen auswirkt. Ihr Ergebnis: Altenpfleger, Sozialarbeiter und Erzieherinnen

sind konfrontiert mit „Zeitnot, Druck zur Kostenersparnis und Verdichtung der Arbeit“. Darunter litten die professionellen Ansprüche der Beschäftigten – und ihre Gesundheit.

Die Erkenntnisse der Sozialforscher beruhen auf Fallstudien in der Altenpflege, in der Jugendhilfe und in der Kindertagesbetreuung. Insgesamt haben sie 82 Führungskräfte, Arbeitnehmervertreter und Beschäftigte von 16 Einrichtungen in Rheinland-Pfalz und Thüringen interviewt. Zusätzlich führten sie bundesweit eine standardisierte Online-Befragung von fast 1 400 Arbeitnehmern durch.

Den größten Ökonomisierungsdruck attestieren die Autoren der stationären Pflege. „Strukturelle Erzeugung von Zeitnot“ führe dort zu steigender Arbeitsverdichtung. Arbeitseinsätze von bis zu zehn Tagen hintereinander und massive Überstunden seien an der Tagesordnung. Aufgaben verschöben sich zunehmend in Richtung einer „Satt-und-Sauber-Pflege“, also bloßer körperlicher Grundversorgung. So entstehe eine Diskrepanz zwischen den Sachzwängen der Praxis und dem beruflichen Selbstverständnis der Beschäftigten, die gute, „aktivierende“ Pflege leisten wollen. Die Folge: Bei der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen schneidet die stationäre Pflege am schlechtesten ab. Ein weiterer Faktor ist eine relativ niedrige Bezahlung auch der qualifizierten Pfleger, an der die Übernahme zusätzlicher Verantwortung wenig ändert. „Dies dürfte den aufgrund der demografischen Entwicklung prognostizierten Pflegenotstand weiter verstärken“, warnen die Forscher. ck/pm



Foto: MEV

KOMMENTAR

Dem Mangel vorbeugen

Über Ärztemangel wird – zumindest für bestimmte Fachgruppen oder in bestimmten Regionen – eigentlich immer diskutiert. Mindestens genauso akut, aber weit weniger diskutiert, ist der (drohende) Fachkräftemangel in der Pflege.

Und der wird zum Problem werden, wenn die Arbeitsbedingungen so miserabel bleiben, zeigt die Studie der Böckler-Stiftung. Angesichts des demografischen Wandels werden die allermeisten von uns im Alter auf Pflege angewiesen sein.

Allein schon aus egoistischen Motiven gilt es deshalb, Berufe im sozialen Bereich wieder attraktiver zu machen, damit sich wieder mehr Menschen dafür entscheiden. Bessere Bezahlung, geringerer Zeit- und Kostendruck und weniger Stress sind als Maßnahmen nicht neu, können aber Wunder wirken. Damit wieder mehr Menschen in die Pflege gehen. Und wir uns auf das Alter freuen können.

Eric Bauer

Antrag im Bundestag

Grüne wollen Automaten verbieten



Foto: picture alliance

Lothar Binding begrüßt die Idee und weist auf ein „nicht effektives“ System zur Alterskontrolle hin. Gegenüber der „Saarbrücker Zeitung“ sagte er, dass es richtig sei, die Vertriebswege von Zigaretten kritisch in den Blick zu nehmen. Der parlamentarische Geschäftsführer der Unionsfraktion, Michael Grosse-Brömer (CDU), hingegen lästerte via Twitter: „Sie haben wieder etwas gefunden, was sie verbieten können: Zigarettenautomaten!“ Dem Bericht der „Saarbrücker Zeitung“ zufolge, gibt es in Deutschland rund 350 000 Automaten. Seit 2007 können Zigaretten nur noch mithilfe von EC- oder anderen Chipkarten am Automaten gezogen werden. Rauchen ist zudem erst ab 18 erlaubt. Etwa ein Viertel aller Jugendlichen würden nach einer Umfrage jedoch die Altersschränken umgehen, argumentieren die Grünen in ihrem Antrag. jt/dpa

Die Grünen wollen Zigarettenautomaten aus dem öffentlichen Raum verbannen. Die Partei stellte einen entsprechenden Fraktionsantrag im Bundestag. Zigarettenautomaten verführten gerade Jugendliche zum Rauchen heißt es in dem Antrag. Daher fordert die Partei die Bundesregierung auf, die Werbung für Tabakprodukte einzuschränken und Zigarettenautomaten im öffentlichen Raum zu verbieten. Die Reaktion auf die Forderung fallen unterschiedlich aus. Der SPD-Bundestagsabgeordnete

Verflechtungen von Medizin und Pharmabranche**Gesetz gegen Pillenboni**

Viele Ärzte testen Pillen im Auftrag der Industrie an Patienten – und erhalten dafür Geld. Für Kritiker sind die Verflechtungen von Medizin und Pharmabranche zu eng. Jetzt soll es mehr Transparenz geben. Nach jahrelanger Kritik am Einfluss der Pharmaindustrie auf Ärzte bei Arzneimittelstudien will die Koalition per Gesetz mehr Offenheit erzwingen. „Wir wollen, dass nachvollziehbar wird, ob finanzielle Zuwendungen der Pharmaindustrie an Ärzte im Rahmen von sogenannten Anwendungsbeobachtungen auch angemessen sind“, sagte der CDU-Gesundheitsexperte Jens Spahn in Berlin.

Bei diesen Studien melden Ärzte Erfahrungen mit Medikamenten bei Patienten an Hersteller. Laut Kritikern sollen die Studien, für die Ärzte Geld bekommen, vor allem die Verordnungen der betroffenen Pillen befördern. Nun sollen die Beträge, die an die Mediziner fließen, genannt werden müssen. „Es soll eine gezielte Beeinflussung des ärztlichen Verschreibungsverhaltens

[...] verhindert werden“, heißt es in dem Entwurf für eine gesetzliche Regelung.

Künftig sollen die Arzneimittelhersteller der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband der Krankenkassen die Höhe der sogenannten Aufwandsentschädigungen angeben müssen. Die entsprechenden Daten sollen auch beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gesammelt werden. Geprüft werden soll zudem, ob die Datensammlung in einem weiteren Schritt auch der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden soll. Laut KBV gibt es jährlich rund 200 neue Studien, an denen jeweils wenige Dutzend bis mehrere hundert Ärzte teilnehmen. Laut KBV können diese Studien sinnvoll sein, um das Wirkungsspektrum neuer Präparate besser zu erkennen. Selbst aus der Pharmabranche gelangte aber bereits die Einschätzung an die Öffentlichkeit, dass die meisten Anwendungsbeobachtungen wissenschaftlich nicht notwendig seien. *sg/dpa*

Niedersachsen**„MoNi“ lockt Mediziner aufs Land**

Das „Modell Niedersachsen“ (MoNi) soll Hausärzte entlasten und die medizinische Versorgung in dünn besiedelten Regionen verbessern. Eine Idee, die nach zweieinhalb Jahren Pilotphase jetzt landesweit Schule machen soll.

Bei dem 2010 gestarteten Modellprojekt übernehmen medizinische Fachangestellte bei Hausbesuchen Aufgaben wie Blut abnehmen oder Fäden ziehen. Damit soll der Beruf des Haus-

arztes vor allem in ländlichen Regionen attraktiver gemacht werden, damit sich dort wieder mehr Mediziner niederlassen.

Das von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN), dem Gesundheitsministerium und einigen Krankenkassen finanzierte Projekt lief bisher nur in den Regionen Schneverdingen und Vechta, soll jetzt aber landesweit ausgedehnt werden. Ähnliche Modellprojekte in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg,

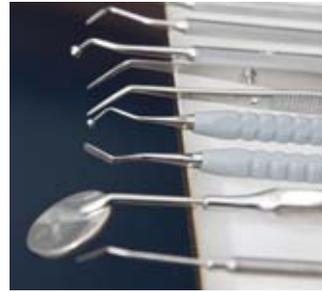
BZÄK gegen PKV-Vorwürfe**GOZ-Kommentar bündelt Sachverstand**

Foto: Fotolia.com

Vorwürfen des PKV-Verbands, der GOZ-Kommentar der BZÄK stelle eine bloße Meinungsäußerung dar, tritt die BZÄK energisch entgegen. Der PKV-Verband hatte in seiner Beilage zu „PKV-Publik“ (3/2013) Position zur Rechtsqualität des GOZ-Kommentars der Bundeszahnärztekammer bezogen. Darin hieß es, dass der Kommentar keine rechtsverbindliche Stellungnahme darstelle. Nur (Bundes-)Gerichte könnten rechtsverbindlich über die GOZ urteilen, Äußerungen der BZÄK oder des PKV-Verbands wiesen keine Rechtsrelevanz auf.

An der gebündelten Auslegung der Zahnärzteschaft komme keiner vorbei, argumentiert die BZÄK hingegen. Anders als bei

der Auffassung eines Versicherungssachbearbeiters fließe in den GOZ-Kommentar der BZÄK der geballte Sachverstand der gesamten Berufsgruppe ein. Als Werk der Zahnärzteschaft werde der Kommentar von denjenigen getragen, die aufgrund ihrer Profession zuallererst berufen seien, die Gebührenordnung mit Leben zu erfüllen, heißt es. Der GOZ-Kommentar habe daher die Qualität einer sachverständigen Verlautbarung.

Würde man der Auffassung der PKV folgen, dass zahnärztlichem Sachverstand keine höhere Bedeutung zuzumessen wäre als gebührenrechtlichen Interpretationen anderer Stellen, so würde das gesamte Gutachterwesen in gerichtlichen Auseinandersetzungen ad absurdum geführt, heißt es weiter. Gerade der zahnärztliche Sachverständige sei durch seine fachliche Qualifikation, ergänzt durch die Anwendung der Kommentare „seiner“ Kammer, berufen und gerichtlich akzeptiert, objektive Ausführungen zu gebührenrechtlichen Fragestellungen zu machen. *pr/pm*

Sachsen und Sachsen-Anhalt, wie etwa „Gemeindeschwester Agnes“, fanden bei Ärzten und Patienten ein fast durchweg positives Echo. Auch „MoNi“ habe sich bislang bewährt und



Foto: Fotolia.com - Peter Attkins

werde von den Patienten positiv aufgenommen, heißt es bei der KVN in Hannover.

Hintergrund: Der Mangel an Hausärzten ist in Niedersachsen besonders hoch, es fehlen nach KVN-Angaben schon heute mehr als 400. Gerade die Aufgabe als Landarzt gilt als wenig attraktiver Knochenjob mit Arbeit rund um die Uhr. Vor allem für junge Ärzte sind nach Umfragen Großstädte wie Berlin oder Hamburg erheblich lockender. *mg/dpa*

Öffentlicher Gesundheitsdienst**Ärzte beklagen Arbeitsbedingungen**

Unbesetzte Stellen, Nachwuchsmangel, mäßige Bezahlung – die Ärzte im Gesundheitsdienst beklagen ihre Arbeitsbedingungen. Um fast 20 Prozent ging die Zahl der Mediziner im Öffentlichen Gesundheitswesen zwischen 2000 und 2011 zurück, erklärte die Vorsitzende des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD), Dr. Ute Teichert-Barthel, auf dem BVÖGD-Kongress in Berlin.

Laut einer Umfrage des Verbands ist in den bundesweit 378 Gesundheitsämtern mehr als jede siebte Facharztstelle länger als ein halbes Jahr unbesetzt. In ländlichen Regionen und kleineren Ämtern können Stellen gar nicht oder nur nach mehrfachen Ausschreibungen qualifiziert besetzt werden. Hauptursache für den Ärztemangel ist nach Meinung von Teichert-Barthel die deutlich niedrigere Bezahlung im Vergleich zu Medizinern im Krankenhaus. Das Gehalts-

niveau eines Facharztes im ÖGD liegt bis zu 20 Prozent unter dem des Kollegen in einem kommunalen Krankenhaus – das entspricht circa 900 Euro.

„Diese Situation bereitet uns große Sorgen. Um zukünftige Grippewellen und andere Gesundheitsrisiken wirksam zu bekämpfen, brauchen wir einen funktionsfähigen Öffentlichen Gesundheitsdienst“, sagte die BVÖGD-Vorsitzende.

Auch bei den Zahnärzten im ÖGD gibt es ein Nachwuchsproblem, erklärte der Vorsitzende des Bundesverbands der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG), Dr. Pantelis Petrakakis. Viele Zahnärzte arbeiteten nur in Teilzeit im ÖGD, zudem würden viele Stellen gestrichen. Dabei sei die Arbeit in den Schulen und Kindergärten eine „sehr gute Möglichkeit, Prävention zu betreiben. Wir erkennen Risikogruppen und können auf diese einwirken“. eb

Demografischer Wandel**Versorgung verändert Körpermaße**

Der demografische Wandel kann dazu führen, dass Frauen größer und schlanker werden. Das zeigt eine Studie von Forschern des Leibniz-Instituts für Zoo- und Wildtierforschung (IZW) in Zusammenarbeit mit britischen, amerikanischen und gambischen Forschungseinrichtungen. Ihre Ergebnisse haben sie jetzt im Fachjournal „Current Biology“ veröffentlicht.

„Das ist eine Mahnung daran, dass Verbesserungen der Gesundheit nicht unbedingt das

Ende der Evolution, sondern eine Veränderung der Evolution bedeuten“, sagt Alexandre Courtiol vom IZW in Berlin. Einerseits kann demografischer Wandel durch die Beeinflussung von Sterblichkeit und Fruchtbarkeit auf die natürliche Selektion einwirken. Andererseits kann er wahrscheinlich auch die Beziehung zwischen der Ausgestaltung von Körpermerkmalen und ihre Relevanz für Fortpflanzung und Überleben verändern, weil sich gleichzeitig das soziale,

Organskandal**Ärzte fordern neues Bundesinstitut**

Foto: Fotolia.com

In der Diskussion um die Zukunft der Transplantationsmedizin haben der Chirurg Prof. Rüdiger Siewert und der Generalsekretär des Verbandes der Universitätsklinik Deutschland, Dr. Rüdiger Strehl, eine neue Bundesbehörde gefordert. Diese solle nach Vorstellung der beiden ähnlich dem Robert Koch-Institut arbeiten, berichtet die Ärzte-Zeitung.

In ihrem „Aufruf für ein Rudolf-Pichlmayr-Institut“ beklagen Strehl und Siewert laut Bericht die aus ihrer Sicht verkrusteten Strukturen. „An der Architektur des deutschen Transplantationswesens wurde nichts geändert“, heißt es. Die neue Behörde solle neben der Qualitätssicherung auch öko-

nomische Fehlanreize sowie Konkurrenzsituationen bei Transplantationen abschaffen, argumentieren Siewert und Strehl, die in dem Manifest ihre persönliche Meinung vertreten.

Dieser Vorschlag kann nach Einschätzung der Ärzte-Zeitung „als Frontalangriff auf die medizinische Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer verstanden werden“. Die Kritik am deutschen Transplantationswesen bezeichnet der neue Leiter der DSO, Dr. Rainer Hess, in der Online-Ausgabe der „FAZ“ als „zutreffend“. Eine neue Behörde lehnt Hess aber ab und bezeichnet die Kritik an der BÄK als „unzutreffend“. Im SGB V habe die BÄK ein gesetzlich verankertes Beteiligungsrecht, besonders bei Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Krankenhausbehandlung. „Auch ein solches Institut wäre, wegen der [...] besonderen Komplexität der Entscheidungskriterien auf einen möglichst breiten Konsens über den anerkannten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse angewiesen“, schreibt Hess. mg

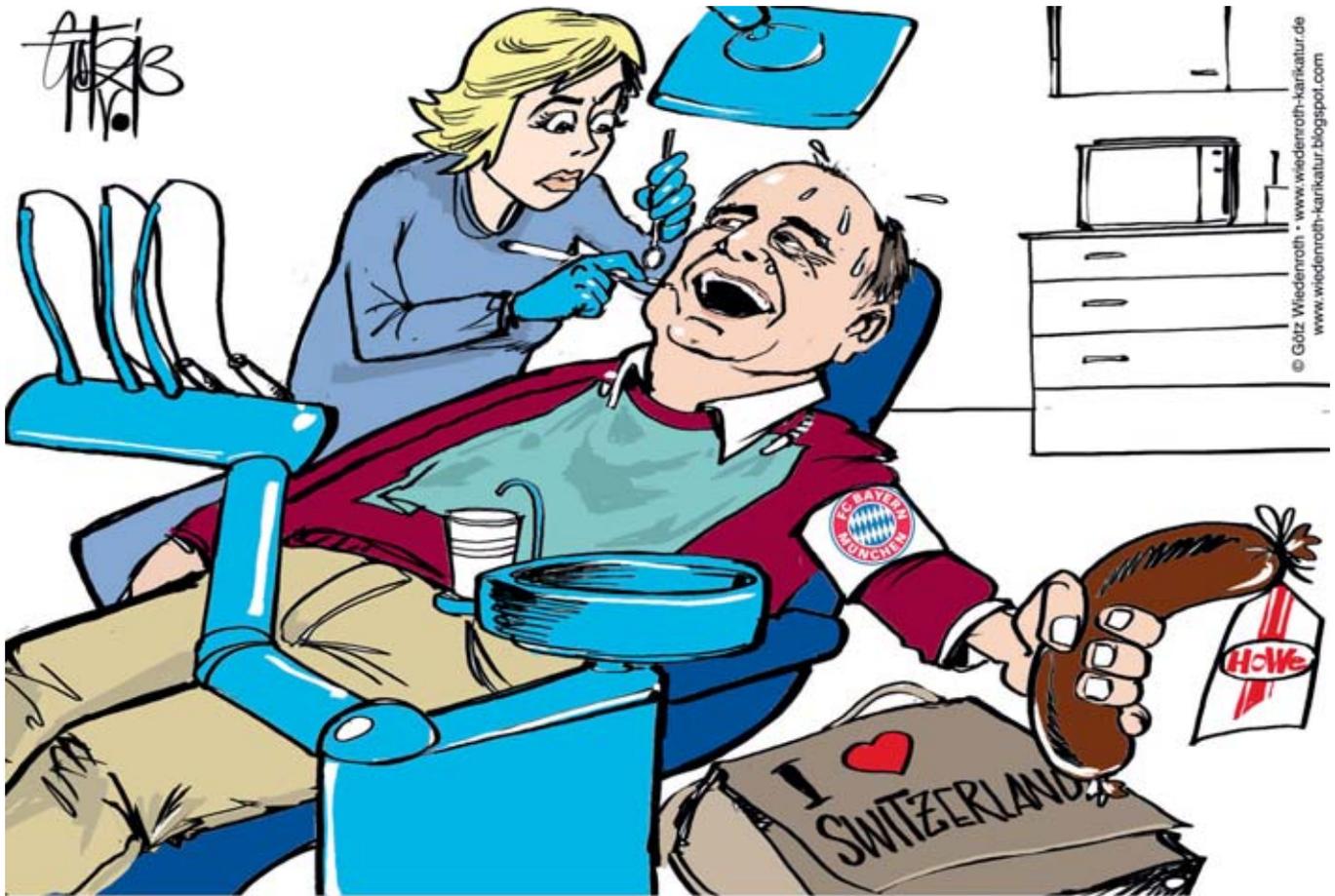
das kulturelle, das medizinische und das wirtschaftliche Umfeld ändern.



Foto: MEV

Für ihre Untersuchungen verwendeten die Wissenschaftler Datensammlungen, die über einen Zeitraum von 55 Jahren (1956–2010) vom UK Medical Research Council in zwei ländlichen Dörfern des West Kiang Gebiets in Gambia erhoben wurden. Sie zeigten, dass die Veränderungen in Körpergröße und -gewicht bei den Frauen höchst wahrscheinlich auf die Verbesserung der medizinischen Versorgung zurückzuführen sind. eb/pm

Illu.: Wriedenroth



Selbstanzeige als Präventionsmuffel

Kolumne

Der Mensch, das Arsen und das Bier

Kaffee, Tee und Rotwein, das wissen wir als Zahnärzte, sind in der Lage, die Zähne zu verfärben. Bier ist da weniger verdächtig. Dessen Reinheit ist sogar in einem Gebot verankert, was bis zur Bayerischen Landesordnung von 1516 zurückverfolgt werden kann. Es besagt, dass Bier nur Hopfen, Malz, Hefe und Wasser enthalten soll. Von Arsen ist da nicht die Rede. Und trotzdem ist das Gift im Bier drin.

Erst kürzlich fanden Forscher der technischen Universität München auch heraus, warum. Das hochgiftige Schwermetall gerät paradoxerweise über ein Filtermaterial namens Kieselgur in das Bier. Dies ist eigentlich ein Gestein, das sich aus Schalen urzeitlicher Algen bildete. Wir kennen es

■ *Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de*

als Bestandteil von Abformmaterialien wie Alginat. In Brauereien jedenfalls gibt es Filter aus diesem Material, um Biere von Schwebstoffen zu reinigen. Folge: Schwebstoff draußen, Arsen drin.

Die gute Nachricht: Der Arsengehalt reicht bei Weitem nicht aus, um irgendwelche Schäden anzurichten, beruhigen die Experten. Was sie nicht sagen: Inwieweit Arsen in der Lage ist, Verfärbungen an den Zähnen hervorzurufen. Dafür sind dann andere Experten zuständig. Derweil kommen zu uns die Patienten mit dem Wunsch nach einer Bleachingbehandlung.

Ihr vollkommener Ernst

SINOL®

für den intelligenten, preisbewussten Zahnarzt

Langlebigste, wartungsärmste, luftgesteuerte Einheiten -
die meistverkauften Einheiten in Amerika

Modell Harmonie

Merkmale:

Durch unsere einzigartige Rückenpolsterkontur - basierend auf orthopädischen Studien und Auto-sitz-/Langzeitstudien - wird dem Patienten in jeder Position ein Gefühl der Geborgenheit vermittelt. Die koordinierten Bewegungen von Sitz und Rückenlehne sorgen für maximalen Patientenkomfort. Es gibt eine Memoryfunktion für alle wichtigen Stellungen.

Zusätzlich: 1 abklappbare Armlehne.



In 9 Sek. von der höchsten zur niedrigsten Einstellung.

- OP-Lampe mit 2 Lichtstärkeneinstellungen
- leicht auswechselbarer preiswerter Standard
- Halogenbirne



- Das schwenkbare Spülbecken aus fleckenresistentem Porzellan ist abnehmbar und sterilisierbar



Zahnarztkonsole mit einzigartigem schwenkbarem Doppeldeck mit allen wichtigen Funktionen.

Anatomisch geformte, stufenlos auf jede Körpergröße einstellbare Kopfstütze. Neigung, Höhe und Stamm-länge werden blockiert.



Alternativ als Peitschenversion

Mittels Hydraulikknopf und Doppelkugellager im Schwebearm lässt sich die Konsole nicht nur mühelos bewegen, sondern bietet auch extrem viel Bewegungsfreiheit und extra Ablagefläche.

Grazile Helferinneneinheit für extra Beinfreiheit, integriertes Ablagefach und computergesteuertes Touchpad.

Farbmuster	
C001	C002
C003	C004
C005	C006

Standard-Ausstattung:

- Bien Air Boralina-Turbine
- Bien Air Boralina-Winkelstück
- NSK-Handstück + Mikromotor
- 2 x 3 Wege Luft-/Wasser-Spritze
- Zahnsteinentferner (Satelec)
- Lichthärtegerät
- OP-Lampe
- Umschaltbare Wasserleitung auf sterilen Wassertank

- Druckfiltersystem
- Automatisches Warmwasser-Spülsystem
- Behandlungsstuhl, angetrieben von unserem neuen, sehr leisen und extrem schnellen Motor. (9 Sekunden vom höchsten bis zum niedrigsten Punkt)
- Röntgenfilmbetrachter
- 5407 Zahnarztstuhl
- Sicherheitsabschaltung der Rückenlehne bei geringem Kontakt

- integrierte Absauganlage bzw. Anschlussmöglichkeit für Nass- oder Trockenabsaugung

Optional:

- Luftkompressor
- Intraorale Kamera mit TFT-Flachbildschirm
- Aufbau durch unsere Techniker

Limitierter Preis für
die abgebildete Einheit:

netto **13.800,- €**

Der Preis beinhaltet die **komplette Ausstattung**
wie abgebildet:

Turbine, Winkelstück, Handstück und Mikromotor,
2 x 3 Wege Luft-/Wasser-Spritze, Zahnsteinentferner,
Lichthärtegerät etc.

Lieferung frei Haus - 2 Jahre Garantie

(außer Verschleißteile wie Turbinen, Hand- und Winkelstücke)

SINOL®

Riehler Straße 17 · 50668 Köln · www.sinol.de

Tel. 02 21/8303260 · Fax 02 21/837 0532 · E-Mail: dr.jhansen@t-online.de

Praxisstempel

Meine Anschrift:

Praxis, Labor

Besteller

Straße (kein Postfach!)

PLZ, Ort

TENEO. DIE INNOVATIONS- KLASSE.



TENEO ist mit zukunftsweisender Technologie ausgestattet, konfigurierbar sowie upgradefähig und entwickelt sich laufend weiter. Setzen Sie auf den modernsten und komfortabelsten Workflow – heute und in Zukunft. Mit der Innovationsklasse von Sirona. **Es wird ein guter Tag. Mit Sirona.**



NEU:
Patientenindividuelle
Kopfstützen-
Automatik



NEU:
ApexLocator-Anzeige
am SIVISION-Monitor



NEU:
Autofokuskamera
SiroCam AF+

SIRONA.COM

The Dental Company

sirona.