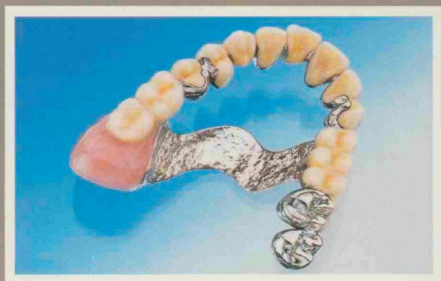
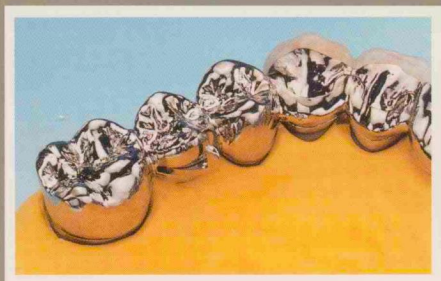


55

von Zahnärzten für Zahnärzte
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

DAZ
forum

15. Jahrgang 4. Quartal 1996 Herausgeber DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands



Millionenbetrug an Kollegen

Aufkündigung der Solidarität

**Serie: Die technisch
unabhängigere
Zahnarztpraxis Teil 4**

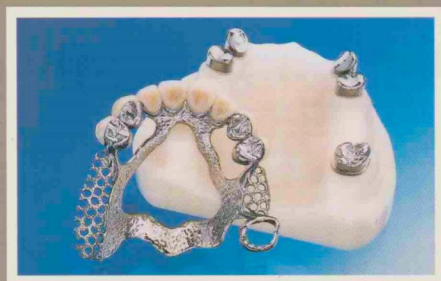
Senkung der Praxiskosten

Implantologie live

**Warum die Augen plastisch
sehen**

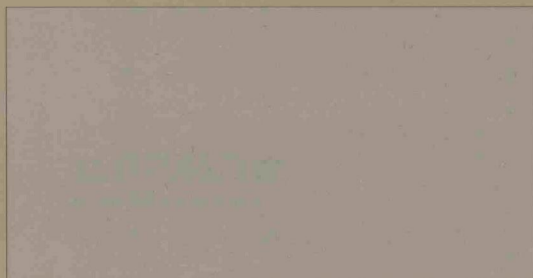
**Kindersanierung
in einer Sitzung**

Direktversicherung



Legierungen in der zahnärztlichen Therapie: TITAN

DAZ im NAV-Virchow-Bund,
Belfortstr.9, 50668 Köln
Postvertriebsstück: Entgelt bezahlt G8845





Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

An die einhundert Einzelbibliotheken aus Universitäten, von Sammlern und Museen, Archivbibliotheken von Firmen und sehr viele Privatbibliotheken befinden sich im Bestand des Dental Museums. Dieser Bestand erweitert sich ständig und stellt die umfangreichste Referenzbibliothek der Zahnheilkunde dar, die weltweit ihres gleichen sucht und daher zwingend erhalten werden muss.

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

NUTZEN SIE DIE

VORTEILE

DIE DER GRUPPEN-
VERSICHERUNGSVERTRAG FÜR
MITGLIEDER DES DAZ BIETET.



Eine private Krankenversicherung der CENTRAL macht unabhängig. Sie ermöglicht freie Entscheidungen, wenn es um etwas sehr Wichtiges geht: um Ihre Gesundheit, Selbstbestimmung und Leben nach eigenem Anspruch als Maxime. Auch dafür steht die CENTRAL. Mit hochwertigen Leistungen, die jedem individuellen Anspruch gerecht werden.

Kombiniert mit „handfesten“ Vorteilen des Gruppenversicherungsvertrags wie zum Beispiel für die meisten Tarife:

- günstigerer Beitrag
- Erlaß von Wartezeiten bei Eintritt in den Gruppenvertrag
- Mitversicherungsmöglichkeit für Familienangehörige.

Auch bereits CENTRAL-Versicherte können ihren Vertrag nachträglich ohne große Formalitäten umstellen.

Wenn Sie weitere Informationen über unser Leistungsangebot wünschen, schreiben Sie uns oder rufen Sie uns an.

 **CENTRAL**
KRANKENVERSICHERUNG AG

 Aachener und Münchener Gruppe

Abt. Marketing-Service
50593 Köln

Tel.: 02 21 / 16 36-24 52

Inhalt

Standespolitik	<i>Editorial</i> Millionenbetrug an Kollegen	2
	Aufkündigung der Solidarität	5
	Warum ich im DAZ bin	12
Junges forum	Warum eigentlich nicht mal Südsee?	17
Serie	Die technisch unabhängigere Zahnarztpraxis	22
	Praxiskostensenkung durch Bestellsysteme	33
Kinderzahnheilkunde	Kindersanierung in einer Sitzung	35
Fortbildungsveranstaltung	Implantologischer Demonstrations-Kurs mit Dr. Sebastian Schmidinger, Seefeld	40
Schwerpunkt-Thema Titan	Legierungen in der zahnärztlichen Therapie	44
	Titan - eine Alternative in der Zahnheilkunde?	51
Prophylaxe	Fluoridiertes Jodsalz	53
Versicherungsfragen	Direktversicherung	57
	Mitversicherung Amalgamabscheider	59
Aus der Wissenschaft	Warum die Augen plastisch sehen	63
Buchbesprechungen		67
Leserbriefe		71
Verbandsnachrichten		76
Termine		82
Anzeigen		84
Impressum		86

Editorial

Millionenbetrug an Kollegen

Daß Zahnarzt- Funktionäre zur Durchsetzung ihrer standespolitischen Ziele gegen Krankenkassen, den Staat und Patienten kämpfen, ist bekannt. Daß sie aber nicht einmal davor zurückschrecken, Kollegen, die sich dieser Strategie widersetzen, durch Abrechnungsmanipulationen in den wirtschaftlichen Ruin zu treiben, ist ein neuer Höhepunkt in der Skandalchronik des Berufsstandes.

Die zahnärztlichen Körperschaften in Niedersachsen und Bayern versuchen seit Jahren, Vertragszahnärzte zu umfangreicherer Privat abrechnung bei Kassenpatienten zu veranlassen. Die Motive hierzu hat der Freie Verband, der fast alle Körperschaften in Deutschland dominiert, immer wieder unverhohlen dargelegt: Die Zahnärzte sollen aus allen vertraglichen Verpflichtungen mit Festhonoraren bei Kassenpatienten befreit werden, damit zahnmedizinische Leistungen direkt dem Patienten nach Belieben berechnet werden können.

Dieses Szenario hat, als Antithese zu Fürsorgepflicht und sozialer Verantwortung, in unserem Staat keinerlei Chance auf Realisierung. Diese Gewissheit führte zu immer radikaleren Denkmodellen und Aktionen. Es wäre ja legitim und verständlich gewesen, wenn die Initiatoren für sich selbst die Konsequenz gezogen hätten, ihre Kassenzulassung niederzulegen und nur noch Privatpatienten zu behandeln. Aber damit wären

wirtschaftliche Einbußen verbunden gewesen. Man wollte aber weder auf die Freiheit der Privatliquidation noch auf die Sicherheit des Kassenpatientenstamms verzichten. Deshalb wurde 1992 versucht, mit dem Plan einer gemeinsamen und gleichzeitigen Niederlegung der Kassenzulassung aller Zahnärzte (sog. Korb-Initiative) den Staat zur Annahme der eigenen Bedingungen zu erpressen. Die Regierung brauchte jedoch nicht darauf zu reagieren, weil zwei Drittel der Kassenzahnärzte dem Korbmodell die Unterstützung verweigerten. Seither läßt die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN) unter Führung von Dr. Horst Schirbort, der inzwischen auch der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) vorsteht, keine Gelegenheit aus, Zahnärzte, die seine Destruktions- und Verweigerungspolitik nicht mittragen, unter Druck zu setzen.

Nach dem Scheitern des Korbmodells und der endgültigen Niederlage beim Streit um die Begleitleistungen (forum 53, S.24), beherrscht in Niedersachsen der „Tunnelblick“ die Aktivitäten zahnärztlicher Interessenvertretung. Nach der Devise „wer über die KZV abrechnet, ist selbst schuld“ (Bayerns KZV- Vorstand Dr. Kinner) wird seit zwei Jahren die Vergütungsbudgetierung mit ihrem individuellen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) von der KZVN dazu benutzt, Kollegen massiven finanziellen Schaden

zuzufügen, um sie gegen das verhaßte System der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuhetzen. Sicherlich kein Zufall, daß unter den Geschädigten zwei Zahnärzte aus dem Vorstand des DAZ sind, dem Verband, der sich seit Jahren für eine Zahnmedizin in sozialer Verantwortung einsetzt.

Die betrügerischen Verstrickungen der KZVN nehmen ihren Anfang mit einem banalen Fristversäumnis: Dem Schiedspruch zur 3,95%igen Honorarabsenkung in 1994 wurde trotz guter Erfolgsaussichten juristisch nicht widersprochen. Hierdurch entstand den niedersächsischen Zahnärzten nach KZV-eigenen Angaben ein Schaden von ca. 30 Mio DM. Diese peinliche Schlappe mußte ausgewetzt werden. Also beschloß die Delegiertenversammlung, das zahnärztliche Landesparlament, auf Antrag des Vorstandes eine Honorarnachzahlung zu leisten, und zwar aus Mitteln, die nach dem HVM eigentlich leistungsgerecht hätten verteilt werden müssen.

Betrogen wurden dadurch über 1500 niedersächsische Zahnärzte, die bis heute auf die Auszahlung von mehr als 13 Mio DM Vergütungen aus dem Jahr 1994 warten, Gelder, die die Ersatzkassen vertragsgerecht an die KZVN überwiesen haben. Tatsächlich wurden diese Gelder an Kollegen ausgezahlt, denen bereits alle Leistungen vergütet worden waren! Allerdings wurden die Delegierten vom KZVN-Vorstand nicht über konkrete Zahlen und deren Auswirkungen informiert.

Ein Fall für den Staatsanwalt, meinen Sie? Solange die Aktionen des KZVN-

Vorstandes durch Beschlüsse der Delegiertenversammlung gedeckt sind, schwelt das allenfalls als Gegenstand langjähriger Auseinandersetzungen vor den Sozialgerichten. Weiß man allerdings, daß in diesem Zusammenhang ca. 7 Mio DM Vergütungen der RVO-Kassen als Ersatzkassenhonorare ausbezahlt wurden, dann kann man davon ausgehen, daß in dieser Körperschaft Millionenbeträge mißbräuchlich verschoben oder gar veruntreut wurden. Zusätzlich schlummern in den Tresoren der KZVN noch ca. 40 Mio DM aus den Jahren 1994 und 1995, die mit den Zahnärzten bisher nicht abgerechnet, geschweige denn ausbezahlt wurden!

Das alles führt bei vielen Zahnärzten zu Vergütungseinbußen, die dem zehnbis zwanzigfachen Betrag der tatsächlichen staatlich verordneten Budgetkürzung entsprechen. Dem ehemaligen DAZ-Vorsitzenden Dr. Michael Fritz fehlen fast 100.000 DM, dem DAZ-Vorstand Dr. Roland Ernst etwa 90.000 DM. Nur jeder zehnte betroffene Zahnarzt klagt allerdings derzeit vor dem Sozialgericht, weil die meisten glauben, ihre Einbußen seien tatsächlich budgetbedingt. Mehrere hundert Kollegen haben versäumt, zu klagen, weil sie nach den falschen KZVN-Informationen geglaubt haben, die Mittel seien erschöpft.

Auch heute noch - im November '96 - hält die KZVN noch immer mehr Gelder der Kollegen aus dem Jahr '94 zurück, als die Einbuße durch die Budgetierung überhaupt betragen hat.

Der VdAK z.B. hat jeden abgerechneten Leistungspunkt voll vergütet - ohne Bud-

getabzug, weil das Budget gar nicht ausgeschöpft wurde. Trotzdem hat die KZVN ca. 15% abgezogen, die bis heute nicht vollständig abgerechnet sind. Noch schlimmer: Die KZVN hat von den Ersatzkassen nicht einmal den vollen Budgetbeitrag abgefordert!

Alle Verantwortlichen, die diese Vorgänge kennen, von den Krankenkassen über die Aufsichtsbehörde bis hin zum Bundesgesundheitsministerium, schweigen. Schließlich sind sie alle nicht geschädigt worden. Und die Staatsanwaltschaft zieht sich auf den Standpunkt zurück, daß die Zahnärzteschaft sich eben Delegierte wählen müsse, die tatsächlich eine parlamentarische Kontrolle des Vorstandes der KZVN ausüben! Denn niemand kann sich vorstellen, warum in einem freien Staat kein Delegierter es wagt, dem großen Vorsitzenden Schirbort zu widersprechen, geschweige denn, gegen dessen Aktivitäten zu stimmen.

Schirbort selbst, der die Desinformation der Delegiertenversammlung und die mißbräuchliche Verwendung der Krankenkassengelder zu verantworten hat, brüstete sich mit den Worten „...Mit diesem Instrument (dem HVM, Anm. d. Red.) bringen wir die Politik dazu, unserem Konzept von Vertrags- und Wahlleistungen zuzustimmen... damit haben wir jetzt ein gutes Mittel, die Politik dahin zu kriegen, wo wir sie hinhaben wollen...“

Gesundheitsminister Seehofer, der über diese Vorgänge unterrichtet wurde, hat bislang nicht reagiert. Er, der mit einschneidenden Gesetzen und Verordnun-

gen die Voraussetzungen für diese Probleme geschaffen hat, scheint nicht in der Lage, auf diese skandalösen Vorgänge Einfluß zu nehmen. Vielleicht will er ja auch gar nicht, um die neue Freundschaft zu seinem Namensvetter Horst nicht zu gefährden. Und wie gesagt: Geschädigt sind schließlich nur Zahnärzte...

*Das aktuelle Zitat
vom Bayerischen Zahnärztetag
(BZB 7/8 96, S.35):*

Rüstzeug für den modernen Praxisalltag

„Verkaufen muß Teamsache sein! Grundregel des Dienstleistungsmarktes ... ist die Frage nach dem Nutzen. Nur da, wo der Kunde einen größeren Vorteil für sich sieht, macht er bereitwillig sein Portemonnaie auf. Daß es sich also bei der zahnärztlichen Leistung um eine Ware handelt, die dem Kunden mit guten Argumenten verkauft werden muß, ist leider für viele Zahnärzte noch immer neu. Die HelferIn soll ebenfalls verkaufen können, also den Patienten informieren, Preise nennen, Leistungen vergleichen und ihn beraten können.“

Heute sind Kunden sehr anspruchsvoll und gewohnt, überall als 'König Kunde' behandelt zu werden.“

Referat Dr.Dr.A. Bouveret, Giebelstadt

Aufkündigung der Solidarität

Bericht des DAZ-Vorsitzenden zur Jahreshauptversammlung 1996

Als ich vor -nunmehr 10 Jahren- das Amt übernahm, schien der Berg der Aufgaben unüberwindlich, so vielfältig und schwergewichtig stellte sich - auch für den Eingeweihten - der DAZ dar. Die „Grundsätze und Empfehlungen“ mit wegweisenden Gedanken zur Qualitätssicherung, zur Prophylaxe, zur Studienreform und zu vielen anderen Themen lagen seit 2 Jahren vor, die Dänen Studie zur Umstrukturierung des BEMA schlummerte tief versteckt in den Panzerschranken der Standesführung, die Voith-Studie lief, das Würzburger Studienhandbuch lag auf dem Tisch, die Idee der Studiengruppen breitete sich aus- nicht alle unter DAZ-Etikett, aber als DAZ-Idee des lokalen fachlich hochstehenden kollegialen Austausches von Erfahrungen und Problemen von Praktikern, heute als Qualitätszirkel wieder in aller Munde.

Über allem schwebte klar und deutlich die Gründungsidee des DAZ, daß genug Geld für die Zahnmedizin zur Verfügung stand, um von innen und aus eigener Verpflichtung heraus Qualitätssicherung und Prophylaxe für alle als ethisch-soziale Bringschuld der Zahnärzteschaft einzufordern, womit gleichzeitig das hohe Ansehen und die wirtschaftliche Zukunft des Berufsstandes hätte festgeschrieben werden können. Wir konnten uns nicht vorstellen, daß ein nennenswerter Teil der Kollegenschaft sich dem Gedanken entziehen würde, daß Zahnheilkunde auch etwas mit gesellschaftli-

cher Verpflichtung zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit zu tun hat. Wenn man den Kollegen, die jahrelang einseitig vom Freien Verband und seinem Medienmonopol beeinflußt waren, die Ziele und Vorstellungen des DAZ nur mal näherbringen könnte, würde man sich uns anschließen - glaubten wir. Deshalb die vielen engagierten und idealistischen Beiträge im FORUM und entsprechende öffentliche Veranstaltungen. Aber je sicherer wir waren, daß wir recht hatten, und daß die Zukunft uns gehörte, desto mehr wurden wir totgeschwiegen von der offiziellen Standespresse.

Das alles leistete ein vermeintlich verschworener Verein von 500 Mitgliedern, dessen Beiträge vor allem in die Studiengruppenarbeit flossen. Und dies alles wurde zusammengehalten vom magisch legendären „schönen DAZ-Gefühl“, das uns in unregelmäßigen Abständen immer wieder alle an einen Tisch und inhaltlich gemeinsam ein Stück weiter brachte.

Vor ungefähr fünf bis sechs Jahren zog dann eine neue Qualität ein in Gestalt von drei Veränderungen. Erstens wurde der DAZ mit Erscheinen der „Zahnarztwoche“ aus seinem esoterischen Nischendasein ans Tageslicht geholt - für uns alle überraschend, aber ohne die Wirkung, die wir uns davon versprochen hatten. Zweitens ergab sich die Fusion mit dem NAV-Virchow-Bund, unter ande-

rem mit der Konsequenz gemeinsamer Nutzung einer größeren Verbandsstruktur und der Schaffung einer professionell besetzten DAZ-Geschäftsstelle.

Jetzt konnte sich der DAZ zum ersten Mal so darstellen, wie er sich immer darstellen wollte - als Verband mit Serviceleistungen für seine Mitglieder, mit regelmäßiger Pressearbeit, vor allem aber mit Anschluß ans sozialpolitische Geschehen auf offener Szene, nachdem die politischen Betätigungen hinter verschlossenen Türen zwar manchen Erfolg, aber auch viel Frust erzeugt hatten. Denn immer wieder wurden wir vom Freien Verband für Aktionen auf der Gegenseite verantwortlich gemacht, mit denen wir nichts zu tun hatten und gegen die wir uns mangels Medienzugang nie effektiv zur Wehr setzen konnten. Dennoch bekamen wir aus seriösen Quellen fast ausschließlich positive Resonanz. Medien, Politiker aller Parteien, selbst Standespolitiker bis tief in den Freien Verband hinein brachten und bringen uns wertschätzenden Respekt entgegen und achten uns wegen unserer Kompetenz und unserer Unbestechlichkeit.

Als dann Schirbort 1993 KZBV-Vorsitzender wurde, waren wir zwiegespalten. Einerseits fassungslose Bestürzung darüber, daß sich die Kollegenschaft einen zum Führer macht, der Konfrontation, Verweigerung, Destruktion und das Ansägen des Astes, auf dem wir alle sitzen, zum Programm erhoben hat. Und Entsetzen vor allem darüber, daß sich die kritiklose Hurra-Gefolgschaft überhaupt nicht der Konsequenzen für unser Ansehen und unsere Praxen

bewußt ist. Andererseits waren wir sicher: Dies ist die Stunde des DAZ.

Heute, drei Jahre später, sagen Seehofer und Schirbort Horst zueinander und Seehofer wird in der ZM mit dem Satz zitiert: „Wenn ich Schirbort anrufe, dann sitzt das.“

Womit der Bogen über die letzten 10 Jahre gespannt wäre. Nichts könnte die gegenwärtige sozialpolitische Situation besser wiederspiegeln als dieser Satz. „Sie sagen Horst zueinander.“ Die Spitzenrepräsentanten aus zwei total verfeindeten Lagern sind auf dem Wege zu einer Beziehung, die man heute „Männerfreundschaft“ nennt, über deren Basis man aber wohl spekulieren darf.

Gemeinsam ist ihnen ihr Anspruch, für das Gemeinwohl tätig zu sein, dafür sind sie gewählt, daraus beziehen sie ihre Legitimation. Ihre Macht beziehen sie aber aus der kleinen Schicht, die sie politisch trägt. Den einen trägt die Schicht, die es satt hat, ihre Kapitalzuwächse länger mit den Armen und Kranken dieser Gesellschaft teilen zu müssen, eine Schicht, die parteienübergreifend die Medien und das öffentliche Leben beherrscht und damit das politische Überleben sichert. Es sind Leute, die mit dem Apparat der großen Volksparteien gerade den Klassenkampf der Reichen gewinnen, die dafür sorgen, daß parallel zur Pleite der Hochschulen und der Sozialkassen die Anzahl der Millionäre in Deutschland von 1990 bis heute um 40% gestiegen ist. Seehofer ist ein Spitzenrepräsentant der politischen Schicht, die das Solidarprinzip auf den Kopf stellt, indem sie den Beitragszahlern die Pflicht

zur Hilfe für diejenigen aufbürdet, die sich nicht selbst helfen können. Dabei sinkt die Lohnquote (Verhältnis von Einkommen aus nicht selbständiger Tätigkeit zu Kapitaleinkünften), die Basis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), kontinuierlich (von 1982 bei 77% auf 70,7% heute), während die rasant steigenden Kapitalerträge für den sozialen Risikoausgleich unangetastet bleiben. Das ist das Machtfundament Seehofers.

Und das Machtfundament seines Männerfreundes Horst? Die Parallelen sind unübersehbar. Tatsache ist, daß das oberste Zahnärzterparlament ihn, der nicht erst in der Korb-Kampagne seinen Betonkopf als Abbruchbirne der GKV benutzt hat, zu ihrem Führer gewählt hat. Getragen wird er von zwei mächtigen Säulen. Die eine ist die „Zahnarztwoche“ als Repräsentant aller Marketing-Interessen innerhalb und um die Zahnärzteschaft herum. Die andere ist das Trugbild der Kollegen, die glauben, sie brauchten nur ein paar Kurse zu besuchen, um die Qualifikationen zu erwerben, die sie wieder auf die Gewinnerstraße bringen. Auf wessen Kosten das geschieht, interessiert diesen Teil der oft jungen Kollegen nicht, denen Begriffe wie Caritas oder Solidarität auf ihrem erfolgreichen Selektionskurs zum Einser-Abitur, das fast zwei Jahrzehnte Zugangsvoraussetzung für diesen Beruf war, weggemeldet worden ist. Das sind Zahnärzte, die lieber heute als morgen ihre GKV-Patienten im Stich lassen würden, und nur deshalb pro forma ihre Kassenzulassung behalten - wie Herr Kollege Jäkel, oberster Privat-Zahnarzt, es ausdrückt, um „Selektion über den

Terminkalender“ zu betreiben, und „um Zugang zu möglichst vielen potentiellen Konvertiten zu haben.“

Für die weitaus meisten Kollegen ist diese Perspektive aussichtslos. Gleichgültig, ob sie diesen Weg nicht gehen können oder ihn nicht gehen wollen: Frust und Burn-out-Syndrom Gefühl und Gerede - sind in aller Munde. Die politische Hilflosigkeit und die geheimen Wünsche finden darin ihren Ausdruck, daß man sein Mandat dem verbalen politischen Schlagetot gibt und damit standespolitische Programme fördert, die ein auskömmliches Überleben für alle erst recht unmöglich machen. Diesen Niedergang erleben wir jetzt seit 20 Jahren. Er findet seinen jüngsten Niederschlag - im wahrsten Sinne des Wortes - in der Festschreibung des 1,7-fachen GOZ-Satzes für die sogenannten „Wahlleistungen“.

Die auf Interessenausgleich angelegte GKV ist im Konflikt erstarrt, die GOZ verströmt Modergeruch und wird ihren endgültigen Todesstoß nun durch die Bindung in die vom Freien Verband ersehnten Festzuschüsse und Wahlleistungen in der Prothetik bekommen. Seehofers Ex-Ministerial-Direktor Schulte hat uns im Mai bei unserer Frühjahrstagung in Frankfurt prophezeit, was jetzt mit dem Regierungsentwurf eingetreten ist. „Um Ruhe an der übrigen Front, also für die Reform im Krankenhaus, zu erreichen“, sagte er, würde man den Zahnärzten „entgegenkommen“. Er nannte schon damals Festzuschüsse, Kostenerstattung und Wegfall der Degression, bescheinigte aber der Standesvertretung der Zahnärzte „das Fehlen jeden Ansatz-

zes von politischem Denken“, wenn sie glaube, die Politik gäbe die Preise für Zahnersatz frei- und nach diesem Gesetz wird die GOZ nicht mehr die GOZ von heute sein.“

Von wirksamer Prophylaxe und Qualitätssicherung ist keine Rede mehr, von den Verbänden und Standesorganisationen ist keine Hilfestellung mehr für die Praxis zu erwarten, ominöse „Wirtschaftsinstitute“ verteilen Einladungen zu Veranstaltungen zum Praxismarketing oder wie man die vier verschiedenen Kategorien von Kunststoffüllungen im Seitenzahnbereich maximal abrechnet. Schaden nimmt daran vor allem die anständig abrechnende Normal-Praxis. Wer sich auf die Einkünfte aus der GKV beschränkt, hat schwere Einbrüche zu verzeichnen, wer sich auf den 2,3 fachen GOZ-Satz beschränkt, hat seit Einführung der GOZ 1988 30% Verlust

Der psychologische Faktor dabei ist nicht zu unterschätzen: Der Frust gegenüber dem System senkt die Schwelle zum Mißbrauch, die Fundamente eines ehrlichen Berufsstandes bröckeln, der Fisch fängt vom Kopf an zu stinken. Beispiel: Niedersachsen, wo Zahnärzte von der eigenen Körperschaft stranguliert werden, indem Gelder zurückgehalten werden, die die Kassen längst bezahlt haben. Existenzängste machen sich breit - EXISTENZÄNGSTE! - und das bei den nach wie vor höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für Zahnmedizin in der ganzen Welt!! Das muß man sich einmal vor Augen führen!

An dieser Stelle, liebe Kolleginnen und Kollegen und Mitstreiterinnen und Mit-

streiter, möchte ich die Schilderung des Horrorszenarios beenden, bevor Sie seelischen Schaden nehmen. In dieser Situation müssen wir uns einfach eingestehen: Unsere Art Politik zu machen und unsere Vorstellungen einzubringen, ist gescheitert. Je ausgewogener und substantieller unsere Statements zu allen möglichen Themen wurden, desto weniger wurden sie beachtet.

In solchen Zeiten und nach einer solchen Erkenntnis ist es sinnvoll, einmal wieder auf die Essentials zurückzugreifen und einmal an einer ganz anderen Schiene entlangzudenken- womit wir allerdings auch wieder alte DAZ-Tradition verfolgen. A propos Tradition: Von Thieleke stammt der Satz:“ Tradition ist nicht, die Asche zu bewahren, sondern die Flamme zu hüten.“

Aber was ist Asche, und was ist die Flamme?

In Zeiten der vollen GKV-Kassen haben wir geglaubt, man brauche nur an Vernunft und Verantwortungsgefühl zu appellieren, kollegialen Anstand mit aufgeklärtem Handeln zu vermengen und der Rest werde sich schon unter den Partnern im Kräftegleichgewicht austarieren -Asche! In den heutigen Zeiten, wo Männerfreundschaften über die Köpfe von Millionen Beitragszahlern und zigtausenden Zahnärzten hinweg Interessen von Minderheiten durchsetzen, muß die Mehrheit andere Wege finden, um ihre Interessen zu wahren -Flamme! Was Pischel und Schirbort und Schulz-Bongert wollen- wenn auch von ganz unterschiedlichen Ausgangspositionen- wissen wir ja nun aus der gleichgeschal-

teten zahnärztlichen Medienlandschaft. Was aber wollen die Kollegen in ihren Praxen, die aus freiem Willen, ja geradezu aus Überzeugung ihre Patienten indikationsgerecht versorgen wollen, die aber nicht jede Milchzahnkaries mit Stereomikroskop und Bioresonanztherapie behandeln, die in ihrem Praxisalltag gelegentlich ein Implantat setzen oder einen Zahn mit einem schönen Keramikinlay versorgen, aber nicht ihre Patienten damit abzocken müssen, um mit der Mischkalkulation ihre GKV-Praxis am Leben zu erhalten? Wer artikuliert deren Bedürfnisse, wer vertritt deren Interessen? -Flamme!

Ungläubiges Staunen, ja offenes Mißtrauen schlägt einem entgegen, wenn man sich als Vorstand einer Organisation von Zahnärzten mit Kassenfunktionären oder Ministerialbürokraten auf Bundes- oder Landesebene zusammensetzt und an die gemeinsame Pflicht zur Aufrechterhaltung des Gemeinwohls erinnert. Das ist das letzte, was sie von einem erwarten - das gehört überhaupt nicht mehr zum Repertoire -Asche!

Ein derart zerrüttetes Verhältnis führt im privaten Bereich zur Scheidung, im gesellschaftlichen Bereich zum Streik, zwischen Völkern zum Krieg, in dem die Machtfrage durch den nackten Konflikt geklärt wird, bis der andere unterlegen ist. In Niedersachsen hatten wir mit Behandlungsverweigerung und Staatskommissaren davon einen Vorgeschmack, ein Konflikt, der durch reines Krisen-Konflikt-Management nochmal geklärt worden ist. Gewinner hat es dabei keine gegeben, nur Verlierer - Asche!

Wer aber will das? Wollen das die Patienten? Wollen das die Zahnärzte wirklich? Wer profitiert von der Balkanisierung unseres Gesundheitswesens? Wir im DAZ wissen es, die meisten Zahnärzte ahnen es, lassen sich aber wie die Lämmer zur Schlachtbank führen - Asche!

Aus dem vorhin Gesagten wird deutlich, daß Männerfreundschaften dieses Problem nicht lösen können. weil sie es nicht wollen- weil sie andere Interessen vertreten. Also müssen wir unsere Interessen selbst vertreten -Flamme! Der Schnitt geht aber quer durch die Zahnärzteschaft selbst. Diese Einsicht ist schmerzlich, weil sie die Fiktion: „Nur geschlossen sind wir stark“ aufgibt. Fiktion deshalb, weil wir schon lange nicht mehr geschlossen sind und weil wir erst recht schon lange nicht mehr stark sind, wie wir alle an der absturztartigen Entwicklung unserer Praxen erkennen können, obwohl unsere Leistungen auf breiter Front Spitzenklasse sind. In Deutschland sind 2,4% der 45- 54 Jährigen zahnlos, in Holland sind es 35%, bei den über 65 Jährigen sind es in Deutschland 27%, in Dänemark 60%, in Holland 70% und England 79%. Die Karieserkrankungsrate der Jugendlichen ist rapide zurückgegangen. Unsere Praxen schaffen überproportional neue Arbeitsplätze, und die Qualität unserer Dienstleistung ist unbestritten auf hohem Niveau, wie alle Meinungsumfragen zeigen.

Warum also lassen wir, die das alles leisten, uns von der Politik und viel schlimmer - von unserer eigenen Standesführung- wie unmündige Kinder behandeln? Was also wollen wir erreichen? Und wie

wollen wir es erreichen? Diese Frage müssen wir uns stellen, wenn wir Veränderungen wollen. Zunächst einmal dürfen wir getrost davon ausgehen, daß in dieser Gesellschaft noch genug Geld für eine anständige Zahnmedizin vorhanden ist. Und dieser Begriff „anständige Zahnmedizin“ ist mit Bedacht gewählt. Er schließt das karies- und gingivitisfreie jugendliche Gebiß ebenso ein wie die Gutowski-Totalprothese. Daß beides nicht für alle möglich ist, liegt in der Natur der Sache. Zwei Dinge schließt es aber definitiv aus: Abzockerei durch Überbehandlung mit exzessiver Abrechnung und Pfusch. Das bisherige System hat aber beides mitzutragen, ja es gibt geradezu Anreize dazu. Dadurch bleibt die anständige Zahnheilkunde wirtschaftlich auf der Strecke. Dieses genau gilt es zu ändern. Und das geht nicht mit Sonntagsreden, Männerfreundschaften und Rezepten aus der Mittwochzeitung, sondern mit konsequenten Zielfindungsprozessen und knallharter Interessenpolitik. Was braucht die anständige Zahnmedizin? Und nun lassen Sie mich ins Detail gehen:

Sie braucht 1. ein ausreichendes Finanzvolumen- und das ist verhandelbar und 2. ein umfassendes Leistungsspektrum- etwa auf der Basis des Status quo. Dieses sind die beiden wichtigsten Punkte. Es gibt noch mehr- und ich bin Michael Fritz sehr dankbar, daß er sich um die erforderlichen Kriterien schon seit langer Zeit nicht nur Gedanken macht, sondern sie auch zu Papier bringt und uns immer wieder anregt, an ihnen zu arbeiten, um einen Prioritäten-Katalog aufzustellen, mit dem wir uns identifizieren können. Was braucht es noch? Und ich nenne nur die Essentials

aus eineinhalb Jahrzehnten DAZ Programmen:

- Wir brauchen Qualitätsanreize- Anreize wohlgermerkt, keine Strafen!
- Wir brauchen Transparenz- wer will schließlich die Katze im Sack kaufen?
- Wir brauchen Anpassung an den medizinischen Fortschritt- was sollen wir mit dem alten PAR-Vertrag? Was sollen wir in der Erwachsenenprophylaxe mit der Pos. 107 Zst? Wie sollen wir Kunststofffüllungen abrechnen?
- Wir brauchen eine Verwaltungs- und Abrechnungsvereinfachung- oder wer kennt sich noch mit dem BEMA-Prüf-Modul aus?
- Wir brauchen Vorrang von Frühbehandlung und Zahnerhaltung, erst dann können wir auch über die Ausgrenzung von ZE reden.
- Wir brauchen eine kaufmännische und fachliche Praxisbetreuung- oder helfen Ihnen die KZV-Rundschreiben?
- Wir brauchen Anreize zur bedarfsge-rechten Inanspruchnahme- oder versprechen Sie sich etwas von Bonussystemen?
- Wir brauchen eine zielgerichtete Ausbildung des Berufsnachwuchses - oder halten Sie die „Ausbildung“ von jungen Zahnärzten ausschließlich in den Praxen, die personelle Entlastung brauchen, für optimal?
- Wir brauchen ein Ende der Mischkalkulation von Kons und ZE, von PKV

und GKV, also eine sich weiterentwickelnde Gebührenordnung nach fachlichen Parametern unabhängig von sozialen Kriterien.

- Wir brauchen Anreize zu fachlicher Fortbildung, die bedarfsgerecht ist als Alternative zu kammergesponsorten Seminaren als Hilfen zum Ausstieg einer selbsternannten Elite.

Diese Reihe läßt sich fortsetzen. Ich bin der festen Überzeugung- das ist mein Fazit nach 11 Jahren DAZ-Vorstandsarbeit -daß wir keine andere Wahl haben, als unsere Interessen zu bündeln und diesen Katalog zur Basis von Praxis-Interessen Gemeinschaften zu machen, ihn in Vertragsform zu kleiden und damit an Versichertengemeinschaften heranzutreten. Es muß mit ihnen eine neue Basis zur zahnmedizinischen Versorgung der Menschen in unserem Land gefunden werden. Nur ein solches offenes und marktgerechtes System ist in der Lage, unseren jahrelangen Niedergang zu bremsen, unsere standespolitischen Kamikazeflieger vom Himmel zu holen, bevor sie ihr Ziel erreicht haben. Wir wollen anständiger Zahnheilkunde wieder das Selbstwertgefühl verschaffen, das sie von ihrer Bedeutung und ihren Stellenwert für diese Gesellschaft verdient hat.

Damit keine Mißverständnisse aufkommen- es geht hier nicht um HMO-Modelle oder gar um Einkaufsmodelle. Es handelt sich bei unseren Vorschlägen um alternative Vertragsstrukturen, um den im Konflikt erstarrten Parteien der alten GKV ein Modell entgegensetzen, das viele Probleme löst.

Das besondere an diesem Modell ist, daß es denjenigen, die sich freiwillig daran beteiligen, freiheitliche Perspektiven eröffnet und sie aus der Geiselnahme befreit, in die sie zumindest in einigen KZV-Bereichen geraten sind. Laßt uns dafür sorgen, daß die Kartoffeln, die wir aus dem Feuer holen, unsere eigenen bleiben. Ich lade Sie alle und jeden anständigen Zahnarzt ein zum Mitmachen.

Wir haben nicht mehr viel Zeit- und eigentlich können wir uns nur selbst daran hindern- durch Trägheit, Phantasielosigkeit und fehlenden Mut. Dies aber sind im DAZ Fremdworte.

Die Flamme hüten heißt für mich ab jetzt wieder, die Interessen derer zu vertreten, die es brauchen und die den Wunsch danach geäußert haben. Ich will wieder für Kollegen streiten und nicht gegen eine Führung von Zahnärzten, die meine Interessen schon lange nicht mehr vertritt. Ich brauche diese Führung nicht mehr. Ich kündige den Betonköpfen die Solidarität auf- viel zu spät- ich weiß. Ich erarbeite von jetzt an Überlebensprogramme für diejenigen unter meinen Kollegen, die es satt haben, in einem Atemzug mit denen genannt zu werden, deren erklärtes Ziel es ist, gerade sie über die Klinge springen zu lassen, um den Markt zu bereinigen.

Ich lade jeden Zahnarzt innerhalb und außerhalb des DAZ ein, daran mitzuarbeiten. Meine Adresse ist bekannt!

*Dr. Roland Ernst,
Edeweicht*

Warum ich im DAZ bin

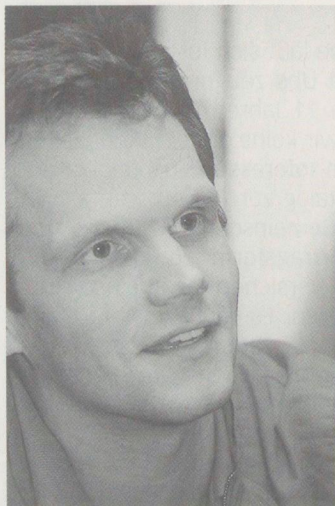
Ich suche einen Berufsverband, der

Nach 5 Jahren Tätigkeit im „Assi-Behandlungszimmer“ eines „großen Zahnarztes“- zumindest die Praxisumsätze waren exorbitant- bedeutete meine Niederlassung vor 3 Jahren dann in eigener Praxis das kontinuierliche Aufwachen aus meiner Naivität. Ich nehme Abschied von der Hoffnung auf ausschließlich ethisch edle Motive in unserem Berufsstand.

Von den 5 Jahren meiner Assistentenzeit möchte ich keinen Tag missen; ich habe viel gelernt: Ich werde manche Dinge weiterführen und mindestens Ebensovieles auf keinen Fall übernehmen. Deshalb leiste ich mir heute die Gelassenheit einer Ein-Zimmer-Praxis mit einem obligatorischen 30-Minuten Behandlungsrhythmus, gleichgültig ob nun „01 neu“ oder „WF“ auf dem Tagesplan steht.

Als Student war ich natürlich Mitglied im „Freien Verband“ geworden und wurde- welch gute PR-EDV dort!- zur Niederlassung beglückwünscht. Später sah ich mich dann von diesem Verband ermutigt- paradoxerweise, wie ich meine, dem gesetzlichen Krankenversicherungswesen einen „Korb“ zu geben. Merkwürdig kam mir auch ein sonderbares Opus vor, welches ich heute als charakteristisch für den Freien Verband halte: das Praxishandbuch des FVdZ. Ich habe dieses Werk studiert. Es ist geeignet, mein betriebswirtschaftliches Denken in profitablen Aktionismus

zu lenken. Nur mit den Menschen, die ich behandle, hatte all dies nichts zu tun. In anderen Veröffentlichungen suchte ich auch vergeblich nach dem Men-



Dr. Andreas Vahlenkamp, Mainz

schen, um den es m. E. in einer Zahnarztpraxis gehen muß: Es fehlte der Patient! Er taucht lediglich als zum Kunden degradierte Begleitleistung auf. Folglich erklärte ich meinen Austritt. Ich begründete diesen Schritt damit, daß m.E. „die Politik des FVdZ den Begriff 'Zahnheilkunde' durch den Begriff 'Abrechenbarkeit' ersetzt habe“.

Ich schaute mich nach anderen zahnärztlichen Berufsverbänden um. Kontakt um „UZ“ in Westfalen-Lippe über meinen Studienfreund erschien vielver-

sprechend. Ich suchte eine Organisation, in der man frei denken konnte und über den betriebswirtschaftlichen Tellerrand hinausblicken wollte. Ein Patient machte mich auf eine SPIEGEL-Ausgabe aufmerksam; ein gewisser Eberhard Riedel habe dort einen aufsehenerregenden Beitrag geschrieben. Dieser Spur bin ich nachgegangen. Über Kollegen Riedel er schickte mir einige Exemplare des DAZ-forums- bin ich zum DAZ gestoßen.

Ach, wie häufig stand ich leider schon bestürzt vor „Behandlungen“, die in der Vorgeschichte alio loco eher das Prädikat unterlassener Hilfeleistung trugen, als daß sie von zahnärztlichen Behandlungsbemühungen zeugten - zum Schaden des Patienten und zu Lasten der Solidargemeinschaft.

- Wer teilt in der Kollegenschaft solche Bestürzung?
- Wer hat den Anspruch an sich selbst und an den Berufsstand, daß Zahnheilkunde nicht zur Maulschlosserei verkommt?
- Wer bezieht in die zahnärztliche Tätigkeit untrennbar den hilfesuchenden Patienten, den Menschen mit ein?
- Wer hat den Mut und das Rückgrat, zu diesem Krankenversicherungssystem zu stehen, welches weltweit seinesgleichen sucht? Ich übersehe nicht, daß heute eine grundlegende Neuorientierung der sozialen Absicherung in Deutschland dringend geboten ist. Bismarck hatte es sich bestimmt nicht träumen lassen, daß sich nach über 100

Jahren des Bestehens der Reichsversicherungsordnung eine solch umfassende medizinische Versorgung für die Bevölkerung würde entwickelt haben. Unter Historikern gilt vielmehr als unstrittig, daß Bismarcks Leitmotiv primär darin bestand, aus der zweiten industriellen Revolution den sozialen Sprengstoff zu nehmen. Was ist vom zahnärztlichen Berufsstand heute zur Sanierung und Weiterentwicklung des nach wie vor reformbedürftigen gesetzlichen Krankenversicherungswesens an Sachverstand und konzeptionellem Denken erforderlich?

- Wer wagt also den Schritt von der Kranken- oder Spätbehandlung zum Primat der Vorsorge, zur Verhütung von Krankheit? Welcher Zeitraum scheint realistisch, in dem ein Krankheitsbehandlungswesen, wie es heute besteht, zu einem Gesundheitserhaltungssystem umgeformt werden kann? Vielleicht 3-5 Legislaturperioden oder etwa eine Generation?
- Wer benennt die Grenzen dessen, was sozialverträglich die Solidargemeinschaft kurz- und mittelfristig zu leisten in der Lage sein muß, und wer zeigt auch die Grenzen des Möglichen auf? Wer versteht es als gesellschaftliche Aufgabe unseres Berufsstandes, diese Fragen verantwortungsvoll zu beantworten? *oder in anderen Worten:*
- Wer zäumt das Pferd von vorne auf? Zunächst ist zu klären, welche Behandlungen jedem Bürger im Rahmen der gesetzlichen Krankheitsabsicherung obligatorisch zugänglich sein müssen und welche Möglichkeiten der Gesunderhal-

tungsmaßnahmen ihm noch zu eröffnen sind. Sodann: Wie sind diese Leistungen von der Solidargemeinschaft zu finanzieren und in unserem Fall für die einzelne Zahnärztin, den einzelnen Zahnarzt zufriedenstellend zu vergüten? Wie ist zu bewerten?

An dieser Stelle tritt meines Erachtens eines der katastrophalsten Versagen der verfaßten Zahnärzteschaft zutage: Wann endlich wird es Qualitätsdefinitionen und suffiziente Qualitätskontrollen im Berufsstand geben? Welche Konsequenzen und Aufgaben entwickeln sich daraus für unsere Körperschaften?

Ich bin der Meinung, daß ohne die Definition von „Qualität in der Behandlung“ das Problem einer gerechtfertigten Vergütung nicht gelöst werden kann.

Die Systemfehler scheinen unüberwindbar, so offenkundig sie auch sind. Der geneigte Leser mag erkennen, daß ich trotzdem ein Anhänger dieses solidarisch strukturierten Krankenversicherungswesens bin. Schließlich erlebe ich es als Privileg, daß meine KZV Rheinhesen mir gerade durch die vertragliche Sicherheit große wirtschaftliche Stabilität verschafft. So genügt es meiner Bank als Kreditsicherheit, mich in vertragszahnärztlicher Tätigkeit zu wissen.

Als Bürger dieses Staates bin ich gerne Vertragszahnarzt für die Patienten, die meine Hilfe suchen. Um so unerträglicher wirkt auf mich konzeptionsloses Funktionärsgebaren, welches den Patienten aus den Augen und aus dem Sinn verloren zu haben scheint.

„Der größte aller Fehler besteht darin, nichts zu tun, weil man nur wenig tun kann. Tu, was Du kannst!“ Sydney Smith

Ich bin Mitglied im DAZ, weil ich Anfragen und Erwartungen an meinen Berufsstand habe. Und ich bin Mitglied, weil ich im DAZ ein forum freien, konstruktiven Denkens sehe.

*Dr. Andreas Vahlenkamp,
Mainz*

Hochschuldiplome europaweit anerkannt

Nach Mitteilung der Europäischen Kommission haben in der Zeit von 1991 bis 1994 rund 2.000 Ärzte von der europäischen Regelung zur gegenseitigen Anerkennung der Hochschulabschlüsse Gebrauch gemacht. Dank dieser EU-Richtlinie konnten im gleichen Zeitraum insgesamt etwa 11.000 Personen ihren Beruf in einem Land ausüben, in dem sie nicht ihr Diplom gemacht hatten. Darunter befanden sich 2.588 Krankenschwestern und Krankenpfleger, 1.450 Physiotherapeuten, 253 Zahnärzte, 205 Apotheker, 1.050 Ingenieure und 620 Rechtsanwälte. Allein in Großbritannien wurden 6000 Anträge angenommen. Nur fünf Prozent der Anträge auf Anerkennung der Diplome in der gesamten EU wurden abgelehnt, weitere fünf Prozent der Antragsteller mußten sich einer Eingangsprüfung unterziehen oder einen Anpassungslehrgang absolvieren.

BÄK-INTERN Juli 1996

"HEY DOC, GIB
MIR ZYMAFLUOR"

Erstattungsfähig
bis zum
19. Lebensjahr

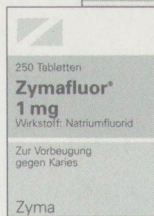
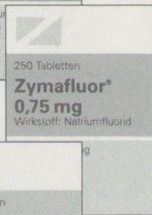
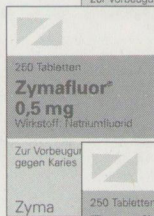
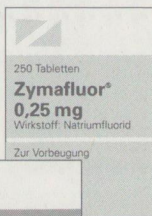
Zymafluor®

gegen Karies

Der Profi für die Prophylaxe.

Zymafluor® 0,25 mg; 0,5 mg; 0,75 mg; 1 mg (Wirkstoff: Natriumfluorid). **Zusammensetzung:** Zymafluor 0,25 mg: 1 Tbl. enthält 0,563 mg NaF (entspr. 0,25 mg Fluorid). *Hilfsstoffe:* Crospovidone; Lactose 1 H₂O; Magnesiumstearat. Zymafluor 0,5 mg: 1 Lutschtbl. enthält 1,105 mg NaF (entspr. 0,5 mg Fluorid). *Hilfsstoffe:* Magnesiumstearat, Aromastoff, Farbstoffe E 171 und E 172. Zymafluor 0,75 mg: 1 Lutschtbl. enthält 1,658 mg NaF (entspr. 0,75 mg Fluorid). *Hilfsstoffe:* wie Zymafluor 0,5 mg. Zymafluor 1 mg: 1 Lutschtbl. enthält 2,211 mg NaF (entspr. 1 mg Fluorid). *Hilfsstoffe:* Magnesiumstearat, Aromastoff, Farbstoff E 172. **Indikationen:** Zur Kariesprophylaxe. **Kontra-indikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber NaF oder einem der Inhaltsstoffe. Zusätzliche systemische Fluorid-Anwendung, z.B. mit Trink-/ Mineral-/Tafelwasser. Früh- und Mangelgeborene, solange sie nicht gedeihen. **Nebenwirkungen:** Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch nicht bekannt. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die gleichzeitige Zufuhr von Calcium, Magnesium, z. B. mit Milch und Milchprodukten, vermindert die Retention von Fluorid im Organismus nicht wesentlich. **Dosierung siehe Gebrauchs- oder Fachinfo.**
Handelsformen und Preise: Zymafluor 0,25 mg: 250 Tbl./N3 DM 9,80. Zymafluor 0,5 mg: 250 Lutschtbl./N3 DM 11,55. Zymafluor 0,75 mg: 250 Lutschtbl./N3 DM 13,40. Zymafluor 1 mg: 250 Lutschtbl./N3 DM 14,95. Stand: 5/95

■ Zyma GmbH 81366 München



Corona Dental

Fachlabor für Funkenerosion und Kopierfräs-Technik

Wir stellen hochwertigen Zahnersatz
zu moderaten Preisen her

z.B.

Celay Keramik-Inlay **DM 290.-**
inkl. Modelle

Jedes weitere Inlay im selben Kiefer **DM 199.-**

Corona Dental GmbH
Berg-am-Laim-Str. 64

81673 München Tel. 089 4313008 /09 Fax 089 4312779

Junges forum Junges forum Junges forum

Warum eigentlich nicht mal Südsee?

Wer hat nicht schon mal davon geträumt, für gewisse Zeit im Ausland zu arbeiten, fernab der Enge und des Miefs in Deutschland. Gründe dafür, diesen Traum nicht in die Tat umzusetzen, gibt es genug: Man hat keine Zeit, kein Geld oder beides. Einer der häufigsten Gründe dürfte jedoch sein, daß man schlecht oder gar nicht über mögliche Austauschprogramme und finanzielle Zuschüsse informiert ist.

Relativ bequem haben es Studenten: Der Zahnmedizinische Austausch-Dienst (ZAD) beschäftigt ehrenamtlich in jeder deutschen Universitäts-Zahnklinik einen sogenannten LEO (Lokal Exchange Officer). Der LEO hält Famulaturberichte parat und hilft, ein geeignetes Famulatur-Ziel zu finden, sowie die Reisekostenzuschüsse beim ZAD zu beantragen (und zu bekommen).

Unübersichtlicher wird es, wenn das Studium hinter einem liegt. Es gibt eine Reihe ganz unterschiedlicher Organisationen, die z.B. Promotionsstipendien als Teil- und Vollstipendien vergeben. Die Bedingungen, die an die Vergabe eines Stipendiums oder eines Reise-

kostenzuschusses geknüpft sind, variieren stark. Wer Interesse an einem Promotionsstipendium im Ausland hat, sollte sich an den ZAD oder den Deutschen Akademischen Austausch-Dienst (DAAD) wenden, da viele Organisationen die Vergabe über diese Institutionen abwickeln. Da es in allen deutschen Universitäten sogenannte Forschungsbeauftragte und Forschungskommissionen geben dürfte, besteht eine weitere Möglichkeit darin, dort nachzufragen. Viele der möglichen Zuschüsse und Stipendien werden nicht vergeben, da sich niemand bewirbt.

Vielleicht bekommen Sie ja beim Lesen des nachfolgenden Famulaturberichtes ebenfalls Fernweh. Aus eigener Erfahrung kann ich nur jedem raten, seinen Horizont durch einen Arbeitsaufenthalt im Ausland zu erweitern.

Adressen und Telefonnummern zum Thema Auslandsfamulatur und Auslands-Promotionsstipendium können erfragt werden bei:

Rainer Seemann, Zentrum für Zahnmedizin
Föhler Str.15, 13353 Berlin
Fax: 030-4592 284
E-Mail: Rainer.Seemann@RZ.HU
Berlin.de

Malo-e-leilei* aus Tonga

**Tonganisch: Guten Tag, wie geht es Dir?*

Ein Famulaturbericht von Bemalin Kaya und Heike Demuth

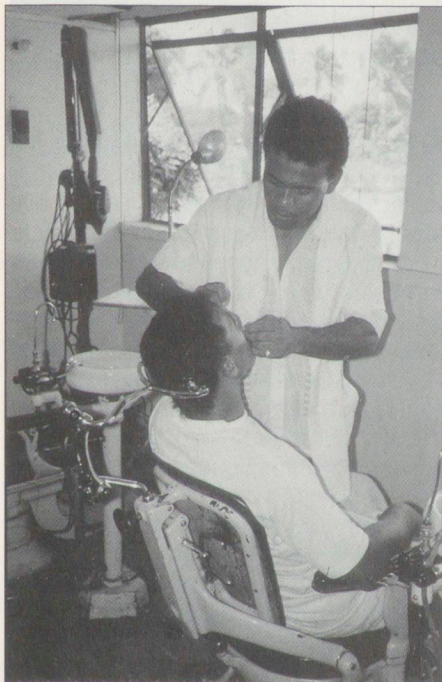
Im Sommer '95 famulierten wir für sieben Wochen im Vaiola Hospital in Nuku'alofa, Tonga - falsch, nicht in Afrika, sondern in dem Königreich in der Südsee. Unsere Gruppe bestand aus sieben Studenten der Berliner Zahnkliniken Nord und Süd. Zum damaligen Zeitpunkt befanden wir uns am Ende des zweiten und dritten klinischen Semesters. Aus dem sommerlich heißen Deutschland flogen wir mit Kurzaufenthalt im noch heißeren Honolulu in Richtung Tonga. Bei einer kurzen Zwischenlandung in Western Samoa steigerten tropische Hitze und 90-prozentige Luftfeuchtigkeit unsere Erwartungen auf Sommer, Sonne und Südsee ins Unermeßliche. Ankunft Tongatapu (Hauptinsel Tongas) am 26.7.1995 um 11 Uhr morgens: 7°C und Regen!! Unsere ersten Gedanken waren zu diesem Zeitpunkt - hier bleiben wir nicht. Die ersten Schwierigkeiten ergaben sich bereits nach wenigen Minuten beim Einsteigen in das Taxi - huch, in Tonga ist ja Linksverkehr. Auf der ca. 1/2stündigen Fahrt in die Hauptstadt Nuku'alofa waren unsere Eindrücke katastrophale Zustände der Autos und Straßen, armselige Wellblechhütten mit umherlaufenden Hunden, Schweinen, Hühnern und Ziegen und nicht zu vergessen, der Regen. Wir hatten bei unserer einjährigen Vorbe-

reitung erfolgreich verdrängt, daß zu diesem Zeitpunkt auf der südlichen Halbkugel Winter war.

Unsere erste Aufgabe war es jetzt, eine Unterkunft zu suchen, die wir nach einigen Umwegen bei Winnie fanden. Winnie, unsere 78 jährige tonganische Großmutter, ist uns in all den Wochen sehr ans Herz gewachsen. Sie selbst hat 40 Jahre in Neuseeland gelebt und 13 Kinder aufgezogen, so daß sie uns sieben vom ersten Tag an adoptierte. In ihrem Haus fühlten wir uns wie in einer großen Familie. Wir drei Frauen hatten zwei Zimmer, unsere beiden „Kleinen“ ein Zimmer nebenan, einer bezog ein Himmelbett auf der Veranda und unser 1,95m großes Riesenbaby lag im Wohnzimmer auf einer Matratze, da kein Bett groß genug war.

Getreu dem tonganischen Motto „If you got to do something, do it tomorrow“, stellten wir uns erst am nächsten Tag in der Klinik vor. Mittlerweile hatte sich sogar die Sonne eingestellt, die uns aber noch des öfteren verlassen sollte. Der Empfang war zunächst etwas reserviert. Stolz zeigt man uns die Klinik und freute sich über die mitgebrachten Sachspenden, die wir kostenlos mit Air New Zealand nach Tonga gebracht hatten. Die

dental-section besteht aus einem Empfangs- und Wartebereich, einem „extraction-room“, zwei „filling-rooms“, sowie dem zahntechnischen Labor. Alle größeren chirurgischen Eingriffe werden im OP des Viola Hospital gemacht, das sich im selben Gebäude befindet. Die Behandlungsstühle des extraction-room würden jedem deutschen Museum Ehre machen. Sie sind größtenteils aus den 20er und 30er Jahren, haben keine funktionierende Beleuchtung und verstellbar sind sie schon gar nicht.



Im „extraction-room“ wird während der Voruntersuchung entschieden, ob ein Zahn gefüllt oder extrahiert wird

Die Arbeitszeiten der Klinik sind von Montag bis Freitag von 8-13 und 14-17 Uhr, wobei aufgrund des fehlenden Krankenversicherungssystems die Behandlung für alle Patienten kostenlos ist. Die Behandlung eines Patienten in der dental-section sieht meist wie folgt aus: Nach der Aufnahme findet die Erstuntersuchung im extraction-room statt. Hier erfolgt die Entscheidung, ob der schmerzende Zahn erhalten werden soll oder direkt vor Ort gezogen wird. Bei Erhalt des Zahnes wird der Patient in den filling-room überwiesen. Allerdings wurden während unseres Aufenthaltes sehr wenig Füllungen gelegt, da es an Amalgam und einer vollständig intakten Einheit fehlte. Ein weiterer Grund für die große Zahl an Extraktionen ist der tonganische Glaube, daß in einem schmerzenden Zahn ein böser Geist wohne, der mit dem Zahn entfernt werden muß. So kam es, daß unsere Hauptaufgabe in der Mitarbeit im extraction room bestand.

Unter der Leitung von Dr. Moi Tapealava wurden wir von drei Zahnärzten, sowie von drei dental-therapists betreut. Nach und nach erfuhren wir dann, warum man uns zuerst so reserviert begegnet war. Die letzten Famulanten aus Deutschland hatten ihre, dank der Klinik zollfrei eingeführten Sachspenden, zur Finanzierung der Reise an Tonganer verkauft, die sie dann wiederum der Klinik zum Kauf anboten.

In den folgenden sieben Wochen zogen wir jeder ca. 100 Zähne und halfen bei einem Programm der tonganischen Regierung. Ziel dieses Programms ist es,

in Zusammenarbeit mit einer amerikanischen Dentalfirma eine Langzeitbeobachtung von Schulkindern mit und ohne Fissurenversiegelungen durchzuführen. Aus diesem Grund besuchten wir mehrere Schulen mit einer mobile dental-clinic und drei von uns nutzten diese Möglichkeit, um im Rahmen ihrer Doktorarbeiten eigene Untersuchungen durchzuführen. Dabei fiel uns auf, daß ein hoher Prozentsatz der Schul Kinder weitestgehend kariesfreie, strahlend weiße Zähne hat.



Die Dental Mobile Clinic wird zur Durchführung von Reihenuntersuchungen an Schulen benutzt.



Tonganerin mit Schmuckinlays in den Frontzähnen, die ihren Namen verraten.

Leider werden einem tonganischen Brauch zu folge die Oberkieferfrontzähne häufig mit schlecht passenden Schmuckinlays versorgt, die in kurzer Zeit zu Karies führen.

Zeitweise nahmen einige von uns die Möglichkeit wahr, auf den anderen Inselgruppen Hapai und Vavau zu arbeiten. Trotz der sehr einfachen Hygiene-Verhältnisse bekamen wir während unseres Aufenthaltes erstaunlich wenige Infektionen und Wundheilungsstörungen zu sehen. Auch haben wir gelernt, mit wenig der uns bis dahin notwendig erscheinenden Materialien und Geräte gut arbeiten zu können.

Die prothetische Versorgung der Einwohner begrenzt sich auf den Bereich der Totalprothetik, wobei aufgrund der schlechten Ausstattung des Labors alle Arbeiten nach Neuseeland geschickt werden. Einzige Ausnahme sind Prothesenreparaturen. Für die kieferorthopädische Versorgung ist Dr. Viliami Latu (Stellvertretender Leiter der dental-section) zuständig. Während unseres Aufenthaltes kam allerdings nur eine Mutter mit der Bitte um kieferorthopädische Behandlung ihres Sohnes in die Klinik.

Neben unserer Arbeit im Vaiola Hospital haben wir viel über das Land und die Lebensart der Tonganer gelernt. Nicht umsonst wird Tonga seit Kapitän Cook es 1774 ansegelte, „friendly islands“ genannt. Die Fröhlichkeit und unglaubliche Freundlichkeit der Tonganer ist überall zu spüren. Besonders morgens, wenn man mit den Schulkindern im Bus

sitzt, vergeht keine Minute ohne Lachen und Singen, und überall wird man als Palangi (Fremder) neugierig und offen beobachtet. Ständig sprachen diese liebevollen Menschen uns an, luden uns ein und stellt uns viele Fragen. Der

milie eingeladen. Als wir nach sieben Wochen den Weg zum Flughafen antraten, konnten wir unsere ersten Eindrücke nicht mehr nachvollziehen. Alles erschien uns so farbenfroh und üppig grün, die Menschen so fröhlich und es



Die Mitarbeiter der
Dental Section im
Vaiola Hospital

Sonntag ist absoluter Ruhetag in Tonga, d. h. kein Geschäft oder das Kino sind geöffnet, es fahren weder Busse noch Taxen, kein Restaurant hat offen. Man wird das Gefühl nicht los, auch die Tiere halten sich an diesen heiligen Tag. Die einzigen Tätigkeiten der Tonganer an den Sonntagen sind Schlafen, Essen und zur Messe gehen. Die vorwiegend christlichen Kirchen und Sekten angehörenden Tonganer sind sehr fromm. Ganz besonders war die Atmosphäre, wenn man an den Sonntagen an einem der unzähligen Gottesdienste teilnahm und den außergewöhnlich schönen Gesängen der Gemeinde lauschte. Im Anschluß wurden wir sehr häufig zum Essen, dem sog. *Tongan-feast*, von irgendeiner Fa-

milie fiel uns sehr schwer, dieses Paradies zu verlassen. Sehr viele Freunde haben wir gewonnen, die wir ganz bestimmt wieder besuchen werden.

Bernalin Kaya
Miquelstr. 3B
14199 Berlin
Tel.: 030-8235936

Heike Demuth
Misdroyer Str.44
14199 Berlin
Tel.: 030-8235644

***An alle Studenten und jungen Zahn-
ärzte jetzt noch eine Aufforderung
zum Schreiben eines Beitrags für das
Junge forum: Schreibt was!!***

*Beiträge an: Rainer Seemann, Zentrum für
Zahnmedizin, Föhler Str. 15, 13353 Berlin*

Ein Beitrag zur Senkung der Praxiskosten: Die technisch unabhängigere Zahnarztpraxis

Nach der Behandlung der Themen Abluft und Behandlungsplätze im forum 54 geht es hier in Teil 4 um Behandlungs- und Praxismöbel, Reinigung, Desinfektion, Sterilisation, Arbeitsvorbereitung, Röntgen und sonstige Ausrüstung.

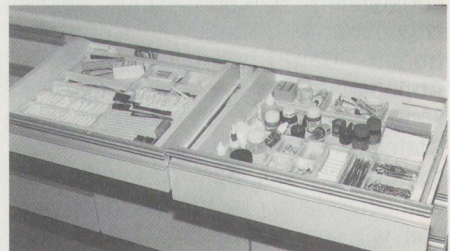
Bei den **Behandlungs- und Praxismöbeln** wird der niederlassungswillige Kollege stets von seinem Dental-Depot ein Komplettangebot namhafter Hersteller erhalten. Bereits vor 20 Jahren habe ich ganz anders entschieden: Eine Schrankzeile für die Behandlungszimmer in 12 - Uhr Position, 2,50 m lang mit zwei Handwaschbecken für Arzt und Helferin sollte „dental“ etwa 10.000,- Mark kosten. Ich wählte stattdessen einen renommierten Küchenmöbelhersteller, dessen Beschläge und Teleskopauszüge besonders solide, leichtgängig und sicher langjährig nachlieferbar sein sollten. Die tatsächliche Qualität solcher Schrankzeilen wird aber nur zum Teil durch die Beschaffenheit der verwendeten Bauteile gesichert: Wichtiger noch ist die handwerkliche Güte der Montagearbeit. Ich fand einen perfektionistischen Tischler, dem „gut“ nie gut genug war. Die Einsparung pro Behandlungszimmer lag bei 7.000,- Mark gegenüber der Dentalversion. Natürlich gibt es dabei keine lichtschrankengesteuerten Magnetventile für das Handwaschwasser; die wandmontierten arme-

dienbaren chirurgischen Wasserhähne mit Thermostat hat mir der hiesige Installateur gern beschafft und paßlich zu den Waschbecken angebracht.

Nach 15 Jahren war die Arbeitsplatte etwas unansehnlich geworden, sie wurde vom Tischler problemlos ausgetauscht; die Maler verfügen inzwischen über so hochwertige und stoßfeste



Küchenmöbel im Behandlungszimmer, 21 Jahre alt, technisch und nach „Face-Lifting“ auch optisch völlig intakt.



„Dentale“ Schubladeneinsätze in Küchenschubladen eingepaßt

Lacksysteme, daß auch die Neulackierung alter glatter Kunststoffoberflächen zu besten Ergebnissen führen kann. Nach einem solchen „Make Up“ sind die - technisch ohnehin unversehrten - Schränke auch optisch wieder wie neu. Bei Labor- und Sterimöbeln, auch Rezeption, in gleicher Weise gestaltet und ausgeführt, ließe sich ebenso nur über positive Erfahrungen berichten, also auch Empfehlungen aussprechen. Beim Empfang habe ich im Vergleich zur „dentalen“ Empfehlung etwa den gleichen Schnitt gemacht: ca. 75% gespart. Anzuraten ist: Entscheiden Sie sich für **ein Schrankprogramm eines gut beleumundeten Küchenmöbel-Herstellers** für alle Belange Ihrer Praxis, und legen Sie sich einen kleinen Vorrat an für die Verschleißteile dieses Systems. Für die ganz speziellen dentalen Anwendungsbereiche einer Praxis greifen Sie zurück auf die oft sehr sinnvollen Schubladeneinsätze der „dentalen“ Hersteller. Sie passen nicht genau in Ihre Küchenschubladen, lassen sich aber, falls zu groß, leicht mit einem Kunststoffsägeblatt auf der Heimwerkercressäge auf das gewünschte Maß reduzieren oder, falls zu klein, durch Einleimen von Leisten in die Schublade dort sinnvoll fixieren.

Seit meiner Niederlassung vor 20 Jahren sind allerdings die Schubladen und Fächer in den Schränken der Behandlungszimmer immer leerer geworden. Durch **Zentralisierung von Teilgebieten** wurden die vormaligen Schubladen für Chirurgie, Parodontologie, Prothetik, Endodontie und Kunststofffüllungen überflüssig. Die Vorteile liegen in der besseren Arbeitsvorbereitung, soforti-

gen Verfügbarkeit aller nur denkbaren Instrumente und Materialien und im besseren Überblick bei der Bevorratung.

Das chirurgische Instrumentarium ist zu umfangreich, um es noch bequem in einem mobilen Schrank unterbringen zu können: Wir bauten zentral, nur wenige Schritte von allen Behandlungszimmern entfernt auf dem Flur einen Schrank, in dem alles steril verpackt und übersichtlich geordnet aufbewahrt wird. Dabei finden sich nur ganz wenig komplett vorbereitete geschlossene sterile Trays, für Aufklappung, WSR; normal arbeiten wir mit offenen Trayhalbschalen und individueller Instrumentierung nach Indikation.

Die Zentralisierung von Teilgebieten soll, wo eben möglich, **mobil angeordnet** sein, also in portablen Beistellkästen oder in rollbaren kleinen Schränken, z. B. „Carellos“. Die komplette **Parodontologie** wird so einschließlich Fertig - Tray und Elektrotom an den jeweiligen Behandlungsplatz herangefahren, ein ebensolches Mobil ist für den Sektor **Kunststofffüllungen** im Einsatz: Selten benutzte Farbqualitäten verfallen nicht



Zentralisierung von Teilgebieten: „Carellos“ für (von links): Kunststofffüllungen, Prothetik und Parodontalchirurgie

mehr einsam im entlegenen Behandlungszimmer, sind aber stets verfügbar. Neben allen Hilfsteilen wie Matrizen, Streifen, Keilen, Ätzelgen, Primern und Bondings ist auf diesem Wagen auch eine (besonders lichtstarke) Polymerisationslampe untergebracht, weswegen diese nicht an jedem Behandlungsgerät vorhanden sein muß. Ein identisches Reservegerät sollte allerdings in der Praxis vorgehalten werden.

Das komplette **Endodontie - Instrumentarium** mit allen Hilfsteilen und Materialien findet in einem Beistellkasten Platz, der auf dem Schrank in 12-Uhr-Position plaziert wird. Wenn überraschenderweise eine Vitalextraktion erforderlich wird, braucht zur Vorbereitung keine Pause eingelegt zu werden; einschließlich aufgezogener Spülspritzen ist alles sofort verfügbar. Bei der Arbeitsvorbereitung müssen nicht alle Behandlungszimmer komplettiert werden (wobei nur zu oft ein bestimmtes Detail doch fehlt und hastig aus dem Nebenraum geholt wird, um dort bei der nächsten Wurzelbehandlung erneut zu fehlen!), sondern dieser Kasten kann bei kürzesten Wegen und bester Übersicht direkt im Sterilraum für einen ganzen Arbeitstag vorbereitet werden.

Entsprechend ist es sinnlos, **Abdrucklöffel** in jedem Zimmer vorzuhalten. Wir lagern sie geordnet zentral bei der stationären Alginat-Mischmaschine. Wer für Kronenabdrücke Hydrokolloid verwendet, wird insoweit auf eine Zentralisierung verzichten, da solche Abformungen auch zeitlich parallel in verschiedenen Zimmern vorkommen können. Wer dies organisatorisch vermei-

den kann, kann sich sehr wohl ein „**Hydromobil**“ zusammenstellen, mit einer kleinen leisen Pumpe für einen Kühlwasserkreislauf. Bei anderen Abdruckarten wie z. B. mit Impregum findet sich selbstverständlich die Mischmaschine mit allem Prothetik-Zubehör im kleinen mobilen Schrank. Planerisch ist zu berücksichtigen, daß für diese Kästen und „Carellos“ zentral und verkehrsgünstig Garagen eingerichtet werden. Auch wegen der hohen Raumkosten empfiehlt es sich, sonst ungenutzte Flurflächen dafür zu verwenden.

Für **Reinigung, Desinfektion, Sterilisation** und Arbeitsvorbereitung ist ein **Zentralraum** längst Standard. Dieser Raum darf nicht stiefmütterlich behandelt werden, er sollte ausreichend groß, gut belüftet und ausgezeichnet beleuchtet sein. Die Ablage gebrauchter Trays ist oft nicht schön anzusehen und sollte vor den Augen unserer Patienten verborgen bleiben. Wir probierten schon einen Türschließer, eine Western-Swing-Door und einen Perlenkettenvorhang aus, bis mit verschränkten Sichtblenden die richtige Lösung gefunden wurde. So werden die Verkehrswege von Personal und Patienten getrennt, und die Helferinnen können auch mit vollen Händen ungehindert und schnell in den Zentralraum gelangen.

Für die Reinigung und Desinfektion unserer Instrumente gibt es zum **Thermodesinfektor** keine Alternative. Die Marktführerschaft der Firma Miele grenzt hierbei schon fast an eine Monopolstellung. Baulich sind diese Geräte fast gleich mit den Geschirrspülern aus dem selben Hause; auf meine Frage

nach dem Grund für die exorbitanten Preisunterschiede wies man mich auf den erhöhten Temperaturbereich bei den Desinfektoren hin. Ich kann dies nicht gelten lassen, denn die Haushaltswaschmaschinen des gleichen Herstellers arbeiten auch mit kochendem Wasser, kosten deswegen aber nicht mehr. Außer dem unverständlichen Preis ist an dem Gerät kaum etwas zu bemängeln. Interessenthalber habe ich eins der Sporenpäckchen, die wir vom Gesundheitsamt zur Prüfung der Autoklaven erhalten, den Thermodesinfektor durchlaufen lassen. Auch bei diesem Päckchen hieß das Ergebnis: "Kein Wachstum". Für das allgemeine Instrumentarium (Untersuchung, Füllungen) scheint mir daher die **ausschließliche Thermodesinfektion** völlig ausreichend zu sein - grober Schmutz sollte natürlich vorher ggf. mit Handreinigung oder Ultraschallbad entfernt sein.

Die früher übliche Tauchdesinfektion hatte ihre Schwächen besonders bei der erforderlichen Einhaltung von Mindest-Einwirkzeiten, und sowohl die kommunalen Klärwerke als auch die Umwelt allgemein können aufatmen, daß diese Mikrobenkiller kaum noch verwendet werden.

Nachdem sich bei der Lagerung unseres sterilen Instrumentariums die Folieneinschweißung durchgesetzt hat, kann als **Sterilisator** nur noch ein **Autoklav** in Frage kommen. Hüten wir uns aber dabei vor neuen Begehrlichkeiten der Dentalindustrie. Wir sind immer noch Freiberufler und gewohnt, große Verantwortung zu tragen. Der Betrieb eigentlich jeden Gerätes ist an die Einhaltung

Bereits über 800 Praxen arbeiten mit SEDAS, dem zentralen Amalgamabscheider ohne Stromanschluß, verschleißfrei und ökologisch- mit einem Wirkungsgrad von über 99,5%.

Wir
klären das
für
Sie...

SEDAS

**Dental-Geräte-Technik
Dr. Till Ropers GmbH
Veerenkamp 4
21739 Dollern**

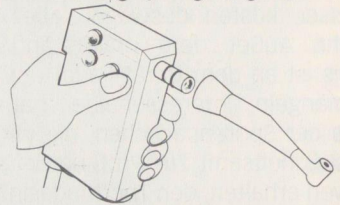
Tel. 04163-4018 Fax 04163-6230

der Obliegenheiten des Betreibers gebunden. Mit jeder apparativen automatischen Sicherungsmaßnahme werden unsere Geräte **komplizierter und anfälliger**, auch viel teurer. Ein funktionierendes Ganzes kann aber nur unter Einbeziehung des kompetenten, **gutwilligen Betreibers** entstehen. Ein Amalgamabscheider mit höchstem Wirkungsgrad nützt dann überhaupt nichts, wenn ein über behördliche Schikanen verärgerter Betreiber den abgeschiedenen Schlamm ins WC entsorgt. Ebenso ist die Forderung nach einem Autoklav mit computerisierten Ausdrucken von Sterilisationsprotokollen entschieden zurückzuweisen, denn der Betreiber dokumentiert ja ohnehin mit seinen regelmäßigen Sporenproben die einwandfreie Sterilisationsleistung seines Gerätes. Eine Sicherung, daß das obligatorisch sterile Instrumentarium (Chirurgie, Parodontologie, Endodontie) auch tatsächlich sterilisiert wurde, ist apparativ-automatisch nun wirklich nicht herzustellen. Diese Verantwortung bleibt beim Betreiber. Dessen **Kooperationsbereitschaft muß erhalten bleiben**, man darf ihn nicht mit sinnlosen neuen Kaufzwängen verärgern.

Bei **Turbine, Hand- und Winkelstücken** ist die Rechtslage, ob auch hier die Pflicht besteht, über die selbstverständliche Desinfektion hinaus auch eine Sterilisation vornehmen zu müssen, nicht zweifelsfrei geklärt. Wie überall gibt es auch hier ein starkes Interesse der Industrie an einer entsprechenden Ausrüstungsverpflichtung der Praxen. Zur Reinigung und Pflege als Sterilisationsvorbereitung gibt es zur bekannteren „Assistina“ durchaus Alternativen,

etwa das kleine, einfache „TECI“, das von dem Kollegen und Tüftler Dr. Happ aus Hamburg entwickelt wurde.

Übertragungsinstrumente schnell sicher sauber gepflegt (+gespart!)



.....mit dem Turbo-Endo-Cleaning-Instrument "T-E-C-I"

Übertragungsinstrument aufstecken, nacheinander Luft, desinfizierende Reinigungsflüssigkeit, Luft, Pflegeöl, Luft durchsprühen. Durch Sichtkontrolle optimales Pflegeergebnis bei minimalem Pflegemittelverbrauch, durch Rotation effektive Reinigung und gleichmäßige Verteilung der Pflegemittel, durch wirksames Ausblasen sofort autoklavierbar! T-E-C-I, durch Transparenz alle Funktionen optisch kontrollierbar! Keine Aerosole in der Praxisluft durch den neuen T-E-C-I-Tray mit Absaugvorrichtung. Keine Installation, nutzt die vorhandenen Anschlüsse (Turbinen- und Absauganschluß)

**MEDICAL EQUIPMENT GMBH Spaden-
teich I 20099 Hamburg Fax 040-243676**

Zur anschließenden Sterilisation werden kleine Autoklaven, also Drucktöpfe, angeboten. Von besonderem Interesse für den Praktiker sind dabei die Bearbeitungszeiten. Im Systemvergleich werden dabei gern die erforderlichen

Anwärm- und Abkühlungszeiten unterschlagen.

Eine liegende Autoklavierung der Übertragungsinstrumente in Schubladen scheint mir dabei auf Dauer nicht günstig; nur beim stehenden Instrument kann Wasserdampf nach oben und können sonstige Rückstände wie Reste von Schmutz, Öl oder Kalk nach unten entweichen. Bei Horizontallagerung könnten diese Reste zur Riefenbildung quer zur Laufrichtung des Instruments führen.

Defekte an Hand- und Winkelstücken treten selten am **Körper**, dagegen häufig am **Kopf** dieser Instrumente auf. Die bereits früher empfohlene Beschriftung der Instrumente sollte daher für die Instrumentenköpfe und -körper getrennt durchgeführt werden. Entsprechend ist auch die mengenmäßige Bevorratung getrennt zu betrachten: Man braucht vor allem einen großen Vorrat an Winkelstückköpfen, und wenn die Boherschäfte ausgeschlagen sind, brauchen nur die Köpfe zur Reparatur eingeschickt zu werden. Überhaupt scheint es mir als Kompromiss in der Sterilisationsfrage sinnvoll zu sein, jeweils die Köpfe zu sterilisieren und es bei den Körpern bei der herkömmlichen Desinfektion zu belassen.

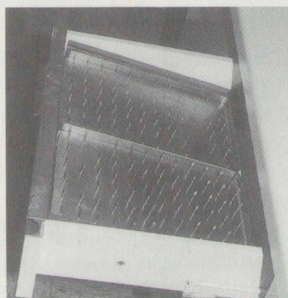
Die Aufbereitung der **Bohr- und Schleifkörper** stellt einen Sonderfall dar. Ich würde nur solche Instrumente verwenden, die keinesfalls ferritisch sind und unter den gegebenen Arbeitsbedingungen sicher keine eigenen Korrosionserscheinungen zeigen können. Dennoch beobachtet man auch an sol-

chen Schäften immer wieder Niederschläge von Fremdkorrosion nach Behandlung im Thermodesinfektor oder im Autoklaven. Sie passen dann auch bei minimalem Auftrag nicht mehr in die Übertragungsinstrumente hinein. Nach heutigem Stand muß also die Empfehlung lauten, beim gewohnten Bohrerbad und der Handreinigung zu bleiben; dies ermöglicht auch eine sichere und ständige Kontrolle. Über eine künftige Aufbereitung im heißen Ölbad (wie in der Friteuse) darf nachgedacht werden.

Zur **Lagerung und Bereitstellung** der Bohr- und Schleifkörper habe ich ein eigenes System entwickelt, das sich sehr bewährt hat: Die herkömmlichen Bohrerständer waren meist aus Kunststoff gefertigte Klötze oder Bretter mit vielen Blindbohrungen auf engem Raum. Oft standen sie auf dem Schwebetisch, also im direkten Blickfeld der Patienten. Mit der regelmäßigen Sprühdeseinfektion baute sich dort in kürzester Zeit aus Staubpartikeln in der Luft ein sehr unansehnlicher Belag auf. In den Bohrungen sammelte sich Feuchtigkeit an, und die einzelnen Bohrer mußten wegen der engen Abstände mit der Pinzette entnommen werden. Mini - Trays mit einem an die jeweilige Behandlung angepassten Sortiment an Bohr- und Schleifkörpern halte ich für zu arbeitsaufwendig bei der Vorbereitung, auch werden dabei zu viele überflüssige Desinfektionsgänge durchgeführt. Stattdessen ließ ich Edelstahlbleche mit durchgebohrten Löchern anfertigen, die genau in die üblichen Normtrays hineinpassen. Die Lochabstände betragen 25 mm, weswegen einzelne Bohrer ohne Kontaminationsgefahr mit den Fingern entnommen

werden können. In der obersten Schublade des Schrankes in 12-Uhr-Position plaziere ich links das Tray mit Bohrungen für Winkelstückschaft, rechts für Turbine. Diese Trays nehmen meinen **ganzen Tagesbedarf** an Bohr- und Schleifkörpern auf, und im Steriraum gibt es einen festen Beschickungsplan, wonach ich längst „blind“ weiß, für welchen Bohrer ich wohin greifen muß. Bestückte Ersatztrays stehen staubsicher im Steriraum: Wenn eine Spezies zur Neige geht, wird das Tray getauscht. Die Trays und Bleche werden im Thermodesinfektor gereinigt.

Bohrertrays
in oberster
Schublade,
12-Uhr-Position



Vor der Betrachtung des Gebietes „**Röntgen**“ seien einige Analogien aus dem Bereich „Praxis-EDV“ erwähnt: Ich bin sicher kein Fortschrittsfeind, mag mich aber nur über Fortschritte freuen, die mich unabhängiger machen. Seit knapp zehn Jahren lebt unsere Praxis mit dem Computer. Vorher haben wir am Quartalsende immer einen Tag lang die Praxis geschlossen, alle Helferinnen saßen um einen großen runden Tisch und führten die Abrechnung gemeinsam manuell durch. Dabei wurden zwangsläufig alle Mitarbeiterinnen auf

dem aktuellsten Kenntnisstand gehalten, die Lehrlingsausbildung fiel nebenbei ab. Bei Ungereimtheiten wurde über den Tisch gefragt: „Was war eigentlich mit dem Zahn 16 bei Frau Müller“ - und mancher Fehler in der Dokumentation konnte durch die Erinnerung der beteiligten Helferinnen korrigiert werden. Inzwischen - mit der EDV - ist der Kenntnisstand des Personals drastisch zurückgegangen, Kommunikation bleibt aus. Die Summe der Tätigkeiten, die der Computer dem Personal um seiner selbst willen abverlangt, übersteigt den früheren „Verlust“ eines Arbeitstages pro Quartal, wenn man die Fehlzeiten durch Hard- und Softwarefehler miteinberechnet, auch die Telefonblockaden durch den heißen Draht zum Programmierer. Rückblickend muß ich also feststellen, daß erst jetzt der eigentlich sinnvolle Zeitpunkt für den EDV - Einstieg gekommen ist, wo die Stammdaten mit der Chipkarte geliefert werden und die Abrechnung sicher sehr bald mit der Diskette oder per Modem erfolgen wird. Die diesbezüglichen Datenschutz - Bedenken sind wohl eher berufspolitischer Natur, denn bei Kreditinstituten oder Steuerberatern werden auf diesem Übermittlungswege längst alle Daten transferiert, und diese sind keineswegs weniger sensibel. Inzwischen kostet ein neuer „Pentium“ auch nur noch ein Drittel des Preises für den damaligen „Zweisechsdachziger“.

Daraus folgt: **Das Pionier-Sein ist nur dort sinnvoll, wo man selbst eine Materie sicher beherrscht.** Die Kollegen, die auch aus privater Neigung frühzeitig Computer-Freaks geworden waren, werden aus diesem Gebiet nur Freude und

Befriedigung erfahren haben; manche Software-Firma ist so entstanden. Allen anderen ist anzuraten, bei technischen Umwälzungen abzuwarten, bis der Markt transparenter geworden ist, bis die Preise gefallen sind, bis die Kinderkrankheiten behoben sind, vielleicht bis ein „Kleiner“ den „Großen“ gezeigt hat, wie es einfacher geht.

Zum Thema Röntgen: **Ganz sicher wird die digitale Bildverarbeitung sich durchsetzen.** Die Vorteile bei der Strahlenreduzierung, der Archivierung, der möglichen Bildbearbeitung, auch der Wegfall der ganzen Entwicklungs-Chemie lassen keinen anderen Schluß zu. Die jetzige Situation ist geprägt davon, daß große Anbieter **Komplettlösungen** verkaufen wollen. Dabei ist wirklich nicht einzusehen, daß auch die Aufnahmegeräte, mit deren bisheriger Ergebnisqualität wir doch zufrieden sind, erneuert werden müssen. Diskutabel können also nur solche Anbieter sein, die zumindest auch einen Lösungsweg aufzeigen, bei dem intakte vorhandene Aufnahmegeräte (Zahnfilm und Panorama) in das System integriert werden, und das zu nachvollziehbaren Preisen. Daß dies technisch möglich ist, beweisen schon jetzt einige kleinere Anbieter, die aber natürlich unter großem Wettbewerbsdruck stehen. Jetzt sollten also nur die „Röntgen-EDV-Freaks“ einsteigen, die die Sache wirklich verstehen und auch mit Freuden an aufkommenden Problemen knobeln.

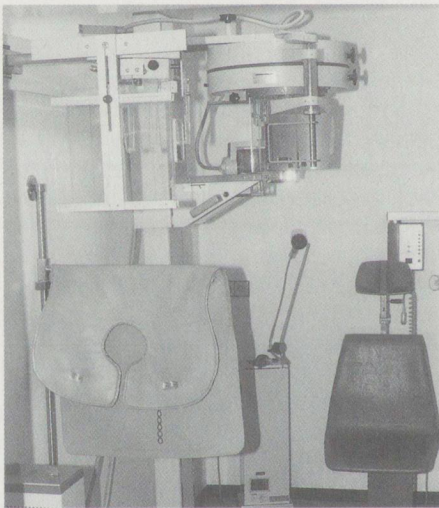
Den anderen muß noch geraten werden, abzuwarten. Neue Praxen würde ich zur Zeit nur mit einer auf digitale Verarbeitung sicher umrüstbaren Zahn-

filmröhre ausrüsten, dazu mit einer Minimallösung zur Entwicklung von Kleinfilmen; auf ein Panoramagerät würde ich noch lieber verzichten, da sonst auf nur kurze Zeit für die Großfilmentwicklung investiert werden müßte.

Eine nüchterne Bedarfsanalyse wird bei vielen Kollegen ergeben, daß ein Panoramagerät generell nicht erforderlich ist, wenn man an die Möglichkeit von Sektoren- oder Bißflügelaufnahmen mit größeren Zahnfilmformaten denkt. Sicher ist dabei eine Strahlenreduzierung anzustreben, die aber ja auch schon mittelfristig eingeplant werden kann: Der Zeitpunkt für die Umstellung auf digitalisierte Bildverarbeitung wird ja kommen.

Bestehende Praxen sollten ihren bisherigen „Röntgen-Fuhrpark“- notfalls mit kleinen Reparaturen- funktionstüchtig erhalten und Investitionen auf diesem Gebiet noch zurückstellen. Einstweilen bleibt also auf dem Gebiet der Filmentwicklung bei Zahnfilmen die kleine Spindelmaschine, z.B. „Clarimat“, das Mittel der Wahl. Etwaige Defekte kann der begabte Kollege selbst reparieren, sonst hilft der Elektriker, der auch die Waschmaschine instand setzt. Auch defekte Geräte lassen sich als Handentwicklungskasten weiter nutzen. Als der TÜV mir die Tankbatterie für die Handentwicklung von Großfilmen nicht mehr abnehmen wollte (wegen Fehlens einer Temperatursteuerung; es geht natürlich auch ohne, wenn die Raumtemperatur konstant ist!), habe ich mir eine billige kleine Aquariumsheizung mit Thermostat dort hineingehängt: Jetzt habe ich wieder den „amtlichen Segen“.

Manche Kollegen freuen sich über die Bequemlichkeit, an jedem Behandlungsplatz röntgen zu können. Ich muß auch hier abraten: Auch für eine Meßaufnahme in der Endodontie sind dem Patienten die wenigen Schritte zum Röntgenraum zumutbar. **Ein Aufnahmegerät im zentralen Röntgenraum** erfordert Strahlenschutzmaßnahmen nur einmal an dieser Stelle (dort aber perfekt!), bindet weniger Kapital und spart Folgekosten bei Prüfungen. Bei den immer mehr anzutreffenden Leichtbauwänden in unseren Praxen ist baulicher Strahlenschutz manchmal problematisch, Baryth-Putz ist schwer zu verarbeiten und bröckelt leicht. Hier sollte man stattdessen vom Klempner



„Handtuchhalter“ für Bleischürze, Strahlenschutz bei Fernröntgen

Bleifolien anbringen lassen, darüber vom Tischler einfach verbrettern lassen.

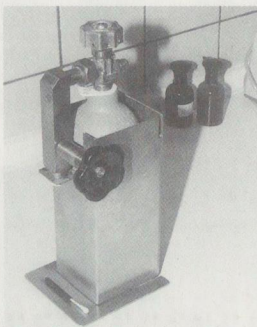
Mit der Tür zum Röntgenraum ist ebenso zu verfahren, bevor eine teure Spezialtür gekauft wird. Lediglich das erforderliche Sichtfenster muß aus Strahlenschutzglas sein. Es muß allerdings darauf geachtet werden, daß die Bleifolien an den Fugen überall überlappen. Fester Strahlenschutz, wie z.B. für Fernröntgenaufnahmen, kann vom Platz her in den oft kleinen Röntgenräumen sehr stören. Ich habe mir dafür einen höhenverstellbaren und zur Wand wegklappbaren Metallarm- etwa wie ein stabiler Handtuchhalter- bauen lassen, über den im Bedarfsfall die ohnehin vorhandene Bleischürze gehängt wird.

Abschließend noch ein paar allgemeine **Praxistips:**

Bei der Vitalitäts-Testung von Zähnen hat sich aus ökologischen Gründen der Kältetest mit Kohlendioxidschnee durchgesetzt. Der etablierte Handel vertreibt dazu gern ein größeres Standgerät, wobei der Schneepfropf mit einer Applikationsspritze aus Teflon an die Teststelle gebracht wird. Bei Neigung nach unten fällt der wegtauende Pfropf fast regelmäßig in den Mundboden oder Rachen des Patienten. Besser und billiger geht es mit einem kleinen Testgerät, das wiederum von dem schon erwähnten Kollegen Happ aus Hamburg stammt. Man halbiert dabei Q-Tips und dampft der Watte eine CO₂-Spitze fest auf. Der günstigste Anbieter befüllt die kleineren Kohlendioxidflaschen für 14.-DM. Für Arbeiten in meinem kleinen **Praxislabor** (z. B. Stümpfe trimmen) fehlte mir eine **Absaugung**. Als Saugschirm verwende ich den Schirm einer Architektenlampe und führe von dort einen dicken Spiralschlauch zu einem Indu-

striestaubsauger, der in der „Technischen Zentrale“ steht. Ich bediene ihn über eine schaltbare Steckdose. Also: Staubfreiheit, beste Beleuchtung, sehr preisgünstig.

V-Tast-Gerät
(Dr. Happ, MEDICAL
EQUIPMENT GMBH
Hamburg) für
Kohlensäureschnee



Laborabsaugung
über Lampenschirm



Alte Ölpumpstühle aus den 50er bis 60er Jahren gibt es gelegentlich umsonst. Sie eignen sich hervorragend für die Patientenpositionierung im Röntgenraum, aber auch als Beistellmöbel in einem größeren Behandlungsraum. Bei sehr schwergewichtigen oder auch manchen behinderten Patienten können unsere modernen Behandlungsliegen überfordert sein. Ich habe einen solchen Stuhl also gerade noch im Schwenkbereich des Behandlungsgerä-

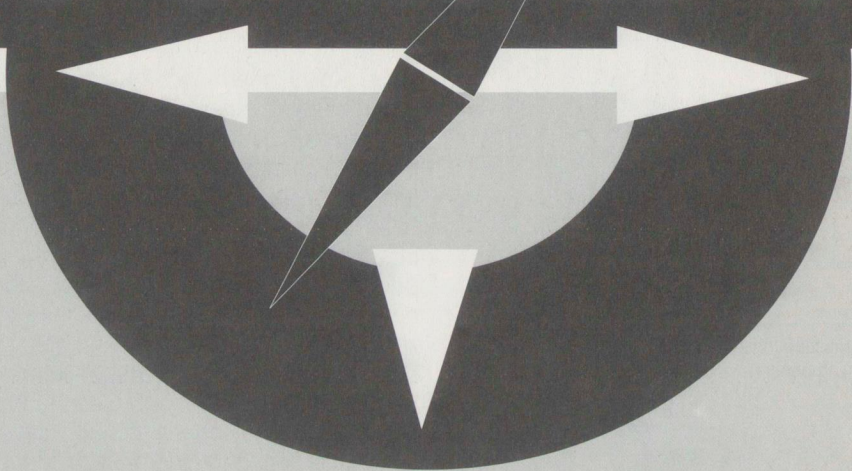
tes etwa in 7-Uhr-Position aufgestellt und behandle dort solche gelegentlich auftretenden Extremfälle. Ansonsten ist so ein Fossil auch ein schöner Blickfang; ältere Patienten erinnern sich mit wohligerem Grausen an die dentale Steinzeit und sind für die heute gebotene Bequemlichkeit um so dankbarer, für begleitende Kinder ist es ein willkommenes Spielzeug.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, diese Empfehlungen eines alten Praktikers erfolgten nach bestem Wissen und Gewissen, jedoch ohne Gewähr auf absolute Richtigkeit und Vollständigkeit. Vielleicht habe ich Sie mit meinen Gedanken etwas infizieren können. Jetzt sind Sie dran:

Bilden Sie ein Gesamtkonzept, aber nehmen Sie sich innerhalb dieses Konzepts kleinschrittig nur Maßnahmen vor, die Sie auch sicher durchziehen können. Sicher brauchen Sie auf diesem Weg Partner. Entscheiden Sie sich für die Zusammenarbeit mit einem Dentaldepot, dessen **Kooperationswille und -fähigkeit** zu diesem Weg paßt und **auf lange Zeit ausgelegt** ist. Bedienen Sie sich, wo immer möglich, des **örtlichen Handwerkers**. Die besondere Schnittstelle sollte ein mittelständischer Betrieb für Elektro-, Heizung-, Sanitärhandwerk sein, mit Erfahrung in Lüftungs- und Klimatechnik sowie Schwimmbadinstallation. Der Chef sollte selbst Ihr Ansprechpartner sein. Mit ihm werden Sie die allermeisten möglichen technischen Probleme in Ihrer Praxis sicher ohne Hinzuziehung teurer Spezialisten beherrschen.
Ich wünsche Ihnen allzeit störungsfreies Bohren!

Dr. Till Ropers, Steinkirchen

AERA[®]



Der Wegweiser für die rationelle Materialbeschaffung in der Zahnarztpraxis

- Die AERA Materialliste - Der Dentalmarkt in Ihrer Hand
- Die Produktinfos - 20 Kilo Kataloge (ca 130 000 Angebote) auf Diskette
- Preis und Mengenvergleich - Schon eingebaut
- Die Lieferanten - Wir haben sie (fast) alle
- Die Statistik - Ihren Verbrauch im Griff
- Die Suchfunktionen - Schneller und einfacher gehts nicht

Jetzt der AERA Bestell-Kompass zum 30 Tage Test nur DM 20.-

wer da nicht zugreift

AERA EDV- Programm GmbH
St.-Leonhard-Str.7, 71665 Vaihingen, Tel 07042 32191, Fax 35002

Kaum ausgeschöpft:

Senkung der Praxiskosten durch Bestellsysteme

Der seit Jahren enger werdende finanzielle Spielraum in den meisten Praxen zwingt die Inhaber zu Rationalisierungen. Eher stiefmütterlich behandelt wurde dabei bislang der Bereich der Materialbeschaffung, obwohl er mit durchschnittlich DM 40.000.- pro Jahr nahezu ein Drittel des Personalaufwands erreicht (Zahlen nach KZBV 1994).

Zugleich ist die Materialbeschaffung sicherlich derjenige Bereich, in welchem mit dem geringsten finanziellen und zeitlichen Aufwand Einsparungen zu realisieren sind. Hierzu sollten allerdings eine Reihe von Grundvoraussetzungen erfüllt sein, die von einer einzelnen Praxis wirtschaftlich kaum zu realisieren sind und daher von den modernen Bestellsystemen zur Verfügung gestellt werden.

- **umfassende Marktrecherche.** Es gilt, durch ständige Marktbeobachtung **leistungsfähige** Anbieter mit günstigen Angeboten zu finden.
- Die effektive **Nutzung der sogenannten „Mischkalkulation“** ist nur bei Vergleich der gesamten Produktpalette möglich. Oft werden günstige „Sonderangebote“ durch hohe Preise im breiten Angebotssortiment bezahlt.
- Konsequente **Nutzung der optimalen Gebindegrößen.** So kann etwa für 100ml des bekannten Produkts Impregum F DM 19,54, aber auch DM 35,93 bezahlt werden. Die Nutzung der günstigsten Packungsgröße erfordert aber in jedem einzelnen Fall eine umständli-

che Dreisatzrechnung und eine vorausschauende Planung, die Verfallsdaten und tatsächlichen Verbrauch berücksichtigt.

- Zwingend ist daher die Erfassung des tatsächlichen Verbrauchs in einer **Verbrauchsstatistik.**
- **Nutzung von „weißen Produkten“**, vielfach „Markenware“ neutral verpackt.

Hier setzen **EDV-gestützte Bestell- und Preisvergleichsprogramme** an, die Zahnarzt und Praxisteam die aufwendigen Arbeiten abnehmen. Einfach zu bedienende Computerprogramme stellen zunächst die „technischen“ Voraussetzungen zur Verfügung- von den Materialisten mit Preisvergleich und Suchfunktionen über Bestellablagen, Lagerverwaltung und Verbrauchsstatistik bis hin zur Bestelloptimierung.

Ausführliche, monatlich oder quartalsweise aktualisierte Materiallisten der wichtigsten, günstigsten und interessantesten Anbieter bieten sodann einen umfassenden Marktüberblick und erlauben stets, zu den günstigsten Bedingungen einzukaufen.

Die Kosten des Programms und der Updates amortisieren sich bei Einsparungen zwischen 7 und 20% meist binnen weniger Monate. Entsprechend hoch ist die Zufriedenheit der Anwender. Beim **AERA-Bestellsystem** etwa verlängern über 90% ihr Update.

Kosten/Nutzen-Aufstellung:

(Beispiel AERA Bestell-System)

Programm (einmalig):	DM 249.00
Update: ab	DM 198.00 / Jahr
Einsparung:	DM 2800.00 / Jahr

(bei 7% von 40.000 Umsatz)

Gewinn:	ca. 2200.00 /Jahr
Amortisation:	ca. 2 Monate



PHARMADOR

GmbH & Co. Dentalhandels KG

Daimlerstraße 13 · 85521 Ottobrunn · Tel. 0 89/6 09 90 80

**Die preisgünstige
Alternative**



Kindersanierungen in einer Sitzung

Ein Bericht über ein Fortbildungsseminar in München

Haben Sie in Ihrem Studium Substantielles auf dem Gebiet der Kinderzahnheilkunde gehört? Ich jedenfalls nicht- wie und womit ich Kinder behandle, hat sich im Laufe der Jahre recht und schlecht nach dem Prinzip learning by doing entwickelt. Und wenn man entsprechende Kurse von Hochschullehrern besucht, hat man oft das Gefühl, daß da unendlich viel Behandlungszeit zur Verfügung steht und auf Betriebs- und Materialkosten keine Rücksicht genommen werden muß.

Außerdem dominiert ja immer noch die Auffassung, man sollte Kinder möglichst nicht in Narkose behandeln, weil das Kind- ganz abgesehen von den Narkose- risiken- auch an die normale Behandlungssituation gewöhnt werden muß und u.a. auch die Konsequenzen falscher Ernährungsgewohnheiten lernen soll. Im Extremfall kann es so passieren, daß zuerst die Behandlungsbereitschaft mit Geduld und psychologischem Einfühlungsvermögen aufgebaut werden muß. Schon das kostet Zeit und Nerven. Dann die durch begrenzte kindliche Geduld allzuoft suboptimale Versorgung zahlreicher Defekte in kurzen Einzelsitzungen, wobei erneut so viel Zeit vergehen kann (schließlich paßt der Mutter nicht jeder Termin), daß man am Ende wieder irgendwo von vorn anfängt. Trotz aller Klimmzüge folgt dann doch die Extraktion des einen oder anderen

Milchzahnes mit der Folge späterer, noch langwierigerer Kfo-Behandlungen- von den Kosten ganz zu schweigen. Und wenn ein Kind gar mit durch Zuckerteekaries abgefaulten Schneidezähnen auftaucht, gibt es- ausser der Überweisung in eine Klinik- nur die Radikaltherapie der Entfernung aller befallenen Zähne und die Versorgung mit einer Prothese.

Das alles könnte ein -gutes- Ende haben, wenn Kinder überall so versorgt würden, wie ich es in der Fortbildung „Versorgung des Milchzahnes: Füllungen, Stahlkronen und Frontzahnfrascakronen“ von Dr. Butz und Dr. Freundorfer in München gesehen habe. Da es die Spezialisierung zum Kinderzahnarzt bei uns nicht gibt, haben die beiden Kolleginnen ihre Ausbildung in den USA absolviert und sich zusätzlich auf die Durchführung

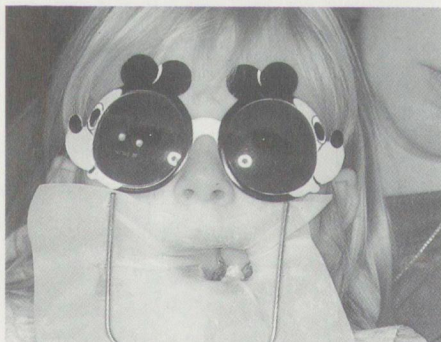


Abb.1 Sanierung unter Kofferdam

von Lachgas-Analgesien spezialisiert. Entsprechend strukturiert ist das Behandlungskonzept, das vor allem schwer behandelbaren Kindern und solchen mit multiplen Gebißschäden zugute kommt. So werden- meist in einer Sitzung und unter Kofferdam (Abb.1)- normale Defekte mit Compomeren gefüllt, stärker zerstörte Zähne mit Fertig-Stahlkronen versorgt (Abb.2), evtl. nach vorausgehender Endo-Behandlung mit parapulpären Stiften aufgebaut, oder, wenn nichts mehr geht, extrahiert. In diesem Fall gleich noch der Abdruck für einen einfachen Platzhalter.

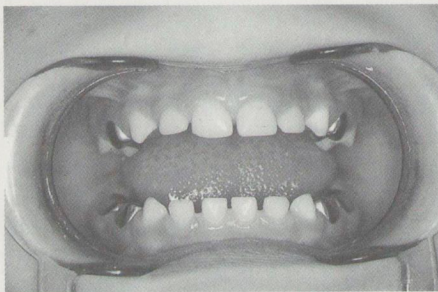


Abb.2 Versorgung mit Stahlkronen

Natürlich sind solche Sanierungen in einer einzigen Sitzung oft auch mit Lachgasanalgesie nicht mehr möglich, sondern werden in Intubationsnarkose mit einem Anästhesisten durchgeführt. Dann wird zur Schonung des Kindes mit zwei Assistenzen besonders zügig und konzentriert gearbeitet.

Selbstverständlich gibt es auch viele leichtere Fälle, die in Lokalanästhesie versorgt werden, wobei sich die Kinder mit Musik und Märchen per Kopfhörer

ablenken können und erstaunlich entspannt behandeln lassen.

Als Praktiker in München ist man natürlich froh, die ganz schwierigen Kinder in zwei professionelle Praxen überweisen zu können. Als Praktiker habe ich aber auch viel Konkretes und Umsetzbares zur Milchzahn-Füllungstherapie und zur Eingliederung von Sofortkronen gelernt. Wer sich für den wissenschaftlichen background interessiert, erhält an Ort und Stelle entsprechende papers- leider nur in Englisch. Aber so etwas kann man schließlich auch in deutschen Lehrbüchern nachlesen.

Hier ging es vor allem um praxisnahe Fortbildung im kleinen Kollegenkreis- und das ist sehr empfehlenswert!

Dr. Hanns-W. Hey, München

Geplante Veranstaltungen 1997

- 21.2.'97 Traumatologie im Milch- und Wechselgebiß
- 22.2.97 Milchzahnendodontie
- 19.4.97 Schleimhautrekrankungen bei Kindern, Infektionskrankheiten bei Kindern
- 13.6.97 Platzhalter im Milchgebiß
- 27.9.97 Versorgung des Milchzahnes mit Füllungen, Stahlkronen und Frasacokronen
- Nov. 97 Inhalationssedierung/ Lachgas

Die genauen Termine stehen Anfang '97 fest und sind zu erfragen bei:

Dr. Angela Freundorfer,
Berlepschstr. 2, 81373 München,
Tel. 089-7252598 Fax 089-7255155

LUXENE®

Das Kunststoff-Prothesenmaterial auf Vinyl-Basis

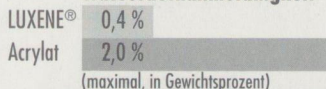


Daß Prothesen aus LUXENE® antiallergisch und gewebe-freundlich sind, wissen Sie längst. Sicher auch, daß es eine extreme Paßgenauigkeit gewährleistet und die lebensechten Variationen und Farbnuancen des Zahnfleisches berücksichtigt.

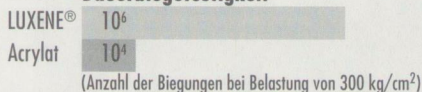
Welche Vorteile Prothesen mit dem Vinyl-Kunststoff LUXENE® jedoch gegenüber herkömmlich verwendeten Acrylat haben, sehen Sie jetzt schwarz auf weiß.

Noch Fragen? - Dann sprechen Sie mit uns.

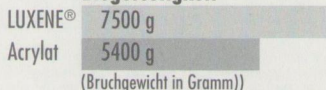
Wasseraufnahmefähigkeit



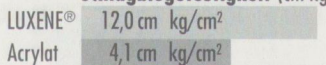
Dauerbiegefestigkeit



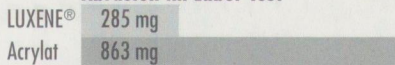
Biegefestigkeit



Schlagbiegefestigkeit (cm kg/cm²)



Abrasion im Labor-Test



ZAHNTECHNIK
Scharl

Neues Hilfsmittel zur Karies- Risikobestimmung

Dentoprog-Schieber

deckt Kariesrisiko bei Kindern frühzeitig auf

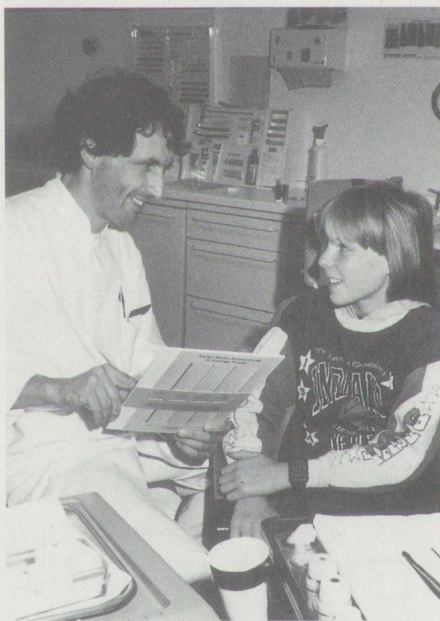
Eine einfache, schnelle, kostengünstige und zuverlässige Bestimmung des Kariesrisikos bei Kindern durch den Zahnarzt ermöglicht jetzt ein von der Arbeitsgruppe Zimmer, Seemann und Noack, Charité Berlin, entwickelter Rechenschieber. Er nutzt das von dem Züricher Präventiv-Zahnmediziner Prof. Dr. Thomas Marthaler entwickelte Dentoprog-Verfahren, um das individuelle Kariesrisiko 6- bis 12jähriger Kinder einschätzen zu können. Besonders kariesgefährdete Kinder können dadurch

früher erkannt und einer intensiven prophylaktischen Betreuung mit professioneller Zahnreinigung, fluoridhaltigem Gelee oder Fissurenversiegelung zugeführt werden. Die Karies- Meßtafel wird über den Berliner Quintessenz-Verlag vertrieben.

Marthaler hatte bei Untersuchungen in dieser Altersgruppe festgestellt, daß folgende drei Faktoren eine besonders gute Vorhersage des zukünftigen Kariesrisikos zulassen: Anzahl gesunder Backenzähne im Milchgebiß sowie Anzahl der Verfärbungen und Kreideflecken (Initialkaries) an Backenzähnen des bleibenden Gebisses. Alle Faktoren können im Rahmen zahnärztlicher Routineuntersuchungen ermittelt werden .

Um die Methode praxisreif zu machen, hat die Berliner Arbeitsgruppe eine Meßtafel entwickelt, auf dem diese drei Werte in Zuordnung zum Alter der Kinder eingestellt werden können. Entsprechend der Konstellation der Variablen kann über ein Symbol das Vorliegen eines erhöhten Risikos abgelesen werden. Vertreter der zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter, die im Rahmen schulzahnärztlicher Reihenuntersuchungen für die Bestimmung des Kariesrisikos verantwortlich sind, haben das praxisnahe Verfahren bereits begrüßt.

WYBERT, Lörrach



Zahnmedizinische Qualität.

Die beste Empfehlung zur Karies- und Parodontal-Prophylaxe



Medizinische Mund- und Zahnpflege
aus der **elmex** Forschung

Wybert GmbH • 79539 Lörrach • Berner Weg 7

Implantologie- ein integraler Bestandteil der Zahnheilkunde

Implantologischer Demonstrationskurs mit Dr. Sebastian Schmidinger anlässlich der DAZ-Jahrestagung am 19.10.96 in Berlin

Dr. Sebastian Schmidinger aus Seefeld, seit mehr als 20 Jahren als Implantologe in eigener Praxis tätig und als Fortbildungsreferent international gefragt, gab im Rahmen der DAZ-Jahreshauptversammlung einen komprimierten Einblick in die Möglichkeit moderner Implantologie und demonstrierte anschließend in drei Live-Operationen die Versorgung mit Implantaten am Patienten.

Uta Schramm, Studentin an der Zahnklinik Nord, hat den Ablauf der Veranstaltung für die forum Leser festgehalten.

Die Fortbildungsveranstaltung mit Dr. Schmidinger gab einen faszinierenden Einblick in Theorie und Praxis moderner Methoden der Implantologie. Schmidinger, Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Orale Implantologie und Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Implantologie, referierte seine Erfahrungen aus zwei Jahrzehnten Praxis als niedergelassener Zahnarzt und Implantologe.

Nach einer kurzen Einführung erörterte der Referent die Frage: Wann ist der richtige Zeitpunkt zum Extrahieren, Implantieren, Explantieren und Reimplantieren? Oberstes Ziel sei nicht der Erhalt des Zahnes um jeden Preis, sondern der Erhalt des Knochens. Eine

transdentale Fixation sei wegen der schlechten Erfolgsrate obsolet. Parodontopathien stellen dagegen keine Kontraindikation zur Implantation dar, den vor allem im vestibulären Bereich bestehenden Knochendefekt könne man durch eine Augmentation wieder aufbauen. Oberstes Ziel bei der Implantation ist der Erhalt des Knochens durch funktionelle Anpassung. Ungünstige Schleimhautverhältnisse sollte man mit einer Vestibulumplastik stabilisieren, so daß später um das Implantat möglichst nur befestigte Gingiva liegt.

Das Trauma stellt seiner Meinung nach die einzige Indikation zur Sofortimplantation, wobei er als Nachteil den marginalen Knochenverlust von 1,5- 2mm und das damit verbundene kosmetische Risiko durch die Verlängerung der klinischen Kronen sieht. Deshalb zieht er die verzögerte Sofort-Implantation vor, wobei das Tegument über der Extraktionswunde erst ausgeheilt, keratinisiert und geschlossen sein muß.

Als Zeitpunkt für eine Explantation nannte Schmidinger einen auf dem jährlich anzufertigenden Kontrollröntgenbild erkennbaren Knochenabbau von einem Drittel bis zur Hälfte. Man solle die Gründe ermitteln und entweder wiederaufbauen (möglichst mit Eigenknochen) oder explantieren und nach einer gewissen Zeit nachimplantieren. Schwie-

ITI[®]
SYSTEM
DENTAL
DESIGNED
IMPLANT
AS NATURE
SYSTEM
INTENDED



Für Informationen
wenden Sie sich bitte an:



International Headquarters:
Institut Straumann AG
CH-4437 Waldenburg, Switzerland
Phone +41 (0) 61 965 11 11
Fax +41 (0) 61 965 11 01

Deutschland: Straumann GmbH
Postfach 6049
D-79036 Freiburg
Phone 0761/4501-0
Fax 0761/4501-149

ITI[®] Dental Implant System is a registered trademark of
Institut Straumann AG, Switzerland

rigkeiten beschrieb er bei der Explantation von Keramik-Implantaten (Bruch) und Blattimplantaten (großer Defekt), so daß man schon beim Kauf eines Implantatsystems darauf achten sollte, ob die Implantate leicht wieder entfernt werden können.

An drei Patienten, die Dr. Schmidinger vor dem Auditorium operierte, demonstrierte er drei Behandlungsmöglichkeiten:

Die Insertion von vier Implantaten in einen zahnlosen Unterkiefer (interforaminal)

Als Schnittführung wählte er den Kieferkammwinkelschnitt, wobei die Symphyse ca. 6-7mm freibleibt, sodaß keine Dehiszenzen auftreten und ein Auflager für die Prothese in der Abheilungsphase verbleibt. Der nervus mentalis wird immer dargestellt, um seine Verletzung zu vermeiden. Bei den Bohrungen im Unterkiefer muß häufig eine von der Zahnachse abweichende Achse gewählt werden, damit keine Perforation entsteht. Zum besseren räumlichen Verständnis wird bei der Bohrung der Unterrand der Mandibula palpirt. Nach Aufweiten und mehrmaliger Kontrolle klopfte er vier IMZ-Implantate ein, wobei der Patient das Kinn mit der Faust unterstützte. Nach der Einheilzeit, die nach Meinung des Referenten sowohl im Unterkiefer als auch im Oberkiefer drei bis vier Monate beträgt (er verzeichnet keine höhere Verlustrate bei der kürzeren Einheilzeit im Oberkiefer), beginnt die zweite chirurgische Phase, in der die Gingiva inzidiert und aufgeklappt wird. Schmidinger warnte

vor Benutzung des Elektrotomiegerätes, da es ganz wichtig ist, daß das Implantat später allseits von befestigter, gut durchbluteter Gingiva umgeben wird. Falls bei der Implantation ungünstige Schleimhautverhältnisse zu erwarten sind, sollte man eine Vestibulumplastik durchführen.

Diskutiert wurde die Frage, ob es aus Kostengründen nicht besser wäre, den Unterkiefer mit nur zwei Implantaten zu versorgen. Aus verschiedenen Gründen lehnt der Referent dies ab: ungenügende Stabilität, Rotation, Knochenabbau und deshalb häufig notwendiges Unterfütern.

Dr. Schmidinger favorisiert die Kugelkopfversorgung vor der Stegversorgung wegen der erleichterten Mundhygiene und der geringeren Kosten. Als zusätzlichen Vorteil sieht er das „Einschnappen“, das dem Patienten eine zusätzliche Kontrolle beim Einsetzen des Zahnersatzes bietet. Die Stegversorgung wird dagegen bei statisch ungünstig stehenden Implantaten bevorzugt.

Die Versorgung mehrerer Einzelzahnlücken

Zu versorgen waren eine Molarenlücke im vierten Quadranten und eine eingengte Molarenlücke im dritten Quadranten. Durch den relativ hochansetzenden m. buccalis war auf beiden Seiten eine kleine Vestibulumplastik nötig. Die Vorbohrung im vierten Quadranten für das distale Implantat erfolgte leicht nach mesial und lingual gekippt gemäß der distalen Molarenwurzel. Danach setzte er das distale IMZ Implantat ein und fuhr

mesial fort. Im dritten Quadranten konnte aus Platzgründen nur ein Implantat (Frialit 2) gesetzt werden.

Die Sinusbodenelevation mit gleichzeitiger Implantation

Die Schnittführung erfolgte hier palatinal horizontal und mesial nach vestibulär zur Schonung des Bichatschen Fettpfropfs. Nach Abpräparation der Mukosa fensterte der Operateur die Kieferhöhle, wobei die gräulich erscheinende Kieferhöhlenschleimhaut unverletzt blieb. Danach mobilisierte er das Fenster und klappte das Knochenstück nach Abpräparation der Kieferhöhlenschleimhaut bis zum Nasion nach innen. Mit dem Nasenblasversuch wird getestet, ob die Kieferhöhlenschleimhaut perforiert ist, falls ja, muß diese genäht werden. Danach erfolgten die Bohrungen mit einem Hohlzylinderbohrer und das Einklopfen der IMZ-Implantate. Die nach der Bohrung vorhandenen Knochenkerne wurden in Kochsalzlösung zerkleinert und zwischen die Implantate geschoben, der restliche Defekt mit Hydroxylapatit aufgefüllt. Damit das eingebrachte Material durch Blutungen nicht wieder ausgeschwemmt wird, deckte Schmidinger den Defekt mit einer resorbierbaren Membran ab. Diese wurde mit Titanägeln befestigt. Danach vernähte er erst das Periost und die Schleimhaut und danach die Muskulatur.

Vor dem Herstellen der Suprakonstruktion ist die Übertragung mit dem Gesichtsbogen obligat, das Erstellen einer Front-Eckzahnführung zur Minimierung der Kaukraft wünschenswert.

Die Patienten werden in der Praxis in ein jährliches Recall-System aufgenommen, zu den Sitzungen schraubt die ZMF die Suprakonstruktion ab, mißt die Sulcusfluid-Rate, röntgt und reinigt. Bei Defiziten erfolgen Mundhygieneinstruktionen und die Patienten werden vierteljährlich zur professionellen Zahnreinigung einbestellt.

Beeindruckend war neben der chirurgischen Professionalität und der handwerklichen Perfektion des Operateurs vor allem auch die Souveränität, mit der er kommentierte, Fragen beantwortete, und das aktuell Dargebotene durch theoretische Erläuterungen und Verweise auf Forschungsergebnisse ergänzte.

Implantologie als integrierter Bestandteil der Zahnheilkunde, heute also etwas Selbstverständliches. Trotzdem: Das beste Implantat ist der eigene, gesunde Zahn!

*Uta Schramm,
Berlin*

Abgabe auf Tabak und Alkohol

In einem neuen Beschluß wiederholte der Deutsche Ärztetag seine Forderung, eine zweckgebundene Abgabe auf Tabakwaren und Alkoholika einzuführen. Ein solcher „Gesundheitspfennig“ könne kostenneutral zusammen mit den entsprechenden Verbrauchssteuern erhoben werden. Die Abgabe müsse vollständig an die Krankenkassen überwiesen werden, sodaß die Mittel in Höhe von über drei Milliarden DM der Krankenbehandlung zugute kommen könnten. *Deutscher Ärztetag '96*

Legierungen in der zahnärztlichen Therapie

1993 hat das damalige Bundesgesundheitsamt eine ausführliche Informationsschrift* herausgegeben, die zahlreiche Empfehlungen zur Verwendung von zahntechnischen Legierungen gibt.

Diese Empfehlungen sind weiterhin gültig, sie werden aber bislang in der zahnärztlichen Praxis und im Labor wenig berücksichtigt.

Amalgamgeschädigt wissen wir ja, was amtliche Empfehlungen bewirken können. Deshalb möchte ich an einige der Empfehlungen an uns Zahnärzte erinnern:

Punkt 1:

Der Zahnarzt gibt Anweisungen an den Zahntechniker, welche Legierung bzw. welches Dentallot zu verwenden ist.

Punkt 3:

Es dürfen ausschließlich zahnärztliche Legierungen verwendet werden, welche hinsichtlich ihrer qualitativen Zusammensetzung vollständig deklariert werden und für welche hinsichtlich ihrer quantitativen Zusammensetzung

die Sollanalysen mit den herstellungsbedingten Toleranzen der Einzelanalyse vorliegen

Dann gibt es noch einen Punkt zu ausführlichen chemischen und biologischen Testverfahren und klinischen Prüfungen und andere Wünsche wie z.B.

Punkt 6:

Bei der Auswahl ist zu beachten, daß die Legierungen keine mehrphasigen Gefügestände mit unterschiedlicher chemischer Zusammensetzung der Phase aufweisen, welche durch die Legierungszusammensetzung oder die **nachträgliche Verarbeitung** verursacht werden und zu einer stärkeren Korrosionsanfälligkeit führen können.

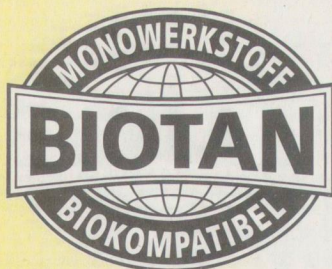
Wie sollen wir das machen??

Wichtig für die Praxis ist **Punkt 7:**

Die Anzahl der Legierungen im Munde eines Patienten ist so gering wie möglich zu halten. Lötungen von Zahnersatz sollten auf das Notwendige beschränkt werden. Bei kieferorthopädischen Geräten ist das Schweißen zu bevorzugen.

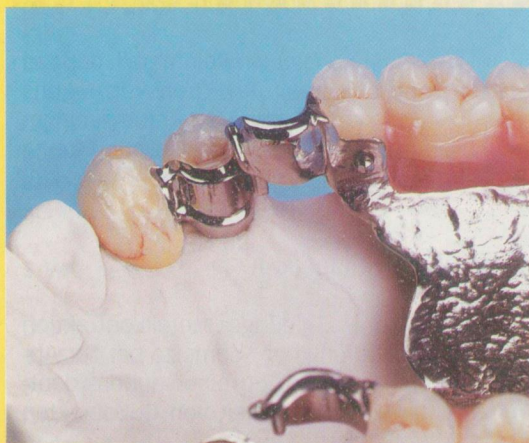
Nicht nur aus forensischen Gründen, auch zum „vorbeugenden Gesundheitsschutz“ (Leitmotiv der bga-Empfehlungen) sollten wir uns um Reduzierung der

*bga-Informationsschrift
„Legierungen in der zahnärztlichen Therapie“ Herausgeber: bga (1993),
ISBN 3-89254-178-7



Die Herausforderung annehmen - biologisch arbeiten.

Mit Biotan lösen Sie die vielseitigen prothetischen Aufgaben kostengünstig, präzise und biologisch kompromißlos.



- 17-fach geringere thermische Irritation
- geschmacksneutral
- universell einsetzbar
- sehr geringes Gewicht
- reaktionsfrei kombinierbar
- röntgendurchlässig

Biotan für alle Fälle.

Wer Titan wählt, wählt eine völlig unbedenkliche prothetische Versorgung.

 **Schütz-Dental**

Dieselstraße 5-6 • 61191 Rosbach • Telefon: (06003) 8140 • Telefax: (06003) 3217

inkorporierten Metalle bemühen. Drei Gruppen von den verschiedenen uns angebotenen Legierungen können für nahezu alle zahnärztlichen Indikationen eingesetzt werden und sollen „biokompatibel“ sein. Überlegungen zu diesem Punkt führten mich vor fast 3 Jahren zum TITAN. Als einziges ist es keine Mischlegierung sondern nahezu ein Reinmetall. Es kann alle Anforderungen am besten erfüllen.

Folgend möchte ich in 13 Punkten die klinischen Eigenschaften sowie die Verarbeitung des TITANS vorstellen und mögliche Gegenargumente nennen sowie die derzeitige Empfehlung zur Legierungsauswahl von Prof. Wirz zeigen.

Diese knappe Darstellung kann nur als Einführung und als Anregung dienen, zu der ich nach meinen Erfahrungen und breiter Anwendung in allen Indikationen stehen kann. Solange unsere „Haus“-Zahntechniker dieses Material nicht verarbeitet haben, mögen sie es auch nicht. Es erfordert hohe Einstiegsinvestitionen und Einarbeitungsschulung - doch läßt es sich dann bei nötiger Routine mit gleichem Aufwand wie die anderen Metalle verarbeiten. Die von manchen Laboratorien geforderten hohen Preisaufschläge sind deshalb auch nicht gerechtfertigt!

REIN-TITAN- das Metall für jede Zahn-technik?

1. Bio-Kompatibilität:

TITAN verhält sich gegenüber biologischem Gewebe inert, d.h. ausgespro-

chen reaktionsträge. Es hat kaum ein allergenes Potential. Deshalb wird es in der Chirurgie für Implantate aller Art bevorzugt eingesetzt.

Ursache ist die ausgeprägte Korrosionsfestigkeit und chemische Beständigkeit - aus diesem Grunde wird es auch als 0-Meßgröße bei der Prüfung anderer Metalle eingesetzt.

Die Oberfläche reagiert mit Sauerstoff innerhalb von einer Nanosekunde (0.00000001sec.). Dies führt zu einer sehr dichten und stabilen Oberfläche. Es finden keine elektrochemischen Reaktionen- auch in Nachbarschaft mit vorhandenen Versorgungs- statt.

TITAN ist nahezu ein Reinmetall, daß auf Grund seines Reaktionsvermögens einen festen Verbund mit Keramik eingehen kann. Es benötigt also auch keine minderwertigeren Haftoxide wie z.B. Platin-Gold-Legierungen

2. Paßgenauigkeit

Die extrem niedrige Metallkontraktion (Schrumpfung der Schmelze bei der Abkühlphase) kann zu einer außerordentlichen Paßgenauigkeit von Gußobjekten führen.

Durch speziell entwickelte Einbettmassen kann die Alpha-Case-Schicht (aufliegende Reaktionsschicht von Sauerstoff mit der Einbettmasse) inzwischen sehr dünn gehalten werden.

Kronen und Brücken lassen sich auch sehr genau mit einem CAD/CAM Fräsgesetz aus dem Block fräsen.

3. Röntgentransluzenz

Auf Grund seiner niedrigen Dichte (TITAN: Ordnungszahl 22, Blei 82, Gold 79, Silber 47,) ist TITAN röntgentransparent. So läßt sich die Qualität der Arbeit (z.B. auf Lunker) überprüfen- aber auch später eventuelle Sekundärkaries unter Kronenersatz diagnostizieren.

4. Oberflächenhärte

Die Oberflächenhärte von TITAN beträgt nach Vickers 210 N/mm², was einer „konventionellen“ Kronen- Brückenversorgung entspricht. Es läßt sich mit geeigneten Hartmetallfräsern und Polierern bearbeiten, wobei sehr auf gute Kühlung zu achten ist. Durch seine Duktilität entsteht bei Kaubelastung zunächst eine Oberflächenverdichtung (wichtig bei Inlay-Versorgung), anschließend Abrasion wie bei herkömmlichen Goldlegierungen (wichtig zur Schonung der Antagonisten).

5. Wärmeleitfähigkeit

Die Wärmeleitfähigkeit von TITAN liegt 13,5mal niedriger als bei Gold- und 3,2mal niedriger als bei CoCr-Legierungen- deshalb entstehen entsprechend geringere Pulpareizungen bei heißen oder kalten Speisen

6. Geschmacksneutralität

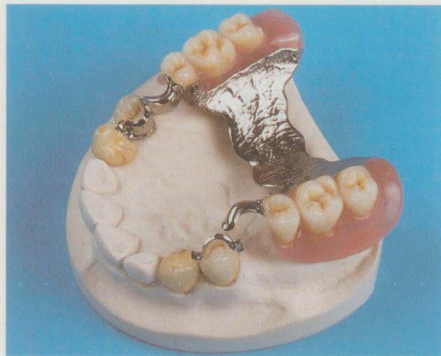
TITAN hat keramikähnliche Eigenschaften: Es ist gegen (elektrolytisches) Salzwasser, Bleichlaugen, Mineralsäuren, selbst Königswasser (Mischung 1/4 Salpetersäure 3/4 Salzsäure) hoch resistent. Speisen und Getränke werden

nicht durch einen metallischen Beigeschmack beeinflusst.

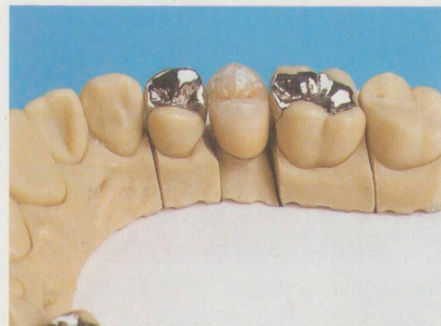
TITAN- Verarbeitung

7. Einsatzgebiete

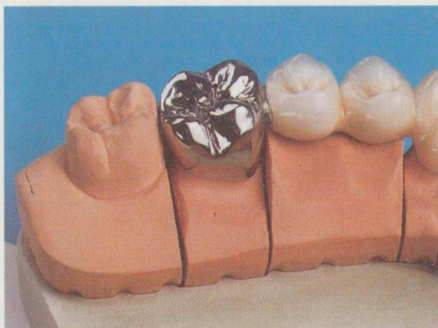
TITAN besitzt mit Ausnahme der geringen Wärmeleitung in etwa die gleichen physikalischen Eigenschaften wie Edelmetall Typ 4 (extra hohe Festigkeit). Es läßt sich daher bei sachgerechter Verarbeitung (Einbettmasse, Gießvorrichtung), abgestimmter Guß- oder ggf. Frästechnik und sorgfältiger Kühlung inzwi-



Kombi-Arbeit TITAN Alles aus einem Element



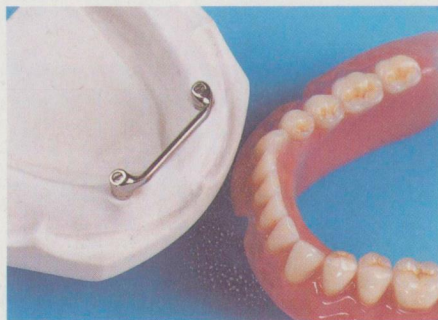
Inlay-Versorgung



Keramik-Versorgung



Teleskop-Versorgung



Implantat-Versorgung

Zahn technische Arbeiten: Dental-Labor Zimmerling,
Untersiema u / Fotos: Schütz-Dental

schen für alle zahntechnischen Indikationen bearbeiten, finieren und polieren.

Neben Kronen und Brücken sind insbesondere auch Modellgußprothesen (geringes Gewicht!), Kombi-Arbeiten und Implantat-Suprakonstruktionen hervorzuheben. Die Klammern für Modellguß müssen geringfügig stärker ausgebildet sein als bei Chrom-Kobalt Legierungen.

8. Keramik-TITAN-Verbund

Der geringe Ausdehnungskoeffizient und der nachteilige Phasenwechsel bei 882.5°C erfordert niedrigschmelzende Keramikmassen (wie z.B. Ducera Gold). Sie entsprechen inzwischen in Verbund und Farbe den herkömmlichen Massen.

9. Kunststoff-TITAN-Verbund

Zur Haftvermittlung werden Metalloberflächen silikatisiert, um anschließend über Haftsilane Kunststoff binden zu können.

Durch die sauerstoffreiche TITAN-Oberfläche wird eine besonders stabile Haftvermittlung erreicht.

10. Schweißen

Durch die starke Oxidationsneigung ist TITAN nicht zum Löten geeignet. Auch ist das Löten generell abzulehnen, da wiederum Mischlegierungen mit minderwertigen Bestandteilen zur Anwendung kommen würden. Deshalb werden TITAN-Arbeiten unter Argon-Schutzgas mittels Lasertechnik verschweißt.

Dabei erreicht die Schweißnaht bei hoher Präzision die Festigkeit des Ausgangsmaterials. Es sollten keine ver-

schiedenen Materialien verschweißt werden!

Kritikpunkte

11. Plaque-Anlagerungen

Die Plaquebildung hängt mehr von der pers. Mundhygiene und der Oberflächenqualität als vom verwendeten Material ab. Die Oberfläche des TITAN-Gusses konnte durch moderne Gußverfahren sehr verbessert werden. Prof. Dr. Walter, Dresden: *In klinischen Langzeitstudien über mehrere Jahre konnten keine Hinweise auf erhöhte Plaqueablagerungen an Zahnersatz aus TITAN gefunden werden.*

12. Fluorid-Angriffe

Wie Keramik wird auch TITAN von Fluorid-Ionen angegriffen. Dabei ist neben

der Dosis-Höhe die Einwirkzeit zu berücksichtigen. Der mögliche Schaden durch die Mundpflege mit fluoridhaltigen Zahnpasten ist klinisch zu vernachlässigen.

13. Farbe

Bedingt durch die intensive Sauerstoff-Reaktion hat das TITAN eine mehr oder weniger typische grau-glänzende Oberfläche. Durch anodische Oberflächenoxidation läßt sie sich zwar goldfarbig gestalten- doch ist diese Schicht nicht abrasionsbeständig. Eine „goldige“ TITAN-Nitrit Beschichtung führt zu einer extrem harten, rißanfälligen Oberfläche. Die Farbe der Restauration ist kein Qualitätsmerkmal sondern ein „modisches“ Problem.

*Dr. U. Happ,
Hamburg*

Bewertungstabelle für die Indikationsbereiche biokompatibler Legierungen von Prof. Dr. J. Wirz

Anwendung	Titan	Au-Leg	CO/Cr
Gußfüllung	+	++	-
Krone, VMK	+	++	+
Brücke, VMK	+	++	++
Brücke, KST	++	+	++
Klebebrücke	++	-	+
Modellguß	+	+	++
Konstruktionselemente	++	++	+
Adhäsivelemente	++	-	++
Stifte/Schrauben	++	++	++
Implantate	+++	-	+
Kfo-Elemente	+	-	++
Beurteilung	18	12	17

SIEMENS

Leistungsstark



Was immer Sie für Ihre Praxis brauchen – im Siemens-Dental-Depot bekommen Sie es.

Ob Praxis-Planung oder Einrichtungs-Beratung, ob Finanzierung oder technischer Service, ob Materialien für die Praxis oder informative Veranstaltungen –

Sie können sich in jedem Fall auf uns verlassen.

Denn seit Jahrzehnten sind wir der Praxis eng verbunden und längst zu einer der ersten Adressen unter Deutschlands Dental-Depots geworden.

So können wir Profilierung und Zukunftssicherheit für Ihre beruflichen Wege bieten. Und auch bei ungewöhnlichen Ideen finden Sie in uns den Partner.

Da zeigt sich der Profi.

Lindwurmstraße 23
80337 München
Tel. 089/54 41 02 11

Kumpfmühler Straße 65
93051 Regensburg
Tel. 0941/97198

Siemens
Dental-Depot
Ihr Partner

Aus der Pressemitteilung der Innungskrankenkassen, Landesverband Niedersachsen vom 20.09.1996

TITAN- eine Alternative in der Zahnheilkunde?

Landesverband der niedersächsischen Innungskrankenkasse diskutiert mit Experten

Hein-Günter Macherey, Vorstand des IKK-Landesverbandes Niedersachsen, sprach sich grundsätzlich für neue Wege in der Zahnmedizin aus. Der Werkstoff TITAN sei jedoch noch nicht in dem sogenannten „Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (BEL)“ aufgeführt. Die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung und des Zahntechnikerverbandes VDZI hätten sich bislang nicht über eine Aufnahme einigen können. Die Verhandlungen stünden kurz vor dem Abschluß. Momentan bezuschussen die Krankenkassen die Verwendung von TITAN mit dem prozentualen Zuschuß auf der Grundlage des Festbetrages für Nichtedelmetall-Legierungen von 20,- DM.

In diesem Zusammenhang wies Macherey auf das Spannungsfeld hin, in dem sich die Krankenkassen durch die am vergangenen Freitag (20.9.) beschlossenen Spargesetze der Koalitionsregierung nunmehr befinden. Die Koalitionsmehrheit im Bundestag hat sowohl einen Beitragsstopp für dieses Jahr als auch eine Herabsetzung der Beitragsätze um 0.4 Prozentpunkte bei den Krankenkassen zum 1.Januar 1997 beschlossen. Daher liefern die Kassen



Moderne Prothetik,
Wironium-Modellguß,
Edelmetall, Keramik,
Frästechnik,
Kombinierte Arbeiten,
Biotan-Titanguß

Winfried Eimbeck GmbH
Dental-Labor
Lindener Marktplatz 8
30449 Hannover
Tel. 0511-444361/ 62
Fax 0511-446800



BIOTAN

Gefahr, ihr Leistungsangebot kürzen zu müssen. Für zusätzliche oder gar höhere Erstattungsbeiträge bestehe kein Verhandlungsspielraum. Die Finanzmittel müssen durch Umschichtungen bzw. Einsparungen in anderen Bereichen aufgebracht werden.

Macherey wörtlich: "An diesem Beispiel wird jedem die kurzatmige Politik von

Herrn Seehofer konsequent vor Augen geführt. Der verordnete Sparzwang bestraft diejenigen, die sich letzten Endes vor Krankheit schützen wollen und nach gesundheitlich unbedenklichen Alternativen suchen".

Die IKK-Niedersachsen will sich nachhaltig für die baldige Aufnahme von TITAN in das BEL stark machen.

Video-Fortbildung im kleinen Kreis

Interessierte Zahnärzte/innen aus Köln und Umgebung sind erneut zu einem Fortbildungstreffen eingeladen. Wie bei den vorherigen Zusammenkünften werden wir gemeinsam ein amerikanisches Video ansehen. Thema wird wegen der zunehmenden Bedeutung dieser Therapiemöglichkeiten die zahnfarbene Versorgung von Kavitäten (Kunststoff-Füllungen etc.) sein.

Gern können Sie für die Diskussion eigene Materialien und Problemstellungen mitbringen.

Zusätzlich wird es Infos über neuartige Dentalwerkstoffe und Methoden vom Greater New York Dental Meeting geben, aktuelle Ergebnisse aus der Forschung zur Randdichtigkeit von Füllungen, auf Wunsch auch Infos zu den neu in Kraft tretenden Gesetzen und zur Abrechnung von Füllungen.

Der Termin bietet im übrigen als verkaufsoffener Samstag für mitgekommene Familienmitglieder oder auch im Anschluß an das Treffen Gelegenheit zu Weihnachtseinkäufen, zum Bummeln im adventlich geschmückten Köln und zum Besuch des Weihnachtsmarktes. Sie sind herzlich eingeladen!

*Irmgard Berger-Orsag,
DAZ Geschäftsführerin*

Termin:

*Samstag, 7. Dezember 1996,
10.00 - 16.00 Uhr*

Ort:

*NAV-Wirtschaftsdienst, Sedanstr. 13-17,
50668 Köln*

Anmeldung:

*DAZ im NAV-Virchow-Bund, Belfortstr. 9,
50668 Köln, Tel. 0221-973005-45,
Fax 0221-7391239*

Doppelter Schutz mit **einer** Vorsorgemaßnahme

Fluoridiertes Jodsalz schützt vor Kropf und Karies

Empfehlungen der Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde zur Jodmangel- und Kariesvorbeugung

Die Karies ist immer noch die am häufigsten auftretende und zugleich teuerste Einzelerkrankung der Deutschen und damit eine echte Volkskrankheit. Einer Studie des Bundesgesundheitsministeriums zufolge müssen für Karies und dadurch bedingte Folgeerkrankungen jährlich über 20 Milliarden Mark aufgewendet werden. Das sind etwa 42 Prozent aller Aufwendungen für ernährungsabhängige Krankheiten.

Dieser hohe finanzielle Aufwand ist um so bedenklicher, als sich in kaum einem anderen medizinischen Fachgebiet Krankheiten so einfach und sicher verhindern lassen wie in der Zahnmedizin. Ein ganz wesentlicher Schutzfaktor zur Vermeidung von Karies ist beispielsweise die ausreichende Zufuhr von Fluorid.

Ein ähnlich negatives Bild ergibt sich in Deutschland bei den ebenfalls ernährungsbedingten Jodmangelkrankheiten. Auch hier wäre durch eine Verbesserung der Jodversorgung ein Großteil der jodmangelbedingten Schilddrüsenkrankheiten zu vermeiden.

Die Beseitigung dieser beiden Volkskrankheiten ist u. a. auch ein wichtiges Anliegen der Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Sie empfiehlt deshalb allen

Familien zur Jodmangel- und Kariesvorbeugung ein jodiertes und fluoridiertes Speisesalz zu verwenden, das in Deutschland als „Jodsalz mit Fluorid“ im Handel ist.

Diese Empfehlungen gelten für alle Haushalte, die an eine Trinkwasserversorgung mit einem Gehalt von weniger als 0,7 Milligramm Fluorid je Liter angeschlossen sind. Das sind in Deutschland die Mehrzahl aller Haushalte. Wird im Haushalt zum Würzen der Speisen kein „Jodsalz mit Fluorid“ benutzt, sollten zum Schutz vor Karies Fluoridtabletten eingenommen werden.

Dies gilt vor allem für Säuglinge und Kleinkinder, die bis zum Ende des zweiten Lebensjahres ohnehin eine kombinierte Vitamin D-Fluoridtabletten Prophylaxe erhalten sollten, so die Ernährungskommission.

Eine regelmäßige Fluoridzufuhr, z.B. durch Fluoridtabletten oder fluoridiertes Jodsalz, ist neben der richtigen, möglichst zuckerarmen Ernährung und der regelmäßig betriebenen Mundhygiene eine dritte, eigenständige Möglichkeit der Kariesprophylaxe. Nach Auffassung der Ernährungskommission wird diese wichtige Säule der Kariesprophylaxe derzeit in der Bevölkerung allerdings

Jod und Fluor wichtige Bausteine für unsere Gesundheit



So machen Sie es richtig



Tag für Tag Bad Reichenhaller Jodsalz mit Fluor anstelle des normalen Salzes. Fluorid härtet den Zahnschmelz, Jod ist genauso wichtig wie Vitamine. Jod und Fluor sind für unsere Gesundheit wichtig.

Das Salz der Alpen, die Geschmackskraft der Natur.

noch zu wenig genutzt, obwohl gerade sie das Kariesrisiko deutlich senken kann.

Allgemein empfehlen die Experten der Ernährungskommission, bei einer Verwendung von fluoridiertem Jodsalz im Haushalt, mit Ausnahme der Säuglinge, auf die zusätzliche Einnahme von Fluoridtabletten zu verzichten. Dagegen kann diese innerliche Prophylaxemaßnahme durch äußerliche Fluoridanwendungen sinnvoll ergänzt werden. Kinder im Vorschulalter sollten zu diesem Zweck fluoridhaltige Kinderzahnpasten benutzen. Für Schulkinder und Erwachsene werden fluoridhaltige Zahnpasta, Gelees oder Spüllösungen empfohlen.

Eine Fluorid-Überdosierung, die eventuell Zahnschmelzflecken hervorrufen könnte, ist bei dieser weltweit bewähr-

ten Prophylaxemöglichkeit nicht zu befürchten. Zum einen ist der Fluoridgehalt im Speisesalz so niedrig gehalten, daß derartige Risiken gar nicht erst entstehen können. Zum anderen werden im Haushalt im Durchschnitt pro Erwachsener und Tag nur etwa zwei Gramm Speisesalz verzehrt. Selbst bei Säuglingen, die mit dem notwendigen Vitamin D in Tablettenform gleichzeitig Fluorid erhalten und mit dem Familienessen zusätzlich Fluorid zu sich nehmen, ist keine Überdosierung zu befürchten.

Da nahezu drei Viertel aller Bundesbürger bereits Jodsalz im Haushalt verwenden, empfehlen die Experten der Ernährungskommission in Zukunft darauf zu achten, daß dieses Salz gleichzeitig auch noch mit Fluorid angereichert ist, da dann mit **einer** Vorsorgemaßnahme ein doppelter Schutz möglich ist.



Wir liefern Ihre (luftgesteuerte) Dentaleinheit

MEYER Superdenta

MEYER Superdenta

MEYER Superdenta

Erbacher Str. 33
65346 Eltville am Rhein
Tel. 06123 - 10 60
Fax 06123 - 6 39 38

Zusammenkommen ist ein
Zusammenbleiben ist ein
Zusammenarbeiten ist ein

*Beginn
Fortschritt
Erfolg*

(Henry Ford I.)

BERND
LORENZ
DENTAL
TECHNIK

WALDFRIEDHOFSTR. 15/II
81377 MÜNCHEN
TELEFON 089 715588
TELEFAX 089 715550

Direktversicherung

Personalkosten sind in den Praxen der höchste Einzeletat. Daher ist seine Stabilisierung oder gar Senkung eine der effektivsten Maßnahmen zur Kostenkontrolle. Gleichzeitig darf aber die Leistungsfähigkeit der Praxen dadurch nicht abnehmen. Ebenso ist eine ausreichende und sichere Altersversorgung ein legitimes Anliegen der Mitarbeiterinnen. Beides läßt sich durch eine Direktversicherung sogar mit staatlicher Hilfe zur Deckung bringen. Direktversicherungen können sein:

- Risikolebensversicherung (Versicherungsleistung nur bei Tod der Arbeitnehmerin)
- Kapitallebensversicherung (Versicherungsleistung bei Tod, spätestens jedoch bei Ablauf der vereinbarten Laufzeit)
- Rentenversicherung (Versicherungsleistung in Form einer Rente bei Ablauf der vereinbarten Laufzeit)
- Rentenversicherung mit Kapitalwahlrecht (bei Ablauf der vereinbarten Laufzeit kann als Versicherungsleistung zwischen einer laufenden Rente oder einer einmaligen Kapitalzahlung gewählt werden)
- Unfall- und Berufsunfähigkeitsversicherung mit Prämienrückgewähr (bei Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer hat die Arbeitnehmerin einen Anspruch auf Rückzahlung der Prämien)
- Unfallzusatzversicherung in Kombination mit einer Lebensversicherung (bei einem Unfall erhöht sich die Versicherungsleistung)

- Berufsunfähigkeitsversicherung in Kombination mit einer Lebensversicherung (die Versicherungsleistung wird außer bei Tod und Zeitablauf auch im Fall der Berufsunfähigkeit der Arbeitnehmerin fällig).

Die Erträge sind bei einer Mindestlaufzeit von 12 Jahren steuerfrei.

Die Beiträge sind mit nur 20% pauschal zu versteuern unter folgenden Bedingungen:

- maximaler Beitrag DM 3408.-/Jahr
- Versicherungsschutz während der gesamten Vertragsdauer mindestens 50% der vereinbarten Kapitalleistung
- (Rest-)Laufzeit von mindestens 5 Jahren bzw. Kapitalwahlrecht nach frühestens 5 Jahren auszuüben (auch nach Erhöhung der Beiträge)
- Laufzeit darf nicht vor dem 59. Geburtstag der Arbeitnehmerin enden
- vorzeitige Kündigung durch Arbeitnehmerin ausgeschlossen (Beitragsfreistellung aber jederzeit möglich)
- Sicherung eines Privat- oder Baudarlehens nicht zulässig
- begünstigt nur für das erste Dienstverhältnis (Steuerklasse I bis V)

Die Beiträge werden finanziert durch

- a) zusätzlich zum Arbeitsentgelt zu erbringende Leistungen der Arbeitgeberin und/oder
- b) Gehaltsumwandlung aus laufendem Arbeitsentgelt und/oder
- c) Sonderzuwendungen (z.B. Weihnachts- oder Urlaubsgeld)

In den Fällen b) und c) entsteht automatisch ein sofortiges unwiderrufliches Bezugsrecht zugunsten der Mitarbei-

terin. Bei Ausscheiden kann sie die Direktversicherung beitragsfrei stellen oder mit eigenen Beiträgen fortführen, dann gelten natürlich die o.g. Steuervergünstigungen und -bedingungen für die zukünftigen Beiträge nicht mehr. Jedoch sind sie u.U. als Vorsorgeaufwendungen steuerlich relevant. Die Steuerfreiheit der Erträge gilt bei einer Mindestlaufzeit von 12 Jahren weiterhin.

Andererseits kann mit Zustimmung des Versicherers und Erfüllung der Bedingungen eine bestehende Versicherung in eine Direktversicherung umgewandelt werden.

Werden für eine Mitarbeiterin mit Steuerklasse I/IV ohne Kirchensteuer bei einem Jahreslohn von DM 36.000

normalerweise DM 19.983,42 Steuer und Sozialabgaben abgeführt (aufgrund der unterschiedlichen Krankenkassen- und BGW-Beiträge können diese und die folgenden Werte geringfügig schwanken), so sind die Beiträge zu einer Direktversicherung in den Fällen a) und c) sozialabgabenfrei und es werden für dieselbe Mitarbeiterin bei dem maximal möglichen Jahresbeitrag zur Direktversicherung von DM 3408 im Falle c) nur DM 17.526,36 Steuer und Sozialabgaben fällig. Über 50% der Sozialabgabensparnis spart der Betrieb, nämlich DM 869,55 z.B. für notwendige Gehaltsanpassungen. Die Mitarbeiterin spart sogar DM 1.587,51 bzw. wendet für Versicherungsbeiträge im Werte von DM 3408 nur Nettoeinkommen in Höhe von DM 1820,49 auf. Allerdings sinken

Jahreslohn	36.000,00	36.000,00	Ersparnis
- Direktversicherung Beitrag	0,00	3.408,00	
- Pauschalsteuer	0,00	732,72	
=normal steuer- und sozialabgabenpflichtiger Jahreslohn	36.000,00	31.859,28	
Arbeitnehmerin			
Lohnsteuer normal Klasse I/IV	4.859,00	3.471,00	
+ Solidarität normal (7,5% von LSt)	364,42	260,33	
+ Kirche normal (0% von LSt)	0,00	0,00	
+ Lohnsteuer pauschal	0,00	681,60	
+ Solidarität pauschal (7,5% von LSt)	0,00	51,12	
= STEUER	5.223,42	4.464,05	759,37
+KK,Rente,AL,Pflege ArbN (ca. 20%)	7.200,00	6.371,86	828,14
=Ersparnis Arbeitnehmerin			1.587,51
Arbeitgeberin			
KK,Rente,AL,Pflege ArbG (ca. 20%)	7.200,00	6.371,86	
+BGW,U2 ArbG (ca. 1%)	360,00	318,29	
=SOZIALABGABEN ArbG	7.560,00	6.690,45	869,55
=Ersparnis Arbeitgeberin			869,55

ihre Sozialversicherungsansprüche geringfügig. Jede andere Alterssicherung hätte aber wohl ein schlechteres Preis-Leistungs-Verhältnis, da sie aus steuer- und sozialabgabenbelastetem Lohn bestritten werden müßte.

Wichtig ist noch eine Vereinbarung über den Ausschluß von Arbeitgeberleistungen in sogenannten entgeltfreien Zeiten (Mutterschaft, Erziehungsurlaub, unbezahlter Urlaub, längere Krankheit, Fortbildung und andere unbezahlte Zeiten) sowie der Abschluß einer Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit der Mitarbeiterin, die jährliche Prämienzahlung spart im übrigen die sonst üblichen Zuschläge für monatliche Zahlweise.

Entscheidend für ein gutes Endergebnis ist der Fortbestand der staatlichen Vergünstigung (bei deren Abschaffung müßte neu gerechnet und evtl. beitragsfrei gestellt werden), und die Wahl eines guten Lebensversicherers. Hierüber finden sich verlässliche Informationen in Finanztest 1/96.

Andere Sparmöglichkeiten sind die Übernahme von Fahrt- und Kindergartenkosten.

Einzelheiten s. TK-Lex-Arbeitgeber-Diskettenlexikon der Techniker-Krankenkasse.

ZA Bernd Mattuschka,
Hamburg

Hilfe für Arbeitgeber

Daß auch ein pfiffiger Mensch seinen Steuerberater nicht versteht, „mißversteht“ oder die Auskünfte als „dürftig

empfindet, muß nicht nur am Menschen liegen...Dem computerisierten Zahnarzt als Arbeitgeber kann hier geholfen werden: Die Techniker Krankenkasse vertreibt kostenlos ein Diskettenlexikon für Arbeitgeber namens „TK-Lex“ mit Kommentaren und Gesetzen zum Steuer- und Sozialversicherungsrecht, in dem sich die Antworten auf Fragestellungen zeit- und nervensparend (auch außerhalb der Bürozeiten) nachschlagen lassen. Auch unser geliebtes SGB V findet sich dort: *Techniker Krankenkasse, Arbeitgeber-Service 22291 Hamburg*

Betr. Leserbrief im DAZ-forum 54/ S.92

Mitversicherung des Amalgamabscheiders

Das Thema „Mitversicherung des Amalgamabscheiders“ ist im Zuge der Neuordnung des Umwelthaftpflichtgesetzes aufgekommen. Damit bieten alle Haftpflichtversicherer parallel zur einer normalen Betriebshaftpflicht-Versicherung eine Umwelthaftpflicht-Versicherung an.

Bisher bestand der Versicherungsschutz für Ihren Amalgamabscheider im Rahmen der normalen Betriebshaftpflicht-Versicherung. Parallel zur Einführung der Umwelthaftpflicht-Versicherung wurden alle Schäden im Zusammenhang mit Einwirkung von Gasen, Dämpfen, Abwässern etc. auf die Umwelt aus dem üblichen Umfang einer Betriebshaftpflicht-Versicherung herausgenommen.

Im Gegenzug wird jetzt für alle Betriebspflicht-Versicherungen die beitragsfreie Umweltbasisdeckung geboten. Dabei wird in der Regel davon ausgegangen, daß in der Praxis nur allgemein übliche Abwässer, Dämpfe etc. entstehen. Eine Besonderheit stellen alle Anlagen dar, die davon abweichen, wie z. B. Entwicklerflüssigkeit für Röntgengeräte aber auch Amalgamabscheider bei Zahnärzten.

Diese müßten dann eigentlich gegen Prämien mitversichert werden. Die meisten Gesellschaften nehmen allerdings die Mitversicherung des Amalgamabscheiders beitragsfrei vor.

Eine Umstellung des Vertrages nur aufgrund des Vorhandenseins eines Amalgamabscheiders halten wir allerdings nicht für erforderlich, da ja - wie bereits oben gesagt - entsprechender Versicherungsschutz auch über die Bedingungen der Altverträge bestand. Sicherlich wird hier das Vorhandensein der Umweltpflicht-Basisdeckung nur als weiteres Argument für eine ohnehin anstehende Vertragssanierung genutzt.

Den entsprechenden Versicherungsschutz für Ihre ambulante Tätigkeit als Zahnarzt können wir Ihnen zu einem Jahresbeitrag von DM 453,80 zzgl. 15 % Versicherungssteuer anbieten. Die Dekkungssummen belaufen sich dabei auf

DM 2.000.000,- pauschal für Personen- und Sachschäden

DM 50.000,- für Vermögensschäden.

Beitragsfrei mitversichert ist der erwähnte Amalgamabscheider sowie die

Privathaftpflicht-Versicherung für Sie und Ihre Familie.

Sofern Sie einen entsprechenden Abschluß wünschen, rufen Sie uns bitte an, wir senden Ihnen dann kurzfristig die vorbereiteten Vertragsunterlagen.

NAV-Wirtschaftsdienst für Ärzte
Tel.0221-97355-344 Fax 97355152

Am Sparen führt kein Weg vorbei.

Die zahlreichen Sparmaßnahmen in der Gesetzlichen Krankenversicherung führen den GKV-Mitgliedern klar vor Augen, daß es ohne private Vorsorge nicht mehr geht

Ohne Sparmaßnahmen ist die Zukunft der Kassen nicht gesichert. Die zahlreichen Eingriffe des Gesetzgebers belegen den akuten Handlungsbedarf:

- Das bereits beschlossene umfangreiche Sparpaket,
- die Senkung der Beiträge um 0,4 Prozentpunkte zum 1.1.'97 bei gleichzeitiger Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze von 6000 DM auf 6150 DM in den alten Bundesländern und von 5100 DM auf 5325 DM in den neuen Ländern
- und das neue „Eckpunktepapier“ zur Dritten Stufe der Gesundheitsreform

sind Beispiele für den Richtungswechsel in der GKV. Die Konsequenz dieser massiven Sparmaßnahme bringt der Vorsitzende des AOK-Verwaltungsrates Peter

Kirch in der NEUEN OSNABRÜCKER ZEITUNG auf den Punkt: „Wer sich künftig gegen Krankheitsrisiken absichern will, muß private Zusatzversicherungen abschließen oder kann als Besserverdienender gleich in die Privatversicherung wechseln“.

Das „Eckpunktepapier“

Die Bundesregierung will - nachdem die zustimmungsbedürftigen Teile des Gesundheitsreformgesetzes im Bundesrat abgelehnt wurden - die nicht zustimmungsbedürftigen retten. Emsig tüftelten die Gesundheitspolitiker der Regierungskoalition an einem neuen Gesetz. In Form eines „Eckpunktepapiers“ wurde es am 25. September der Öffentlichkeit präsentiert. Danach sollen beispielsweise Beitragserhöhungen in der GKV gesetzlich mit einer automatischen Aufstockung der Selbstbeteiligung der Versicherten im Arzneimittelbereich und bei Krankenhausaufenthalten verknüpft werden. Ein Zehntel Prozentpunkt Beitragssatzanhebung einer Kasse führt zu einer Erhöhung der Zuzahlung bei Arzneimitteln von einer Mark. Ferner soll als Waffe gegen die immense Defizitentwicklung der GKV der Wettbewerb unter den Kassen gefördert werden - quasi als Anreiz zum effizienten Wirtschaften. Hierfür werden der GKV größere Gestaltungsspielräume in ihrem Leistungsangebot zugestanden: Häusliche Krankenpflege, Übernahme von Fahrkosten, Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen, Auslandsreise-schutz, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und -prävention können danach im Rahmen von Wahlleistungen von den Kassen angeboten werden.

Richtungswechsel in der GKV angekündigt

Gesundheitsminister Horst Seehofer sprach bezüglich dieser neuen Gesetzesinitiativen von „richtungsweisenden Antworten“ auf die Herausforderungen an die GKV. Die Richtung scheint also klar zu sein, denn augenfällig ist, daß es sich um PKV-typische Elemente handelt: Einführung der Kostenerstattung, Vergrößerung der „Gestaltungsleistungen“, Zulassung von Selbstbehalten, Beitragsrückerstattungen sowie ein außerordentliches Kündigungsrecht der Versicherten bei Beitragserhöhungen. Gilt dies als eine Bankrotterklärung des GKV-Systems?

In Zukunft nur noch Basisschutz

Diese Entwicklungen in der GKV zeigen deutlich, was von Fachleuten seit langem vorhergesagt wurde: In Zukunft werden die Versicherten der GKV für ihr Geld lediglich einen Basisschutz erhalten - von einer Vollversorgung kann keine Rede mehr sein. Derjenige, der sich heute gesetzlich versichert, weiß nicht, welchen Schutz er für sein Geld in einigen Monaten, in einem Jahr, geschweige denn in einigen Jahrzehnten bekommen wird. Die bestehende Finanznot der umlagefinanzierten Kassen verschlimmert sich zusätzlich durch die zunehmende Alterung der Bevölkerung: Immer weniger junge Erwerbstätige müssen für immer mehr ältere Versicherte aufkommen.

Von diesem demographischen Problem ist die private Krankenversicherung weitestgehend unabhängig: Sie bildet an-

ders als die GKV- Alterungsrückstellungen für ihre Versicherten. Zur Zeit haben die privaten Krankenversicherungen immerhin etwa 60 Milliarden DM für ihre Versicherten zurückgestellt.

Private Vorsorge tut not

Angesichts dieser Perspektiven tut private Vorsorge not. Der Schutz einer Privatversicherung ist keineswegs ein Schutz, den nur diejenigen in Anspruch nehmen können, die nicht versicherungspflichtig sind. Auch Pflichtversicherte können sich privat Zusatzversichern und so ihren Schutz deutlich verbessern. Und durch die Wahl einer Krankenkasse mit einem niedrigeren Beitragssatz kann dies sogar in vielen Fällen beitragsneutral geschehen.

Der Tarif GZ1 und GZ2

So ist zum Beispiel der Beitrag eines freiwillig versicherten Angestellten in der Techniker Krankenkasse (West) gegenwärtig um 42DM niedriger als in der Barmer Ersatzkasse oder in der Deutschen-Angestellten-Krankenkasse (West). In der AOK Köln zahlt ein solches Mitglied heute 60 Mark, in der AOK Mecklenburg-Vorpommern sogar rund 77 DM mehr als in der Techniker Kasse. Unter Berücksichtigung des Arbeitgeberzuschusses können sich Unterschiede im Zahlbeitrag von bis zu rund 104 DM ergeben. Ein 35jähriges freiwillig versichertes Ehepaar mit zwei Kindern würde zum Beispiel für eine Zusatzversicherung nach Tarif GZN 1 eine Prämie von insgesamt knapp 47 DM zahlen. Diese Familie kann ihren Krankenversicherungsschutz bei wesentlich

niedrigerem Gesamtbeitragsniveau erheblich verbessern.

Der GZN1 und GZ2

Die privaten Zusatzversicherungen GZN1 und GZ2 der CENTRAL bieten Leistungen, die die beim gesetzlichen Krankenversicherungsschutz entstandenen Lücken weitgehend schließen.

1. Bei Zahnersatz und Zahnkronen beträgt die Erstattung der CENTRAL unter Anrechnung der Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bis zu 80% des Rechnungsbetrages. Das heißt, bei maximaler Leistungserstattung der GKV von 65% erstattet die CENTRAL bis zu 15%. Die maximale Erstattungshöhe der CENTRAL beträgt 40% des Rechnungsbetrages. D.h., beteiligt sich die GKV beispielsweise mit 10% an den Aufwendungen, erstattet die CENTRAL bis zu 40%. Der Gesamterstattungsbetrag beträgt dann 50%.
2. Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung übernimmt die CENTRAL den Zuzahlungsbetrag, der je Tag im Krankenhaus zu zahlen ist. Auch die notwendigen Fahrtkosten zur stationären Heilbehandlung (Hin- und Rückfahrt bis zu jeweils 100 km) werden nach Vorleistung durch die GKV erstattet.
3. Die CENTRAL zahlt ein Kurtagegeld in Höhe von DM 10,00 bis zu einer Dauer von 4 Wochen.
4. Bei Auslandsreisen, die nicht länger als acht Wochen dauern, ist der Versicherungsnehmer krankenversichert.

5. Bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien übernimmt die CENTRAL bis zu DM 230,00 für eine neue Brillenfassung, sofern sich die jeweilige Krankenkasse an den entstehenden Aufwendungen beteiligt. Bislang übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung für ein neues Brillengestell 20 DM. Nach den Bestrebungen der Bonner Regierung soll diese Zuzahlung im Rahmen des Sparpaketes in der gesetzlichen Krankenversicherung zukünftig entfallen.

Der Tarif GZ2 bietet alle Leistungsvorteile des GZN1 und darüber hinaus den Vorteil der Kostenübernahme bei privatärztlicher Behandlung im Krankenhaus und der Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.

Beispielhaft haben wir monatliche Beiträge bei Abschluß der Tarife zusammengestellt:

Männer Eintrittsalter			
	20 Jahre	30 Jahre	40 Jahre
GZN1	DM 11,55	DM 14,65	DM 18,65
GZ2	DM 54,85	DM 68,50	DM 91,35
Frauen Eintrittsalter			
	20 Jahre	30 Jahre	40 Jahre
GZN1	DM 16,00	DM 19,10	DM 22,15
GZ2	DM 92,85	DM 107,35	DM 124,00

*Central-Krankenversicherung,
Köln*

Warum die Augen plastisch sehen

oder „Astronauten sehen schärfer“

Die Arbeit des Zahnarztes gehört zu den beruflichen Tätigkeiten, bei denen die Augen in ganz besonderer Weise beansprucht werden. Zum einen benötigen wir die Fähigkeit des Auges, kleine Bezirke über längere Zeit zu fixieren und auf der Netzhaut ruhig und fokussiert zu halten. Zum anderen muß das Auge, das als direkter Teil des Gehirns nicht ohne die Sehrinde gemeint ist, sich von dem betrachteten Bezirk eine konkrete räumliche und inhaltliche Vorstellung machen können. Beide Qualitäten des Auges sind keine Selbstverständlichkeit, auch wenn

die Kamerastruktur des Augapfels dieses nahelegen mag. Tatsächlich reicht auch die Frontalstellung des Augenpaares und der Abstand zwischen den Augäpfeln, der eine parallaktisch verschobene Abbildung gleicher Strukturen auf beiden Netzhäuten mit sich bringt, sowie die „Verrechnung“ beider Bilder in der Sehrinde nicht aus, genau die plastischen Eindrücke von der Urgebung zu erzielen, die wir nun einmal wahrnehmen.

Die Gründe hierfür sind auch vielen Medizinern nicht bekannt.

In der Physiologie lernt man, daß aller Sinneswahrnehmung seit der ersten Kommunikation der Urzelle mit ihrer Außenwelt ein charakteristisches Merkmal anhaftet: Wenn der die Wahrnehmung auslösende Reiz sich nicht ändert, ermüdet die Sinneswahrnehmung schnell, um schließlich ganz zu erlöschen. Wie anders kann man es erklären, daß wir den typischen Geruch unserer Praxisräume bestenfalls noch beim morgendlichen Betreten wahrnehmen, aber danach längst nicht mehr so deutlich empfinden wie unsere Patienten? Der Effekt der Ermüdung der Sinneswahrnehmung ist besonders auffällig im Bereich der Tiefensensibilität erkennbar. Bei ruhiger Körperhaltung, z.B. im Liegen, kann man aufgrund der immer gleichen Aktionspotentiale der Muskelrezeptoren schon einmal die Lage z.B. des Armes im Raum „vergessen“, wenn dieser länger nicht bewegt wird. Jedoch genügt die geringste Reizung der Extremität, und die Sinneswahrnehmung ist wiederhergestellt.

Es sollte nicht überraschen, daß auch der Sehsinn diesem Ermüdungseffekt unterliegt. So weiß man, daß viele Tiere bei ruhiger Kopfhaltung trotz funktionierender Augen praktisch blind sind. Dem Huhn ermöglichen seine ständigen ruckartigen Kopfbewegungen im wesentlichen die genaue Orientierung. Was wir geneigt wären, als einen evolutionär bedingten Nachteil anzusehen, nutzen allerdings viele Lebewesen durchaus als Vorteil. Während diese ruhig auf der Lauer liegen und somit ihre Umgebung optisch nur schemenhaft oder gar nicht wahrnehmen, brauchen sie sich getrost nur auf solche Vorgänge in der Außen-

welt zu konzentrieren, die durch ihre Bewegung den Gesichtssinn erst einschalten, sei es nun die erwartete Beute oder ein Feind.

Uns menschlichen Individuen fällt jedoch die Ermüdung des Sehsinns normalerweise gar nicht auf. Ohne weiteres sind wir in der Lage, gestaltliche und farbliche Eindrücke auch durch ausgedehntes Fixieren, ohne Augen- oder Kopfbewegungen, auf das Deutlichste aufzunehmen, ohne daß der fixierte Bereich vor unseren Augen verschwimmt. Erst bei ausgesprochen starrer, minutenlanger Fixierung werden die Seheindrücke zunehmend gestört.

Daß sich die optische Wahrnehmung des Menschen so grundlegend von der der meisten Tiere unterscheidet, das wurde den Physiologen allerdings nur auf großen Umwegen bekannt. Wie so oft, führte die Beobachtung eines Phänomens aus einem völlig anderen Gebiet auf die erkenntnistheoretische Fährte der Besonderheiten des menschlichen Gesichtssinnes.

Zu Beginn der bemannten Raumfahrt beobachteten die Astronauten die Erdoberfläche mit bloßem Auge. Die Mercury- und Gemini-Besatzungen berichteten dabei übereinstimmend von Beobachtungen sehr kleiner Objekte am Erdboden. So konnten aus 250 bis 300 km Höhe fahrende Lastzüge und Schiffe auf dem Meer klar ausgemacht werden. Verblüfft und ungläubig war man deshalb, weil diese Objekte in dieser großen Entfernung deutlich jenseits des Auflösungsvermögens des Auges liegen, welches bei Tage bestenfalls 1 Bogenminute

beträgt. Damit ist man in der Lage, zwei Punkte, die 1 Millimeter auseinander stehen, noch in einem Abstand von 3,5 Metern getrennt zu sehen.

Ein Objekt mit einer Länge von 30 Metern kann damit noch aus maximal 100 km Entfernung von anderen Strukturen unterschieden werden. Die Raumfahrer in der Erdumlaufbahn waren aber bis zu dreimal soweit entfernt. Glauben schenkte man ihnen erst, nachdem testhalber künstliche Objekte in den kritischen Ausmaßen am Erdboden errichtet worden waren, die von den Astronauten aus großer Höhe präzise nachgezeichnet werden konnten.

Die Erklärung für dieses verblüffende Phänomen blieb lange im Dunkeln, zumal die bekannte Dichte der Sinneszellen in der Fovea centralis absolut keine Variabilität der Sehschärfe ermöglichte. Auch jetzt führte nur wieder ein Zufall weiter, als man nämlich entdeckte, daß die menschlichen Augäpfel auch bei starrem Blick nicht vollkommen ruhig in der Orbita verharren.

Angeregt durch eine rhythmische Innervation der Augenmuskeln mit einer Frequenz von etwa 50 Hz führen die menschlichen Augen (und die einiger weniger höherer Säugetiere) ein fortwährendes Zittern innerhalb der Orbita aus. Obwohl zunächst kaum glaubhaft, so ist doch dieser winzige, für uns völlig unmerkliche Umstand, den die Evolution irgendwann ausprobierte, für das Sehen, wie wir es erleben, von alles entscheidender Bedeutung. Denn genau dieser unaufhörliche geringe Augentremor ist es, welcher dem unweigerlichen

Ermüdungseffekt, dem auch die optische Wahrnehmung unterliegt, ein Schnippchen schlägt. Mit den so erzeugten minimalen Schwenks des Augapfels wird nämlich ein und dasselbe Detail der fixierten Umgebung auf eng nebeneinanderliegenden Arealen der Fovea centralis 50 mal pro Sekunde hin und her „geblendet“. Die Sehrinde verrechnet dann diesen im Grunde verwaschenen Eindruck zu einem einzelnen ermüdungsfreien Bild.

Die Kenntnis dieses Umstandes gibt sofort einen Erklärungsansatz für die beobachtete Erhöhung der optischen Auflösung in der Erdumlaufbahn. Während der Augapfel am Erdboden unter dem Einfluß der Schwerkraft nur eine eingeschränkte Zitterbewegung ausführen kann, so ist der Effekt in der Schwerelosigkeit deutlich größer, weil hier der Bulbus sehr viel lockerer in der Orbita liegt und die 50 Hz-Innervation damit die Sinneseindrücke auf einem größeren Areal des gelben Fleckes herumtanzen läßt. Daß dieses innerhalb der Sehrinde nicht einfach nur als verschwommenes Bild erkannt wird, sondern vielmehr die Sehschärfe deutlich verbessert, zeigt die erstaunliche Anpassungsfähigkeit des menschlichen Organismus auch in diesem Bereich.

An dieser Stelle nun die Betrachtungen abubrechen, würde allerdings die interessanteste Erkenntnis im Zusammenhang mit dem Augenzittern unerkannt lassen. Die Forscher interessierte nun natürlich, wie sich denn die Seheindrücke des Menschen verändern, wenn man den Tremor des Augapfels ausschaltete. In Selbstversuchen anästhe-

sierten sich Forscher ihre Augenmuskeln und legten damit die Oculomotorik für einen kurzen Zeitraum still. Andere Versuche ohne vorherige Anästhesie nutzten ein Spiegelsystem, welches ermöglichte, nur die Sehindrücke auf die (zitternde) Netzhaut zu projizieren, die vorher von der (im gleichen Maße zitternden) Hornhaut reflektiert worden waren, um so auf optischem Wege den Tremor auf Null zu reduzieren.

Die so entstandenen Berichte der optischen Eindrücke der Forscher lesen sich förmlich wie Gruselgeschichten. Durch langsame Kopfbewegungen entstand ein, wenn auch sehr unscharfer Eindruck der vorbeiziehenden Außenwelt. Bei ruhiger Kopfhaltung ergab sich ein stehendes, schemenhaftes Bild, welches jedoch bei weiterer Ruhighaltung des Kopfes nach einigen Sekunden in sich zusammenbrach. Geringes Drehen des Kopfes in beide Richtungen verschaffte länger anhaltende optische Eindrücke, ohne daß dabei jedoch ein wirklicher räumlicher Eindruck entstand.

Eine unbewegte Außenwelt erschien bei fortwährend ruhiger Kopfhaltung nur noch wie ein fahler Nebel. Deutliche Sinneseindrücke ergaben sich für den ruhigen Beobachter erst wieder durch einzelne Objekte, die sich durch das Gesichtsfeld bewegten. Es war aber bei gleichmäßigem Blick nicht möglich, diese in irgendeiner Beziehung zu der gleichzeitig im Blickfeld befindlichen ruhenden Umgebung zu erkennen, da von dieser wegen der konstanten Lichtsignale nur der Eindruck „Nebel“ empfunden wurde. Bewegte Objekte schie-

nen also in einem unwirklichen leeren Raum zu tanzen und hatten wegen ihres plötzlichen Erscheinens sogar eine angstausslösende Wirkung.

Es wird damit deutlich, daß ein Lebewesen, dessen Linsenauge mit dem Handicap des „starren Blicks“ behaftet ist, von der Außenwelt nicht den abbildhaften Eindruck erhält, den wir so selbstverständlich für real zu akzeptieren gelernt haben. Während das Maß der von uns tatsächlich erkannten Wirklichkeit ein anderes erkenntnistheoretisches Problem darstellt, so soll hier die Feststellung genügen, daß die Fähigkeit des Menschen, die Umwelt wirklich gestaltlich und räumlich mit ihren gleichzeitig bewegten und unbewegten Teilen zu erkennen, auf einem speziellen okulomotorischen Trick beruht. Die tremorlosen Augen der meisten Tiere weisen hingegen auf die ursprüngliche Aufgabe von Linsenaugen in der Evolution hin: Nicht das Abbild der Umwelt war interessant, sondern nur die Wahrnehmung von Bewegung.

Eine winzige Laune der Evolution führte also erst dazu, höheren Säugetieren einen entscheidenden Vorteil nicht nur bei der Orientierung in der Welt zu verschaffen. Gerade die Entwicklung des Bewußtseins und der Intelligenz wurde erst durch diesen Wahrnehmungsvorteil einschneidend gefördert, da nur das räumliche gestaltliche Erkennen die Außenwelt als ein Objekt des Interesses in den Erfahrungsschatz der Art einführte.

*Dr. Eberhard Riedel,
München*

Buchbesprechungen

Hans Jörg Staehle:

Wege zur Realisierung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde in Deutschland

-Förderung erfolversprechender Strategien, Aufholung von Versäumnissen, Korrektur von Fehlentwicklungen

Carl Hanser, München 1996, 154 Seiten, 12 Abbildungen (sw), 14 Tabellen, kartoniert, DM 48,00.- ISBN 3-446-18549-6

„Hoffentlich wird dieses Buch von möglichst vielen gelesen, die an Entscheidungsprozessen zur zukünftigen Entwicklung der Zahnheilkunde in Deutschland beteiligt sind!“ So lautet das Resümee nach der Lektüre des etwa DIN A 5-formatigen Buches.

In insgesamt fünf Kapiteln- Einleitung und Schlußbemerkung eingeschlossen- definiert der Autor zunächst kurz und knapp Zielsetzungen für die Gebiete der Kariologie und Parodontologie für die nächsten zehn Jahre und zeigt Defizite der derzeitigen zahnmedizinischen Versorgung auf. Danach werden eingehend die Rahmenbedingungen dargestellt, die geschaffen werden müssen, um eine präventionsorientierte Zahnheilkunde zu ermöglichen. Diese soll nicht nur das Ziel verfolgen, Schäden zu vermeiden, sondern umfaßt auch die nicht bzw. minimal invasive Frühbehandlung bereits eingetretener kleiner Schäden sowie schadensgerechte Erst- und Austauschversorgungen. Dazu gehört auch, daß nicht jede imperfekte Restauration automatisch ausgetauscht wird, son-

dern die Entscheidung zur therapeutischen Vorgehensweise von der individuellen Situation des Patienten abhängig gemacht wird. Eine Umsetzung dieses Therapiekonzeptes erfordert zwangsläufig auch das Beschreiten neuer Wege in der Diagnostik. Statt der einmaligen Diagnose mit anschließendem Therapieentscheid soll in Zukunft die Verlaufsbeobachtung an Gewicht gewinnen.

Breiten Raum gibt der Autor auch der Bearbeitung der Frage, wie die als medizinisch und gesundheitspolitisch richtig erkannten Maßnahmen umgesetzt werden können, welches die handelnden Kräfte sein sollen und welche Hindernisse auf dem Weg in eine präventiv orientierte zahnmedizinische Zukunft zu überwinden sind.

Wissenschaftliche Erkenntnisse darüber, wie die Zahnmedizin der Zukunft aussehen könnte, sind weitgehend vorhanden. Daher ist ihre Realisierung weniger eine wissenschaftliche, als vielmehr eine gesundheitspolitische Aufgabe. Der Autor warnt jedoch eindringlich vor Fehlentwicklungen, wie dem exzessiven kommerziellen Marketing, dessen Triebfeder nicht immer das Streben nach der maximalen Gesundheit des Patienten, sondern häufig nur der Wunsch nach Gewinnmaximierung ist. Als falsch wird auch der Versuch gewertet, mit dem Ziel der Kostendämpfung das bisherige Prinzip der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung durch ein Verschuldungsprinzip zu ersetzen, weil es aus wissenschaftlicher Sicht nicht vertretbar ist, Karies und Parodontitis als „selbstverschuldete“ Erkrankungen zu definieren.

Der Autor verweist darauf, daß die Zukunft der Zahnmedizin nur durch das gemeinsame Handeln aller relevanten Kräfte gemeistert werden kann und daß als Voraussetzung für dieses Handeln ein zahnmedizinischer Grundkonsens definiert werden muß. Das Buch ist daher auch ein Appell zur konstruktiven Zusammenarbeit an alle, die an der Zukunftsgestaltung der Zahnmedizin beteiligt sind. Dazu zählen Zahnärzteschaft, Hochschulen, wissenschaftliche Fachverbände, Standespolitik, Kostenträger, Industrie sowie gesundheits- und sozialpolitische Instanzen. Zumindest für alle Entscheidungsträger dieser Gruppierungen sollte das vorliegende Buch zur unbedingten Pflichtlektüre werden. Es könnte zur Keimzelle für den bis heute leider fehlenden zahnmedizinischen Grundkonsens werden.

Dr. Stefan Zimmer, Berlin

Heinrich Friedrich Kappert (Hrsg.)

**Vollkeramik
Werkstoffkunde-Zahntechnik-Klinische Erfahrungen**

Quintessenz Verlags-GmbH Berlin, 1996
245 Seiten, DM 198.- ISBN 3-87652-088-6

Keramische Werkstoffe sind heute ein unverzichtbarer Bestandteil in der Zahnheilkunde. Bei hoher Biokompatibilität sind herausragende ästhetische Resultate möglich. Die Erfahrungen zeigen aber, daß eine präzise Indikation, die genaue Kenntnis des verarbeiteten Werkstoffes und eine exakte zahnärztliche

Ausführung Voraussetzungen für den klinischen Erfolg sind.

Das Buch „Vollkeramik“ ist in meinen Augen eine sehr gute Empfehlung für alle Kollegen -vor allem für langjährige Praktiker- die sich mit der ästhetischen Zahnheilkunde auseinandersetzen wollen. Die fünfzehn Co-Autoren zeigen umfassend den heutigen Stand der Technik und des Wissens auf. Die Dentalkeramik wird in ihrer vollen Indikationsbreite, wie Inlays, Onlays, Teilkronen, Veneers und Einzelzahnkronen demonstriert. Da ausführlich die Grundlagen besprochen werden, dient dieses Buch auch als Nachschlagewerk, um offene Fragen zu beantworten. Es hilft die Schwellenangst vor dem Umgang mit der spröden, zerbrechlichen Keramik zu überwinden.

Der erste Teil des Buchs beschäftigt sich in sechs Kapiteln auf 116 Seiten mit den werkstofflichen Grundlagen. Die Werkstoffeigenschaften und die Zusammensetzungen werden ebenso umfassend präsentiert wie keramische Prüfverfahren und klinische Erfahrungsberichte. Jedem Kapitel ist ein Literaturverzeichnis zugeordnet, falls die vorhandene Information nicht ausreicht.

Im zweiten Teil wird auf 105 Seiten die zahntechnische Verarbeitung und die klinische Erfahrung von dentalkeramischen Systemen präsentiert. Je zwei Kapitel beschäftigen sich mit Dicor, Optec-HSP, IPS-Empress und In-Ceram. Sehr gut ausgewähltes Bildmaterial, Fallbeispiele und kritische Bewertungen der jeweiligen Werkstoffe geben eine Fülle von Hinweisen und Anregungen. Auch wenn in der Praxis in Zusammenarbeit mit

dem eigenen Zahntechniker die Entscheidung für nur ein System erfolgt, helfen die Vergleiche mit den anderen Systemen zur kritischen Standortbestimmung.

Im Schlußkapitel wird auf zehn Seiten ein Ausblick auf zukünftige Perspektiven für metallfreie Seitenzahnversorgungen mit Kronen und Brücken gegeben.

Ein ideales Buch, um die theoretische Basis zu sichern. Ein sicheres Standbein für alle Kollegen, die in Ergänzung mit einem praktischen Arbeitskurs über dasselbe Thema den zukünftigen Herausforderungen des Praxisalltags gelassener entgegensehen wollen.

*Dr. Helmut Simon
München*

Dr. med. dent. Karlheinz Kimmel, (Hrsg.)

Der Dental Almanach 1996/97

Dental Echo, Heidelberg 1996, 19. Ausgabe, 400 Seiten, DM 55,- (+ Versandkosten).

Seit 1951 ist der Dental Almanach ein weltweit bekanntes und anerkanntes Nachschlagewerk, wenn es um die Anschriften im nationalen und internationalen Industrie-, Handels-, Wissenschafts-, Ausbildungs-, Organisations- und Normungsbereich innerhalb der zahnmedizinisch-zahntechnischen Fachwelt geht. Die jetzt erschienene 19.

Ausgabe ist erneut überarbeitet worden und entspricht dem gegenwärtigen Stand der Entwicklung.

Mit erheblichem Einsatz haben Dental Echo-Verlag und -Redaktion das umfangreiche Material gesammelt und ausgewertet.

Neben dem von keiner anderen Publikation erreichten Adressenverzeichnis (einschließlich der Bezugsquellen für rund 1000 Produktarten) sind die Listen nationaler (DIN, ADA), europäischer (CEN) und internationaler (ISO) Dentalnormen besonderer Schwerpunkt dieses Almanachs.

Neu sind die Informationen über die „Benannten Stellen“, die für die Auditierung und Zertifizierung nach den Normenreihen (DIN EN) ISO 9000 und (DIN) EN 46000 zuständig sind. Generell spielt die Europäisierung dieser DA-Ausgabe eine wichtige Rolle.

Einen optimalen Überblick über die derzeitige Dentalmarkt-Situation bietet der Einführungsbeitrag des DA-Herausgebers, Dr. K. Kimmel, der auf einer langjährigen Untersuchung des Internationalen Institutes für Zahnärztliche Arbeitswissenschaft und Technologie beruht. Dieser umfangreiche IIZAT-Bericht kann von Nicht-VDDI-Mitgliedern zum Preis von DM 350,- bezogen werden beim:

*IIZAT Löhrrstraße 139, 56068 Koblenz,
Fax +49 (0)261-34609*

Nächster Redaktionsschluß:

1.12.1996

Schnell

Erfahrung

Routine

Vertrauen

Initiative

Creativität

EDV Meßtechnik

Praxisbedarf

Unsere Know How
– Ihr Vorteil

Resultate



Gebr. Genal GmbH

Dentalmedizinische Großhandlung
Riedener Weg 66 82319 Starnberg

Telefon 0 81 51 - 30 05

Telefax 0 81 51 - 30 06

Leserbriefe... Leserbriefe... Leserbriefe...

Betr.: „Vom linken Hörensagen“ im forum 54 (Editorial)

Sehr geehrter Herr Kollege Hey!

Es passiert mir nicht alle Tage, daß eine meiner Äußerungen zum Gegenstand eines Editorials wird. Ich würde mich geschmeichelt fühlen, wenn nicht die mir unterstellte Haltung von Ihnen mit den Attributen „schlimm“, „flauer Standpunkt“, „Heuchelei“ und „Diffamierung“ bedacht worden wären.

Der Anlaß war doch ein ganz harmloser. Eine Kollegin hat mir Ihre Verbandszeitschrift und weiteres Informationsmaterial zusammen mit einigen freundlichen Zeilen zugeschickt, vermutlich auf Veranlassung eines wegen seines Idealismus von mir hochgeschätzten Kollegen, der - zurecht - auch bei mir eine gewisse idealistische Gesinnung erkannt zu haben glaubte. Meine Reaktion war, wie Sie offensichtlich nicht richtig erkannt haben, eine freundliche, voll lauterer Absicht. Ich habe mich bedankt, Sie beglückwünscht und damit ermutigt, und Ihnen den Fingerzeig gegeben, daß es Gleichgesinnte auch außerhalb Ihres Verbandes gibt. Eine Begründung, warum ich nicht auch gleich einen Aufnahmeantrag stelle, wäre nicht notwendig gewesen, aber ich glaubte sie doch geben zu sollen. Damit habe ich aber offensichtlich in ein Wespennest gestochen.

Ich gebe zu, daß das von mir gebrauchte Wort „linkslastig“, das aus dem Vokabular des Bürgertums stammt und nur

mit einer bestimmten Blickrichtung und meist mit negativem Unterton gebraucht wird, schon geeignet sein könnte, Emotionen auszulösen, zumindest bei einem „linken Zahnarzt“ mit Identifikationsschwierigkeiten. Ich versichere, daß ich niemanden damit beleidigen wollte. Im übrigen halte auch ich das Etikett „links“ oder „rechts“ für untauglich, einen differenzierten weltanschaulichen und gesellschaftspolitischen Standpunkt zu charakterisieren.

Im übrigen habe ich in dem erwähnten Brief nicht selbst eine Linkslastigkeit des DAZ behauptet, ich habe nur gesagt, daß man dem DAZ Linkslastigkeit nachsagt. Das würde mich zwar nicht weiter stören und ich habe auch keine Berührungängste, aber ich möchte doch darauf hinweisen dürfen, daß der DAZ Gemeinschaftstagungen mit der VDZM veranstaltet und aus deren Zeitschrift „Artikulator“ sind mir Passagen bekannt, zu deren Inhalt ich eine mindestens ebenso große Distanz einnehmen möchte, wie zu Äußerungen aus dem Freien Verband.

Ohne triftigen Grund möchte ich jedenfalls nicht Gefahr laufen, daß mir ein falsches Etikett angehängt wird. Das hat mit lau nichts zu tun. Man kann auch ein nichtorganisierter Idealist sein und seinen Standpunkt, z.B. in der Lehre und in Veröffentlichungen, klar zum Ausdruck bringen. In diesem Zusammenhang verweise ich auf meinen Artikel „Zahnarzt und Gesellschaft“ in: Ketterl, W. (Hrsg.) Zahnärztliche Praxisführung, Hanser Verlag, München '91 und „Das Burnout-Syndrom“ im Zahnärztekalendar 1995.

Wenn ich von der Einleitung Ihres Editorials absehe, gewinne ich ohnehin den Eindruck, daß es Ihnen gar nicht um meinen Standpunkt geht. Ich habe wohl nur das Stichwort geliefert, Ihren Ärger - vielleicht zum wiederholten Male - Luft zu machen. Erlauben Sie mir als Außenstehendem dazu eine Anmerkung. Ich glaube nicht, daß Ihre Ideen deswegen die von Ihnen gewünschte große Akzeptanz nicht finden, weil Sie „in die linke Ecke geprügelt werden“- soviel Gruppengeist haben die Zahnärzte nicht- sondern weil auch bei den Zahnärzten der menschliche Egoismus stärker ist.

Abschließend möchte ich Ihnen eine persönliche Frage stellen: Könnte es sein, daß Ihre scharfe, dem Anlaß eigentlich nicht angemessene Reaktion in Ihrem Editorial in einer bei Praktikern weit verbreiteten Animosität gegen Hochschullehrer zumindest eine Teilerklärung findet?

*Prof. Dr. H.G.Sergl
Klinikum der J. Gutenberg-Universität
Poliklinik für Kieferorthopädie
Augustusplatz 2
55101 Mainz*

Sehr geehrter Herr Professor Sergl,

Für den freundlichen Grundtenor Ihres Leserbriefes möchte ich mich ausdrücklich bedanken, weil Sie, natürlich, auch hätten beleidigt sein können. Sie haben recht- Ihr Schreiben mit der Nachsage der Linkslastigkeit des DAZ hat mir das Stichwort geliefert, um meine Enttäuschung zu formulieren und meinem Ärger Luft zu machen.

Dem DAZ das Etikett „links“ anzuheften, das ja wohl nichts anderes bedeuten soll als extremistisch, unseriös oder so etwas, ist ja nicht neu. Es wurde und wird vom Freien Verband immer dann verwendet, wenn man auf uns reagieren zu müssen glaubt, aber einer Diskussion über die Sache selbst aus dem Weg gehen will. Und das hat ja auch 15 Jahre ganz gut funktioniert, weil so wenige Kollegen bereit sind, sich die Arbeit einer eigenen Meinungsbildung zu machen. Es ist bequemer, ein Pauschalurteil Dritter zu übernehmen und zudem verlockender, den Marketing-Konzepten der Cash-Praxis des Freien Verbandes nachzulaufen.

Natürlich wissen auch wir, daß es Gleichgesinnte außerhalb unseres Verbandes gibt. Das nützt aber wenig, weil die Arbeit, die wir für den ganzen Berufsstand leisten, nicht nur auf die moralische Unterstützung unsichtbarer Kollegen, sondern auch auf ihre Mitarbeit und die Finanzierung durch Mitgliedsbeiträge angewiesen ist.

Es mag auch sein, daß die Bereitschaft, sich für irgendetwas zu engagieren, und sei es nur in Form einer passiven Mitgliedschaft, in unserer Gesellschaft generell rückläufig ist. Wenn jemand aber an seinem Eintritt in einen Verband durch das Etikett „links“ gehindert wird, dann muß das den Widerspruch dessen auslösen, der glaubt, daß das für den DAZ nicht zutrifft. Andererseits meine ich, daß man es sich zu einfach macht, wenn man unterstellt, der DAZ und die VDZM seien der gleiche Haufen, weil sie eine jährliche gemeinsame Veranstaltung durchführen. Auch ich habe meine Schwierigkeiten mit manchen Passagen im Artikulator- aber das nur nebenbei.

Ihre Vermutung, meine Reaktion auf Ihren Brief sei in einer Animosität gegen Hochschullehrer begründet, trifft so pauschal nicht zu. Viele Kollegen im DAZ sind aber wie ich darüber enttäuscht, daß so wenige Hochschullehrer unseres Berufsstandes bislang den Mut gebracht haben, sich aus ihrem Elfenbeinturm von Forschung und Lehre wenigstens hinauszulehnen und sich offen auch mit berufspolitischen und berufsethischen Problemen auseinanderzusetzen. Kritisches gäbe es da ja weiß Gott genug anzumerken. Nichts, was der DAZ 16 Jahre lang an Vorschlägen, Initiativen und Konzepten erarbeitet hat, fand ein Echo an den Universitäten, obwohl die Bewertung und Qualitätssicherung zahnärztlicher Leistungen, die Umsetzung breitenwirksamer Prophylaxe oder die Realisierung einer zeitgemäßen Studienreform Themenbereiche sind, die kurz- und mittelfristig von existentieller Bedeutung für uns alle sind und sich zweifellos konkret auf die tägliche Praxisarbeit auswirken werden. Es war sogar so, daß die wenigen Professoren wie z. B. Kerschbaum, die aktiv an unseren Studien mitgearbeitet haben, vom Freien Verband in unglaublicher Weise diffamiert wurden, ohne die geringste Rückendeckung von ihren Kollegen zu bekommen.

Als Praktiker fühlen wir uns außerdem in der aktuellen Amalgam- und Palladiumproblematik allein gelassen. Und auch beim Thema Fluoridprophylaxe wäre die Autorität der Universität gefragt, um der Verunsicherung der Bevölkerung durch ein paar Freizeitwissenschaftler entgegenzuwirken. Sogar unsere Initiative zur Einführung von fluoridiertem Speisesalz in Deutschland muß-

ten wir allein durchführen, weil die DGZMK ihre Mitwirkung verweigerte. Auch unserem neuen Antrag beim Gesundheitsminister, fluoridiertes Jodsalz für die Verwendung in Gemeinschaftsküchen und Bäckereien zuzulassen- das Schweizer Erfolgsrezept- versagte die DGZMK die Unterstützung. Selbst bei einer solchen Aktion, die nichts mit Standespolitik, sondern ausschließlich mit Gesundheitsvorsorge zu tun hat, kommt es wohl zuerst darauf an, wer etwas macht und nicht darauf, was gemacht wird.

Mit Animosität hat das alles also nichts zu tun, wohl aber mit Enttäuschung über verbreiteten Kleinmut gerade dort, wo die immer wieder beschworene Freiheit der Wissenschaft und der Status des Berufsbeamtentums eigentlich in souveräner Meinungsäußerung Ausdruck finden sollten. Wir haben seit langem sogar den konkreten Verdacht, daß eine Handvoll Hochschullehrer den Ausbau der Gruppen- und Basisprophylaxe, aber auch die entsprechenden Orientierungen bei der anstehenden Studienreform regelrecht blockiert, um den vordergründigen Motiven, mit denen der Freie Verband diesen Sektor der Zahnmedizin besetzt, entgegenzukommen.

Sehr geehrter Herr Kollege Sergl- meine Antwort auf Ihren Brief ist etwas umfangreicher geworden, und das Ganze hat sicherlich auch weniger mit Ihrer Person zu tun als mit dem Stichwort, das Sie mir gegeben haben. Es scheint mir aber besonders wichtig, daß sich Hochschullehrer mehr als bisher um die Zahnmedizin kümmern, die täglich in den Praxen geleistet wird. Und es ist ebenso wichtig, daß sich die Univer-

sitäten einmischen, wenn es darum geht, daß eine Gruppe Zahnmedizin-Verkäufer Freiheiten für einen kleinen Teil goldener Praxen erzwingt, und dies um den Preis des wirtschaftlichen Ruins derjenigen Kollegen, die sich auch den weniger betuchten „Kassenpatienten“ verpflichtet fühlen.

*Dr. Hanns-W. Hey,
München*

ZENSIERT!

Der folgende Leserbrief an die Zahnärztlichen Mitteilungen (ZM) von Dr. Erika Reihlen, Leiterin des zahnärztlichen Dienstes des Bezirksamtes Steglitz von Berlin, bezieht sich auf 2 ZM-Beiträge (ZM Nr.2, vom 16.1.96, S.18ff und ZM Nr.10, vom 16.5.96, S.44ff).

In diesen Beiträgen wurde behauptet, die Krankenkassen „sehen in der Zwangsbetreuung von (Karies-) Risikokindern mit Schwerpunkt Fluoridierung ihre Lösung“. Und „Sie setzten alleine auf kollektive Fluoridierung oder kollektives Zähneputzen“...

Darauf antwortete Frau Kollegin Reihlen der ZM:

es ist erfreulich, daß auch in Deutschland nun die zahnmedizinische Prophylaxe immer mehr an Boden gewinnt, und daß die ZM darüber berichten.

Erfreulich auch, daß heute Gruppenprophylaxe als Fundament für die Individualprophylaxe angesehen wird und die Kooperation von niedergelassenen und Zahnärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst Anerkennung findet. So weit so gut.

Was mich in beiden ZM-Beiträgen befremdet: den Krankenkassen als Bündnispartnern der Landesarbeitsgemeinschaften in der Gruppenprophylaxe wird die Absicht unterstellt, in der Fluoridierung kollektive Zwangsmaßnahmen einführen zu wollen. In der Berliner Veranstaltung der Bundeszahnärztekammer am 18.12.1995, auf die sich einer Ihrer Beiträge bezieht, hat kein Krankenkassenrepräsentant die Zwangsfluoridierung vertreten. Ich habe in der Zwischenzeit auch keinen solchen getroffen. Fluoridierung ist eine erwiesenermaßen wirksame Prophylaxemaßnahme, verpflichtend aufgenommen in §21 SGB V. Verhaltensprävention muß sein, aber aus ethischen Gründen ist es geboten, Fluoride einzusetzen, wo Kariesrisiko ist oder nicht werden soll.

Für die Anwendung von Fluoriden muß sensibel und mit Sachverstand gearbeitet werden. Zustimmung ist das Ziel. Wer an Zwang auch nur dächte, hätte schon verloren.

Hierauf schrieb die ZM am 24.6.96:

Sehr geehrte Frau Dr. Reihlen,

vielen Dank für Ihre Zuschrift vom 12. Juni. Wir werden sie als Leserbrief veröffentlichen.

Sie wissen sicher, daß die Bundeszahnärztekammer berufspolitisch gegen die Pläne der Krankenkassen vorgeht, und

wir haben diese Politik selbstverständlich zu unterstützen. Ihre sehr sachliche Position unterscheidet sich von den Vorhaben der Krankenkassen doch sehr deutlich, aber manchmal kommen die politischen Einflüsse eben auch in an und für sich sehr sachlichen Berichten zum Tragen.

Ich hoffe, Sie waren nicht irritiert, daß wir Sie mit einigen Schützlingen auf den Titel unseres Heftes 10/96 genommen haben. Viel Erfolg für die weitere Arbeit.

Mit freundlichen Grüßen
Dipl.Volksw. H. Friel

Am 10.7.96 folgte dann jedoch dieses Schreiben der ZM:

Sehr geehrte Frau Dr. Reihlen,

die Situation zwischen den zahnärztlichen Berufsvertretungen, unseren Herausgebern und den Krankenkassen hat sich in Sachen Gruppenprophylaxe so verschärft, daß wir gehalten sind, Ihren Leserbrief nicht zu veröffentlichen. Ich bitte um Verständnis.

Mit freundlichen Grüßen
Dipl.-Volksw. H. Friel

**‘Wer hohe Qualität
zu hohen Kosten erzielt,
gibt nur sein Unvermögen
an den Kunden weiter.’**

Imai

Wer hohe Qualität
zu niedrigen Kosten erzielt,
gibt sein hervorragendes Können weiter.

Biodental Zahntechnik
Tel. 0130 - 112848

1996 - ein ereignisreiches Sommerloch

Problemfall Füllungstherapie

Juli '96 - DAZ-Treffen in Edewecht beim Vorsitzenden Dr. Ernst. Zwangsläufig auf der Tagesordnung stand die Situation in der Füllungstherapie, eine allmählich zur „unendlichen Geschichte“ entartende Auseinandersetzung. Die bisherigen Kapitel wurden skizziert: erste einschränkende Hinweise bzgl. Amalgam vonseiten des Bundesamtes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Neufassung der Amalgam-Gebrauchsinformation, Änderung der Füllungsrichtlinien durch den Bundesausschuß, Einführung von BEMA 13e-g durch den Bewertungsausschuß für Seitenzahn-Kompositfüllungen bei Amalgamallergikern und Nierenkranken, mit Beschränkung auf 1% der Fälle. Kontrovers diskutiert wurde die neuerliche Auseinandersetzung zwischen einigen Ministerien und der KZBV über die Abrechnung von Kunststoff-Füllungen zum BEMA-Satz für plastische Füllungen oder aber nach GOZ.

Verunsicherung durch widersprüchliche Bestimmungen

Das Sozialministerium NRW (später auch das Bundesgesundheitsministerium) verlangte die Abrechnung von Kunststoff nach BEMA 13a-d beim Normal-Patienten. Als bedenklich wurde angesehen, daß somit innerhalb ein und desselben Gebührensystems BEMA die gleiche Füllungsleistung je nach Patient unterschiedlich bewertet werden sollte. Dergleichen widerspricht

grundsätzlich der Logik einer auf aufwandsgerechte Einstufung von Leistungen abzielenden Gebührenordnung. Während die juristischen Abteilungen noch um die richtige Auslegung streiten, kann der Zahnarzt nicht abwarten, sondern ist gefordert, Füllungen zu erbringen und korrekt abzurechnen. Die ständige Änderung von Bestimmungen und die Unklarheiten über das richtige Vorgehen tragen nicht wenig zur Frustration bei den Zahnärzten bei. Inzwischen ist die 8. SGB V-Änderung abgesehnet, die den GKV-Versicherten bei alternativen Füllungen einen Kassenzuschuß in Höhe der bei Amalgamversorgung fälligen Kosten sichert. Aber auch diese Regelung wird sicher bei der Umsetzung noch mit Problemen aufwarten und wahrscheinlich juristisch überprüft werden.

Veränderungen in der Zahnmedizin nur Randerscheinung

Wie auch immer man die Neuregelungen in der Füllungstherapie bewertet- klar sollte sein, daß hiermit in diesem ganz zentralen Gebiet der Zahnheilkunde ein Systemwechsel vollzogen und das Sachleistungsprinzip aufgegeben wird. Ähnlich gravierende Veränderungen gibt es auch in anderen Gebieten: Die Zahnersatz-Ausgrenzung, die in absehbarer Zeit fühlbare Lücken in die Gebisse oder die Portemonnaies jüngerer Leute reißen wird, war ein weiteres Thema bei der Edewechter Ratssitzung. Trotz Hochsommerzeit stellte sich bei diesem Treffen nicht nur das Wetter son-

dern auch die Stimmung recht trübe dar angesichts des engen Schulterschlusses zwischen zahnärztlichen Liberalisierungs-Verfechtern und Bonner Sparpolitikern. Die derzeitige Entwicklung, mit gravierenden Eingriffen in verschiedenen Kernbereichen der Sozial- und Gesundheitspolitik, lasse, so wurde diskutiert, die Veränderungen in der Zahnmedizin zur Marginalie werden. Den Patienten fehlten die organisatorischen Strukturen, um sich gemeinsam zu wehren; weder politische Opposition noch Gewerkschaften usw. nähmen sich nachdrücklich dieses Themas an.

Grüne Perspektiven für die Gesundheitsreform

Ganz stumm und tatenlos blieb die Opposition allerdings nicht - z.B. veranstaltete kurz nach der Sommerpause die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen eine Tagung unter dem Motto „Das sozialstaatliche Gesundheitssystem weiterentwickeln“. Aufs Podium bzw. Runderpult geladen waren neben Wissenschaftlern (aus dem Sachverständigenrat und div. Instituten), Kassenvertretern (von AOK, BKK, VdAK) und Gewerkschaftlern (ÖTV, DGB) die Länder-Gesundheitsminister Nimsch und Horstmann (letzterer verhindert) sowie eine Patienteninitiative; die Seite der Leistungserbringer war ausschließlich im Publikum vertreten. Die Mehrzahl der Referenten teilte die Einschätzung der grünen Gastgeber, daß derzeit mit Leistungsausgrenzungen, Verschuldensideologie, geplanter Einführung privatversicherungsrechtlicher Mechanismen in die GKV einer Individualisierung des Krankheitsrisikos und damit einem

Systemwechsel der Weg bereitet würde - ebenso war man sich einig in der kritischen Sicht marktwirtschaftlicher Instrumente.

Wettbewerb und Risikoselektion

Wettbewerb - so die Wissenschaftler - verstärkte bestehende Ungleichheiten. Man male sich aus, was dies bedeutet angesichts der ungleichen Verteilung der Gesundheitskosten: ca. 90% der Ausgaben werden von nur 10% der Versicherten verursacht, ca. 40% von nur 1% der Versicherten, wobei sich die Krankheitsrisiken bei den unteren Sozialschichten häufen! Jedes rein nach Wettbewerbsprinzipien funktionierende System grenzt solche Personen aus. Die vielfach geforderte Rückführung der Gesetzlichen Krankenversicherung auf eine Zwangsversicherung für Arme („GKV light“), so die Kritik von Kassen- und Gewerkschaftsseite, würde die Probleme nicht lösen, sondern im Gegenteil massive staatliche Subventionen nötig machen. W. Schelter von der ÖTV forderte demgegenüber eine Verbreiterung der Finanzierungsbasis durch Aufhebung der Pflichtversicherungs- und Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze.

„Intelligente“ Steuerungsmechanismen

Ausnahmslos alle Referenten waren natürlich interessiert, Sparmöglichkeiten im bestehenden System ausfindig zu machen, und zwar solche, die ohne Qualitätsverluste für die Patienten realisiert werden können. Ideen wie Vermeidung von Doppeluntersuchun-

gen, bessere Verzahnung ambulant-stationär, Verzicht auf unwirksame Medikamente, wirtschaftlichere Praxisformen (Gruppenpraxen) werden hier seit längerem gehandelt. Die Vorschläge gingen jedoch auch in Richtung neuer Strukturen. Die Grünen beispielsweise erhoffen sich wesentliche Verbesserungen und Einsparungen von gemeinsamer Planung und Steuerung der Angebote auf regionaler Ebene. Hierzu sollen - ein altes SPD-Konzept - regionale Gesundheitsräte aus Vertretern von Krankenkassen, öffentlicher Hand, Patientengruppen gebildet werden. Wie diese Räte zustande kommen, wie die Anbindung der- bewußt außen vor gelassenen- Leistungsanbieter erfolgt, blieb offen, so daß VdAK-Vertreter Rebscher in seinem Beitrag polemisierend von einem „Rückfall in den Ständestaat“ sprach. Wie seine Kollegen von anderen Kassenverbänden plädierte er für „intelligente Lösungsmodelle“, für das Erproben neuer Strukturen und Angebotsformen. Auf Kassen- und Leistungsanbieterseite sollten potente Organisationen zusammenkommen, Modelle erarbeiten und ausprobieren („lernende Systeme“). Die Politik solle hierfür Spielraum geben und nicht von vorneherein bestimmte Strukturen zementieren. Erfolgreiche Konzepte würden sich schließlich selbst belohnen.

Alternativen wenig konkret

Auf Kassenseite denkt man bekanntlich bei solchen Modellen daran, Verträge mit einzelnen Gruppen auf Seiten der Ärzte, Zahnärzte, Pharmaunternehmen usw. zu schließen (selektives Kontrahieren). Dabei geht es den Verfechtern

dieser Idee nicht nur um Preisvorteile, sondern auch um Aspekte, die in den jetzigen Strukturen kaum beeinflussbar sind: um Qualitätssicherung, um Angebote und Angebotskombinationen, die über den heutigen Standardkatalog hinausgehen, um die Verhinderung unnötiger Leistungen usw. - Knieps vom AOK-Bundesverband sprach hier u.a. von einer „Intensivierung des Versorgungsmanagements“. Wie oft bei solchen Veranstaltungen wurden allerdings auch bei der grünen Tagung internationale Vergleiche, Situationsbeschreibung, Ursachenanalyse und Kritik der Regierungspolitik in aller Breite dargestellt, während zu dem eigentlich spannenden Thema- alternative Lösungsstrategien - erst gegen Tagungsende die ersten, z.T. nur sehr abstrakten oder schlagwortartigen Vorschläge präsentiert wurden.

DAZ am Ball beim Thema Vertragsalternativen

Gerade an einem solchen Punkt wäre es natürlich notwendig, weiterzumachen. Im DAZ zumindest - dies zeigte sich beim Ratstreffen in Köln Mitte September 1996 - wächst der Kreis derer, die nicht abwarten wollen, bis für die nächsten Jahre die rechtlichen Rahmenbedingungen feststehen, sondern die jetzt schon konkrete Alternativkonzepte ausarbeiten und ggf. in Modellform ausprobieren wollen. Dabei wird das Ziel verfolgt, durch veränderte vertragliche Strukturen Anreize für mehr Gesundheit (statt für mehr Krankheitsreparatur) zu setzen. Hierfür gilt es, Konstruktionen zu schaffen, bei denen *alle* Beteiligten - Patienten, Zahnärzte, Kassen von der Ausrichtung auf Gesundheit profitieren.

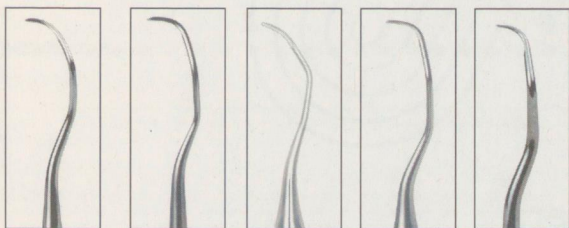
... wenn Dr. Gracey wüßte,

was aus seinem Original geworden ist !

Die Gracey Küretten von Hu-Friedy gehen direkt auf die Entwicklungen von Dr. Clayton H. Gracey zurück. In den 40er Jahren schuf er zusammen mit Hugo Friedmann, dem Gründer von Hu-Friedy, den nach ihm benannten bereichsspezifischen Gracey-Küretten-Satz. Seit dieser Zeit trat die Gracey-Kürette weltweit ihren Siegeszug an. Und ist heute ein wichtiges Instrument in jeder Zahnarztpraxis.

Alle unten abgebildeten Arbeitsenden werden als "Gracey Kürette 13/14" von verschiedenen Herstellern vertrieben. Aber nur eine ist die Gracey-Kürette von Hu-Friedy.

Erkennen Sie sie?*



Wenn Sie mehr über die Gracey-Küretten von Hu-Friedy wissen wollen, rufen Sie uns einfach an (Tel. 0 62 24 - 97 00-0) oder schicken Sie diese Anzeige (bitte Name und Adresse nicht vergessen) einfach an Hu-Friedy, Postfach 1380, 69171 Leimen. Wir informieren Sie gerne.

Name

Straße

PLZ/Ort

* Sie haben es sicherlich erkannt: Die mittlere Abbildung zeigt die Gracey 13/14 von Hu-Friedy.



Hu-Friedy[®]
ERÖFFNET NEUE PERSPEKTIVEN



Gracey 13/14 von Hu-Friedy

20 Jahre
fortschrittliche Zahntechnik
zum Wohle der Patienten

**SCHMID
UND
PAULA**

**DENTAL
LABOR**

Gesellschafter:

B. Paula, B. Hoffmann, W. Lipinski

Schmid u. Paula oHG • Bruderwöhrdstraße 10
93055 Regensburg • Tel. 0941 / 791521



... weil Qualität
auf Dauer einfach preiswerter ist!

Anträge für DAZ-Hauptversammlung

Ein weiteres Thema der September-Ratssitzung war die Vorbereitung der näher rückenden Jahrestagung und Mitgliederversammlung (MV) 1996. Einige Anträge, die am 20.10.1996 in Berlin debattiert werden sollen, waren bereits eingegangen

- Übernahme der Einzelkrone in die konservierende ZHK; eine bereits länger erhobene DAZ-Forderung, die angesichts der ZE-Ausgrenzung für jüngere Menschen zusätzliche Bedeutung gewonnen hat

- Überprüfung der BEMA-Position 107 = Entfernung harter Beläge; ggf. Streichung zugunsten echt präventiver Leistungen

- Verlängerung der zahnärztlichen Vorbereitungszeit auf 3 Jahre

- Erlaß von Richtlinien für Assistenz-Zahnarzt-Ausbildung und Dokumentation der Ausbildung

- Forderung von Zusatzversicherungen bei riskanten Sportarten

- Einführung der Bezeichnung „Assistentinnen“ statt „Helferinnen“

Mitstreiter gefragt

Der DAZ wird sich aber nicht aufs Reagieren beschränken: Alle interessierten Mitglieder sind aufgerufen, sich aktiv an den Projekten des Verbandes und der Entwicklung von Alternativkonzepten zu beteiligen. Es genügt eben nicht, darauf

zu hoffen, daß alles nicht so schlimm werden wird und die da oben es schon richtig machen. Noch nie wurden in so kurzen Zeiträumen so entscheidende Strukturveränderungen im Gesundheitswesen und in der zahnärztlichen Arbeit in die Wege geleitet. Deshalb sind neue und alte Mitstreiter jetzt besonders willkommen!

Irmgard Berger-Orsag
DAZ-Geschäftsführerin



Skifahren mit dem DAZ

Fortbildung und Spaß Ostern '97
in Ischgl

für den kommenden Winter haben wir Gelegenheit, in den Osterferien '97 vom 22. März bis 29. März im

„Schneeloch“ ISCHGL (1400m,
Paznauntal/Nordtirol)

das Hotel SYLVIA (18 Doppelzimmer) komplett anzumieten. Der Preis p.P. für Halbpension beträgt ca. 190.-DM.

Die Zimmer sind freundlich und großzügig. Das Hotel liegt nur wenige Gehminuten von der Pardatsch-Kabinenbahn entfernt, diese und zwei andere Bahnen tragen uns bis auf 2624m zum Skizirkus mit etwa 30 Liftanlagen, außerdem gibt's 12 km Langlaufpiste.

Anmeldungen bis zum 22.11.96 bei:

Dr. Steffen Wander, Baaderstr.40
80469 München
Tel. 089-2012318 bzw. -2012422
(mit Fax)

Termine

25.-27.10.1996, Nürnberg: Internationaler Kongreß der IPPNW zum Thema „Medizin und Gewissen - 50 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozeß“ (Info: Tel. 030/69302447 Fax 6938166)

30.10.1996, Berlin/NAV-Virchow-Bund-Geschäftsstelle: Studiengruppen-Treffen „Kieferorthopädie in der allgemein-zahnärztlichen Praxis“, Referent: Dr. Uwe Süßenberger

6.11.1996, Regensburg/Leerer Beutel: Treffen der DAZ-Studiengruppe Niederbayern/Oberpfalz

7.-10.11.1996, Trier/Europahalle: 3. Europäisches Symposium für Oralchirurgie und 6. Symposium für zahnärztliche Anästhesie, u.a. mit Beiträgen zur Behindertenbehandlung

8.11.1996, Stadthalle Wuppertal: Tagung „Standortfaktor Gesundheit“, Landesgesundheitsministerium & Europäisches Public Health Zentrum

11.-15.11.1996, Berlin, Hamburg, Köln, Frankfurt, München: 4-stündige IHCF-Veranstaltungen zu Internetangeboten & Online-Diensten für Zahnärzte (Info: Tel. 0041-75237285-0, Fax -75237285-1)

14.11.1996: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg

15.-17.11.1996, Köln: *Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes*

Termine

22./23.11.1996, Berlin/ Am Kölnischen Park 6-7: Bundesweiter Kongreß, veranstaltet von der Ärztekammer Berlin zum Thema „Armut und Gesundheit“ (Info: Tel. 030/4490001, Fax 030/4490011)

27.11.1996, Zwickau: Fortbildungsveranstaltung der DAZ-Studiengruppe Chemnitz zum Thema „Wirtschaftlichkeitsprüfung und Honorarberichtigung“, Referent: Rechtsanwalt Karl-Heinz Schmieder

30.11.1996: *Hauptversammlung des NAV-Virchow-Bund-Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern*

7.12.1996, Köln/ NAV-Wirtschaftsdienst: Fortbildungstreffen mit Videos zum Thema „Zahnfarbene Füllungen“, Bericht über neue Materialien und Methoden vom Greater New York Dental Meeting

11.12.1996, Regensburg/Leerer Beutel: Treffen der DAZ-Studiengruppe Niederbayern/Oberpfalz

19.12.1996: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg

8.-12.4.1997, Köln/ Messe: Internationale Dental Schau IDS (kostenlose Karten beim DAZ)

3./4.5.1997 Frankfurt/ Bürgerhaus Bornheim: DAZ-VDZM-Frühjahrstagung am 3.5. und am

4.5. DAZ-Ratssitzung in Frankfurt

Termine

9./10.5.1996, Münster: DDHV-Jahrestagung (Info: Tel. 02571/2292)

12.-16.5.1996, Westerland: Tagung der ZÄK Schlesw.-Holstein „Zahnheilkunde unter den Zwängen von Gesetzen und Verordnungen“, mit Helferinnen-Fortbildung & Dentalschau (Info: Tel. 0431-38972-80, Fax 0431-38972-10)

19.-21.6.1997, Köln: *Internat. Kongreß für Gruppenmedizin des NAV-Virchow-Bundes & Hartmannbundes*

25.-29.6.1997, Berlin/ ICC: Internationales Symposium & Ausstellung „CAR '97 - Computer Assisted Radiology and Surgery“, veranstaltet von der TU Berlin (Info Tel. 030/314-73100, Fax 030/314-23496)

4.10.1997, Köln/Hotel Consul: **DAZ-Iahrestagung '97, vormittags mit öffentlicher Vortrags- und Diskussionsveranstaltung, Referent Prof. Staehle, Uni Heidelberg, nachmittags DAZ-Mitgliederversammlung**

(Nähere Informationen unter Tel. 0221-973005-45, Fax 0221-7391239)

**Nächster Redaktionsschluß:
1.12.'96**

Musterverträge für Partnerschaft

Zur Verringerung der Praxisunkosten und als Alternative zum Einzelkämpfereisein werden gemeinschaftliche Formen der Berufsausübung immer wichtiger. Seit Mitte 95 ist das Partnerschaftsgesellschaftsgesetz in Kraft; die Berufsordnungen dürften inzwischen entsprechend angepaßt sein.

Die speziell für freie Berufe gedachte rechtliche Konstruktion, haftungsrechtlich zwischen einer GBR und einer GmbH angesiedelt, eröffnet Zahnärzten die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit Ärzten und mit Angehörigen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen. Der NAV-Virchow-Bund hat sich seit Jahren für die Partnerschaftsgesellschaft stark gemacht und bietet nunmehr allgemeine Informationen sowie Musterverträge an. NAV-Virchow-Bund- und DAZ Mitglieder können darüber hinaus Rechtsberatung bei der Anpassung der Verträge auf ihre spezielle Situation in Anspruch nehmen. Infos: Tel. 0221-973005-45, Fax 0221-7391239 (ib)

NAV-Virchow-Bund im Internet

Seit November '95 ist der NAV-Virchow-Bund einschließlich des DAZ und weiterer Untergliederungen unter

HTTP://WWW.Medi-Netz.com

im Internet vertreten; derzeit prüft er die Möglichkeit, in weitere Netze wie Health Online Service (Burda Verlag), DIS-KBV und MEGANET einzusteigen. Im Medi-Netz präsentiert der Verband bisher seine aktuellen Pressemeldungen, eine Selbstdarstellung sowie Hinweisseiten seiner Untergliederungen und einen Info-Bestellschein. (ib)

Gesucht...

Gutgehende Einzelpraxis im Ruhrgebiet von praxiserfahrenem Zahnarzt gesucht.

Kontakt: NAV- Wirtschaftsdienst Dortmund Schönhauser Str. 24, 44135 Dortmund, Tel. 0231-572252, Tel. 0171-3147793, Fax 0231/525933

Stelle als Ausbildungsassistentin im Raum Stuttgart von junger deutscher Zahnärztin zum 1.11.1996 gesucht. Chiffre: 5212

Zahnarztpraxis Nähe Bodensee, ausbaufähig, zum 1.1.1997 oder später zu verkaufen.

Kontakt: NAV-Wirtschaftsdienst A. Oberpichler, Birkenweg 4, 77736 Zell Tel. 07835-7433 oder-65596, Fax 07835/65598

Kieferorthopäde als Partner zur Gründung einer Gemeinschaftspraxis gesucht von alteingesessener Zahnarztpraxis im Raum Kassel.

Kontakt: NAV-Wirtschaftsdienst Manfred Blömer, Ganspohler Str. 5, 40764 Langenfeld, Tel. 02173/21021

Nachfolger für Zahnarztpraxis im Raum Ostwestfalen kurzfristig gesucht.

Kontakt: NAV-Wirtschaftsdienst Peter Harzendorf, Unterstr. 41, 42929 Wermelskirchen Tel. 02196-973310

Dauer-Teilzeitassistentenstelle im Köln-Bonner Raum gesucht von Zahnärztin mit langjähriger Erfahrung in eigener Praxis.

Chiffre: D53332

Assistent mit Berufserfahrung (möglichst 1 Jahr) für Zahnarzt-Praxis in Berlin gesucht. Tel. 030-8152075

Zwei Nachfolger oder Assistenz Zahnärzte, möglichst mit KFO, gesucht von zahnärztlicher Gruppenpraxis mit drei Kollegen im Raum Kassel.

Kontakt: NAV-Wirtschaftsdienst Manfred Blömer, Ganspohler Str.5, 40764 Langenfeld, Tel. 02173-21021

Nächster Redaktionsschluß:

1.12.'96

„Es ist besser, den Mund zu halten und als ein Dummkopf zu gelten, als ihn zu öffnen und alle Zweifel zu beseitigen“

Denis Thatcher

Der DAZ stellt sich vor



Informationen zur Standes- und Berufspolitik sowie das Informationsblatt DAZ- Aktiv heraus.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde ist ein parteipolitisch unabhängiger Verband für Zahnärzte in freier Berufsausübung. Der Erhalt der Freiberuflichkeit und der Therapiefreiheit sind wichtige Ziele seiner berufspolitischen Tätigkeit.

Kooperation mit dem NAV-Virchow-Bund

Der DAZ ist ein Bündnis eingegangen mit dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands NAV Virchow-Bund, um so gemeinsame gesundheits- und berufspolitische Positionen effektiver vertreten zu können und die fachliche Zusammenarbeit zwischen Human- und Zahnmedizin zu verstärken.

Studiengruppen

Die Mitglieder des DAZ sind, soweit geographisch möglich, in regionalen Studiengruppen zusammengeschlossen, die regelmäßig praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen und Gesprächsabende anbieten. Neben der Erörterung aktueller Berufsprobleme und standespolitischer Fragen werden im offenen kollegialen Gedankenaustausch Erfahrungen aus dem Praxisalltag diskutiert.

Informationen

Über die örtlichen Aktivitäten werden die Mitglieder durch regelmäßige Rundschreiben ihrer Studiengruppenvorsitzenden informiert. Überregional gibt der DAZ viermal jährlich die Zeitschrift *forum* mit Fortbildungsberichten und

Hilfe für den Zahnarzt-Alltag

Für Studierende der Zahnmedizin vermittelt der DAZ Hospitationsmöglichkeiten, er bietet Beratung zur Assistentenausbildung und bei der Praxisneugründung, er leistet Unterstützung bei der Ausrichtung der Praxisarbeit nach Gesichtspunkten des Umwelt- und Arbeitsschutzes. In Verbindung mit dem NAV Virchow-Bund offeriert er seinen Mitgliedern darüber hinaus eine Fülle von Informations- und Servicemöglichkeiten. Näheres dazu bei der Geschäftsstelle in Köln.

Standespolitik

Standespolitik muß sich aus der Kollegenschaft heraus entwickeln und an der Praxis orientieren. Der DAZ setzt sich ein für:

- eine vorurteilsfreie Diskussion der Berufsprobleme in den Medien der Körperschaften
- die Entwicklung eines sozial ausgewogenen Systems von Vertrags- und Zusatzleistungen innerhalb der GKV
- die Überwindung des Mißtrauens zwischen Krankenkassen und Zahnärzten durch partnerschaftliche Zusammenarbeit
- die Aufgabe hektischer ad-hoc-Forderungen zugunsten langfristiger Perspektiven.

Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinistudiums mit folgenden Veränderungen:

-Schwerpunktverschiebung von der prothetisch-technischen zur prophylaktisch-konservierenden Seite

-Verkürzung der vorklinischen Ausbildung bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums

-Einbindung qualifizierter Praktiker in die Universitätsausbildung.

Delegation

Die zahnärztlichen Assistenzberufe können mehr leisten, als in ihren Berufsbildern beschrieben ist. Der DAZ fordert daher eine Erweiterung der Kompetenzen bei: Prophylaxe und Hygieneaufklärung; Ernährungsberatung; Behandlungsassistenz.

Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

Breitenwirksame Vorbeugungsmaßnahmen in Kindergarten und Schulen sind zwingend erforderlich. Der DAZ fordert:

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz

- Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal

- Zulassung von fluoridiert - jodiertem Speisesalz in Backwaren, Konserven und Gemeinschaftsküchen.

Qualität

Um die Therapiefreiheit und die Einzel Leistungsvergütung zu bewahren, muß die zahnärztliche Behandlungsqualität gesichert werden. Der DAZ fordert daher:

- vermünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die KVZen

- die Entwicklung und Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen durch Kammern und KZVen.

Impressum

Herausgeber: Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde DAZ im NAV-Virchow-Bund, Belfortstr.9, 50668Köln. Tel. 0221 973005-45, Fax 0221 7391239

Redaktion, Irmgard Berger- Orsag, Dr. Ulrich Happ, Dr. Hanns-W. Hey, ZÄ Silke Lange, Dr. Eberhard Riedel, Dr. Till Ropers, Rainer Seemann, Dr. Stefan Zimmer

Redaktionsadresse Dr. Hanns-W. Hey, Riedweg 5, 82541 Münsing, Tel. 08177 92045, Fax 92046

Erscheinungsweise 4 mal jährlich

Auflage 2500 Exempl., bei Sondernummern 6000

Bezugsbedingungen Das DAZ-forum ist im Abonnement erhältlich. Jahresabo 40.-DM Für Mitglieder des DAZ ist das Abo im Mitgliedsbeitrag enthalten. Interessenten erhalten das DAZ-forum auf Anfrage.

Layout und Satz Karla Hey

Anzeigenverwaltung Karla Hey, Riedweg 5, 82541 Münsing, Tel. 08177 92045, Fax 92046

Mediadaten bei der Anzeigenverwaltung

Druck teamDRUCK, Friedenstraße 18a 81671 München



Das DAZ- forum ist die Verbandszeitschrift des DAZ,
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
im NAV-Virchow-Bund,
Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands.
Der DAZ ist der zweitgrößte bundesweit vertretene
zahnärztliche Berufsverband.

Das DAZ-forum ist von Zahnärzten für Zahnärzte geschrieben.
An der Praxis orientiert berichtet es aktuell
sowohl über fachliche als auch über berufspolitische Belange.
Es versteht sich als *Diskussionsforum*.

Bei Interesse an unserer Arbeit wenden Sie sich bitte an eine der DAZ-Studien-
gruppen oder an unsere regionalen
Ansprechpartner:

Baden-Württemberg, Dr. W. Schempf,
Wilhelmstraße 3, 72764 Reutlingen,
Tel. 07121 338551, Fax 07121 338517

Berlin, E. Jakobczyk, Jenaer Straße 54,
12627 Berlin, Tel. 030 9915108 / 9915003

Chemnitz, Dr. R. Eisenbrandt, Markusstr.8,
09130 Chemnitz, Tel. 0371 402228, Fax 408686

Elbe - Weser, Dr. Frank Kopperschmidt,
Bahnhofstraße 5, 21717 Fredenbeck,
Tel. 04149 1066

Freiburg, Dr. Jörg Krämer, Hauptstraße 215,
79211 Denzlingen, Tel. 07666 2410

Hamburg, Th. Murphy, Poppenbütteler
Chaussee 45, 22397 Hamburg,
Tel. 040 6074151, Fax 040 6074152

München, Dr. A. Maurer, Wöhlerstr.20,

81247 München, Tel. 089 8111428 Fax 8117768

Nordrhein: Dr. W. Abel, Aldenhovenstr.10,
Dormagen, Tel. 02133 47494, Fax 43593

Oberpfalz, Dr. Martin Ostermeier,
Bernsteinstraße 1, 93152 Nittendorf,
Tel. 09404 4455, Fax 09404 5290

Oldenburg, Rolf Tödtmann,
Oldenburgerstraße 291, 26180 Rastede,
Tel. 04402 928811, Fax 04402 928831

Schleswig Holstein, Wolfram Kolossa,
Bahnhofstraße 43, 24217 Schönberg,
Tel. 04344 9020, Fax 04344 3349

Thüringen, Dr. B. Kröplin,
Leine-Einkaufszentrum, 37308 Heilbad
Heiligenstadt, Tel./ Fax 03606 9518

DAZ-Geschäftsst., Irmgard Berger-Orsag,
Belfortstraße 9, 50668 Köln

Tel. 0221 973005 - 45, Fax 7391239

oder an das **Pressereferat des DAZ**
Lindenschmitstraße 44, 81371 München,
Tel. 089 7250246, Fax. 089 7250107

Beitrittserklärung

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde DAZ
im NAV-Virchow-Bund, Belfortstr.9, 50668 Köln
Fax 0221 7391239

Name, Vorname

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

Geb. Datum

Unterschrift

DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1. 1996

- | | | |
|--------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> | Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder | 12.- DM |
| <input type="checkbox"/> | Assistenz ZÄ/ZA, alte Länder | 120.- DM |
| <input type="checkbox"/> | Assistenz ZÄ/ZA, neue Länder | 120.- DM |
| <input type="checkbox"/> | Niedergel.ZÄ/ZA, alte Länder | 360.- DM |
| <input type="checkbox"/> | Niedergel. ZÄ/ZA, neue Länder | 300.- DM |
| <input type="checkbox"/> | ZÄ/ZA im Ruhestand | 60.- DM |

- Ich interessiere mich für den Gruppenversicherungs-Vertrag mit der CENTRAL Krankenversicherung

Volkssport

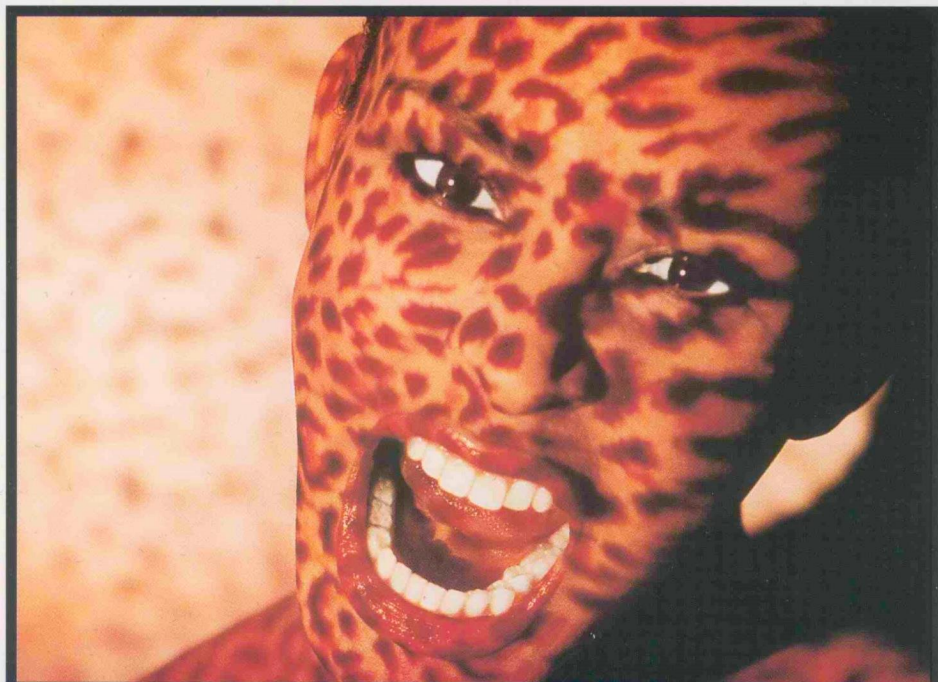
Nach einer Untersuchung der Nürnberger Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) betrügt jeder Deutsche mal seine Versicherung. Auch das Institut für Demoskopie Allensbach kam 1992 zu ähnlichen Ergebnissen.

Nur die Hälfte der Befragten sagte in der Umfrage „Wertewandel im Versicherungsbereich“, man dürfe auf keinen Fall seiner Versicherung einen Schaden melden, der gar nicht angefallen ist. Fast ein Drittel der Befragten betrachtet Versicherungsbetrug als Kavaliersdelikt.

Besonders groß war die Bereitschaft zum Versicherungsbetrug bei jenen, die mehr als 4000.- DM netto verdienen, eine gute Schulbildung haben und in grösseren Städten leben.

41% der Befragten gaben an, von ihrer Versicherung mindestens soviel herausbekommen zu wollen, wie sie einzahlen. Diese Haltung scheint inzwischen auch in der Sozialversicherung um sich zu greifen. Damit wäre das endgültige „Aus“ für den Sozialstaat gekommen.

Hamburger Wirtschaft



Echt stark! Ihr neues Glas Ionomer!

- *überlegene Oberflächenhärte*
- *geringste Abrasion*
- *kompromißlose Druckfestigkeit*
- *verblüffend amalgam-ähnliche Stopfbarkeit*

KETAC[®]-MOLAR

phantastisch plastisch!

Steuern Sie Ihre Steuern, bevor es das Finanzamt tut!

Der klassische Renner:

Kombination aus

I.+II. Förderungsweg

- Beteiligung noch nach Fördergebietgesetz
- 205% steuerliche Gesamtverluste, 94% in 1996, 95% in 1997
- kein Eigenkapitaleinsatz nach Steuern
- 2% steuerfreie Ausschüttung p.a.
- Vermögensbildung ohne Liquiditätsverlust

Das Spezialinvestment:

Containerschiff MS Kirsten

- hohe Verlustzuweisung in 1996 (rd. 125% der Zeichnungssumme)
- Haftungsbegrenzung auf die Zeichnungssumme
- hochmodernes und schnelles Container-Feederschiff
- Neubau einer leistungsfähigen deutschen Werft zu einem günstigen Baupreis
- zweijährige Charter auf DM-Basis
- renommierte Reederei
- Prospektprüfung/Mittelverwendungskontrolle
- Mindestzeichnung: DM 30.000,— zzgl. 5% Agio



„Rente sich wer kann!“

Renten-Immobilienfonds - ein neuer Weg

- Zusatz-„Rente“ aus einer schuldenfreien Immobilie
- Schnellere Entschuldung: Die Immobilie ist nach 10 Jahren bezahlt!
- Eigenkapitalrückfluß aus gesparten Steuern
- Nach 10 Jahren ca. 8% „Immobilienrente“

„Das Geschäft der Insider“

Mobilien-Leasing-Fonds

- 138% Verlustzuweisung auf die Bareinlage, davon in 1996 ca. 40%
- auf 10 Jahre begrenzte Laufzeit
- Ausschüttungen durchschnittlich 1,91% p.a. auf die Bareinlage
- bis Ende 1999 Rückfluß der Bareinlage zu rd. 75,7%
- Mindest-Veräußerungserlös rd. 65% der Anschaffungskosten zum Ende der Laufzeit
- 9,37% Rendite netto nach Steuern (bei 53% Steuerbelastung zzgl. Solidaritätszuschlag von 1996 bis 1999)

Bitte senden Sie mir weitere Informationen zu folgenden Kapitalanlagen:

- Der klassische Renner aus I. und II. Förderungsweg
 Spezialinvestment Schiff
 Renten-Immobilienfonds
 Mobilien-Leasing
 andere gewünschte Anlage _____

Bitte vereinbaren Sie ein Beratungsgespräch mit mir.
Telefonisch bin ich am besten erreichbar unter

Tel.-Nr. _____ / _____
von _____ Uhr bis _____ Uhr.

Absender/Stempel

6200407

**Für weitere Informationen
senden Sie den unten-
stehenden Coupon, senden
Sie (0221) 97355198,
oder rufen Sie einfach an
(0221) 97355112 oder 97 355 169.**



**NAV-Wirtschaftsdienst
für Ärzte GmbH**
Sedanstraße 13-17
50668 Köln