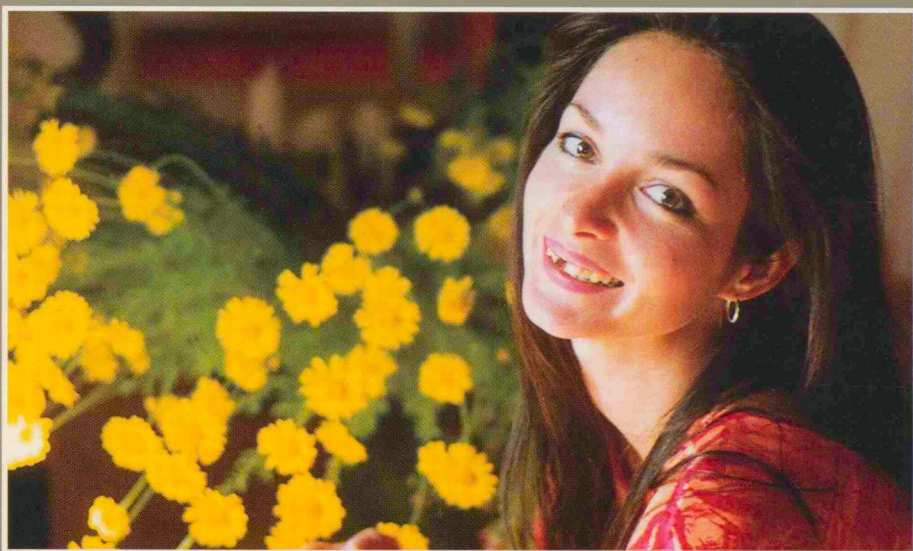


59

von Zahnärzten für Zahnärzte
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

DAZ
forum

16. Jahrgang 4. Quartal 1997 Herausgeber DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands



Es ist genug

**Exklusiv-Prophylaxe nur für
Selbstzahler- der falsche
Weg**

**Was der niederlassungs-
willige Zahnarzt alles
wissen muß:
Der Mietvertrag**

Zähne privat versichern?

Wegweiser durch den Dschungel von
Zahnersatz-Zusatzversicherungen

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

Wenn Sie*

mit Ihrer

Krankenversicherung

zufrieden sind,

bleiben Sie

wo Sie sind.

Andernfalls

02 21/16 36-14 49

*Zahnärztin/-arzt

 **CENTRAL**
KRANKENVERSICHERUNG AG

50593 Köln · <http://www.ckv.de>

Inhalt

Standespolitik	<i>Editorial</i> Es ist genug	2
Interview	Exklusiv-Prophylaxe nur für Selbstzahler - der falsche Weg	5
Gesundheitspolitik	Visionen von Mut und Vertrauen	17
	ZE im 2.NOG der GKV	21
	Presseerklärung	23
Junges forum	Do-It-Yourself-Dentistry	25
Serie	Was der niederlassungswillige Zahnarzt...	28
Aus der Praxis	»..schade, daß ich schon dran bin...	33
Tagungsberichte	Kongreßbericht des IHCF in Leipzig	34
	Parodontologie und Traumatologie	40
Versicherungsfragen	Zähne privat versichern?	43
Geschichte der Zahnmedizin	Konrad Cohn, eine biografische Skizze	63
Buchbesprechungen		69
Leserbriefe		72
Verbandsnachrichten	Jahrestagung 1997	76
Termine		84
Der DAZ stellt sich vor		85
Impressum		86

Editorial Es ist genug

Selten hat ein *forum*-Beitrag so viel Zustimmung ausgelöst wie das Interview mit Prof. Staehle »Gefährliche Allianz von mißbräuchlichem Medizin-Marketing und Alternativ-Medizin« in der Ausgabe 58, dessen zweiten Teil wir in diesem Heft auf Seite 5 bringen.

Die geradezu euphorischen Reaktionen sind verständlich: Noch nie hat es während der vergangenen Jahrzehnte eine so präzise, offene und klare Analyse der Situation der deutschen Zahnmedizin gegeben. Noch nie hat jemand so schonungslos den Finger in die Wunden gelegt, die bislang ignoriert, bestenfalls überkleistert wurden: Die Folgen einseitig honorarorientierter Therapiestrategien, Marketing und Monetik statt Ethik, die Konsequenzen der Angstkampagnen pseudowissenschaftlicher Eiferer gegen die Umsetzung breitenwirksamer Prophylaxe und die mangelnde Glaubwürdigkeit der Zahnärzteschaft in der Sozialpolitik.

Das Wichtigste dabei: Diese Analyse kommt aus der Hochschule, die sich bisher weitgehend bedeckt hielt, aus einer neutraleren und weitwinkligeren Perspektive als den kurzsichtigen Standpunkten der standespolitischen Landschaft. Auch wenn ich gerne einräume, daß ich Freude und Genugtuung empfunden habe, als ich das Interview las, kann ich es mir leicht verkneifen, mich mit dem Satz zurückzulehnen, »das sagt der DAZ schon seit 18 Jahren«. Es wäre auch weder klug noch sinnvoll, jetzt nach den Schuldigen zu suchen, die uns

in diese Situation manövriert haben. Wir sollten das Ganze vielmehr als Chance zu einem Neuanfang begreifen, der noch nie so notwendig war wie gerade jetzt.

Schließlich hat die verfaßte Zahnärzteschaft während der letzten beiden Jahrzehnte alle Möglichkeiten ausprobiert, um den vermeintlich besten Kompromiß zwischen Patientenzuwendung und Vergütungsanspruch, Sozialmedizin und Verkaufsmedizin zu erreichen: Zuerst »Zum Wohle der Patienten« 1975 die volle Hinwendung zur GKV mit Aufnahme fast aller Leistungen in den Katalog der Krankenkassen. Jetzt die Gegenbewegung der totalen Privatisierung natürlich wieder zum »Wohle der Patienten«. Zuerst das Primat der Prothetik und die Vernachlässigung der Vorbeugung - schon im Studium - jetzt die marketing-orientierte Überbetonung der Prophylaxe für zahlungskräftige »Kunden«. Bei der Bekämpfung aller politischen Konzepte - von Ehrenberg über Blüm bis Seehofer - hat die Zahnärzteschaft in allen möglichen Fettnäpfen Spuren hinterlassen, und jeden, der ihren Interessen skeptisch begegnete, als Rothaut verunglimpft. Jetzt ist wieder die einseitige Hinwendung zu einer Partei angesagt und die ausschließliche Privatbehandlung oberstes Ziel.

All dies hat nicht nur nichts gebracht, sondern uns allen geschadet und die Bedingungen, unter denen die Patienten behandelt werden müssen, immer wieder verschlechtert.

Deshalb sollte es jetzt eigentlich mit Experimenten genug sein. Genug der alles-oder-nichts-Politik, genug der Provokationen und der Spiele mit falschen Karten. Wenn man aber hört, daß der oberste Kassenzahnarzt Dr. Schirbort vor ein paar Wochen bei der Jahrestagung der KZBV gesagt hat, »Das Sachleistungssystem ist nur für Pfuscher«, und wenn man vor allem weiter hört, daß dem niemand widersprochen hat, dann sieht es so aus, als ob der Patientenbetreuer wohl endgültig dem Kundenberater weichen muß.

Jede(r) von Ihnen, liebe Kollegen, muß selbst entscheiden, ob Sie diesen Weg mitgehen wollen. Wer unentschieden ist und Orientierung sucht, sei auf die Gedanken von Prof. Staehle verwiesen. Wer sie nachvollziehen kann und in Praxis und Politik umgesetzt wissen will, muß selbst aktiv werden: Im örtlichen Kollegenkreis, in der Landes-KZV oder im DAZ. Nur wenn möglichst viele Kollegen ihre Vorstellungen artikulieren und selbst aktiv werden, werden sich die schlimmsten Fehlentwicklungen vermeiden lassen.

Wenn ich allerdings bedenke, wie oft dieser Appell - nicht nur in diesem Medium - erhoben wurde, wenn ich mir überlege, was alles schon passiert ist, ohne daß sich die Kollegen motivieren ließen, etwas dagegen zu tun - dann glaube ich eher, daß selbst Verkünder vernünftiger Selbstverständlichkeiten wie Staehle Utopisten bleiben müssen.

*Dr. Hanns-W. Hey,
München*

Bereits über 1000 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**

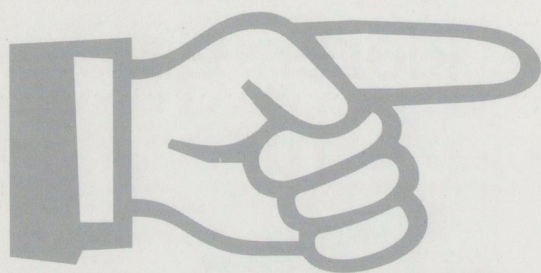
**Inhaber und Geschäftsführer:
Dipl.-Ing. Ortwin Hartung**

**Veerenkamp 4
21739 Dollern**

Tel. 04163-4018 Fax 04163-6230

Die Natur ist Vorbild

Baustein für die Zähne



*Eine Empfehlung
für Ihre Patienten*



Tag für Tag Bad Reichenhaller Jodsalz mit Fluor anstelle des normalen Salzes. Fluorid härtet den Zahnschmelz und ist daher wichtig für die Zähne. Jod ist für die tägliche Ernährung genauso wichtig wie Vitamine.

Das Salz der Alpen, die Geschmackskraft der Natur.

Exklusiv-Prophylaxe nur für Selbstzahler - der falsche Weg

Forum-Gespräch mit Prof. Dr. H.J. Staehle, Heidelberg

Im ersten Teil des Interviews im DAZ-forum 57 beantwortete Prof. Dr. H. J. Staehle Fragen nach dem zahnmedizinischen Grundkonsens, sprach deutliche Worte über Teile der alternativen Zahnheilkunde ("Geschäft mit der Angst"), und ihre Unterstützung durch Körperschaften und Industrie. Dabei nahm er auch mutig Stellung zur Rolle der DZW, die er für die Zahnärzte schädlich nannte. Schließlich gab er dem Thema Marketing und Alternativmedizin einen breiten Raum, dem Thema, das auch bei seinem vielbeachteten Vortrag bei der DAZ-Jahreshaupt-Versammlung am 04. Oktober 1997 in Berlin im Vordergrund stand und in dem er die Kollegenschaft aufforder-

te, dem Mißbrauch aus den eigenen Reihen zu begegnen. Im zweiten Teil des Interviews, das wir in dieser Ausgabe veröffentlichen, geht es um die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Prävention, die für manchen Standespolitiker ausschließlich die Ausweitung von Selbstzahlerleistungen bedeutet. Staehle macht Vorschläge zur Umgestaltung des GKV Leistungskataloges und nimmt deutlich Stellung zur »Prophylaxe auf Krankenschein«. Den Abschluß bildet ein Statement zur Studienreform und zur öffentlichen Positionsbestimmung der Hochschullehrer - er selbst mit gutem Beispiel voran - wie dieses Interview zeigt.

DAZ: Wie müßten die Rahmenbedingungen im ökonomischen Bereich verändert werden, damit sich eine präventionsorientierte Zahnheilkunde durchsetzt?

Staehle: Ich höre immer wieder von Kollegen, die mir versichern, daß man - wirtschaftlich betrachtet - mit Maßnahmen einer konsequent schadensgerechten Zahnerhaltung alleine nur schwer eine Praxis erfolgreich führen könne. Offenbar muß man den Anteil von bestimmten chirurgischen und prothetischen Leistungen wie Implantaten und aufwendigen Laborarbeiten - möglichst mit viel Selbstzahlern - hoch halten, um

in einer Praxis bestehen zu können. Dies muß grundlegend geändert werden.

Der Zahnarzt muß Anreize für präventionsorientierte und schadensgerechte Leistungen erhalten, diese müssen sich - auch in wirtschaftlicher Sicht - wesentlich mehr rentieren als spät-reparative Eingriffe.

Ich möchte hier die Bedeutung spätere parativer Leistungen wie Implantate oder aufwendige Laborarbeiten keinesfalls in Zweifel ziehen. Selbstverständlich haben sie einen wichtigen Stellenwert, der - auch im Hin-

**Neuformulierung des
Leistungskatalogs**

blick auf die demographische Entwicklung der Bevölkerung - vorläufig noch erhalten bleibt. Aber das Ziel unserer Anstrengungen kann doch nicht in hohen Steigerungsraten für Implantate oder laborgefertigte Restaurationen liegen. Wenn wir eine bessere Prävention haben wollen, wenn wir bessere diagnostische Möglichkeiten ausnutzen wollen, wenn die direkten Restaurationstechniken immer mehr verfeinert werden, dann muß das Ziel sein, den Anteil von Laborarbeiten zu senken und relativ dazu den Anteil präventionsorientierter, direkter Maßnahmen zu steigern. Dies gilt für Patienten aller Altersstufen. Die jüngeren Patienten, die heute von der Prävention profitieren, sollen später einmal im Alter möglichst keine Prothetik mehr erhalten. Falls bei diesen Menschen - aus welchen Gründen auch immer - noch Schäden auftreten, sollte man sie künftig in der Regel mit direkten Maßnahmen lösen können. Herr Professor Klaiber aus Würzburg hat bei der letzten Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung in Freiburg erklärt, daß auch im Forschungsbereich ein Umdenken eintreten muß. Es ist z. B. nicht sinnvoll, für die Erforschung laborgefertigter Techniken immer größere Summen zu investieren. Das Geld muß künftig eher in die Verbesserung direkter, schadensgerechter Restaurationstechniken und präventiver Maßnahmen fließen. Dem stimme ich uneingeschränkt zu.

Für die praktizierenden Zahnärzte brauchen wir, wie erwähnt, eine Neuformulierung der Leistungskataloge und eine Umverteilung der Mittel, die sich nicht im Millionenbereich, sondern im Milliardenbereich bewegen.

DAZ: Wo sehen Sie die Hindernisse auf dem Weg zu einer präventiv-orientierten zahnmedizinischen Zukunft?

Stahle: Die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger haben es in Deutschland bislang nicht vermocht, Gesundheitsförderung und Prävention auf verschiedenen Ebenen entsprechend dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu realisieren.

An oberster Stelle müßte die Gesundheitsförderung mit der Ausbildung eines entsprechenden Gesundheitsbewußtseins in der Bevölkerung stehen. Dabei müssen die für uns wichtigen Gebiete der Körperhygiene und Ernährung beständig aufgegriffen werden. Wesentlich höhere Priorität als bisher müßte auch die Kollektivprophylaxe in ihren verschiedenen Abstufungen erhalten.

Ich würde mir wünschen, daß sich alle Landespolitiker viel mehr für diese Belange einsetzen. Nehmen Sie das Beispiel der Kochsalzfluoridierung. Warum soll sich dafür nicht auch einmal die Landespolitik zusammen mit Wissenschaftlern in großangelegten konzertierten Aktionen stark machen? Bemer-

kenswerterweise haben sich für die Einführung der Kochsalzfluoridierung in Deutschland nicht die tonangebenden Landesvertreter, leider übrigens auch nicht die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, sondern der DAZ verdient gemacht. Es ist sehr schade, daß dies in der Vergangenheit kaum gewürdigt wurde. Oder nehmen Sie die konsequente

DAZ hat sich um Kochsalzfluoridierung verdient gemacht

Durchsetzung einer breitenwirksamen und flächendeckenden Gruppenprophylaxe unter Einschluß von Lokalfleuridierungen. Sie müßte viel umfassender unterstützt werden. Bedauerlicherweise wird sie wegen einer unproduktiven Auseinandersetzung mit Kostenträgern zur Zeit von einigen Standesvertretern durch Begriffe wie „Entmündigung der Bevölkerung“, „unerlaubte Eingriffe in die Intimssphäre“ oder „Fluoridschmiererei“ sogar abgewertet. Es ist auch kein gutes Signal, wenn ausgerechnet Gegner der Gruppenprophylaxe im Medienbereich, die sehr einseitig über Risiken von Fluoriden berichtet und damit

Standespolitiker ehren Gegnerin der Gruppenprophylaxe

vielfache Ängste erzeugt haben, von Repräsentanten der Standespolitik mit Ehrungen bedacht werden, wie jüngst

die Journalistin Dr. Krone-Schmalz durch den Hildegard-von-Bingen-Preis der Landeszahnärztekammer Rheinland Pfalz.

DAZ: Wenn die Kollektivprophylaxe ausgebaut wird, was bleibt da noch für die Individualprophylaxe zu tun?

Staehe: Auf der Grundlage einer funktionierenden Gesundheitsförderung und Kollektivprophylaxe wird eine bedarfsgerechte Individualprophylaxe wahrscheinlich noch viel effektiver zur Mundgesundheit beitragen, als dies bislang der Fall war. Ein Ausbau von Gesundheitsförderung und Kollektivprophylaxe heißt nämlich nicht, daß Abstriche in der Individualprophylaxe ge-

macht werden sollen. Ganz im Gegenteil! Auch die Individualprophylaxe muß viel mehr gefördert werden, da sich die zahnärztliche Tätigkeit immer noch schwerpunktmäßig auf spät-reparative, mehr oder weniger stark invasive Eingriffe konzentriert. Es müßte sich also nicht nur im Bewußtsein der Bevölkerung, sondern auch im Bewußtsein der Zahnärztinnen und Zahnärzte selbst noch vieles ändern, wobei zu vermerken ist, daß die derzeitigen Schief lagen in den Leistungskatalogen von Kostenträgern einer Bewußtseinsänderung nicht gerade förderlich sind.

Derzeitige Leistungskataloge verhindern Bewußtseinsänderung

DAZ: Was wurde versäumt?

Staehe: Von gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern wurden unter anderem zu wenig Anstrengungen unternommen, die gesetzlichen Grundlagen sowie die sachlichen und personellen Voraussetzungen für eine umfassende Gesundheitsförderung und eine flächendeckende Kollektivprophylaxe zu schaffen.

Nur zu oft wurde der Idealismus einzelner Kolleginnen und Kollegen, die sich wirklich in bewundernswerter Weise einsetzten, ausgenutzt und mißbraucht. Wir müssen uns darüber klar werden, daß Gesundheitsförderung und Kollektivprophylaxe von niedergelassenen Zahnärzten alleine - auch bei noch so großem Engagement - nicht im erforderlichen Umfang kontinuierlich geleistet werden können. Hier müßte man - unter

Berücksichtigung moderner Public-Health-Strategien - auch auf andere Institutionen zurückgreifen wie zum Beispiel einen funktionierenden öffentlichen zahnärztlichen Gesundheitsdienst. Der ist in Deutschland aber, im Gegensatz zu anderen Ländern wie zum Beispiel der Schweiz, noch nicht in der erforderlichen Form entwickelt. Unter Hinweis auf leere Kassen in öffentlichen Haushalten wird er zur Zeit sogar noch weiter abgebaut. Wir dürfen uns hier aber nichts vormachen. Auch zu Zeiten, in denen Geld im Überfluß vorhanden war und Milliarden in die Zahnheilkunde hineingepumpt wurden, hat man seinen angemessenen Ausbau nie konsequent gefördert.

Es hat bedauerlicherweise zuweilen den Anschein, als ob einige der zur Zeit tonangebenden Standesvertreter der Zahnärzteschaft von Kollektivprophylaxe - auch wenn sie nach außen hin anderes vorgeben und sich gerne bei entsprechenden Aktivitäten photographieren lassen - nicht allzuviel wissen wollen. Ihnen scheint es - wenn überhaupt - vorwiegend um die Etablierung einer bestimmten Form von Individualprophylaxe zu gehen. Individualprophylaxe soll eine Exklusivleistung nur für diejenigen werden, die es „verdienen“.

**Exklusiv-Prophylaxe
nur für Selbstzahler-
der falsche Weg**

einige Standespolitiker präventionsorientierte Maßnahmen vornehmlich unter dem Gesichtspunkt der Ausweitung von Selbstzahlerleistungen. Es wurde bislang versäumt, der Zahnärzteschaft klarzuma-

chen, daß dies nicht der richtige Weg für eine zukunftsorientierte Zahnheilkunde sein kann.

DAZ: Welche politische Chance geben Sie einer gezielten Gruppenprophylaxe für Risikopersonen aller Alterstufen, wenn Landesorganisationen der Zahnärzte sich nicht einmal für Vorschul- und Schulkinder konsequent stark machen?

Staehele: Ich kenne viele der heute in der Verantwortung stehenden Landespolitiker, die die Gruppenprophylaxe ernsthaft bejahen. Diese müssen von wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Vertretern der Hochschulen und anderen Institutionen nachhaltig unterstützt werden, um sich innerhalb der gesamten Landespolitik ein besseres Gehör zu verschaffen. Es kommt auch darauf an, deutlich zu machen, daß sich der Ausbau der Gruppenprophylaxe ja keineswegs gegen niedergelassene Zahnärzte richtet, sondern ein gemeinsames Interesse darstellt.

**Ausbau der Gruppenprophylaxe -
gemeinsames
Interesse**

DAZ: Sind Sie der Meinung, daß auch aufwendigere Prophylaxemaßnahmen wie zum Beispiel professionelle Zahnreinigungen von den Krankenkassen übernommen werden sollen? Falls ja: Wie kann man das finanzieren? Sehen Sie Risiken des Mißbrauchs? Falls nein: Werden durch eine private Bezahlung der Prophylaxe nicht soziale Ungerechtigkeiten erzeugt?

Staehele: Das von Ihnen angesprochene Beispiel, nämlich die professionelle

Zahnreinigung, muß man innerhalb eines umfangreichen Komplexes sehen, der von einer adäquaten Diagnostik ausgeht und bis zu einer unterstützten Nachsorge reicht. Dazu gehören u. a. Instruktionen und Motivationen zu einer effektiven Mundhygiene, die Schaffung hygienefähiger Verhältnisse, supra- und subgingivales Scaling und ggf. weitere Maßnahmen.

Wichtig ist, daß sämtliche Maßnahmen bedarfsgerecht vorgenommen werden. Lassen Sie mich aus diesem umfangreichen Katalog das Mundhygienetraining herausgreifen, das nicht nur für die Parodontologie, sondern auch für eine vernünftige restaurative Behandlung von großer Bedeutung ist. Hier wird die Zahnreinigung auf die individuellen Verhältnisse des Patienten abgestimmt. Dies kann z.B. bedeuten, daß an jedem Zahnzwischenraum die geeigneten Hilfsmittel erprobt und in mehreren Sitzungen trainiert werden müssen. Es kann z.B. sein, daß neben Zahnseide auch Interdentalraumbürsten unterschiedlicher Größe individuell auszusuchen sind. Parallel dazu werden professionelle Zahnreinigungen in abgestufter Intensität erforderlich. Ein solches Training benötigen sehr viele Patienten. Nehmen wir einmal an, ein Patient benötigt ein Training in mehreren Sitzungen, das Kosten von 500 DM verursacht, wenn es in einer Praxis unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten angeboten werden soll. Würde man so etwas für den Patienten ohne jegliche Zuzahlung anbieten, könnte schon die Gefahr des Mißbrauchs bestehen. Würde man hingegen die vollen Kosten auf den Patienten abwälzen, so würde man möglicherweise einen zu geringen Bevölkerungs-

anteil erreichen. Also muß man einen Mittelweg wählen. Man könnte zum Beispiel einen Eigenanteil von 150 DM verlangen, während die GKV einen Anteil von 350 DM übernimmt.

DAZ: Woher aber sollen die 350 DM kommen, wenn das Gesamtvolumen nicht steigen darf?

Stahle: Ob das Gesamtvolumen steigen darf oder nicht, kann ich nicht beantworten. Falls es nicht steigen darf, geht die Rechnung nur auf, wenn im spätreparativen Bereich Abstriche gemacht werden. Mit anderen Worten: Präventionsorientierte Maßnahmen müssen nicht nur adäquat honoriert, sondern der Bevölkerung auch leichter zugänglich gemacht werden, spät-reparative Leistungen werden dadurch allerdings schwerer zugänglich gemacht, was für einen Teil der Bevölkerung zu Einschnitten führt. Wenn wir schon um soziale Härten nicht herkommen, dann soll das begrenzt zur Verfügung stehende Geld wenigstens in zukunftsweisende Maßnahmen investiert werden.

**Begrenzte Geldmittel
wenigstens zukunfts-
orientiert investieren**

DAZ: Wie soll der GKV-Gesamtkatalog umgebaut werden?

Stahle: Wie bereits erwähnt, müßte in der Größenordnung von mehreren Milliarden umverteilt werden. Wir müssen zur Kenntnis nehmen, daß spätreparative Leistungen über viele Jahre von der Solidargemeinschaft sehr stark subven-

tioniert wurden. Hier ist ein Subventionsabbau zu diskutieren. Prothetik wird also für die Bevölkerung teurer. Man darf aber den Patienten mit ihren unterschied-

**Eingesparte
Prothetik-Milliarden
im Prophylaxe-
Bereich zurückgeben**

lichen sozialen Voraussetzungen nicht einfach diese Leistungen nur „wegnehmen“, sondern muß sie in minde-

stens gleicher Höhe im präventionsorientierten Bereich wieder zurückgeben.

Wenn Sie sich vorstellen, daß der Bevölkerung eine angemessene honorierte, bedarfsgerechte präventionsorientierte Behandlung einschließlich parodontaler und restaurativer Maßnahmen wie z. B. effektives Mundhygienetraining, schadensgerechte definitive zahnfarbene Füllungen, Verbesserung von erhaltungsfähigen Restaurationen mit kleineren Mängeln usw. leicht zugänglich gemacht werden soll, so werden Sie schnell auf Beträge kommen, die das oben genannte Vorgehen rechtfertigen. Es gibt nach meiner Einschätzung keine andere Lösung, wenn wir die künftig als wichtig erkannten Schwerpunkte der Zahnheilkunde breitenwirksam umsetzen wollen.

DAZ: Von einigen Landespolitikern wird immer wieder behauptet, Prophylaxe habe für mündige Bürger im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen überhaupt nichts zu suchen. Wie erklären Sie sich diese Einstellung?

Stahle: Sie haben recht, diese im Grunde sehr problematische Einschät-

zung ist weit verbreitet. Hauptursache ist wahrscheinlich die leider sehr berechtigte Befürchtung, daß von den Kostenträgern immer neue Leistungen in den GKV-Katalog hineingedrückt werden, ohne andere herauszunehmen. Das Ergebnis wäre - konstantes Gesamtvolumen vorausgesetzt - daß der Zahnarzt für die einzelne Leistung weniger Geld erhält. Daraus resultiert wiederum die Gefahr, daß er nicht mehr kostendeckend arbeiten kann, wenn er bestimmte Kriterien der Qualitätssicherung einhalten will.

Dennoch halte ich es für unverzichtbar, daß gerade die präventionsorientierten Leistungen vermehrt in den GKV-Katalog hineingenommen werden und zwar für alle Altersklassen. Lassen Sie mich nochmals das Beispiel des Mundhygienetrainings aufgreifen. Ich habe aus unzähligen Ausbildungs- und Fortbildungskursen seit etwa 20 Jah-

**Auch manche Zahn-
ärzte sind nicht
immer optimal über
moderne Prophylaxe
informiert**

ren einen ziemlich guten Überblick über die Mundhygienesituation von Zahnmedizinstudenten und Zahnärzten. Oberflächlich betrachtet haben diese eine ordentliche Mundhygiene. Wenn Sie aber die Interdentalräume genauer anschauen, so finden Sie hier Plaqueansammlungen, die sich vom „normalen“ Patienten nicht so deutlich unterscheiden. Sehr vielen Studierenden und Zahnärzten gelingt z. B. mittels Zahnseide eine effektive Reinigung nicht. Wenn man sie nach dem Gebrauch von Interdentalraumbürsten fragt, so werden solche Hilfsmittel nur von einem verschwindend kleinen

Teil angewandt. Die meisten Studierenden und Zahnärzte unterliegen immer noch der Fehlinformation, diese Bürsten seien bei ihnen selbst zu dick für die Zahnzwischenräume. Sie wissen nicht, daß es in der Zwischenzeit sehr grazile Hilfsmittel dieser Art gibt, die auch bei jüngeren Menschen eine sehr effektive Reinigung erlauben. Und selbst wenn sie es wissen, hat dies wenig Konsequenzen. Ich erlebe immer wieder Studenten, die Bücher über Prophylaxe gelesen und die entsprechenden Seminare besucht haben, die aber in ihrem eigenen Mund das Gelernte nicht umsetzen. Diesen Studenten kann man - wenn sie dies wünschen - zahnärztliche Hilfe anbieten. Gegenseitige Übungen helfen hier nicht viel weiter. Sie müssen von erfahrenen Fachkräften ein maßgeschneidertes Trainingsprogramm erhalten. Erst dann realisieren sie in der Regel in sehr kurzer Zeit eine erstaunlich gute Mundhygiene. Gleiches gilt übrigens für eine große Zahl von praktizierenden Zahnärzten. Wenn ich davon ausgehen muß, daß selbst solche, die sich berufsmäßig mit Zahngesundheit befassen und sehr motiviert sind, ohne Trainingsprogramm nicht zu einer guten Mundhygiene finden, um wieviel mehr gilt dieser Umstand dann für die übrige Bevölkerung. Daraus sehen Sie, daß solche flotten Sprüche wie „Wer nicht putzt, soll zahlen“ verfehlt sind, insbesondere dann, wenn man nicht die Voraussetzungen schafft, daß jemand wirklich eine effektive Zahnreinigung betreiben kann. Leider werden die fachlich durchaus begründeten Bemühungen, Trainingsprogramme und professionelle Zahnreinigungen wenigstens unter Mitbeteiligung der GKV großen Bevölke-

rungstteilen anzubieten, bis heute abgewehrt. Ich bin aber der Überzeugung, daß man hier mit gutem Willen durchaus Lösungen finden könnte. Um es nochmals zu wiederholen: Wir brauchen Prophylaxe nicht unbedingt zum Nulltarif, aber sie soll sehr leicht zugänglich sein!

Nicht zum Nulltarif, aber leicht zugänglich

DAZ: Sozial schwache Gruppen tragen das höchste Erkrankungsrisiko, und ihr Selbsthilfepotential ist am schwersten zu aktivieren. Wie sehen Sie vor diesem Hintergrund die Einschränkung des GKV-Leistungskatalogs bei nach wie vor nicht annähernd flächendeckender Gruppenprophylaxe?

Stahle: Die Erreichung von Risikogruppen ist eine sehr große Herausforderung, der sich Zahnärzteschaft und Kostenträger gemeinsam stellen sollten. Bedauerlicherweise ist es gerade in der präventiven Betreuung von Risikogruppen zu einem ungenuten Streit zwischen Zahnärzteschaft und Kostenträgern gekommen, der nach meiner Einschätzung nicht fachlich begründet ist, sondern eher einen Verteilungskampf um Macht und Geld darstellt. Damit steht in der Tat eine glaubwürdige Basis für sozial ausgewogene Entscheidungen auf schwachen Füßen. Das Gesamtvolumen von GKV-Leistungen darf keinesfalls abgebaut werden, aber es steht außer Fra-

Betreuung von Risikogruppen: Verteilungskampf um Macht und Geld

ge, daß der GKV-Leistungskatalog grundlegend umgebaut werden muß. Wir müssen neue Prioritäten setzen, wobei soziale Einschnitte wahrscheinlich nicht ausbleiben werden. Wir müssen davon ausgehen, daß die zahnmedizinische Betreuung der Bevölkerung vorläufig sehr teuer bleiben wird, unabhängig davon, ob sie präventionsorientiert ist oder nicht. Die hohen Kosten entstehen auch unabhängig von der Frage, ob sie von einer Solidargemeinschaft aufgebracht werden oder von Einzelpersonen zu bezahlen sind. Wie hoch das Kostenvolumen einer Solidargemeinschaft sein soll oder kann, ist letztlich natürlich eine Frage, die die Politik und nicht die Wissenschaft zu entscheiden hat.

Zukunftsweisende Weichenstellungen müßten nach meiner Einschätzung aber nicht nur jetzt gezogen werden, sie müßten auch bereits jetzt greifen. Was in anderen Bereichen diskutiert wird, gilt auch für die Zahnmedizin: Es darf nicht sein, daß wir nachfolgenden Generationen immer mehr Belastungen aufbürden, die unsere Generation zumindest mittragen müßte.

DAZ: Warum sind bislang keine einvernehmlichen Lösungen erzielt worden?

Stahle: Es fehlt das nötige Vertrauen zwischen den Verhandlungspartnern. Der Ehrlichkeit halber muß man hier aber festhalten, daß dafür keineswegs nur die zur Zeit tonangebenden Vertreter der Standespolitik verantwortlich sind. Ich habe - soweit ich dies überblicken kann - den Eindruck gewonnen, daß auch viele Kassenfunktionäre ziemlich egoistisch und uneinsichtig ihre Machtansprüche durchsetzen wollen. Dies

liegt keinesfalls im Wohl ihrer Mitglieder. So gesehen ist es nicht nur legitim, sondern auch äußerst wichtig, daß sich unsere Standesvertreter gegen eine Machtausweitung von Kostenträgern wehren. Die Probleme sind in der Tat politischer Natur, ich glaube kaum, daß hier die Vertreter der Hochschulen Lösungen anbieten können.

Viele Kassenfunktionäre handeln nicht zum Wohl ihrer Mitglieder

DAZ: Die neuen Fluoridierungsempfehlungen der DGZMK und der Fachgesellschaften für Kinderheilkunde und Ernährung sind von verschiedenen Institutionen kritisiert worden. So lautet zum Beispiel der Vorwurf, die Gruppenprophylaxe werde aus berufspolitischen Gründen behindert. So wolle man z. B. durch die Formulierung „Die lokale Anwendung von höher dosierten Fluoridlacken oder -lösungen sollte nur unter zahnärztlicher Aufsicht erfolgen“ verhindern, daß in Kindergärten und Schulen ohne Anwesenheit eines Zahnarztes Lokalfluoridierungen vorgenommen werden. Dies sollte künftig nur in der Praxis möglich sein. Unsere Frage also: Sind hier vielleicht doch Einflüsse von außen auf die Wissenschaft wirksam geworden?

Stahle: Die von Ihnen angesprochene Stellungnahme der DGZMK unterstützt sinnvolle Fluoridierungsmaßnahmen, also eindeutig pro und nicht kontra Fluoridierung. Es gibt keine Hinweise dafür, daß sich die Verfasser der Stellungnahme von irgendeiner standespolitischen Gruppierung hätten beeinflussen lassen. Ich ha-

be selber schon etliche Statements der DGZMK zu verschiedenen Themen verfaßt und weiß deshalb, wie schnell einzelne Formulierungen mißverstanden werden können. Herr Professor Reich aus Homburg/Saar hat anläßlich des letzten Kongresses der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Trier erklärt, die Bezeichnung „zahnärztliche Aufsicht“ müsse so verstanden werden, daß die Planung und Organisation von Fluoridierungsmaßnahmen einschließlich der Schulung der Personen, die sie vornehmen, in zahnärztlicher Verantwortung und damit „Fachaufsicht“ liegen. Dieser Auffassung schließe ich mich inhaltlich voll an. Selbstverständlich dürfen die Formulierungen nicht so verstanden werden, als ob ein Zahnarzt beim Auftragen von Fluoridlacken zugegen sein müßte. Lokalfluoridierungen für Risikogruppen, die in verschiedenen Einrichtungen, also vor Ort, auch ohne Anwesenheit eines Zahnarztes

Lokalfluoridierung auch ohne Anwesenheit eines Zahnarztes

vorgenommen werden können (zugehende Intervention) sind eindeutig zu unterstützen. Falls

hier unterschiedliche Auslegungen vorliegen, müßte die DGZMK davon benachrichtigt werden. Ich bin überzeugt davon, daß die Verfasser des Statements in einem klärenden Kommentar schnell für eine Richtigstellung sorgen würden.

DAZ: Schon seit einiger Zeit wird über die Reform des Zahnmedizinstudiums diskutiert. Welche Schwerpunkte sollte eine Reform Ihrer Meinung nach haben?

Staehele: Die Ausbildung muß praxisnah erfolgen und sie muß den künftigen Entwicklungen der Zahnheilkunde Rechnung tragen.

DAZ: Es steht die Forderung nach mehr klinischer Betätigung und weniger Zahntechnik im Raum! Halten sie diese Forderung im Hinblick auf eine zukunftsorientierte Ausbildung für nützlich?

Staehele: Wenn neue Schwerpunkte und Inhalte hereingenommen werden sollen, müssen alte, auch wenn es noch so schwer fällt, reduziert werden. Insgesamt wird tatsächlich der rein technische Bereich zugunsten anderer Ausbildungsinhalte zurückgefahren werden müssen, ohne ihn allerdings vollständig aufzugeben.

Den rein technischen Bereich in der Ausbildung zurückfahren

DAZ: Es wird über die Reduktion vorklinischer Zahntechnik-Kurse diskutiert, um dadurch Raum zu gewinnen für neue Kurse in präventiver Zahnheilkunde, Kinderzahnheilkunde und Parodontologie. Wie beurteilen Sie dies?

Staehele: Eine Neuordnung der Ausbildung darf sich nicht darin erschöpfen, daß vielleicht der eine Kurs im Fach A gestrichen und dafür ein anderer im Fach B eingesetzt wird. Jedes Fach hat seine Bedeutung und muß seine Belange vernünftig vertreten können. Wichtig ist, daß der Inhalt der einzelnen Fächer den aktuellen Gegebenheiten angepaßt werden kann. So wird zum Beispiel darüber nachgedacht werden müssen, ob das, was wir früher unter streng ge-

trennten Gebieten wie „Zahnerhaltung“ und „Zahnersatz“ verstanden haben, künftig noch zutrifft. Ich kann mir nicht vorstellen, daß die Schwerpunkte der früheren Zahnersatzkunde auch künftig in Prothesen oder Implantatversorgungen liegen können. Es werden dort neue Bereiche erschlossen werden, die die Erkenntnisse einer präventionsorientierten Betreuung mit ihren vielfältigen Möglichkeiten hereinnehmen. Auch wir Vertreter der Zahnerhaltungskunde müssen unsere Inhalte ständig neu kritisch hinterfragen. Der bekannte skandinavische Forscher Harald Loe hat in diesem Jahr in der Deutschen Zahnärztlichen

Die Studenten von heute sollen nicht für die Probleme von gestern ausgebildet werden

Zeitschrift, dem Organ der DGZMK, sinngemäß geschrieben, daß weltweit die Gefahr bestehe, daß wir die Studenten von heute für die Probleme von gestern ausbilden. Hier

müssen wir ansetzen.

Dazu brauchen wir eine flexible Approbationsordnung, die den Hochschullehrern die Möglichkeit gibt, auch künftige Entwicklungen aufzugreifen. Die Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die VHZMK, hat Vorschläge unterbreitet, die nach meiner Einschätzung diese Flexibilität enthalten. Wenn Sie die Vorschläge unter dem engen Blickwinkel alter Fachbeschreibungen lesen, mögen Einwände berechtigt sein. Wenn Sie aber die Entwicklungspotentiale aller unserer Fächer einkalkulieren, so werden Sie erkennen, daß die Vorschläge der VHZMK schon durchdacht und einigermaßen

ausgewogen sind. Sie sind im übrigen trotz ursprünglich sehr unterschiedlicher Ausgangspositionen der einzelnen Fachgebiete einhellig formuliert worden. Diese konstruktiven Ansätze könnten Modellcharakter für andere Gruppen im zahnärztlichen Bereich haben. Natürlich hätten sich die Vertreter der Zahnerhaltungskunde noch viel mehr Inhalte aus ihrem Fach gewünscht. Dies war naturgemäß auch bei den Vertretern anderer Fachgebiete der Fall. Sie müssen aber bedenken, daß ein tragfähiger Vorschlag formuliert werden konnte, der trotz einiger Einschränkungen insgesamt gesehen in die richtige Richtung zeigt und deshalb auch von den Hochschullehrern für Zahnerhaltung inhaltlich unterstützt und getragen wurde.

DAZ: Lassen Sie uns abschließend noch eine Frage zur öffentlichen Positionsbestimmung durch Hochschullehrer stellen. Wir stellen hier eine Zurückhaltung fest, die weder durch wirtschaftliche noch durch politische Zwänge erklärbar ist. Woran liegt das?

Staehe: Hier muß ich Sie etwas korrigieren. Es hat immer zahlreiche Hochschullehrer in unseren Reihen gegeben, die sich nicht gescheut haben, Position zu beziehen, wenn Belange der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zur Diskussion standen. Es geht aber eben leider nicht nur darum, ob sich Wissenschaftler zu einem bestimmten Thema äußern, sondern auch darum, ob überhaupt die Bereitschaft vorhanden ist, ihnen Gehör zu schenken. Und selbst wenn dies der Fall sein sollte, ist noch lange nicht gesagt, daß entsprechende Konsequenzen der politischen Entscheidungsträger fol-

HERO 642™

Eine neue Methode der Wurzelkanalaufbereitung

**Weniger Instrumente –
weniger Zeitaufwand**

**Höchste Bruchsicherheit bei
rotierender Anwendung**

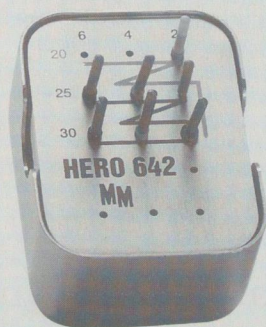
Hochelastisches **Nickel-Titan-**Material in Verbindung mit konisch arbeitenden Instrumenten (variable Konizität) bewirken ein effektives, zeitsparendes und dabei sicheres Ausräumen des Kanals.

Die **HERO 642**-Feilen können mit einem 1:100 untersetzten Winkelstück angewendet werden.

Eine kleine, sterilisierbare Box dient zur Aufnahme der wenigen benötigten Instrumente. Die grafische Darstellung des Arbeitsweges, je nach Schwierigkeitsgrad des Kanals in der entsprechenden ISO-Farbkodierung, erleichtert die Instrumentenauswahl.

HERO 642, eine neue, zeitsparende und zudem preisgünstige Methode, wirksam und vollkommen sicher.

Interessiert? Wir informieren Sie gerne.



MM®
MICRO
MEGA

MICRO-MEGA AG Deutschland

Obere Zeil 6-8, D-61440 Oberursel/Ts., Tel. 0 61 71/58 93-0, Fax 0 61 71/58 93 70

gen. Sie müssen schließlich bedenken, daß das primäre Motiv eines Hochschullehrers, die medizinische bzw. zahnmedizinische Universitätslaufbahn einzuschlagen, in dem Reiz der Verbindung von Lehre, Forschung und Patientenversorgung zu suchen ist. Für die Aufgaben, die mit der Steigerung und Verbreitung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes verbunden sind, ist ein gewisser Abstand zum politischen Tagesgeschäft mitunter durchaus erstrebenswert. Wenn allerdings Entwicklungen auftraten, die das bisherige Selbstverständnis und die Freiheit von Lehre und Forschung tangieren, werden sich wahrscheinlich künftig wesentlich mehr

Hochschullehrer veranlaßt sehen, ihre Vorstellungen deutlicher zu formulieren als dies bislang der Fall war. Dann wird auch die von Ihnen angesprochene Zurückhaltung aufgegeben werden müssen.

DAZ: Herr Professor Staehle, die forum-Redaktion und der DAZ bedanken sich für das offene und konstruktive Gespräch, das vielen Standes- und Gesundheitspolitikern eine Fülle von Vorschlägen und Anregungen gegeben hat.

Verfehltes Marketing - oder Selbstüberschätzung?

Der folgende Muster 1-Anhang gehört zu einem Heil-u. Kostenplan, den Dr. L. aus P. für zwei nebeneinanderliegende Einzelkronen bei einer GKV-Patientin **ohne** Kau- und Gelenksbeschwerden ausgestellt hat:

Leistung	Anzahl	Faktor	Text	
003	1	2.300	Therapiepl. nach Befunderh.und schriftl. HKP zur proth. Vers.	55.66
101	1	3.000	Kontrolle und Instruktionen zur Mundhygiene	33.00
407	3	3.000	Subgingivale Konkremententfernung	108.90
517	2	6.500	Anat. Abform. bei schwierigen Verhältnissen	357.50
800	1	6.500	Befunderhebung d. stomatogn. Systems	357.50
801	1	6.500	Registr. der gelenkbez. Zentrallage des UK	128.70
802	1	6.500	Modellmont. n. arbitr. Scharnierachsenbest.	268.00
804	1	6.500	Montage des Gegenkiefermodells	143.00
805	1	6.500	Registr. v. UK Beweg. z. Einst. halbdiv. Artik.	250.25
808	1	6.500	Diagn. Maßn. an Mod. im Artikulator	143.00
Zahnärztliches Honorar voraussichtlich				DM 1863.51
Die Material- und Laborkosten betragen voraussichtlich				DM 600.00
zusammen				DM 2463.51

Hierzu wären die normalen GKV-Kosten für die beiden Kronen in Höhe von 1450 DM addiert worden. Die Patientin hat allerdings auf die Behandlung durch Dr. L. verzichtet

Visionen von Mut und Vertrauen

Tiefe Überzeugung und ehrliche Erschrockenheit sind zu spüren, als ein Kollege aus dem Bodenseegebiet seinen Vortrag im Rahmen unserer Kammerfortbildung beginnt: »Auch in der Schweiz ist nicht alles Gold, was glänzt! Wenn in der Schweiz ein Kollege zwei Brücken pro Monat präpariert, so ist das schon viel! Und außerdem bestehen Überlegungen, die Züricher Klinik zu halbieren und die Baseler Klinik ganz zu schließen - es besteht einfach kein Bedarf mehr an Zahnärzten.....«

Dies ist bestimmt pointiert; dennoch bemerkenswert - denn statt einer bewundernden Freude oder Anerkennung der offenkundigen Effizienz langjähriger kariesprophylaktischer Bemühungen in der »confoederatio helvetica« vernimmt man unzweifelhaft die erschreckende Angst um die Zukunft der deutschen Zahnärzte. Es ist eine Angst um den Bestand der Zahnheilkunde, wie sie bisher in Deutschland hauptsächlich verstanden wird. Die geschilderten Zustände, die mutmaßlich in der Schweiz herrschen, haben auf mich keineswegs eine deprimierende Wirkung! Ich finde es wunderbar, wenn Zahnärzte, Politik, Gesellschaft und Wissenschaft in einem Land offenbar ein Ziel erreicht haben, von dem wir in Deutschland bisher in dieser Konsequenz nur träumen können: Die Zahngesundheit der Bevölkerung läßt es diskutabel erscheinen, weniger Zahnmediziner auszubilden, und langfristig den Berufsstand der Zahnärzte zu verkleinern. Das halte ich für bewundernswert, denn in Deutsch-

land gibt es m.E. einen solchen Konsens nicht: Das Krankenversicherungswesen ist selbst schwer erkrankt, die Diagnosen sind inzwischen klar: Reparierende Medizin führt allgemein zu immer umfangreicheren Behandlungen, die ein an sich beispielhaftes System inzwischen in den wirtschaftlichen Ruin treiben. (Interessanterweise ist die Zahnheilkunde in der Kostenentwicklung hinter den Erwartungen zurückgeblieben...) Es sind die Symptome einer auch in anderen Bereichen unserer Gesellschaft auftretenden scheinbar unerklärlichen Depression. Ursachen sind, wie Reiner Korbmann formuliert, »verkrustete Strukturen, Besitzstandsdenken und das Ausruhen auf Erreichtem. Zugleich stellt jeder fest: Tun müssen vor allem die anderen.« Im Gesundheitswesen können wir ein Lied davon singen: Die verfaßte Zahnärzteschaft erwartet Entgegenkommen von der Politik, diese befürchtet Machtverlust und delegiert an die Krankenkassen, welche ihrerseits auf Bewegung in den Positionen der Zahnärzte dringen (natürlich sind alle Kreuzreaktionen möglich!). Jeder fordert Vorleistungen vom anderen ein und mißbraucht diese Forderungen,

- um zu vertuschen, daß man selbst keine langfristig tragfähigen Konzepte und Visionen hat,
- um zu vertuschen, daß man keinen Mut zu wirklichem Handeln hat,
- um zu vertuschen, daß man unfähig ist, dem sogenannten Vertragspartner das unbedingt notwendige Vertrauen entgegenzubringen.

Es fehlt eine konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Dazu muß aber erst ein Ziel formuliert werden, welches jenseits der jetzigen Denkstrukturen liegt. Ich habe die hier eingangs beschriebene »Schweizer Situation« vor Augen und bin der festen Überzeugung, daß mit Mut und Vertrauen so etwas auch in Deutschland möglich sein kann. Vielleicht müssen aber zuerst die Dinosaurier aussterben,

- das Dinosaurische in und an der etablierten Zahnärzteschaft, die sich gegen jeden Sachverstand gegen eine vorbehaltslose Förderung der Gruppenprophylaxe stemmt. Folglich verhindert man auch den Segen der sog. »aufsuchenden Kariesprophylaxe« gerade für die sozial benachteiligten Kinder und Jugendliche. Haben die Zahnärzte ihre Patienten aus den Augen verloren?

- das Dinosaurische in und an der Politik, wenn deren Akteure lediglich lernen, kurz- und mittelfristig zu planen. Gleichzeitig stehen sie Visionärem, und seien sie noch so konstruktiv, mit angstvoller Ablehnung gegenüber. Sie versagen den Bürgerinnen und Bürgern gegenüber in ihrer Pflicht, zum Wohle der Menschen dieser Gesellschaft zu handeln, wenn sie sich lediglich zum Erhalt dieses Staates in seinen Organisationsstrukturen regen. Haben die Politiker die Bürger aus den Augen verloren?

Der zahnmedizinische Sektor des Gesundheitswesens hat sich in den finanziellen Aufwendungen der Solidargemeinschaft während der letzten Jahre unterproportional entwickelt. Warum

sollten wir nicht den Mut haben, in der bestehenden Zahnheilkunde zusätzlich Anstrengungen zu unternehmen, um langfristig die Volksseuche Karies erheblich intensiver zu verhindern, als es heute geschieht? In der Schweiz hat man die Latte hoch gelegt - daran sollten wir uns messen. Gibt es in der Zahnheilkunde eine kausalerere Therapie als die, Zahnfäule zu verhindern? Ohne Zweifel - Zahnheilkunde kann das leisten. Aber erst wenn die Prophylaxe lückenlos ist, werden wir bei unseren Patienten zunehmend weniger Lücken sehen. Erst wenn wir Zahnärzte bei der Bevölkerung in Deutschland eine Zahn-gesundheit ähnlich der in der Schweiz heute nachweisen können, ist es legitim, sich mit Fragen der Ausgrenzung von prothetischer Basisversorgung zu befassen. Es hat den Odem des ärztlich Unethischen und des politisch Unmoralischen, wenn zum jetzigen Zeitpunkt diese Streichungen im Behandlungskatalog der GKV für die heute »bis-18-Jährigen« durchgesetzt werden: Offenkundig sind die prophylaktischen Voraussetzungen dafür nicht erfüllt. Prognostizierte und erhoffte Wirkungen künftiger Prophylaxemaßnahmen taugen nicht als Begründung, wenn man die jugendliche Bevölkerung zum »Privileg« privat-zahnärztlicher Prothetik zwingt. (Oder anders: es ist noch keine einzige Karies dadurch verhindert worden, daß eine Krone vom Kassenpatienten alleine zu bezahlen sein wird).

Die in diesem Zusammenhang gerade von zahnärztlicher Seite bemühte These des »vom Patienten selbst verschuldeten Zahnschadens und daher vom Patienten selbst zu zahlender Therapie« ist

SIEMENS

Weil es sich lohnt, etwas zu verändern. CEREC 2

Die traditionellen Füllungswerkstoffe stehen in der Diskussion. Und immer mehr Patienten legen Wert auf verträgliche, zahnfarbene Restaurationen.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß CEREC® hilft, diesen zum Teil widersprüchlichen Anforderungen der täglichen Praxis gerecht zu werden. Aus diesem Grund haben wir CEREC weiterentwickelt. Damit Sie die wachsenden Herausforderungen auch in Zukunft gelassener annehmen können.

Das Resultat: CEREC 2

Mehr Präzision. Mehr Okklusion.
Mehr Indikation. Mehr Bedienkomfort.
Mehr Kommunikation. Mehr Zukunft.

Gerne geben wir Ihnen weitere
Informationen – persönlich,
per Telefon oder per Fax.

Siemens AG
Dental-Depots
80337 München
Lindwurmstraße 23
Telefon (0 89) 54 41 02-11
Fax (0 89) 54 41 02-41

93051 Regensburg
Kumpfmühler Straße 65
Telefon (09 41) 9 71 98
Fax (09 41) 94 79 24



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!

nicht nur peinlich. Diese These hat mit zahnärztlichem Berufsethos nichts mehr zu tun. Der Zahn-Arzt forscht nach Ursachen, er sucht nicht nach

Schuld - der Zahn-Arzt ist Helfer, er ist kein Richter.

Dr. Andreas Vahlenkamp, Mainz

Nochmals Zahnersatz im 2. Neuordnungsgesetz der GKV

Die Einführung des Faktors 1,7 GOZ beim ZE für 2 Jahre und das Mitspielen bei dieser Regelung durch die eigene Berufsvertretung ist schon fatal genug. Viel gravierender ist aber noch, was die KZBV gegenüber den Mitgliedern der Vertreterversammlung in ihrem Schreiben vom 2.7.97 unter Punkt Sicherstellungsauftrag lapidar mitteilt: »Im Gegensatz zum bisherigen System der Gesamtverträge ist den KZVen auch eine Beeinflussung der Vergütungshöhe durch Beseitigung des Bewertungsmaßstabes infolge der gesetzlichen Bestimmung der Vergütungshöhe in §87 a SGB V IV mit der GOZ entzogen worden. Die KZVen können vor diesem Hintergrund auch nicht mehr gem. §72 Abs. 2 SGB V eine angemessene Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen gewährleisten, dieser Auftrag ist vielmehr auf den Ordnungsgeber der GOZ übertragen worden.

Will heißen, ob der 1,7 fache Satz im Jahr 2000 steigt oder fällt, hängt nunmehr allein von »Euer Gnaden« Ordnungsgeber ab. Einstmals hochgelobte Selbstverwaltung ade, mit Wollen unserer Standesführung. Im Gesetz heißt es lediglich, die Bindung bei Faktor 1,7

läuft aus. Nach den Erfahrungen mit der GOZ seit 1988, überall sonst wird doch standespolitisch vehement gegen sie opponiert, wird die neue Bindung dann wohl der Faktor 1,3 oder 1,5 sein. PKV und Beihilfe versuchen jetzt schon, ähnlichen Status für ihre Versicherten zu erreichen. Ministerialdirektor Dr. Zipperer vom BMG hat angekündigt, man werde die Zahnärzte insbesondere ab 1999 mit Spannung verfolgen. Da nunmehr die GOZ beim ZE für alle Patienten in Deutschland maßgebend sei, ließe dies ihre Weiterentwicklung in einem neuen Licht erscheinen.

Bei solch einem Ergebnis der Kollegen-schaft gegenüber die Herauslösung aus den Zwängen der Sozialversicherung zu feiern, wie es die KZBV jetzt tut, und das angeblich erreichte freiheitliche Arzt-Patientenverhältnis zu bejubeln, dazu gehört schon besondere Dreistigkeit. Besonders wenn man noch die anderen Delikatessen, die nach jahrelanger Forderung verbandspolitischer Schreihäse gesetzlich geworden sind, mitberücksichtigt (z.B. für den Zahnarzt kostenintensive Abrechnungstransparenz). Jetzt kann man noch nicht einmal wie die Ärzte gegen verwaltungstechnischen

Unsinn groß protestieren. Der Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer Kastenbauer, von Journalisten über die Zukunftsaussichten für Zahnärzte befragt, hat laut BZB 7/8 97, kaum ist das 2. NOG verabschiedet, von bevorstehenden vielfachen Praxis-Schließungen, Zusammenlegungen und sinkenden Einnahmen gesprochen. Wenn sich der Schreiber dieser Zeilen recht erinnert, so viele graue Zellen können ihm noch nicht abgestorben sein, wollte die ehemals »neue« Standesführung eigentlich das Gegenteil erreichen. Schließlich war sie als knallharte Interessenvertretung angetreten, die keinen Fuß breit zahnärztlichen Terrains mehr preisgeben wollte. Erinnert sei an das landauf landab nicht enden wollende berechnete standespolitische Lamento, als 1993 noch unter anderer berufspolitischer Verantwortung der Punktwert für ZE um 10 Prozent abgesenkt wurde. Nach Aussage unserer »Knallharten« waren wir damit alle pleite. Heute nach 5 Jahren suggeriert dieselbe »Hardliner Standesvertretung« Öffentlichkeit und Krankenkassen, sie sehe Wettbewerbsmöglichkeiten bei den Zahnärzten selbst unter dem jetzt nochmals reduzierten Honorar des GOZ Faktors 1,7 über das Jahr 2000 hinaus (ZM 15/97, S.7).

Wenn stimmen sollte, was da leichtfertig hinausposaunt wird, könnten die Krankenkassen sich von den Zahnärzten über Jahrzehnte um Milliarden betrogen fühlen.

Denkt keiner mehr über die Konsequenz seiner Öffentlichkeitsarbeit nach? Aber mittlerweile sind einige unserer Helden ja zu Freunden Seehofers geworden! Die neu erworbene Freiheit sieht also in der Realität so aus: Die KZVen haben

sich beim ZE von sozialen Sachzwängen befreit, der einzelne Zahnarzt ist auch dank seiner Standesvertretung vom Sachzwang BEMA elegant in den Sachzwang GOZ weitergereicht worden, jetzt wirklich mit der schönen Aussicht, eventuell auch noch seine Praxis ganz schließen zu müssen, siehe Kastenbauer. Wenn es so kommen sollte, wird man den FVDZ als treibende Kraft hinter der Berufspolitik der letzten Jahre zukünftig als »Friedhofsverband deutscher Zahnärzte« bezeichnen dürfen.

Wovor die IGZ im Vorfeld der parlamentarischen Entscheidungen die zahnärztlichen Verhandlungsführer immer gewarnt hat, ist nun wegen derer tauben Ohren Wirklichkeit geworden. Aufgabe einer seriösen Standesführung hätte sein müssen, möglichst viele Zahnärzte zu ausreichenden Konditionen im Beruf zu halten und nicht den Selektionsprozess auch noch selbst einzuleiten. Gratulation an Kastenbauer für seine ehrliche Einschätzung der beruflichen Zukunftslage, leider erst nach der Verabschiedung des 2.NOG. Blanker Hohn ist allerdings, wenn Schirbort als Mittäter beim zu erwartenden Zusammenfall unseres Berufsstandes diesen nun auch noch zur Einheit auffordert, wie in der ZM 14/97. Von Schirborts jahrelangen Ankündigungen zur Lageverbesserung ist nichts als abgestandene heiße Luft geblieben. Die große Freiheit läßt weiter auf sich warten. Um die eigene berufspolitische Erfolglosigkeit besser zu kaschieren, streichen sich in Bayern neuerdings Kammer und KZV lieber als Vermittler von Versicherungen und Autoleasing groß heraus. Damit das Ganze schön System behält, agieren die Spitzenfiguren der öffentlich rechtlichen

Anstalten dann auch als Macher in den Vermittlungsgesellschaften. Wie lange noch leistet sich der Berufsstand eine mehr als dubiose Standesführung, in der, wenn man deren Bezüge anschaut, viele nach der Maxime zu handeln schei-

nen, wenigstens selbst auf Kosten der Basis ein paar Jahre gut gelebt.

*Dr. Klaus Hilfer, stellvertr. Vors. der
»Unabhängigen Zahnärzte in Bayern« e.V.
82008 Unterhaching*

PRESSEERKLÄRUNG • PRESSEERKLÄRUNG

»Marketing muß medizinischen Notwendigkeiten folgen!«

DAZ-Jahrestagung 1997

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, hat seine Jahrestagung im Oktober in Berlin abgehalten. Zentrales Thema war die veränderte Situation in den Zahnarztpraxen durch die ab 1998 geltende Regelung, daß auch für gesetzlich versicherte Patienten Zahnersatzleistungen nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) abzurechnen sind. Der Hauptredner, Prof. Staehle aus Heidelberg, zeigte in seinem engagierten Vortrag »Zahnheilkunde zwischen Wissenschaft und kommerziellem Marketing« auf, welche unterschiedlichen Strömungen sich derzeit in der Zahnärzteschaft entwickeln. Eindringlich wies er auf die Gefahren für alle Patienten hin, wenn sich immer mehr Zahnärzte aus vorwiegend kommerziellen Gründen sogenannten alternativen Heilmethoden zuwenden. Die hier propagierten Verfahren halten oft naturwissenschaftlich überprüfbaren Kriterien nicht stand. Staehle mahnte die zahnärztlichen Standesorganisationen, sich von unseriösen

Marketingoffensiven eindeutig zu distanzieren und die Einbindung der Zahnheilkunde in die Medizin nicht zu gefährden.

Bei den turnusmäßigen Vorstandswahlen wurde der bisherige stellvertretende Vorsitzende Wolfram Kolossa aus Schönberg bei Kiel zum 1. Vorsitzenden gewählt. Stellvertreter wurden Dr. Annette Bellmann (Berlin), Dr. Kai Müller (Seefeld, Obb.) und Dipl.-Med. Steffen Schmidt (Leipzig). Als Schatzmeisterin wählte die Versammlung Dr. Swantja Bielski (Berlin) neu in den Vorstand. Der neugewählte Vorsitzende Wolfram Kolossa ließ keinen Zweifel daran, daß im Mittelpunkt der Politik des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde auch weiterhin der Erhalt eines breiten Leistungskataloges für möglichst viele Patienten steht. Er rief die Spitze der zahnärztlichen Standespolitik auf, nicht auf noch mehr Leistungen aus dem Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig zu verzichten, sondern sich stattdessen für die Erhaltung gesunder Strukturen für alle Praxen einzusetzen.

Bei Rückfragen:

Wolfram Kolossa

Bahnhofstr. 43, 24217 Schönberg/Holst.

Tel. 04344/9020, Fax 04344/3349

DEPOLLI ZAHNTECHNIK



Metall-Unverträglichkeit?

das Höchste an Ästhetik und Funktion:

- VMK aus purem Feingold (99,99 %) im Galvano-Verfahren ohne Preiszuschlag für Kassenpatienten.
 - Alle Keramikinlays, -Teilkronen im Sinterverfahren à DM 259.-
- inkl. Modelle-
- Moderne Laser-Fügetechnologie

De Polli

DEPOLLI ZAHNTECHNIK GMBH

81245 München-Pasing
Schuegrafstraße 9

TELEFON 089-89 68 93 71/2, FAX 089-89 68 93 73

Zahntechnik

Junges forum Junges forum Junges forum

Do-It-Yourself-Dentistry oder: Wie vermeide ich kostspielige Zahnbehandlungen?

Hermann K. aus B. steht vor dem Spiegel und trocknet einen abgebrochenen Frontzahn mit dem Fön. Heute ist für ihn ein wichtiger Vorstellungstermin. Hermann ist am 1.1.1979 geboren und bekommt keinen Zahnersatz von der Krankenkasse bezahlt. Er entschied sich daher, zum Vorstellungstermin seine Frontzahnücke mit dem Self-Repairset *Fix-the-gap* zu reparieren, ein Do-it-yourself-Bausatz aus der Apotheke: *Fix-the-gap* schließt Zahnücken im Handumdrehen und haftet problemlos an jedem trockenen Zahn, der Zeitpunkt, an dem der Fön zum Einsatz kommt. Hermann K.: »*Fix-the-gap* funktioniert. Nach anfänglichen Schwierigkeiten beim Anmischen hab ich einfach eine Büroklammer hinten reingeklemmt und mit den restlichen Zähnen verkeilt. Besser hätte der Zahnarzt das auch nicht hingekriegt, vor allem nicht für den Preis.«

Die Zeiten, in denen eine versprengte Gruppe von 'Do-it-Yourself-Dentisten'

mit Bohrmaschine, Nagelfeile und allerlei Dingen des täglichen Gebrauchs bewaffnet ihr zahnmedizinisches Schicksal selber in die Hand nahm, sind nach Inkrafttreten des Beitragsentlastungsgesetzes gezählt. Regen Zulauf dürfte diese Zunft von weniger gut situierten Bundesbürgern erhalten, denen das Stigma der späten Geburt anlastet. Das Junge Forum im DAZ-Forum möchte den 'Greenhorns' auf diesem Gebiet Schützenhilfe leisten und gibt daher schon heute Tips und Ratschläge, wie man sich kostenintensive Behandlungen beim Zahnarzt ersparen kann:

Wer beispielsweise seine Amalgamfüllungen loswerden will und sich teure vom Zahnarzt angefertigte Gold- oder Keramikinlays nicht leisten kann, dem bieten selbstgemachte Betoninlays eine dauerhafte und ästhetisch ansprechende Alternative, getreu dem Motto: - Beton - Es kommt drauf an, was man draus macht-. Wer sich auch den Zement, der normalerweise nur in 50-Kilo-

Säcken zu haben ist, nicht leisten kann, kennt bestimmt auf irgendeiner Baustelle einen Kumpel, der gern dazu bereit ist, dem amalgam-geplagten Freund aus der Patsche zu helfen und eine Tasse voll Zement in der Akten-tasche mitzubringen. Die Tasse voll reicht dann meist aus, die ganze Familie kostengünstig und ganzheitlich zu entgiften.

Ist die gesamte Zahnkrone zerstört, können für die prothetische Rekonstruktion Kronen aus alten Patronenhülsen vom Flohmarkt, Kugelschreiber oder Filzstiftkappen verwendet werden. Der erforderliche Zuschnitt erfolgt mit der Nagelschere, und für den Randschluß sorgt ein beherzter Helfer mit einem Modellbauhammer. Die Form beißt sich ein.

Werden ästhetisch aufwendigere Konstruktionen im Frontzahnbereich notwendig, tut man gut daran, auf vorgefertigte Ersatzteile zurückzugreifen. Dazu bieten sich unter anderem Karnevalsmasken und Theaterrequisiten an, denen man einfach die Zähne entfernt und mit Klebstoffen bei sich eingliedert.

Zur Befestigung und / oder Wiederbefestigung von Zahnersatz hält die Industrie eine fast unüberschaubare Menge verschiedener Produkte parat. Herausgefallene Stiftaufbauten fixiert man am besten mit Superkleber oder mit Flüssigmetall aus der Motorrad-szene. Notfalls funktioniert auch Pat-tex, Greenit oder UHU-Endfest, etwas

anspruchsvolleren Selbst-Behndlern seien 2-Komponenten-Epoxyharz - Systeme aus dem Bootsbau empfohlen.

Auch auf dem Gebiet der Prävention bieten sich dem erfahrenen Selbst - Be-



Illustration: Cay Christiansen

handler allerlei Möglichkeiten, sein Geld beisammen zu halten. Für Ilse B. aus K. ersetzt schon seit Jahren die Spitze einer Sicherheitsnadel die Zahnstein - Entfernungsinstrumente der Zahnarztpraxis.

Ilse B.: »Eine Zahnsteinentfernung dauert bei mir nur eine Minute, wenn ich es regelmäßig mache.«

Wer sich trotz schlechter finanzieller Situation weiterhin eine zahnärztliche Behandlung leisten will, verkauft halt den Fernseher oder die Schrankwand bzw. läßt seine Kinder Zeitungen austragen. Haben wir vielleicht sogar einen Anstieg der Kriminalität auf diesem Gebiet zu befürchten?

Unbestätigten Augenzeugenberichten zufolge soll es durch extremistische Außenseiter fanatischer Selbstbehandlergruppen bereits zu ersten Übergriffen auf Personen gekommen sein, um in den Besitz ästhetisch ansprechender Frontzahnapparaturen zu kommen.

Selbstverständlich ist dies natürlich reine Schwarzmalerei, und die Prophylaxe-Fee, die unseren Gesundheitsminister geküßt haben muß, wird sicher alles richten.

*Rainer Seemann,
Berlin*

Arbeitslose Ärzte: Der Präsident der Bundesärztkammer, Karsten Vilmar, rechnet nach eigenen Worten bis zur Jahrtausendwende mit einer Verdoppelung der Arbeitslosenzahl unter Medizinern. »Sie ist innerhalb weniger Jahre von 6000 auf 10 000 angestiegen, und es ist damit zu rechnen, daß sie bis zum

Jahr 2000, wenn nichts geschieht, auf rund 20 000 ansteigt«, sagte er im Saarländischen Rundfunk. Er wolle nicht vom Medizinstudium abraten, weil wieder engagierte Ärzte gebraucht würden. »Nur muß man damit rechnen, daß nur jeder Vierte oder Fünfte zunächst einen Arbeitsplatz bekommt.« Vilmar forderte, die Zahl der Medizinstudenten um mindestens ein Viertel zu senken. »Im Augenblick lassen wir aber so viele Studenten zu, wie in der Vorklinik in die Hörsäle gehen.«

(Süddeutsche Z., 17/09)

Approbationsordnung / Reform tot:

»Die neue ärztliche Approbationsordnung, die den reformwilligen Studenten und Hochschullehrern grünes Licht gegeben hätte, ist zerredet und zerpfückt worden. Dafür haben die verschiedenen Interessengruppen gesorgt, an der Spitze der Deutsche Medizinische Fakultätentag.... Der diesjährige Deutsche Ärztetag beschwor die Fakultätenvertreter vergebens, die »dringend notwendige« Ausbildungsreform nicht »durch Rückkehr zu alten Strukturen« zu blockieren.... Die Fakultäten erhalten mehr Freiheiten, um das Studium zu reformieren - oder es zu lassen. Da die meisten von ihnen auch die jetzt schon vorhandenen Spielräume nicht genutzt haben, wird wohl im wesentlichen alles beim alten bleiben.

(Tagesspiegel, 18/09)

Was der niederlassungswillige Zahnarzt alles wissen muß

aus der Berufskundevorlesung an der ZMK der Universität Mainz

Praxismietvertrag - am Anfang an das Ende denken!

Diese Überschrift mag überraschen; da hat man nach langem Suchen etwa endlich passende Räume gefunden und dem einrichtenden Dentaldepot den einen oder anderen Rabatt abgerungen, einen Finanzierungsplan erstellt und die Kreditzusage der Bank erstritten....und jetzt an das Ende denken? Dabei hat man ja noch gar nicht angefangen!!!

Ich gehe davon aus, daß bei der Niederlassung die Praxisräume normalerweise angemietet werden. Mit der Unterschrift unter den Mietvertrag geht man eine sehr lange Zahlungsverpflichtung ein, die ein erhebliches Volumen hat (bei DM 2000,- p.m. über 12 Jahre ohne Mietzinssteigerungen gerechnet: ca DM 300 000,-). Streng betrachtet handelt es sich um einen Pachtvertrag, da aus der Nutzung der Räume »wirtschaftliche Früchte gezogen werden«. Also gibt es keinerlei Mieterschutz oder andere bei der Mietung von Wohnraum üblichen Regelungen. Was im Pachtvertrag, dem »Mietvertrag gewerblich genutzter Räume«, nicht geregelt ist, ist nicht geregelt. Spätere Ergänzungen oder notwendige Änderungen eröffnen neben kulantem Gewährenlassen seitens des Vermieters diesem auch immer die Möglichkeit zur sog. Änderungskündigung. Diese Änderungskündigung hat

wohl nie den Grund, den solventen Mieter Zahnarzt auf die Straße zu setzen - vielmehr vergegenwärtige man sich folgende denkbare Argumentation: »....wenn Sie einen weiteren Zahnarzt in die Räume hineinnehmen wollen (oder einen Zahntechniker), müssen wir einen neuen Mietvertrag mit Neufestsetzung des Mietzinses aushandeln, schließlich haben Sie in Ihrem Vertrag lediglich für sich selbst die Räume gemietet....« Dies ist zwar hypothetisch; wenn in Ihrem Praxismietvertrag aber von vornherein keine Erlaubnis zur Sozietät o. Ä. enthalten ist, werden sie das geschilderte Begehren des Vermieters nicht abwenden können.

ALLE WESENTLICHEN ENTSCHEIDUNGEN, DIE DIE STRUKTUR UND ENTWICKLUNG DER PRAXIS BETREFFEN, MÜSSEN OHNE EINSPRUCHMÖGLICHKEIT DES VERMIETERS ALLEIN IN DER ENTSCHEIDUNGSGEWALT DES PRAXISINHABERS LIEGEN.

Ein übliches Formblatt *-Mietvertrag für gewerbliche Räume-* erfüllt die in der Zahnarztpraxis unabdingbaren Sondervereinbarungen nicht.

Zur Anregung und Erläuterung hier im Folgenden die Zusatzvereinbarungen meines Mietvertrages; wenn ein Vermieter nicht in die Punkte 1, 2 und 3 einwilligt, ist dringend (!) vom Vertragsabschluß abzuraten!

1) Nach Ablauf der Mietzeit wird dem Mieter ein Optionsrecht auf Verlängerung des Mietvertrages um 5 Jahre eingeräumt, wobei die Miete neu festgesetzt wird.

Das Optionsrecht muß vom Mieter 6 Monate vor Ablauf der Mietzeit mitgeteilt werden.

2) Bei Bedarf hat der Mieter das Recht, die als Einzelpraxis geführte Zahnarztpraxis durch Aufnahme eines Zahnarztes als Partner in eine Gemeinschaftspraxis bzw. Praxisgemeinschaft umzuwandeln. In diesem Falle haften beide Partner in der jeweils gültigen Rechtsform persönlich und gesamtschuldnerisch für die Verpflichtungen aus diesem Mietvertrag.

Im Falle der Auflösung der Gemeinschaftspraxis bzw. der Praxisgemeinschaft ist der ausscheidende Partner aus allen Rechten und Pflichten des Mietvertrages entbunden.

Im Falle der Gemeinschaftspraxis bzw. Praxisgemeinschaft sind Willenserklärungen des bzw. der Mieter nur wirksam, wenn Sie gegenüber dem Vermieter schriftlich und von allen Teilhabern der Sozietät unterschrieben abgegeben werden.

Willenserklärungen des Vermieters gegenüber dem bzw. den Mietern sind nur wirksam, wenn Sie jedem einzelnen Teilhaber der Sozietät gegenüber abgegeben bzw. zugeleitet werden.

3) Der Mieter hat das Recht auf Veräußerung der Praxis an einen Zahnarzt, wobei der bzw. die Erwerber uneingeschränkt in die Rechte und Pflichten des Mietvertrages eintritt bzw. eintreten. Dies gilt insbesondere im Fall einer

Krankheit oder Berufsunfähigkeit des bzw. der Mieter.

Bei Tod des Mieters führen der bzw. die Erben den Vertrag mit allen Rechten und Pflichten fort.

4) Sollte sich der vom Statistischen Bundesamt monatlich festgestellte Lebenshaltungskostenindex für 4-Personen-Arbeitnehmer-Haushalte mit mittlerem Einkommen künftig gegenüber dem Stande des Mietvertragsbeginns oder einer Neuregelung um mehr als 10 Punkte nach oben oder nach unten verändern, so ändert sich der Mietzins um den sich ergebenden prozentualen vom Hundertsatz.

Wenn aufgrund der vorstehenden Wertsicherungsklausel eine Anpassung durchgeführt wurde, wird diese Klausel erneut anwendbar, sobald sich der genannte Lebenshaltungskostenindex gegenüber seinem Stande zum Zeitpunkt der vorangegangenen Anpassung der Miete erneut um mehr als 10 Punkte nach oben oder unten verändert hat. Indexbasis für die Wertsicherungsklausel ist 1985 = 100.

Der Vermieter wird sich um die Genehmigung dieser Wertsicherungsklausel durch die zuständige Landeszentralbank bemühen.

5) Mit der ersten Mietzahlung wird eine Abschlußgebühr von 2 Monatsmieten fällig.

6) Im Zuge der Umbaumaßnahmen, die durch den Mieter vorgenommen werden, wird der Vermieter die Elektroinstallation im Rahmen der üblichen Büroausstattung erneuern und die Kosten hierfür übernehmen.

7) Alle behördlichen Auflagen in Sachen Abwasser und Abfallentsorgung sind von dem Mieter zu erfüllen.

8) Bei Beendigung des Mietverhältnisses sind die Mieträume besenrein zu übergeben.

ad 1) Das Mietvertragsformular sieht eine Vertragsdauer von 10 Jahren vor. Die Laufzeit der Praxiskredite jedoch beträgt 12 Jahre. Also mußten wir die Möglichkeit erhalten, einseitig den Vertrag zu verlängern.

ad 2) In den Vertragsverhandlungen ist es uns nicht gelungen, die Räume als »Zahnarztpraxis mit Labor« zu deklarieren. Auch wenn die Praxis heute einen liebevoll »Gipstheke« genannten Bereich zur Arbeitsvorbereitung hat - ich wollte mir die Möglichkeit offen halten, gegebenenfalls das zweite »Behandlungs«-Zimmer als Labor einzurichten.

ad 3) Es ist ein erhebliches Verkaufsargument, wenn der Übernehmende in einen bestehenden Mietvertrag einsteigen kann, ohne in Neuverhandlungen mit dem Vermieter treten zu müssen.

Im Falle meines Todes nutzt meinen Erben ein außerordentliches Kündigungsrecht nicht im Geringsten: Es werden dadurch lediglich alle Mitentscheidungsmöglichkeiten verschenkt, sowohl einen für die Patienten und die Praxis geeigneten Nachfolger zu finden, als auch einen »good-will« zu erzielen - ein für Erben legitimes Ansinnen.....

ad 4) Eine Indexmiete ist flexibler (auch nach unten!) als eine Staffelmiete.

ad 5)meist nicht zu vermeiden.

ad 6) Diese lapidare Regelung führte schließlich zu einer Kostenübernahme durch den Vermieter von DM 16 000,- (Es war eine Forderung meines

Betriebsberaters bei der Verhandlung des Mietvertrages gegenüber meinem Vermieter - professionelle Begleitung hatte sich wieder einmal lohnend für mich ausgezahlt....).

ad 7)eine übliche Absicherung für den Vermieter.

ad 8) Selbst wenn die Praxis ohne Nachfolger bliebe - möglicherweise nicht mehr als Zahnarztpraxis weiterbestünde - ich wäre nicht gezwungen, die Räume in den Zustand bei Vertragsabschluß zurückzusetzen. Dieser Passus war übrigens eine Bedingung, welche die finanzierende Bank an den Mietvertrag stellte. Andernfalls hätten die möglichen Kosten für den Rückbau der Praxis im Finanzierungsplan berücksichtigt werden müssen.....

Ist der Mietvertrag unterschrieben, gibt es kein zurück. Es ist notwendig, daß bei Vertragsabschluß die Finanzierungszusage der entsprechenden Bank besteht. Ich halte es auch für unabdingbar, daß die Frage der Kassenzulassung geklärt ist. Dringend möchte ich empfehlen, bei Vertragsverhandlungen die professionelle Hilfe seriöser Betriebsberater in Anspruch zu nehmen.

*Dr. Andreas Vahlenkamp,
Mainz*

Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands und Partner des DAZ bietet ein »Muster eines Mietvertrages für ärztliche Praxisräume« an. Anm. d. Red.

Anzufordern bei der DAZ-Geschäftsstelle

FÜHLEN SIE DEN UNTERSCHIED

Advantouch™

Ringprofil

gegen ungewolltes Drehen des Instrumentes während der Arbeit.

Sanfter konischer Übergang

von Handgriff zu Arbeitsende vermeidet Druckstellen.

Wellenförmige Einkerbungen

für sichere, kontrollierte Führung des Instrumentes.

Feine Diamantstruktur

verringert Kraftaufwand durch maximierte Griffigkeit - auch bei Verwendung von Vinyl-Handschuhen.

Einzigartiges Material

ermöglicht hohe Tastsensibilität.

Großer Durchmesser

für entspannteres Greifen.

Garantie

für höchste Verarbeitungsqualität: der Name Hu-Friedy.

Optimales Gewicht,

fein ausbalanciert, für ermüdungsfreieres Arbeiten.

Erfüllt alle ISO-Standards

betreffend Zugkraft und Druckspannung. Für Ihre Sicherheit und die Ihrer Patienten.

Sie werden den Unterschied sofort bemerken: der größere Durchmesser, das optimale Gewicht, die feine Balance und die ganz neue Griffigkeit. Vorteil Hu-Friedy: Advantouch™.



Hu-Friedy®

ERÖFFNET NEUE PERSPEKTIVEN

<http://www.Hu-Friedy.com>

Postfach 1380 • D-69171 Leimen
Tel. 0 62 24 - 97 00-0 • Fax 0 62 24 - 97 00-97

Viele Neuheiten bei Hu-Friedy:



Advantouch



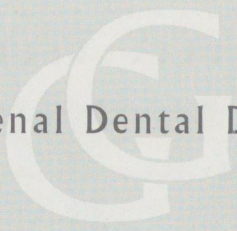
Ultraschall-Einsätze



Nadel-Faden Kombination



Enzymax Reiniger



Genal Dental Depot

FIRST

Unser top-geschulter Kundendienst repariert **Neu-** und **Altgeräte** sämtlicher Hersteller schnell und preiswert...

24
Std.
Service

CLASS

...und stellt Ihnen bei Bedarf **Leihgeräte** zur Verfügung.

Service

Telefon: 08151/30 05 Fax: 08151/30 06

Gebrüder Genal GmbH • Dental Depot • Riedener Weg 66 • 82319 Starnberg

..... schade, daß ich schon dran bin, Herr Doktor,...

... und man legt die Zeitschrift aus der Hand. »Sie können gerne nachher noch einmal hier Platz nehmen und den begonnenen Artikel zu Ende lesen.« -so meine Antwort; ein Lächeln auf beiden Seiten -und man wechselt vom Wartezimmer in den Nachbarraum zur Behandlung.....

Ich habe schon immer als Zumutung empfunden, als Patient selbst wartend mit »Wartezimmerlektüre« traktiert zu werden, die das Prädikat »Lektüre« nicht verdient. Wer kennt das nicht: den SPIEGEL 9/95 - weil da was Gesundheitliches drin stand, ADAC-Motorwelt der vergangenen Monate, Bunte, Stern und Bild der Frau.... Alles, was der Lesezirkel so anbietet. Ich habe nichts gegen Lesezirkel, den ADAC, den SPIEGEL oder andere.... bequem per Dauerauftrag zu beziehen.

Bewußte Praxisführung gibt es eben auch im Wartezimmer! Da müht man sich zahnärztlich, fortbildungsmäßig »up to date« zu sein, und im Wartezimmer liegt der »Schnee von gestern« oder bisweilen qualitativ Undiskutables. Ich erlaube mir folgende Anregungen:

- 1) natürlich eine Tageszeitung (hier in Mainz greifen die Patienten gerne zur »Süddeutschen« - die Mainzer Allgemeine hat ja jeder zu Hause),
- 2) etwas Politisches (bei uns ist's der SPIEGEL - aber jeden Montag frisch!)
- 3) der naturwissenschaftlich Interessierte mag sich in der Monatszeitschrift »Bild der Wissenschaft« wohl fühlen,

4) aber der Clou bei uns in der Praxis (siehe oben) ist eine Zeitschrift, aus der die Bestellkarten häufig herausgerissen sind. Wer diese Zeitschrift las, der scheint einem Abonnement offensichtlich nicht abgeneigt zu sein: »AB 40 - Zeitschrift von, für, über Frauen« - ich füge hinzu: besonders lesenswert auch für Männer..... Jawohl, das hier ist Werbung! Ich werbe hiermit für eine außergewöhnlich gute Zeitschrift, die ich selbst sehr gerne lese .

*Dr. Andreas Vahlenkamp,
Mainz*

PS und die Empfehlung zu dieser außergewöhnlichen Zeitschrift kam natürlich von einer außergewöhnlichen Frau.....

PPS ... »AB 40« erscheint vierteljährlich; 4 Ausgaben kosten DM 50,-
Abo begrenzt auf ein Jahr möglich
AB 40 - Leserservice
Jakob Klar Str. 1
80796 München (40)

PPPS ..Zitat aus Ausgabe 1/97

»Ängste sind die treibende Kraft, herrschen zu wollen. Ich unterteile die Menschen nicht in Rassen oder Geschlecht, Klassen oder Hautfarbe. Ich stelle die Frage, wollen sie lieben oder wollen sie herrschen.«

*Marina Marcovich,
Kinderärztin in der Neonatologie*

Kongreßbericht des IHCF in Leipzig

In Leipzig fand am 4.-5.4.1997 die 4. Jahrestagung der International Health Care Foundation - (IHCF) statt. Die IHCF sieht ihre Aufgabe darin, aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen der Prävention zu einer praktischen Umsetzung zu verhelfen. Unter dem Kongreßtitel »Plaqueeentfernung oder Plaquekontrolle?« wurde den Teilnehmern der aktuelle Kenntnisstand in der Bekämpfung bakterieller Plaque dargestellt.

Besteht ein Zusammenhang zwischen AP-Index (Plaqueebefall) und Speichelkeimzahlen? Diese Frage stellte Frau Heinrich-Weltzien, Jena. Die Fragestellung wurde mit ja beantwortet, denn keimreduzierende Maßnahmen führten zur AP-Indexverbesserung, weil durch Putzen oder Kaugummikauen eine Plaque-minderung erreicht wird bzw. durch die Entfernung der Mutans-Streptokokken die Infektionskette bis hin zur Initialkaries unterbrochen wird.

Ihre Empfehlung ist 1x täglich Plaqueentfernung und wiederholte professionelle Zahnreinigungen als Therapie der Wahl für die Kariesrisikopatienten. Durch mikrobiologische Tests könnte der Zahnarzt objektive Prognosen stellen. Speichelbefunde können insbesondere bei primär Gesunden oder sanierten Kindern frühzeitig die Indikation für individuelle Präventionsmaßnahmen aufzeigen.

Bratthall, Schweden, stellte zum besseren Verständnis der Wechselwirkung

der verschiedenen Risikofaktoren ein neues Modell - das Kariogramm vor. Speicheltests geben ein umfassendes Bild über die Situation im Mund. Es ist nützlich, spezielle Zahnoberflächen näher zu untersuchen, besonders bei der Anwesenheit von Mutans-Streptokokken, da diese Mikroorganismen verschiedene Zahnflächen in unterschiedlichem Ausmaß besiedeln. Einige Oberflächen tragen eine große Menge dieser Bakterien, während benachbarte Zähne völlig frei davon sein können. Eine neue »site specific« Variante des Strip-mutans-Tests erweist sich als nützlich in der schnellen Identifizierung von Risikozahnflächen.

Stösser, Jena, wies nach, daß die Pufferkapazität des Speichels ein nichtbakterieller Parameter für das Kariesrisikomanagement ist. Er konnte nachweisen, daß eine klinisch kariesfreie Gruppe von Kindern höhere pH-Werte sowohl bei angeregtem ($7,90 \pm 0,31$) als auch bei nichtangeregtem ($7,32 \pm 0,33$) Speichel zeigten. Weiter wurden ein höheres verbleibendes Volumen und eine höhere Pufferkapazität festgestellt, welche alters- und geschlechtsabhängig ist.

Die höchste Pufferkapazität wurde immer im Speichel der kariesfreien Gruppen beobachtet. Es kann gefolgert werden, daß antibakterielle Speichelfaktoren einen nützlichen Zusatz für die Identifizierung von Kariesrisiko-Kindern darstellen.

Billings, USA, konnte feststellen, daß Mutans-Streptokokken im Vergleich von gesunden 1. Molaren gegenüber gefüllten Molaren in geringem Umfang vorhanden sind. Daten deuten darauf hin, daß Flächen-spezifische Belagproben einem Muster folgen, das dem der Speichelzählungen für Mutans-Streptokokken ähnelt.

Ausgehend von der Flächen-spezifischen Kariesnatur können Tests wie der Dentocult SM Site Strip in Kombination mit anderen Maßnahmen helfen, Patienten mit hohem Risiko für Zahnhalskaries zu identifizieren.

Es gab bisher nur wenige Untersuchungen über Säure-Potentiale von Plaques. Eine klinische Studie wurde durchgeführt mit dem Ziel, den säurebildenden Anteil generalisierter Plaques und von Plaque, die von der Oberfläche eines Kariesdefektes entnommen wurde, als möglichen Parameter für das Fortschreiten dieses individuellen Defekts heranzuziehen.

Foster, Bristol, konnte die Rolle des Säuregrads der Plaques in der Kariesvorhersage bestätigen, denn der säurebildende Anteil von generalisierten Plaques kann eine vielsagende Vorhersage für das Fortschreiten von primären approximalen kariösen Defekten, die bis ins Dentin gehen, ermöglichen.

Eine weitere Studie sollte zeigen, ob Cervitec (Vivadent) eine relevante Auswirkung auf die Mikroflora von freiliegenden Wurzeloberflächen hat, ebenso auf den Behandlungsbedarf von primären Wurzelkaries-Läsionen (PRCL).

Lynch, London, konnte in diesem Zusammenhang nachweisen, daß die antimikrobiellen Lacke eine bedeutende Rolle in der Non-invasiven Therapie von PRCL spielen können, da die säurebildenden Mikroorganismen reduziert werden. Solche Lacke ermöglichen es, gezielt »gefährdete« Zähne zu behandeln anstelle des gesamten Gebisses. Diese Entwicklung stellt jedoch neue Forderungen an die Qualität der Diagnostik. Es wurde eine einfache zuverlässige Chairside Methode entwickelt, die ebenso erfolgreich zur »Erziehung« und Motivation der Patienten als auch zur Erzielung guter Behandlungsergebnisse genutzt werden kann.

Twetmann, Stockholm, empfiehlt jeweils 3x innerhalb von 10 Tagen einen Tropfen Cervitec zwischen die Approximalräume und okklusal zu geben, was an den Behandlungsstellen zu einer antibakteriellen Situation führt. Die Mikroorganismen im Speichel verändern sich dadurch nicht.

Das Prinzip der dynamischen Tiefenremineralisation wurde von Wiedemann, Würzburg, dargestellt. Es ist klinisch sowohl für die Prophylaxe als auch für die Therapie beginnender Karies von Wichtigkeit. Es erscheint am günstigsten, wenn ein Deckschichtverschluß oder die Membranbildung mit pH-Wert-Anstieg vermieden wird. Der Schmelz muß porös sein, damit flüssige Lösungen durch die Poren in tieferliegende Schichten eindringen können.

Petersson, Halmstad, erläuterte die Anwendung von antimikrobiellen und fluorierten Lacken. Mit der Kombination

Fluor-Protector mit Cervitec sollte man vorsichtig sein, denn der antibakterielle Effekt geht verloren. Die klinischen Erfahrungen mit Chlorhexidin-Lacken sind bis dato gering und die Vorteile der Kombination von Fluoriden mit Chlorhexidin-Lacken sind bis heute noch ungesichert.

Hildebrandt, Michigan, vertritt die Auffassung, daß Chlorhexidin als Lack oder Gel in einer Miniplastschne die beste Methode gegen Mutans-Streptokokken darstellt. Die Schiene muß 3mm den cervikalen Bereich des Zahnes überragen. Als Resultat konnte er eine Unterdrückung der Mutans-Streptokokken feststellen. Nebeneffekte wie Geschmacksveränderung bzw. Schleimhautirritationen durch das Tragen in der Nacht und ein Entstehen von Flecken auf den Zahnoberflächen können auftreten.

Merte, Leipzig, hat die professionelle Prävention bei jungen Erwachsenen durch gute Anleitung und Mitarbeit zu einer hohen Effektivität der Plaqueentfernung und Plaquekontrolle führen können. Er behauptet, ein gingivitisfreier Zustand sei viel schwieriger zu erreichen als ein kariesfreies Gebiß!

Gram-negative Stäbchen stehen mit dem aktiven Abbau des Parodonts im engen Zusammenhang. Die Elimination einiger dieser pathogenen Mikroorganismen mittels traditioneller mechanischer Therapiemethoden ist schwierig. Moderne Parodontaltherapie beinhaltet daher weit mehr als einfach nur regelmäßig an den Zähnen »herumzukratzen«. Mombelli, Bern, ist sich sicher, daß eine erfolgreiche Behandlung und lang-

fristige Erhaltung des Behandlungsergebnisses eine gute Zusammenarbeit zwischen dem Zahnarzt, seinem Mitarbeiterinnenstab und dem Patienten voraussetzt. Unter Einbezug angemessener diagnostischer Verfahren müssen auf jeder Stufe und in jeder Phase der Behandlung immer wieder wichtige Entscheidungen getroffen werden. Richtig eingesetzt können Antibiotika, lokal appliziert oder systemisch verabreicht, in bestimmten Situationen von großem Nutzen sein, obwohl sie in der Mehrzahl der Fälle nicht notwendig sind.

Zahn- und Prophypasten werden mit dem Ziel angewendet, eine mechanische Reinigung der Zahnoberflächen im Rahmen der häuslichen oder professionellen Zahnreinigung zu unterstützen, um eine saubere und glatte Zahnoberfläche bei möglichst geringem Substanzabtrag zu hinterlassen. Die Abrasivität einer Zahn- oder Prophypaste ist vor allem von der Härte ihres Putzkörpers abhängig und die Rauhtiefe von dessen Partikelgröße. Die Entfernung des exogenen Schmelzoberhäutchens (Pellicle) und eine glatte Oberfläche sind wünschenswert und verhindern eine schnelle Wiederbesiedlung der gereinigten Zahnoberfläche. Deshalb empfiehlt Zimmer, Berlin, ein Mehrpastensystem zu benutzen, um einerseits eine gute Reinigung und andererseits eine glatte Oberfläche zu erreichen. Bei Putzdefekten soll eine schwachabrasive Zahnpaste verwendet werden, die gerade noch imstande ist, einen Reinigungserfolg zu gewährleisten.

Triclosan wird seit 20 Jahren als antimikrobieller Wirkstoff in dermatologischen



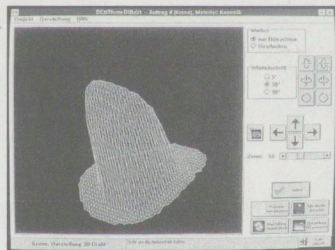
Die HighTech-Krone

IN-CERAM DCS

Mit der **neuen HighTech-Krone IN-CERAM DCS** bietet Ihnen Zahntechnik Scharl eine **echte Innovation**. Durch das Fräsen von Kronen und Brücken mittels einer **CNC-Fräsmaschine** werden nicht nur Biegefestigkeiten von **erstaunlichen 500 MPa/qmm** erreicht, sondern eine absolut gleichbleibend **hohe Qualität**. Auf Wunsch senden wir Ihnen gern detaillierte Informationen.

Die Nutzen für Sie und Ihre Patienten sprechen für sich:

- ästhetisch und lichtdurchlässig wie ein natürlicher Zahn
- sehr gute Biokompatibilität
- computerunterstütztes Fräsverfahren schließt manuelle Fehlermöglichkeiten aus
- exzellente Paßgenauigkeit der Kronen und Brücken
- bei entsprechender Indikation auch als Brückenersatz die perfekte Alternative



ZAHNTECHNIK
scharl

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

Produkten verwendet. In den letzten Jahren hat sich der Gebrauch von Triclosan in der oralen Gesundheitspflege verbreitet. Die Wirksamkeit auf Karies, Belagbildung, Entzündungen und Calculus-Entwicklung wird aber noch kritisch diskutiert.

Noack, Köln, stellte die Zahnpasta Colgate-total vor, die Triclosan enthält und bezeichnete sie als beste Zahnpasta zur Zeit. Triclosan bringe keine Verfärbungen hervor, sei an 2. Stelle nach Chlorhexidin einzureihen und störe das Gleichgewicht der natürlichen Mundflora nicht. Es könne deshalb insgesamt als unbedenklich eingestuft werden.

Eschrich, Leipzig, entwickelte eine spezielle Methode der quantitativen Polymerasekettenreaktion zur Bestimmung der Gesamtzahl von Bakterien und begann mit der Entwicklung von quantitativen Polymerasekettenreaktionen zur Quantifizierung einzelner Leitkeime der Parodontitis marginalis.

Das wissenschaftliche Programm des Kongresses in Leipzig war mit hochkarätigen internationalen Referenten besetzt und bot den Teilnehmern einen umfassenden Überblick über die aktuellen Methoden der Plaqueentfernung und Plaquekontrolle, der Prävention von Karies und Parodontitis und Möglichkeiten, Vorhersagen zur Risikobestimmung von Kariespatienten abzugeben.

*Dipl.-Med. Steffen Schmidt,
Leipzig*

HIV-Infektion durch Küsse?

Weil sie einen HIV-infizierten Mann geküßt hat, soll sich eine Amerikanerin mit dem Aids-Erreger angesteckt haben. Dies teilte die US-Gesundheitsbehörde CDC letzte Woche mit. Der Mann habe unter Zahnfleischbluten gelitten. Die Wissenschaftler vermuten daher, daß das Virus nicht allein durch Speichel, sondern durch Blutspuren im Mund über tragen worden ist. Schon seit längerem ist bekannt, daß der Aids-Erreger auch über die Mundschleimhaut in den Körper gelangen kann. So gibt es einige wenige Fälle, bei denen sich Krankenhauspersonal während einer Operation durch Blutspritzer in den Mund mit HIV infiziert hat. "Dies sind jedoch extrem seltene Ereignisse", sagt Ulrich Marcus vom Robert Koch Institut in Berlin. Normalerweise sei es kein Risiko, einen HIV-Infizierten zu küssen - auch dann nicht, wenn er unter Zahnfleischbluten leide. Auch die CDC sieht keinen Anlaß, ihre bisherigen Empfehlungen zur Vermeidung einer Ansteckung mit dem Aids-Erreger zu ändern! Letztlich müsse aber jeder - wie in anderen Lebensbereichen auch - für sich selbst entscheiden, ob er ein gewisses Restrisiko in Kauf nehmen will. *tiba*

Süddeutsche Zeitung

**Nächster Redaktionsschluß:
11.01.98**

Parodontologie und Traumatologie von Zähnen

Unter diesem Schwerpunktthema fand am 24. und 25. Oktober im Maritim-Hotel in Bonn der »Deutsche Kongress für Präventive Zahnheilkunde« statt - zum sechsten Mal, und zum ersten Mal mit 300 Zahnärzten und 100 Helferinnen so ausgebucht, daß diverse Anmeldungen unberücksichtigt bleiben mußten.

Das rege Interesse war schon beim Blick ins Programmheft verständlich, und wurde durch eine Reihe spannender praxisnaher Referate und Seminare gerechtfertigt, sodaß sich der Anspruch der Veranstalter (Blend-a-med Forschung und zahnärztliches Fortbildungszentrum Stuttgart), »eine besonders hohe Qualität dieses Kongresses zu erreichen«, für die meisten Besucher erfüllt haben dürfte.

Besonders eindrucksvolle Röntgenbilder konnte man im Referat von Prof. Bernimoulin, Berlin, »Grenzfälle in der Parodontologie« sehen. Leise, aber engagiert ging er mit der häufig geübten Praxis ins Gericht, gelockerte Zähne einfach zu extrahieren. Insbesondere scheinen dem Referenten solche Kassengutachter ein Dorn im Auge, die gelockerten Zähne die »Erhaltungswürdigkeit« generell absprechen, was den Kollegen in der Praxis nicht unbedingt motivieren dürfte, solche Zähne trotzdem zu erhalten. Diese Einstellung sei kritikwürdig. Denn, so Bernimoulin, auch Zähne mit einem Lockerungsgrad III könnten aus Sicht des Parodontologen unter Umständen erhalten werden. Kriterium für die »Erhaltungswürdigkeit« dürfe nicht der erste Anschein,

sondern nur eine kritische Analyse der Situation sein. Wesentlich für die Entscheidungsfindung sei die Selbsteinschätzung, ob und wie weit die Praxis in der Lage sei, solche Zähne bzw. Gebisse parodontologisch zu therapieren und durch gezielte Folge-Prophylaxe den Behandlungserfolg zu sichern. Der Referent wies in diesem Zusammenhang auch darauf hin, daß Zahnerhaltung immer auch eine Kostenfrage sei und die vorgestellten Grenzfälle selbstverständlich nicht im Rahmen einer Kassenversorgung therapiert werden könnten.

In seinem zweiten Vortrag referierte Bernimoulin zum Thema »Gingivarezeption«. Die Therapie solcher, den Patienten besonders störenden Defekte sei nicht einfach und scheine, so Bernimoulin, derzeit mit einer Unterlegung der koronalen Verschiebeplastik mit einem Bindegewebestransplantat immer häufiger praktiziert zu werden. Die Ergebnisse dieser Methode seien so gut, daß man bereits über einen Verzicht auf den Einsatz synthetischer Membranen in dieser Indikation nachdenke.

Deutliche Worte dann vor allem in der Pressekonferenz, in der Prof. Bernimoulin den desolaten Zustand der Par-

odontologie in Deutschland beklagte: Statt in jeder Universität eine Abteilung für Parodontologie einzurichten, sei die Entwicklung eher rückläufig. Offenbar habe der zahnärztliche Berufsstand Angst vor Prophylaxe-Assistentinnen und Dental Hygienists (DH), die ja mit ihrer Arbeit 2 Fliegen mit einer Klappe schlagen, nämlich Karies und Parodontalerkrankungen verhindern helfen.

Dem zweiten Hauptthema, der Traumatologie, waren Vorträge aus verschiedenen Disziplinen gewidmet. Von Sofortmaßnahmen bei Zahnfrakturen über die Spätversorgung aus Sicht des Chirurgen, konservierende Behandlungen und kieferorthopädische Maßnahmen bis hin zu einer schonenden Prothetik wurden alle wesentlichen Aspekte beleuchtet.

Als Highlight für die einen und Alptraum für die anderen entpuppte sich dann der Hauptvortrag der Veranstaltung von Prof. Staehle, Heidelberg, »Wege zur Realisierung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde in Deutschland«. Die Umsetzung wissenschaftlicher Kenntnisse stoße in Deutschland aber auf bemerkenswerte Vorbehalte verschiedener Interessengruppen. Dadurch seien nicht nur Versäumnisse in der Vergangenheit zu beklagen, sondern auch Fehlentwicklungen in der Zukunft zu befürchten. Es bestehe die Gefahr, daß künftig in Deutschland ein immer ausgeprägteres Nebeneinander von Unter- und Überversorgung der Bevölkerung mit zahnärztlichen Maßnahmen eintritt. Einem größeren Teil der Bevölkerung wird eine effiziente Prävention und schadensgerechte Behandlung nicht zuteil werden können (Unterbehand-

lung). Ein kleinerer Teil der Bevölkerung wird hingegen nicht selten mit unnötigen oder sogar schadensfördernden Eingriffen bedacht werden (Übertherapie).

Für *forum*-Leser zwar im wesentlichen Bekanntes (siehe »Das Interview« Teil 1 in Heft 58 und Teil 2 in diesem Heft), faszinierend trotzdem die nüchterne Kühle, mit der ein Desaster analysiert wurde, das in dieser Deutlichkeit noch kein Hochschullehrer auszusprechen gewagt hat. Der realistische Beobachter der Szenerie wagt aber die Prognose, daß Staehle mit seinem Forderungskatalog von Selbstverständlichkeiten in Deutschland zum Utopisten gestempelt werden wird.

*Dr. Hanns-W. Hey,
München*

Die KNIFFOLOGIE

Über 800 Tips und Tricks von
A wie Absauganlage
(die beste Reinigung)
bis Z wie Zahnstein-
entfernung (die schonendste).
Lieferung gegen 50.--DM
Vorkasse (bar/Scheck)
oder Info von

Dr. W. Forschner,

Köhlesrain 86, 88400 Biberach,
Fax 07351 372531 oder
e-mail: wifbc@t-online.de.

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

Zähne privat versichern?

Wegweiser durch den Dschungel von Zahnersatz-Zusatzversicherungen

Seit dem Beitragsentlastungsgesetz von 1996 sind (abgesehen von Ausnahmefällen wie Unfällen, angeborenen Fehlbildungen, Medikamentenschäden, schweren Allgemeinerkrankungen usw.) gesetzlich Krankenversicherte ab Jahrgang 1979 komplett von Zahnersatz - Leistungen ausgeschlossen. In der Begründung wurde auf die verbesserte Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen verwiesen und behauptet, daß durch die heutigen Prophylaxeangebote und eigene Vorsorge mindestens die Jüngeren ein Leben lang ohne Zahnersatz (ZE) auskommen können.

Ungetrübten Glauben an die durchschlagenden Erfolge ihrer eigenen Präventionspolitik hatten die Initiatoren des Gesetzes jedoch offensichtlich nicht: Denn zum einen wäre dann das Gesetz überflüssig gewesen (nicht mehr benötigten Zahnersatz muß man nicht aus dem Leistungskatalog streichen), zum anderen nimmt es einigermaßen wunder, daß gerade das Bundesgesundheitsministerium vor der Verabschiedung des Gesetzes das dringende Bedürfnis hatte, sich mit der privaten Versicherungswirtschaft über Zahnersatz-Zusatzversicherungen für jüngere GKV-Versicherte zu verständigen. Wieso Versicherungen, wenn doch Prophylaxe allen Zahnersatz entbehrlich macht? Der DAZ bemüht sich seit seiner Gründung um eine Zahnheilkunde, die Zahnschäden verhindert statt therapiert,

und begrüßt die meßbaren Fortschritte der letzten Jahre in der Mundgesundheitsentwicklung. Jedoch werden, wenn man es realistisch einschätzt, Zahnschäden und -verluste durch Karies und Parodontitis auch die Generationen ab 1979 noch beschäftigen, und hier allen Untersuchungen zufolge in erster Linie die Ärmere in der Bevölkerung. Sie werden durch keine Härtefallregelung mehr geschützt und dürften am wenigsten in der Lage sein, im Fall eines Falles die erforderlichen Tausendmarkscheine für Kronen, Brücken und anderen Zahnersatz auf den Tisch zu blättern.

Die private Versicherungswirtschaft hat sich nicht lange bitten lassen und rechtzeitig für 1997 neue Z-Tarife für die Jüngeren auf den Markt geworfen, wobei sich hier etwa 30 der gut 50 PKV-Unternehmen beteiligten. Diese Tarife entpuppten sich sofort als Renner: Viele Versicherer gewannen hierdurch in wenigen Monaten mehr Neukunden als mit allen anderen Tarifen zusammen im gesamten Vorjahr. So berichtet bspw. die Victoria von 6 Millionen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten Personen, die auf die Gesundheitsreform mit privaten Zusatzversicherungen reagiert haben; Ihre eigenen Zahnersatz-Tarife brachten ihr bis Okt. 96.000 neue Kunden; die Union Krankenversicherung (UKV) hat, dank massiver Werbung für ihre Teenager-

tarife mit den sympathischen Namen »Denty« und »Denty plus«, bereits die 100.000er Marke überschritten. Für die Unternehmen sind die Z-Tarife derzeit nur »kleine Fische« - aber sie eröffnen den Zugang zu ganz neuen Kundenschichten.

Bei der Ausgestaltung der neuen Tarife haben die Privaten Krankenversicherungen (PKVen) einige GKV-typische Elemente übernommen: bis Ende 1997 verpflichten sie sich zur Aufnahme jedes über die GKV abgesicherten Kandidaten (Kontrahierungszwang) und verzichten auf Wartezeiten; bei den meisten Anbietern gilt dies auch über '97 hinaus für die Dauer des Jahres, in dem ein Versicherungsinteressent in die GKV übergewechselt bzw. hineingeboren worden ist. (Bei Beendigung der GKV-Zugehörigkeit endet die Zusatzversicherung nach Ablauf des gleichen Monats.) Die Aufnahme erfolgt ohne Gesundheitsprüfung; die Versicherer verzichten auf Beitragszuschläge für erhöhte Risiken und zum Teil auch auf ihr Kündigungsrecht innerhalb der ersten drei Jahre. Zugleich lehnen sich die meisten in der Erstattungshöhe an das an, was langezeit in der GKV Usus war - 60% oder 50% der Rechnung - und erkennen nur GKV-bekanntes Versorgungsformen wie Kronen, Brücken, Teil- oder Vollprothesen, Reparaturen usw. an. Bei unfallbedingten Schäden entfallen Wartezeiten und Leistungsbegrenzungen (hier ist im übrigen auch die gesetzliche Kasse leistungspflichtig!). Fast alle Versicherer machen ähnlich wie die GKV die volle Leistungsgewährung von der Vorlage eines Heil- und Kostenplanes (HKP) abhängig. Die Planung wird, an-

ders als bei Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung, die hierfür kein Honorar vorsieht, bei Privatliquidation in Rechnung gestellt und gehört zu den erstattungsfähigen Anwendungen.

Neben diesen Gemeinsamkeiten gibt es aber auch deutliche Unterschiede zwischen den Angeboten. Da derzeit Patienten und Eltern verstärkt nach sinnvollen Versicherungsmöglichkeiten fragen, wollen wir einige Kriterien zur Bewertung der Angebote und eine möglichst vollständige Vergleichsliste präsentieren. Zugleich interessieren wir uns auch für die vor '79 geborenen Personen, die zwar nach wie vor Zahnersatz-Zuschüsse erhalten, sich jedoch bereits seit 1.7.'97 mit weniger zufrieden geben und in den kommenden Jahren möglicherweise auf steigende Eigenanteile bei hochwertigen Versorgungen einstellen müssen. Auch für sie hält die private Versicherungswirtschaft Ergänzungstarife bereit, die man vergleichen sollte, ehe man sich zum Abschluß entschließt.

Versichern oder selbst zahlen?

Ehe wir zu den Tarifen im einzelnen kommen, sind aber erst ein paar grundlegende Gedanken zum Thema »Versicherung« nötig. Anders als bei Pflichtversicherungen und anders als bei Solidar-Systemen, die gleichzeitig der Umverteilung und Unterstützung Bedürftiger dienen, muß man bei privaten Zusatztarifen prüfen, ob man eine solche Versicherung überhaupt braucht und ob das angebotene Kosten-Nutzen-Verhältnis günstig ist. Wobei man als Grundvoraussetzung bedenken sollte: die Leistungen einer Versicherung werden aus-

schließlich von dem bezahlt, was man selbst und andere einzahlen. Es gibt keine wundersame Geldvermehrung. Im Gegenteil fallen Verwaltungskosten an, und z.B. bei einer Versicherung in Form einer Aktiengesellschaft werden zudem Aktionärsdividenden abgezweigt. Eventuelle Zinsgewinne werden von diesen Zusatzkosten sicher mehr als aufgebraucht.

Zufall - für Versicherungen unentbehrlich

Wenn man schon mit Versicherungen kein zusätzliches Geld herbeizaubern kann - wofür sind sie dann gut? Ihr klassisches Einsatzfeld sind Risiken, bei denen man im Schadensfall mit sehr hoher Kostenbelastung zu rechnen hat und dieser Schadensfall zugleich zufallsabhängig und wenig wahrscheinlich ist, also z.B. bei der Feuerversicherung eines Gebäudes. Handelt es sich dagegen um Kosten, die bei allen potentiellen Versicherungskunden planmäßig, z.B. aufgrund von Verschleiß, anfallen, außerdem von jedem einzelnen auch gut zu tragen sind, dann ist es Unsinn, eine Versicherung zu etablieren. Die billigste und gerechteste Lösung ist es, wenn jeder seine eigenen Kosten allein trägt.

Zahnersatz - ein nicht versicherbares Risiko?

Während die GKV ähnlich wie die Feuerversicherung u.a. vor existenzbedrohenden Risiken schützt, betrachten nicht wenige Experten reine Zahnersatztarife als unsinnig. Denn wer würde sich, wenn man solche Tarife ohne jede Beschränkung abschließen könnte, dafür interessieren: Patienten mit bereits

kranken Zähnen und ein paar übervorsichtige, die alles versichern. Die Risikoverteilung wäre denkbar ungünstig, fast alle würden Leistungen abfordern, die Prämien müßten hoch sein und für fast alle Versicherten teurer als die direkte Begleichung der Zahnarzt-Rechnungen. Einem solchen Tarif würde die versicherungsmathematisch unentbehrliche Zufalls-Komponente fehlen.

Risiko-Mischung bietet Vorteile

Deshalb gab es bisher auch keine einzelnen abschließbaren reinen Zahnersatz-Versicherungen. ZE-Leistungen kamen lediglich vor als eine von mehreren Komponenten in kombinierten Tarifen - beispielsweise im Verbund mit Auslandskrankenschutz, mit Krankenhaus-Tagegeld, mit Leistungen im Heil- und Hilfsmittelbereich usw. Durch Hereinnahme stärker zufallsabhängiger Komponenten und durch die Verbindung mehrerer Leistungsbereiche erreicht man eine breitere Risikostreuung und günstigere Mischung. Für den einzelnen Versicherungskunden hat dies den Effekt, daß er für ein breites Leistungsspektrum u.U. kaum mehr zahlt als für einen Schmalspur-Tarif. - Anders sieht es aus bei den neuen ZE-Tarifen für Kinder, die paßgenau für die im gesetzlichen Bereich entstandene Lücke konzipiert wurden. Hier gibt es keine Mischung mit anderen Leistungsbereichen.

Viel Karies bei wenig Kindern

Epidemiologische Untersuchungen bei Schülern zeigen in den letzten Jahren eine deutliche Verbesserung der Mundgesundheit. Das heißt: der Prothetik-Be-

darf könnte geringer werden oder sich in höhere Altersregionen verschieben. Hierdurch können die Kosten sinken. Gleichzeitig zeigt sich eine zunehmende Polarisierung der Zahnerkrankungen: die 1991 publizierte IDZ-Mundgesundheitsstudie bspw. stellte die Konzentration von 85% der Karies bei 25% der 8-9 Jährigen fest; bei einer 1993 veröffentlichten Auswertung von Prof. Einwag für die Neuen Bundesländer vereinigten 16% der 8-9 Jährigen 100% der kariösen Zähne auf sich! Zweifellos wird diese extreme Massierung bei einer kleinen Gruppe sich im Verlaufe des Alterwerdens abschwächen. Jedoch sieht man hier eine typische, auch in anderen Bereichen der Medizin beobachtbare Folge präventiver Bemühungen: Man erreicht eine gewisse Verbesserung für alle, aber eine stärkere Verbesserung für diejenigen, die bereits vorher gute Karten hatten, als für die Personen mit dem höchsten Risiko. Prophylaxe verstärkt die Kluft zwischen den Gesunden und den Kranken.

In Bezug auf Zusatzversicherungen bedeuten diese Daten, daß bei kompletter Versicherung der Jahrgänge nach '78 ein relativ kleiner Prozentsatz Nutzen zieht und die Mehrheit größere Kosten tragen muß, als wenn sie ihre Prothetik allein bezahlt. Allerdings ist nicht gesagt, daß sich bei den Privat-Tarifen überhaupt ein repräsentativer Querschnitt der (jüngeren) Bevölkerung wiederfindet. Es könnte auch sein, daß sich hauptsächlich diejenigen versichern, die zugleich intensive Vorbeugung betreiben und regelmäßig zum Zahnarzt gehen. Ihnen kann (abgesehen von den Fällen, die nach wie vor einen GKV-Zuschuß auslösen) eigentlich

kaum urplötzlich eine sehr umfangreiche und teure Zahnbehandlung bevorstehen. Wenn überhaupt Zahnersatz erforderlich wird, verteilen sich Maßnahmen und Kosten wahrscheinlich über einen größeren Zeitraum. Viele Zahnärzte, mit denen ich gesprochen habe, halten deshalb Zusatzversicherungen bei Prophylaxe-bereiten Menschen für überflüssig. Sie empfehlen stattdessen die Investition in bedarfsgerechte Individual-Prophylaxe und ein Sparpolster für evt. doch nötig werden den Zahnersatz. Für die Mehrzahl der Bürger wird hier die Kernfrage liegen: bedeutet Zahnersatz für mich ein Risiko, das so hoch ist und mich so unvorbereitet treffen kann, daß ich allein nicht damit fertigwerde? Auf diese Frage kann es keine allgemeine Antwort geben, sondern nur Hinweise wie die folgenden, die jeder für sich abwägen muß:

- 1) Orale Prävention erhöht die Chancen, mit wenig oder ohne Zahnersatz auszukommen. Eventuell sind Maßnahmen sinnvoll, die man selbst bezahlen muß. In einem begrenzten Rahmen kann man vielleicht wählen zwischen der Möglichkeit, Geld für den *Erhalt* oder den *Ersatz* von Zähnen auszugeben.
- 2) Man kann für sich und/oder für seine Kinder ein spezielles Zahn-Sparkonto anlegen.
- 3) Zahnersatz kann notfalls auch über einen Kredit finanziert werden.
- 4) Eine Zusatzversicherung gibt das beruhigende Gefühl, für alle Fälle gerüstet zu sein. Zu prüfen ist, ob man die

monatliche Belastung auch längerfristig und bei steigenden Beiträgen durchhalten kann (kinderreiche Familien!). Ein Versicherungswechsel ist problematisch, da man beim neuen Unternehmen altersbedingt mit höheren Beiträgen einsteigen muß.

Mit seiner kritischen Sicht der Leistungsausgrenzung jüngerer gesetzlich Versicherter im Zahnersatzbereich ist der DAZ auch unter Zahnärzten nicht ganz allein. So äußerte sich z.B. Dr. Haenel, Jugendzahnpflege-Referent und Vorsitzender des Prophylaxeausschusses der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg, im Baden-Württembergischen Zahnärzteblatt (ZBW 8/1997, S.10):

»...Was mich dabei ein bißchen bedrückt, ist die Begründung dieser Maßnahme im Gesetztext: Man könne die nach 1978 Geborenen aus der Bezuschussung mit Zahnersatz herausnehmen, da diese Kinder und Heranwachsenden durch die Gruppen- und Individualprophylaxe nach §21 und §22 SGB V betreut und deshalb »kariesfrei« aufwachsen würden - ein Hohn, denn alle Beteiligten wissen, daß bundesweit eine flächendeckende und breitenwirksame Gruppenprophylaxe gefordert, aber in vielen Bundesländern überhaupt nicht eingeführt wurde...«

5) Die Versicherten in einem Zusatztarif bilden auch in der PKV eine Solidargemeinschaft, in der die Behandlung der Kränkeren durch die Beiträge der Gesünderen subventioniert wird.

6) Je kränker man beim Eintritt in eine private Versicherung ist, umso ungünstiger sind die Bedingungen - bis evt. hin zur Ablehnung.

Worauf kommt's an bei den Zusatz-Tarifen?

Nehmen wir einmal an, daß sich - aus welchen Gründen auch immer - ein GKV-Angehöriger Zusatzversichern will, Was ist dann wichtig? Die entscheidenden Kriterien sind:

- die Höhe der zugesagten Erstattung
- die Höhe der monatlichen Prämien bzw. Beiträge
- die Höhe der zu erwartenden Zahnersatzkosten.

Die ersten beiden Dinge erfährt man aus den Policen der Versicherer, wegen des voraussichtlichen Behandlungsbedarfes und seiner Kosten sollte man seinen Zahnarzt befragen.

Erstattung - Prämie - Kosten

Wie diese drei Variablen miteinander interagieren, will ich an einem Beispiel deutlich machen. Nehmen wir eine 40jährige Frau, die bereits Zahnersatz im Mund hat. Dabei sei am Rande erwähnt, was viele bisher nur gesetzlich versicherte Frauen erstaunt und empört reagieren läßt: Die Prämienberechnung erfolgt nach Geschlechtern getrennt, und weibliche Personen zahlen in der PKV in fast allen Bereichen, so auch beim ZE, höhere Beiträge - wegen höherer Krankheitskosten. Die Monatsprämie der o.g. Dame beträgt 30 DM und summiert sich in drei Jahren auf $3 \times 12 \times 30 \text{ DM} = 1.080 \text{ DM}$. Wenn innerhalb dieses Zeitraumes Kosten von 3.000 DM anfallen und sie 20% = 600 DM durch die Zusatzversicherung ersetzt bekommt, dann hat sie mit der Versicherung $1.080 \text{ DM} - 600 \text{ DM} = 480 \text{ DM}$ mehr bezahlt, als wenn sie die 20%

direkt beglichen hätte. Wenn sie bei gleicher Prämie Anspruch auf eine höhere Erstattung hat, z.B. auf 40% = 1.200 DM, so steht sie mit Versicherung etwas günstiger da als ohne; sie würde 120 DM »sparen«. Noch »günstiger« würde sich die Lage darstellen, wenn höhere Kosten, bspw. 6.000 DM, anfielen. Dann würde sie bei 40%iger Erstattung 2.400 DM ersetzt bekommen und hätte bei 1.080 DM Prämien 1.320 DM »gewonnen«; bei 20%iger Erstattung »nur« 120 DM. Wieder anders sieht die Situation aus, wenn die Monatsprämie niedriger ist, z.B. nur 20 DM. In eine Formel gepackt, sieht der Zusammenhang folgendermaßen aus:

(Monatsprämie x 12 x 100): Erstattungsprozentsatz = X

X ist, in DM ausgedrückt, der erstattungsfähige Gesamtbetrag bzw. die Rechnungshöhe, ab der man, bezogen auf ein Jahr, mit Versicherung besser fährt als ohne. Bei Mehrjahres-Betrachtungen muß man die Formel abwandeln, ebenso dann, wenn der Erstattungsprozentsatz sich nicht auf den Rechnungsbetrag, sondern auf den GKV-Anteil oder den nach Abzug der GKV-Leistungen verbleibenden Rest bezieht. Eine Person mit niedrigen Zahnersatzkosten wird quasi immer mehr zahlen als zurückerhalten. Für jemand, der hohe Kosten zu erwarten hat, lohnt sich dagegen auch ein höherer Beitrag, sofern er mit höherer Erstattung verbunden ist. (Damit kein falscher Eindruck entsteht: dies ist eine rein ökonomische Betrachtung, bezogen auf ein Individuum. Sie darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß jede von dem einen »herausgeholt« Mark von den übrigen Versicherten mitfinanziert werden muß.)

Wieviele Zahnersatz braucht der Mensch?

Die Zusatzversicherungen sind nicht gedacht zur kurzfristigen Finanzierung von Rundum-Sanierungen sondern als lebensbegleitende Maßnahme. Daraus folgt, daß man sozusagen seine Lebens-Prämien-Ausgaben den potentiellen Lebens-Zahnersatz-Ausgaben gegenüberstellen sollte. Die Pressestelle der KZBV hat auf Anfrage einen durchschnittlichen Zahnersatz-Bedarf pro Person von ca. 20.000 DM bestätigt. Wenn man von der pessimistischen Annahme ausgeht, daß ZE teurer wird und dieser »Lebensbedarf« demnächst evtl. bei 30.000 DM liegt, und diese 30.000 DM auf nur drei Lebensjahrzehnte verteilt, kommt man auf 1.000 DM pro Jahr. Von diesen würden vor '79 geborene Versicherte bisher ca. 500 DM ersetzt bekommen - es blieben 500 DM jährlich. Bei 20%iger Erstattung würde jede Monatsprämie über 17 DM zu einem Verlustgeschäft führen, bei 30% darf die Prämie nicht über 25 DM liegen, bei 40% nicht über 33 DM usw. Noch niedrigere Ansätze müßte machen, wer zu den Menschen mit einem weitaus geringeren als dem durchschnittlichen Lebens-Bedarf gehört.

Werden die ZE-Prämien explodieren?

Für die jüngeren Menschen liegen die Erstattungsprozentsätze zum Ausgleich des verlorenen GKV-Anspruches höher, bei 50% oder 60%. Wenn ich wieder von einem durchschnittlichen Jahresbedarf von 1.000 DM ausgehe, würde die Versicherung erst bei Monatsprämien von über 42 DM bzw. über 50 DM unrenta-

Zusammenkommen ist ein
Zusammenbleiben ist ein
Zusammenarbeiten ist ein

(Henry Ford I.)

*Beginn
Fortschritt
Erfolg*

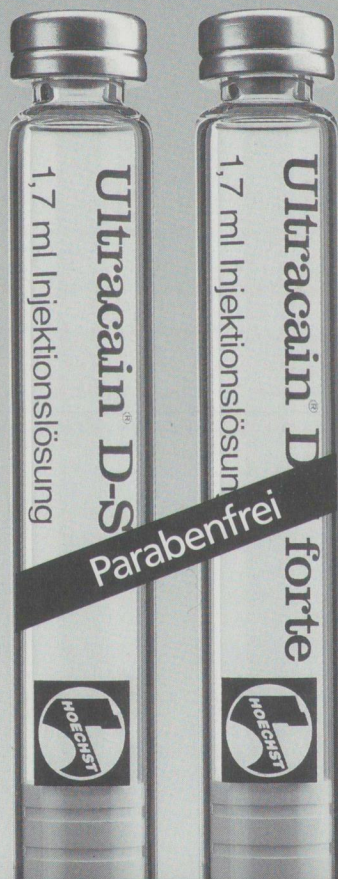
BERND
LORENZ
DENTAL
TECHNIK

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

Das von den Zahnärzten in Deutschland

am meisten

verwendete Lokalanästhetikum.



Wirkstoffe:

Articainhydrochlorid und Epinephrinhydrochlorid. Verschreibungspflichtig.

Zusammensetzung:

Ultracain D-S: 1 ml enthält 40 mg Articainhydrochlorid u. 0,006 mg Epinephrinhydrochlorid sowie max. 0,5 mg Natriumdisulfid (entspr. max. 0,34 mg SO₂). Ultracain D-S forte: 1 ml enthält 40 mg Articainhydrochlorid und 0,012 mg Epinephrinhydrochlorid sowie max. 0,5 mg Natriumdisulfid (entspr. max. 0,34 mg SO₂).

Die Zubereitungen Ultracain D-S und Ultracain D-S forte in Mehrfachentnahmeflaschen enthalten zusätzlich 1 mg Methyl-4-hydroxybenzoat als Konservierungsmittel.

Anwendungsgebiete:

Ultracain D-S: Routineeingriffe wie komplikationslose Einzel- und Reihenextraktionen, Kavitäten und Kronenstumpfpräparationen; insbesondere bei Patienten mit schweren Allgemeinerkrankungen.

Ultracain D-S forte: Schleimhaut- und knochenchirurgische Eingriffe, die eine stärkere Ischämie erfordern; pulpenchirurgische Eingriffe; Extraktionen desmodontischer bzw. frakturierter Zähne; länger dauernde chirurgische Eingriffe; Wurzelspitzenresektion, Präparation hochempfindlicher Zähne.

Gegenanzeigen:

Überempfindlichkeit gegen Articain und Epinephrin. Bei Patienten mit Cholinesterasemangel muß die Indikation streng gestellt werden, da mit verlängerter und unter Umständen verstärkter Wirkung zu rechnen ist. Patienten, bei denen eine sogenannte Paragruppenallergie besteht, dürfen Ultracain D-S und Ultracain D-S forte nur in den parabenfreien Zylinderampullen und Ampullen erhalten. (Die Mehrfachentnahmeflaschen enthalten das Konservans Methyl-4-hydroxybenzoat.) Im Hinblick auf den Gehalt an Epinephrin bestehen folgende Gegenanzeigen: paroxysmale Tachykardie, hochfrequente absolute Arrhythmie und Kammerengwinkelglaukom sowie Anästhesien im Endstrombereich. Die intravenöse Anwendung ist kontraindiziert. Eine Injektion in entzündetes Gebiet sollte unterbleiben. Warnhinweis: Ultracain D-S und Ultracain D-S forte dürfen nicht bei Bronchialasthmatikern mit Sulfit-Überempfindlichkeit angewendet werden.


Nebenwirkungen:

Dosisabhängig können zentralnervöse Störungen auftreten: Benommenheit bis zum Bewußtseinsverlust, Atemstörungen bis hin zum lebensbedrohlichen Atemstillstand, Muskelzittern, Muskelzuckungen bis zu generalisierten Krämpfen, Übelkeit bis Erbrechen. Blutdruckabfall bis hin zum Schock – unter Umständen lebensbedrohlich – und Herzversagen können auch durch Lokalanästhetika ausgelöst werden. Unverträglichkeitsreaktionen (allergischer oder pseudoallergischer Natur) sind nicht auszuschließen. Diese können sich äußern als oedematöse Schwellung bzw. Entzündung an der Injektionsstelle, daneben unabhängig von der Injektionsstelle als Rötung, Juckreiz, Konjunktivitis, Rhinitis, Gesichtsschwellung im Sinne eines Quincke-Ödems mit Schwellung von Ober- und/oder Unterlippe und/oder Wangen, Glottisödem mit Globusgefühl und Schluckbeschwerden, Urtikaria, Atembeschwerden bis hin zum anaphylaktischen Schock. Bei Verwendung von Mehrfachentnahmeflaschen kann es auch zu allergischen Reaktionen gegen das Konservierungsmittel Methyl-4-hydroxybenzoat kommen. Häufig treten Kopfschmerzen auf, die vermutlich auf den Epinephrin-(Adrenalin-) Anteil zurückzuführen sind. Andere durch Epinephrin bedingte Nebenwirkungen (Tachykardien, Herzrhythmusstörungen, Blutdruckanstieg) sind bei der niedrigen Konzentration von 1:200.000 (0,5 mg/100 ml) bzw. 1:100.000 (1,0 mg/100 ml) sehr selten. In Einzelfällen können durch unbemerkte intravasale Injektion anämische Zonen bis hin zu Gewebnekrosen im Injektionsbereich auftreten. Besonderer Hinweis: Aufgrund des Gehaltes an Natriumdisulfid kann es im Einzelfall, insbesondere bei Bronchialasthmatikern, zu Überempfindlichkeitsreaktionen kommen, die sich als Erbrechen, Durchfall, keuchende Atmung, akuter Asthmaanfall, Bewußtseinsstörungen oder Schock äußern können.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Die blutdrucksteigernde Wirkung von Epinephrin kann durch trizyklische Antidepressiva oder MAO-Hemmer verstärkt werden.

Handelsformen:

Ultracain D-S/Ultracain D-S forte: 100, 1000 Zylinderampullen zu 1,7 ml, 100 Ampullen zu 2 ml, 10 Mehrfachentnahmeflaschen zu 20 ml. Stand: August 1995

Hoechst 

bel. Die derzeit angebotenen Prämien liegen, selbst wenn sie mit Altersrückstellungen (s.u.) kalkuliert sind, weit darunter. Insofern ist anzunehmen, daß die Privatversicherer bei ihren heute noch jungen Kunden den durchschnittlichen Lebens-Bedarf deutlich geringer einschätzen und daß sie entspr. der Kostenentwicklung die Prämien später, wenn die Nachfrage nach Leistungen beginnt, heraufsetzen werden. Leider kann keiner die vielen variablen Faktoren verlässlich einschätzen, weder den Fortschritt in der Zahnmedizin, die Kostenentwicklung, die Prämiensteigerungen, noch die Faktoren auf Seiten des Versicherten: seine Prophylaxebereitschaft, seinen Gesundheitszustand, seine Bereitschaft, eine begonnene Versicherung fortzusetzen usw. Man kann nur aufgrund der heute faßbaren Kriterien optimieren. Dazu gehört auf jeden Fall:

— Berechnung der zu erwartenden Beitragssummen für die nächsten Jahrzehnte. In der PKV entscheidet das Eintrittsalter über den zukünftig zu zahlenden Beitrag. Spätestens ab Eintrittsalter 20, 21 oder max. 22 Jahre bleiben die Prämien für die Zahnversicherungen konstant (abgesehen von Erhöhungen wegen der Ausgabenentwicklung). Wer einen Vertrag für Kinder oder Jugendliche abschließt, erlebt jedoch in vielen Fällen ein bis zwei Beitragssprünge. Das heißt, die z.T. sehr geringen Kinderprämien gelten nur für ein paar Jahre. Der endgültig zu zahlende Beitrag ist bspw. der dem Eintrittsalter 21 Jahre zugeordnete. Meist fährt man günstiger mit einer Prämie, in die von Anfang an Altersrückstellungen einkalkuliert sind (ohne Beitragssprünge).

— Beitrags-Erhöhungen: Nicht nur die »normalen« Preissteigerungen, auch Innovationen sowie die Umstellung auf die private Gebührenordnung mit nicht-begrenztem Steigerungsfaktor für die Jüngeren ab sofort und für ältere Patienten in zwei Jahren lassen vermuten, daß die ZE-Preise sich verändern. Für umso wichtiger halten viele Bürger eine zusätzliche Absicherung. Aber die Versicherung kann nur dann höhere Kosten übernehmen, wenn sie ihre Prämien raufsetzt. Preissteigerungen und hohe Inanspruchnahme durch die Versicherten dürfen und müssen letztlich durch Prämiensteigerungen ausgeglichen werden. Man kann sicher nicht damit rechnen, von heute bis zu seinem Lebensende den gleichen Beitrag zu zahlen. Die Prämiensteigerungen können durchaus höher sein als die allgemeine Preisentwicklung.

— Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen. Die meisten reinen ZE-Versicherungen für Jüngere bieten genau das Spektrum, das bisher die GKV bezuschußt. Man sollte sich klar machen: Auch die PKV kennt das Kriterium der »Notwendigkeit« von Behandlungen. Vorheriges Einreichen eines HKP gibt Aufschluß darüber, ob alle beabsichtigten Leistungen in die Erstattung einbezogen werden. Zahnärztliche Gebühren werden meist bis zum Regelhöchstsatz der GOZ 2,3 übernommen. Bezüglich der Zahntechnik präsentieren die PKVen eigene Preisverzeichnisse oder lehnen sich an die bisherigen Höchstpreislisten an. Einige wenige Versicherungen und vor allem einige der »klassischen« Zusatztarife (ursprünglich konzipiert als Zubrot für Personen mit GKV-Anspruch)

bieten bewußt »mehr« - sie akzeptieren höhere Steigerungsfaktoren, schließen Nicht-GKV-Leistungen ein oder stellen sogar die Übernahme eines festen Prozentsatzes des Rechnungsbetrages in Aussicht. Es darf also etwas mehr sein - wahrscheinlich auch bei den Prämien.

— Leistungen außerhalb des GKV-Kataloges. Inlays, Goldfüllungen, Implantate, implantatgetragener Zahnersatz, Funktionsanalyse und Funktionstherapie gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Zusammen mit seinem Zahnarzt sollte man die Relevanz dieser Versorgungen für sich selbst / für sein Kind einschätzen. Beispielsweise die Implantologie ist inzwischen so ausgereift, daß sie in bestimmten Fällen die beste Methode zum Ersatz fehlender Zähne darstellt. Wer sich für diese Leistungen interessiert, muß die Versicherungsbedingungen genau daraufhin abklopfen. In Einzelfällen werden bei den älteren Zusatzversicherungen diese »Privat« Leistungen, bei denen es von der gesetzlichen Kasse keinen Pfennig gibt, sogar höher bezuschußt als die übrigen. Bei einigen wenigen der von uns gesichteten Verträge sind Implantate als normale Leistung eingeschlossen, in wenigen anderen wird die Bezuschussung zugesagt in den Fällen, wo laut zahnärztlichem Attest keine andere Versorgung möglich ist. Da für Implantat und Suprakonstruktion hohe Kosten entstehen (pro Zahn mindestens 2.500 DM, vielfach auch das Doppelte und mehr), ist es von besonderem Interesse, für diese Leistungen einen privaten Zuschuß zu erhalten. Gleichzeitig ist aber auch zu erwarten, daß ein Versicherter, der Implantate finanziert, hohe Prämien verlangen muß.

Verwirrspiel mit Prozenten

— Erstattungshöhe. Die meisten Tarife umfassen für die Jüngeren 50% oder 60% der erstattungsfähigen Aufwendungen, wobei bei günstigen Beiträgen der höhere Wert zu empfehlen ist. Für die Älteren werden Erstattungshöhen von 20% bis 40% angeboten, die sich auf die »erstattungsfähigen Aufwendungen« beziehen. Wachsamkeit ist geboten bei Formulierungen wie »Erstattet werden Kosten in Höhe von x% der von der GKV getragenen Leistungen« oder »x% der verbleibenden Kosten«. Bei direkter Koppelung von GKV- und privater Erstattung zieht jede Verschlechterung der GKV-Leistungen eine Verringerung der Privat-Leistungen nach sich, obwohl man die ZE-Versicherung doch gerade zum Ausgleich der Defizite der GKV abgeschlossen hat! Außerdem bedeutet z.B. »40% des Erstattungsbetrages der GKV« nicht: 40% der Rechnung«, sondern demnächst 40% eines Festzuschusses, und damit vielleicht 20% oder weniger bezogen auf den Gesamtbetrag. Angesichts der Sparpolitik im gesetzlichen Bereich ist es günstiger, wenn die Privatversicherung einen Prozentsatz des nach Abzug des GKV-Anteils verbleibenden Restes zusichert; d.h. die Resterrstattung steigt absolut, wenn der GKV-Teil sinkt. Allerdings gilt auch hier, daß die Erstattung von x% des Restes viel weniger ist als x% der Rechnung. Am transparentesten ist eine von der GKV unabhängige Leistungszusage: also x% der erstattungsfähigen Aufwendungen oder noch besser: x% des Rechnungsbetrages.

— Ausschließliche oder ergänzende Leistungspflicht. Während bei norma-

len Karies- und Parodontalerkrankungen der ZE-Leistungsausschluß für Jüngere wirksam wird, hat der Gesetzgeber Unfallfolgen, angeborene Zahnschäden, Medikamentenschäden, juvenile Parodontitis und eine Reihe weiterer Erkrankungen ausgenommen. In diesen Fällen erstattet die GKV wie bei den vor 1979 Geborenen. Die privaten Zusatzversicherungen verhalten sich unterschiedlich: die meisten zahlen nichts bei Zuständigkeit der gesetzlichen Kasse; einige wenige übernehmen auch dann einen Anteil - für den Versicherten eine angenehme Reduktion seiner Selbstbeteiligung. Denn der »normale« Eigenanteil bleibt dem Patienten auch bei diesen Ausnahme-Indikationen.

— Kombi-Tarife / doppelte Absicherung/ Stufen-Tarife. Vor dem Beitragsentlastungsgesetz gab es, wie schon erwähnt, ZE-Versicherungen überwiegend in Kombination mit anderen Leistungen wie Zuschüssen für Heil- und Hilfsmittel, Brillen-Zuschuß, Auslandskrankenschutz, Kurtagegeld etc. Auch für die jüngeren Generationen bieten verschiedene Versicherer solche Kombi-Tarife an. Oder den jungen Menschen wird geraten, sowohl einen der neuen »79er Tarife« mit 50% oder 60% Erstattung abzuschließen als auch, beim gleichen Unternehmen natürlich, einen klassischen GKV-Ergänzungstarif mit diversen anderen Leistungen und vielleicht 20% ZE-Erstattungsanteil. Die Erstattungen addieren sich, die Beiträge auch! Wir präsentieren fast ausschließlich einzeln abschließbare Tarife, abgesehen von wenigen Fällen, wo die Versicherer nur Kombinationen verkaufen oder aber nur ihre Kombitarife empfohlen haben.

Außerdem gab es einen Stufentarif, bei dem man Erstattungs- und Beitragshöhe zwischen 1-8 fach wählen kann.

Dem »Abkassieren« sind Riegel vorgeschoben

Um ihre Tarife finanzierbar zu halten, müssen die PKVen auf sparsame Inanspruchnahme achten bzw. verhindern, daß jemand direkt nach dem Beitritt ausufernd Leistungen in Anspruch nimmt und sich dann wieder verabschiedet. Hierfür dienen verschiedene Mechanismen:

— Für ZE-Tarife gilt fast bei allen Versicherern eine Mindestvertragsdauer von 3 Jahren und bei allen eine Wartezeit von 8 Monaten, außer bei Unfällen. Bei den neuen Z-Tarifen für Jüngere ist Übergangsweise die Wartezeit im Falle von Abschlüssen bis zum 31.12.'97 und bei Vertragsabschlüssen kurz nach dem Wechsel in die GKV ausgesetzt. Wer diese Fristen versäumt, muß auch als junger Zusatzversicherter 8 Monate auf Leistungen warten.

— Außerdem gibt es standardmäßig ein Kündigungsrecht des Versicherers (ohne jede Begründung) in den ersten drei Jahren; ein expliziter Verzicht auf das Kündigungsrecht war nur wenige Male den Unterlagen zu entnehmen. Wenn also ein Privat-Versicherter innerhalb der ersten drei Jahre horrenden Rechnungen präsentiert, dürfte die Zusatzversicherung für ihn u.U. schnell enden.

— Wer einen Vertrag abschließt mit Blick auf große ZE-Maßnahmen in den nächsten Jahren, sollte beachten, daß

verschiedene Versicherer Erstattungs-obergrenzen für die ersten Jahre angeben - bei einigen für den Fall von Vorschäden, bei anderen aber auch grundsätzlich. Zum Teil werden die Obergrenzen nicht für jedes Jahr separat festgelegt, sondern wirken kumulativ in dem Sinne, daß Erstattungsbeträge aus Vorjahren von der Obergrenze nachfolgender Jahre abgezogen werden müssen.

Kinder haften für ihre Eltern!

— Vor 1979 geborene Versicherte und die Jüngeren, die die eben genannten Fristen versäumen, müssen vor Vertragsabschluß eine Risikoprüfung durchlaufen. Meist beschränkt sie sich auf einige Gesundheits-Fragen zu Zähnen. Welche Restriktionen bei Vorschädigungen gelten, kann man in den Glanzprospekten nicht lesen und erfährt es selbst bei gezielter Suche nicht vollständig. Mehrfach wurde um Verständnis gebeten, daß Einzelheiten zur Risikoprüfung, zu Zuschlägen und Ablehnungen nicht mitgeteilt werden könnten. Als klares Risiko gelten fehlende Zähne mit Ausnahme der Weisheitszähne. Fehlende, aber ersetzte Zähne werden z.T. nicht, z.T. als halbes Risiko bewertet und mit einem Risikozuschlag belegt; z.T. wird nach dem Alter des Ersatzes gefragt und älterer Zahnersatz ebenfalls als Risiko behandelt. Bei mehreren fehlenden, nicht ersetzten Zähnen (z.T. ab 3 Zähnen) werden diese entweder vom Versicherungsschutz ausgeschlossen oder der Abschluß der Versicherung von der Behebung der Schäden abhängig gemacht.

Für fast jeden der Anbieter gibt es Gebißsituationen, die er als »nicht versi-

cherbar« einstuft und wo er den Kunden ablehnt. Wer es verpaßt, im jungen Alter bzw. bei noch unversehrtem Gebiß seine Zähne zu versichern, der hat u.U. später keine Chance mehr. Die hier geschilderten Mechanismen sind aus der Sicht der Versichertengemeinschaft insgesamt, die möglichst geringe Beiträge haben will, verständlich. Sie verdeutlichen aber zugleich, daß im privaten Versicherungswesen ein ganz anderer Denkansatz als in der GKV herrscht.

Gerade diejenigen, die wegen hoher gesundheitlicher Risiken oder Schäden besonderen Schutzes bedürfen, werden - wenn sie sich nicht bereits als gesunde Menschen versichern - im Zweifelsfall von den Privaten »im Regen stehen gelassen«. Und hierbei gilt im Falle der Zahnersatzausgrenzung: »Kinder haften für ihre Eltern«.

Um die Geduld der Leser nicht noch mehr zu strapazieren, will ich hier meinen Marsch durch den Dschungel privater Zahn-Zusatzversicherungen beenden. Wer noch Fragen hat, kann sich an die Verbraucherberatungsstellen (Kosten einer Versicherungsberatung ca. 20 DM) oder an unabhängige Versicherungsmakler (u.a. beschäftigt sich der NAV-Wirtschaftsdienst unseres Partnerverbandes mit Versicherungsvergleichen) wenden. Mein persönliches Fazit: Es gibt nicht EINE bestimmte Versicherung, die optimal ist für ALLE GKV-Versicherten.

Die Vielfalt vertraglicher Möglichkeiten im privaten Versicherungsbereich ist groß und schwer zu überschauen. Trotz dieser Vielfalt habe ich allerdings den

Eindruck, daß nicht alle wünschenswerten Möglichkeiten vertreten sind. Ein Versicherer z.B. erhöht in jährlichen 5%-Schritten seinen Zuschuß auf bis zu 75%, wenn die von der GKV angebotene Individualprophylaxe (IP) wahrgenommen wird. Warum wird die Gestaltungsfreiheit privater Versicherungsverträge nicht stärker in diesem Sinne genutzt, um »intelligente Lösungen« auszuprobieren, das heißt: Vertrags-Konstruktionen, die Anreize für aktive Vorbeugung bei den Patienten und für bedarfsentsprechende gute Arbeit (weder Unter- noch Übertherapie) bei den Zahnärzten setzen, wobei der finanzielle Vorteil (= die hoffentlich möglichen Einsparungen im Prothetik-Bereich) unter allen drei Beteiligten - Patient, Zahnarzt, Privatkasse - aufgeteilt werden könnte.

Einen Mangel allerdings würden auch diese Tarife nicht beheben: daß nämlich durch die Verlagerung von Leistungen in den Privatbereich die sozial und finanziell Schwächeren in vielen Fällen ausgegrenzt werden. Hier bleibt nur die vom DAZ unterstützte Forderung: Mindestens eine Basis-Zahnersatzversorgung muß es für alle gesetzlich Versicherten als Teil des normalen Krankenversicherungsschutzes geben.

Irmgard Berger-Orsag

Versicherungsvergleich - eine Sisyphus-Arbeit!

**Unsere Tabellen bieten nur
erste Anregungen**

Als Orientierungshilfe für Versicherungsinteressenten wollten wir eine Vergleichsliste mit möglichst allen Angeboten zusammenstellen. Wir haben dafür zahlreiche PKV-Unternehmen angeschrieben und bei Nicht-Reaktion nachzuhaken versucht. Die Rückfragen und die Auswertung des mehrere Kilo umfassenden Materials waren derart aufwendig, daß wir irgendwann die Recherchen abbrechen mußten. Die nachfolgenden Übersichten erheben weder Anspruch auf umfassende Darstellung noch auf lückenlose Richtigkeit! Unvollständigkeiten und Fehler kann es insbesondere in folgenden Bereichen geben:

— *Auf dem Markt befindliche Tarife: Die vorliegende Auswahl an Unternehmen und Tarifen ist (s.o.) ein Stück weit von den Schwierigkeiten der Informationsbeschaffung bestimmt. Wir sind gern bereit, weitere Tarife aufzunehmen und eine vervollständigte (ggf. berichtigte) Übersicht nachzuliefern. Aus der Fülle von Tarifen, die ZE-Leistungen beinhalten, haben wir nur solche in die Auswertung einbezogen, die GKV-Versicherten offenstehen und einzeln abschließbar sind oder für die wir die von den Versicherern vorgeschlagene Kombination mit einem weiteren Tarif aus den vorhandenen Daten berechnen konnten.*

— Darstellung der erstattungsfähigen Leistungen, der Erstattungshöhen sowie des Zusammenhangs zwischen privater und GKV-Erstattung: Die Angaben hierzu waren sehr unterschiedlich formuliert, teils klar, teils hoffnungslos mehrdeutig, so daß sie sich nicht einheitlich unter Wahrung aller Feinheiten auf wenige Kürzel zusammendrängen ließen. Uns blieb nur das Bemühen, uns möglichst eng an die Unterlagen zu halten. Im Zweifelsfall mußten wir die Frage offenlassen, von WAS eigentlich die Prozente berechnet werden sollen. Die Zusammenhänge zwischen GKV-Leistung und PKV-Leistung sind kaum zu systematisieren. Nach der Einführung von Festzuschüssen in der GKV ab nächstem Jahr dürfte bei einigen Tarifen mit Kopplung von GKV- und PKV-Erstattung die Verwirrung komplett werden und die PKV-Unternehmen veranlassen, ihre Versicherungsbedingungen neu zu formulieren.

— Bei den Kombinationstarifen konnten wir nur Kürzel für die Nicht-ZE-Leistungen angeben und mangels Unterlagen oder aus Platzgründen nicht alle Bereiche erwähnen. Abkürzungen siehe Seite 60/61.

— Prämienangaben: Bei den Tabellen konnten wir nicht jede Ziffer erkennen, außerdem können sich Übertragungs- und Rechenfehler eingeschlichen haben. In Einzelfällen haben wir Beitragshöhen evt. einer benachbarten Altersgruppe zugeordnet (wenn Altersspannen oder Geburtsjahre angegeben waren und wir für unsere Zwecke umformulieren mußten).

Erläuterungen zu den Tarifen für nach 1978 Geborene:

— Erstattungshöhe mit/ohne GKV: Die neue ZE-Tarife mit Erstattungshöhen von 50% oder 60% für Jüngere wurden gezielt für die Fälle entwickelt, in denen die GKV nichts erstattet. Trifft eine der Ausnahme-Indikationen zu, so erhält der Versicherte meist keinen Zuschuß von der Privatversicherung (»nur ohne GKV«). Es gibt jedoch auch Privatversicherer, die trotzdem erstatten, in der Regel unter Anrechnung des GKV-Anteils (»GKV-Anrechnung«). Wenn die ZE-Absicherung nur in Kombination mit einem weiteren Zahn- oder einem anderen privaten Tarif abschließbar ist, kann es sein, daß **eine** Komponente nur bei Nicht-Zuständigkeit der GKV gilt, während die **andere** unabhängig davon ist. Bei den Tarifen, die für alle GKV-Versicherten gelten, erfolgt Erstattung auch dann, wenn die GKV leistet (»auch mit GKV«).

— Beitragssprung (= Bs): Bei nein = »n« sind Altersrückstellungen einkalkuliert, und die Beitragshöhe gilt auch in späteren Jahren. Bei ja = »j« steigt der Beitrag noch 1 oder 2 Mal erheblich an; das nach dem letzten Sprung erreichte Niveau gilt dauerhaft. Ob Sprünge vorliegen, wurde uns in einigen Fällen mitgeteilt; in anderen haben wir die Beitragstabellen diesbzgl. interpretiert. Keine Gewähr!

— Prämien: Aus Platzgründen konnten die Prämienhöhen für männliche (»m«) und weibliche (»w«) Versicherte nur in 5-Jahresschritten angegeben werden, wobei wir die Eintrittsalter 16 und 21

hinzugenommen haben, da hier oftmals Beitragssprünge vorkommen. Zum Teil gehen die Tabellen nur bis zum Eintrittsalter 18 oder 19 (bei uns also bis 16). Wenn ein Tarif nur bis 18 Jahre definiert ist und seinen Beitragssprung erst beim Alter 21 macht, heißt das, daß Sie die Katze im Sack kaufen!

— Gesundheitsprüfung/Zuschläge/ Obergrenzen/Ausschlüsse: Diese »Stolpersteine für Zahnkranke« fehlen in der Übersicht, werden aber u.U. wirksam für diejenigen, die die besonderen Aufnahme-Fristen (bis 31.12.1997 usw.) versäumen!

Erläuterungen zu den Tarifen für vor 1979 Geborene:

— Viele der hier genannten Tarife sind auch für Jüngere abschließbar, z.T. mit modifizierten Bedingungen und aufgestockt auf einen weiteren Zahn-Tarif.

— Erstattungshöhe mit/ohne GKV; maximale Erstattung: Der angegebene Prozentsatz bezieht sich meist auf den »erstattungsfähigen« Teil der Rechnung. Hierbei verfahren viele Versicherer wie »GKV«. Oder die GKV-Erstattung ist notwendige Voraussetzung für die Leistung der privaten Versicherung (»nur bei GKV-Leistg.«).

Dabei gibt es auch die Variante, daß die private Erstattung ein prozentualer Anteil der GKV-Erstattung ist (z.B. »40% v.GKV-Leistg.«), also nur ein Anteil vom Anteil! Oder es wird ein Anteil vom Rest, nach Abzug der GKV-Erstattung, bzw.

der Rest bis zu einer Obergrenze genommen: »mit GKV 50% v.Rest« oder »mit GKV bis 90%«. Andere Tarife leisten dagegen auch »ohne GKV«. Man sollte zugleich nach prozentualen oder absoluten, anfänglichen oder dauerhaften Erstattungs-Begrenzungen schauen!

— Gesundheitsprüfung: Zuschläge/ Obergrenzen/Ausschlüsse: Ausschluß-Kriterien wurden wegen lückenhafter Angaben weggelassen. Mehr als die Hälfte der Versicherer arbeitet mit Zuschlägen oder Obergrenzen, die nicht alle in Kurzform zu erfassen sind und für deren korrekte Erfassung wir nicht die Hand ins Feuer legen können. Beispiel: »1000, 1500, 2000« bedeutet: im 1. Jahr Begrenzung auf 1000 DM, im 2. Jahr auf 1500 DM, im 3. Jahr auf 2000 DM. In einigen Fällen sind die Grenzen »k«=kumulativ, bei anderen gelten sie nur bei Vorerkrankungen. Nicht auszuschließen ist, daß in Einzelfällen die den Unterlagen entnommene Obergrenze nicht den Versicherungsanteil begrenzt, sondern die gesamten Behandlungskosten, so daß die Grenze für die Erstattung noch erheblich niedriger liegt (für den Versicherten ungünstiger!).

— Aus Platzgründen mußten wir unsere Beitragstabellen für Erwachsene auf die Spanne zwischen 21 und 60 Jahren und auf 10-er Schritte beschränken, obwohl die Tarife z.T. auch für Jüngere vorgesehen sind und z.T. bis 65 Jahre gehen (über 65 J. Aufnahme nur in Ausnahmefällen).

ZahnErsatz-Zusatz-Versicherungen für nach 1972

Nr.	Versicherung	Stadt	Tarif	Erstattungshöhe	mit/ohne GKV	Kombitarif
1	Albingia AG	Hamburg	ZAK	60%	nur ohne GKV	nein
2	Alte Oldenb. VVaG	Vechta	ZE 60	60%	nur ohne GKV	nein
3	Barmenia AG	Wuppertal	EZ	50%	nur ohne GKV	nein
4	Bayer.Beamt.KK AG	Haar	denty	50%	nur ohne GKV	nein
5	Bayer.Beamt.KK AG	Haar	denty plus	60%	nur ohne GKV	KH,Seh
6	Berlin-Kölnische a.G.	Köln	ZES 60	60%	nur ohne GKV	Aus,HeM,HeP,Seh
7	Central KV AG	Köln	GZ1+ZGZ	80%=40%+40%	ZGZnur o GKV	Aus,KH,Kur,Seh
8	Central KV AG	Köln	ZEC50	50%	nur ohne GKV	nein
9	Colonia KV AG	Köln	EG 79	50% bis 75% bei IP	GKV-Anrech.	Aus,HeP,Seh
10	Continental a.G.	Dortmund	Z1	60%	nur ohne GKV	nein
11	DBV Winterthur AG	Wiesbaden	Z50	50%	GKV-Anrech.	nein
12	DBV Winterthur AG	Wiesbaden	Z 60 Plus	60%	GKV-Anrech.	nein
13	DEVK KV AG	Köln	ZT-G	50%	nur ohne GKV	Aus,Seh
14	DKV AG	Köln	ZEV	60%	nur ohne GKV	nein
15	Debeka KV a.G.	Koblenz	ZE	60%	nur ohne GKV	nein
16	Familienfürsorge a.G.	Düsseldorf	ZE (50)	50%	GKV-Anrech.	HeP,Kur
17	Familienfürsorge a.G.	Düsseldorf	ZE (60)	60%	GKV-Anrech.	HeP,Kur
18	Generali	München	ZE	60%	nur ohne GKV	nein
19	HUK KV AG	Coburg	ZE	50%	nur ohne GKV	Aus
20	Hallesche-Nation.a.G.	Stuttgart	ZEV	50%	nur ohne GKV	nein
21	Inter a.G.	Mannheim	GZE79	50%	nur ohne GKV	nein
22	Inter a.G.	Mannheim	GZE97+GZE1	80%=50+30%	80% m/o GKV	2 ZE-Tarife kombin
23	Münchner Verein a.G.	München	171	50%	nur ohne GKV	nein
24	Nürnberger AG	Nürnberg	ZE79	50%	nur ohne GKV	nein
25	R+v Krankenv. AG	Wiesbaden	EG2	60% ohne GKV	mGKV40%v.GKV	Aus,HeP,KH,Kur,S
26	Signal	Dortmund	EGZ	50% ohne GKV	GKV-Anrech.	Aus,HeP,Kur,Seh
27	Signal	Dortmund	ZEV	50%	nur ohne GKV	nein
28	Union KV UKV AG	Saarbrücken	denty	50%	nur ohne GKV	nein
29	Union KV UKV AG	Saarbrücken	denty plus	60%	nur ohne GKV	Aus,KH,Seh
30	Universa a.G.	Nürnberg	ZE79Plus	60%	auch mit GKV	Aus,HiM,Seh
31	Vereinte Versich.AG	München	726	70% ohne GKV	mit GKV 70% v R	Aus,HeP,KH,Seh
32	Vereinte Versich.AG	München	ZE1	60%	nur ohne GKV	nein
33	Victoria AG	Düsseldorf	ZE+GE	70%=50%+20% d.Rg.	ZE nur o GKV	Aus,HeM,Seh

Zu diesen Tarifen können ergänzend Tarife aus der anderen Tabelle hinzugenommen werden.

eborene

Mehroleistung	Bs	0 J.		5 J.		10 J.		15 J.		16 J. j		20 J.		21 J. j	
		m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
	j	02,25	02,25	02,25	02,25	02,25	02,25	02,25	02,25	18,33	22,67				
	j	02,80	02,80	02,80	02,80	02,80	02,80	04,50	05,00	04,50	04,50	04,50	05,50	17,05	21,60
	j	02,50	02,50	02,50	02,50	02,50	02,50	03,00	03,00	03,00	03,00	03,00	03,00	13,80	18,00
	j	01,00	01,00	01,00	01,00	01,00	01,00	04,00	04,00	04,00	04,00	13,20	16,20	13,70	16,70
	n	10,60	11,60	12,60	13,80	14,90	16,50	17,70	19,80	18,30	20,50	20,80	23,40	21,40	24,20
	n	06,80	07,60	08,00	08,80	09,40	10,40	11,30	12,60	11,70	13,00	13,60	15,00	14,10	15,50
		07,45	07,45	07,45	07,45	07,45	07,45	11,30	12,00	11,30	12,00	29,60	40,20		
	j	04,40	04,40	04,40	04,40	04,40	04,40	05,30	05,85	05,30	05,30				
mp, Inlay	j	07,20	07,20	07,20	07,20	07,20	07,20	07,20	07,20	07,20	07,20	23,60	28,90	24,20	29,40
mp, Attest	n	05,70	07,15	06,80	08,64	8,73	11,27	11,25	14,82	11,84	15,67				
	n	04,10	05,30	05,10	06,60	06,40	08,50	08,40	11,20	08,80	11,80				
mp	n	05,16	06,60	06,48	08,28	08,16	10,56	10,80	14,04	11,40	14,76				
	n	05,08	06,65	06,53	08,56	08,56	11,18	11,43	14,88	12,04	15,67				
mp, Attest	n	05,93	07,83	07,49	09,80	09,62	12,65	12,08	16,18	12,68	16,94	15,48	19,92		
	j	03,90	03,90	03,90	03,90	03,90	03,90	03,90	03,90	03,90	03,90	14,60	19,90		
mp, Attest		13,35	15,70	15,50	18,20	18,50	21,15	21,35	24,60	22,05	25,30	24,80	28,20	25,50	28,90
mp, Attest		16,03	18,84	18,06	21,84	21,78	25,38	25,62	29,52	26,46	30,36	29,76	33,84	30,60	34,68
	n	06,36	07,96	8,15	10,21	10,55	13,22	13,82	17,36	14,47	18,23	17,03	21,64	17,66	22,46
	j	03,30	03,30	03,30	03,30	03,30	03,30	03,30	03,30	06,60	06,60	06,60	06,60	16,60	16,71
	n	06,74	06,77	08,47	08,53	10,89	10,96	14,31	14,38	15,05	15,12				
	j	02,92	02,92	02,92	02,92	02,92	02,92	02,92	02,92	06,25	06,25	06,25	06,25	22,79	23,07
0%Inlays		04,41	04,41	04,41	04,41	04,41	04,41	04,41	04,41	09,44	09,44	09,44	09,44	35,82	41,01
	n	05,10	06,00	06,20	07,50	07,80	09,50	09,90	12,30	10,40	12,90	12,50	15,30	13,00	15,90
	j	02,97	02,97	02,97	02,97	02,97	02,97	02,97	02,97	06,16	06,16	06,16	06,16	12,76	12,76
Goldfüll		06,35	06,35	06,35	06,35	06,35	06,35	06,35	06,35	30,05	40,25	16,20	22,45	16,55	22,90
mp, Inlay	j	04,10	04,10	04,10	04,10	04,10	04,10	07,60	10,50	07,60	10,50	21,20	33,10	21,80	34,10
	j	03,30	03,30	03,30	03,30	03,30	03,30	06,80	06,80	06,80	06,80	17,30	17,40	18,00	18,00
	j	01,00	01,00	01,00	01,00	01,00	01,00	04,00	04,00	04,00	04,00	13,20	16,20		
	n	10,60	11,60	12,60	13,80	14,90	16,50	17,70	19,80	18,30	20,50				
delmetall	n	04,41	06,01	05,89	07,97	07,96	10,68	10,93	14,58	11,62	15,49				
T	j	08,20	08,20	08,20	08,20	08,20	08,20	08,20	08,20	08,20	08,20	10,70	14,40	26,94	39,79*
	j	02,40	02,40	02,40	02,40	02,40	02,40	02,40	02,40	02,40	02,40	06,20	06,20	19,63	23,98
	j	04,40	04,40	04,40	04,40	04,40	04,40	04,40	04,40	10,05	11,45	10,05	11,45	27,50	30,95

*Prämie für 22 Jahre

(Übersicht zusammengestellt aus Daten der Versicherer, erhalten 8-10/97; ohne Gewähr für die Richtigkeit)

ZahnErsatz-Zusatz-Versicherungen für vor 1979

Nr.	Versicherung	Stadt	Tarif	Erstattungs-Höhe	Mit /ohne GKV	Maximale Erstattung	Kombi
1	Barmenia a.G.	Wuppertal	EA	20%		mit GKV max.90%	Aus,H
2	Bayer.Beamten-KK AG	Haar	ZG	20% wie GKV	nur bei GKV-Leistg.		Aus,S
3	Bayer.Beamten-KK AG	Haar	ZG plus	abzgl GKV bis 90%	nur bei GKV-Leistg.	bis 20.000 max90%	Aus,K
4	Berlin-Kölnische a.G.	Köln	AE	20%	ohne GKV 20%		Aus,H
5	Central AG	Köln	GZ1	bis 40%		mit GKV max 80%	Aus,K
6	Colonia AG	Köln	EG 78	mit GKV bis 75%	ohne GKV 75%	bis 3.000 DM/Jahr	Aus,H
7	Continentale a.G.	Dortmund	CE	20% wieGKV			Aus,K
8	Continentale a.G.	Dortmund	CE1	20% wieGKV			Aus,H
9	DBV Winterthur	Wiesbad.	033	20%			Aus,K
10	DEVK Krankenvers.AG	Köln	ET-G	20%		mit GKV max.80%	Aus,S
11	DKV AG	Köln	AM9	mit GKV bis 100% v.Rest		max 50%	div. L
12	DKV AG	Köln	AM7	40% v. GKV		mit GKV max 90%	Aus,S
13	Debeka Krankenv.a.G.	Koblenz	AZ+TK20	20%			Aus,K
14	Familienfürsorge a.G.	Düsseld.	ZE (8x)	mit GKV 80%v.Rest			HeP,H
15	Generali	München	EV	30%wie GKV		mit GKV max 90%	Aus,H
16	Globale K-Vers.AG	Köln	EG	30%		mit GKV max 90%	HeP,H
17	HUK Krankenvers.AG	Coburg	GZ	20% wie GKV			Aus,H
18	Hallesche Nationale	Stuttgart	CAE 2	abzgl. GKV 80% v.Rest	fiktiver GKV-Teil 50%	max 30%	Aus,H
19	Inter a.G.	Mannheim	GZE1+GE1	30%	ohne GKV 30%	mit GKV max 80%	Aus,H
20	Münchener Verein a.G.	München	170	40%v.GKV	nur bei GKV-Leistg.	mit GKV max 90%	Aus,S
21	Nürnberger AG	Nürnberg	EG	25%	ohne GKV 50%		Aus,H
22	Nürnberger AG	Nürnberg	ZAZ	20%	ohne GKV 20%		Aus
23	R+V Krankenv. AG	Wiesbad.	EG2	40% v.GKV	nur bei GKV-Leistg.	mit GKV max 90%	Aus,H
24	R+V Krankenv. AG	Wiesbad.	EG1	30%		mit GKV max 90%	Aus,K
25	Signal Krankenv. a.G.	Dortmund	EG+KH30	20%			Aus,H
26	Union KV UKV AG	Saarbrück	GE	mit GKV 50% v.Rest	ohne GKV 50%		Aus,H
27	Univera a.G.	Nürnberg	GZ	30%	nur bei GKV-Leistg.	mit GKV max 90%	Aus,H
28	Vereinte Vers. AG	München	724	mit GKV 50% v.Rest	ohne GKV bis 50%	max 8000 in 4 Jahr.	Aus,H
29	Victoria Vers.AG	Düsseld.	GE	20%	ohne GKV 20%		Aus,H
30	Victoria Vers.AG	Düsseld.	GE+GEP	30%=20%+10%	ohne GKV 30%		Aus,H

Gängige, mit Abkürzungen erfaßte Bereiche sind:

- ambulante und stationäre Leistungen im Ausland (Aus) — Heilmittel (HeM)
- Heilpraktikerleistungen (HeP) — Hilfsmittel (HiM) — div. Leistungen bei Krankenhausaufenthalt, incl. Mehrkosten bei spezieller Krankenhaus Wahl, Krankenhaus-Tagegeld usw. (KH) — Rehabilitationsleistungen oder Tagesgeld bei Rehamaßnahmen (Reha) — Kurlleistungen oder Kur-Tagegeld (Kur) — Sehhilfen = Brillen, Kontaktlinsen (Seh)

Geborene

	Mehrleistungen	Erstattungsgrenzen	21 Jahre		30 Jahre		40 Jahre		50 Jahre		60 Jahre	
			m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
Seh		2u.3 fehl.Z:3J.Grenzen	14,50	19,10	17,90	22,40	22,40	25,90	26,30	28,60	29,20	29,30
			15,60	17,90	16,50	19,70	17,00	20,60	18,40	21,90	19,20	22,20
ha,Seh		2000,2000,4000 kumul	32,60	37,70	35,00	42,90	36,80	45,30	39,90	48,00	41,60	48,60
P,Seh	FT,ImpAtte	1000,1200,1800	17,80	24,05	21,90	29,20	26,70	33,10	30,20	36,70	30,90	37,60
Seh		1.-4.J.<10.000 kumul	11,80	16,35	14,65	19,10	18,65	22,15	22,90	24,80	25,90	26,60
h	Imp,Inlays	3000 pro Jahr	21,00	26,70	25,10	30,80	28,20	33,70	30,80	35,60	33,00	37,20
		nach Risiko	04,76	05,83	06,66	07,16	07,58	08,20	08,56	08,78	09,15	09,20
Seh		nach Risiko	13,77	20,87	18,01	24,88	23,46	28,74	29,00	32,08	34,62	35,23
n	Impl,Inl,Onl	keine	12,11	16,49	12,65	17,27	13,68	18,59	14,68	19,62	15,62	20,22
			12,49	14,94	15,02	17,99	16,77	20,02	17,55	20,78	17,71	20,90
	FT,Imp,Kfo	keine	78,40	104,40	98,83	120,55	118,59	131,98	137,23	139,82	154,57	140,29
		keine	9,95	12,34	12,03	14,47	13,58	15,81	14,31	16,56	14,50	16,83
			10,70	13,20	13,40	16,10	16,50	19,30	19,90	22,40	23,60	26,10
	Imp	150,300,450	27,84	32,16	33,12	20,72	37,44	41,44	40,32	44,08	41,60	45,36
Seh		1500,1500,3000	15,83	21,94	17,95	24,22	20,59	36,57	23,98	29,51	27,37	32,11
Seh	Imp	Risiko: 600 3 Jahre	28,52	35,77	30,63	37,57	34,07	39,67	37,90	42,29		
		2000,2000,3000	08,52	10,96	08,52	10,96	08,52	10,96	08,52	10,96	08,52	10,96
		750-4500 v.1.-10.Jahr	22,64	30,20	27,57	34,79	32,41	38,14	36,75	40,03	39,99	41,10
Seh	FT,Imp,Inl	2500,5000,7500 kumul	25,47	38,32	29,99	43,60	34,41	48,22	38,48	51,75	41,78	54,00
		nach Risiko	17,90	22,30	20,70	25,90	25,00	29,80	28,80	32,40	31,30	33,70
Seh	Imp,Attest	1000,1000,1000	22,69	29,26	27,36	33,51	33,46	37,82	40,70	43,04	49,16	48,40
		500,500,500	09,30	11,53	11,14	13,33	12,81	14,88	14,11	16,01	15,07	16,81
Kur,Seh	Goldfüllg.		16,55	22,90	19,85	27,05	24,05	31,30	29,10	35,70	33,75	39,50
	Goldfüllg.		19,80	24,15	24,90	29,30	31,05	34,45	37,95	39,95	44,40	45,55
Kur,Seh		750,1250	18,20	27,50	23,10	32,80	30,70	39,10	39,10	45,20	47,90	49,10
n	Imp,Inlays	750,1500	20,06	28,26	24,70	32,54	29,26	38,07	33,16	38,27	36,35	40,08
		bei fehl. Zähnen	16,23	22,24	18,57	25,82	21,24	27,75	23,49	29,09	24,75	30,23
Seh		1000,1500,2000,2500kum	10,28	13,75	26,65	36,48	32,43	42,00	37,26	46,41	41,27	49,27
			09,25	12,55	10,60	13,95	12,60	15,25	14,25	16,20	15,20	16,30
P,Seh			18,05	25,30	22,00	29,00	26,80	31,95	31,60	34,60	35,60	35,60

(Übersicht zusammengestellt aus Daten der Versicherer, erhalten 8-10/97; ohne Gewähr für die Richtigkeit)

- Mehrleistungen: Hier werden bisher nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehörende Leistungen angegeben, soweit wir sie aus den Unterlagen ermitteln konnten - auch dies ohne Gewähr.
- Implantate und implantatgetragenen Zahnersatz (Imp), z.T. nur bei zahnärztlichem Attest
- (Imp Att) — Funktionsanalyse/Funktionstherapie (FT)
- Inlays (Inl) — Goldfüllungen/Goldhämmerfüllungen (Go) — Kieferorthopädie (Kfo)



DEUTSCHE GESELLSCHAFT ZUR RETTUNG SCHIFFBRÜCHIGER

Jahr für Jahr geraten allein vor Deutschlands Küsten auf Nord- und Ostsee hunderte Menschen in Not und Gefahr. Sie sind angewiesen auf die schnelle Hilfe der Seenotretter. Die Deutsche Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger- kurz: DGzRS- ist in unserem Land zuständig für den maritimen Such- und Rettungsdienst. Ohne staatliche Zuschüsse, nur durch freiwillige Beiträge und Spenden finanziert, hat sich das Rettungswerk seine Unabhängigkeit bewahrt und sich zu einem leistungsfähigen, auch international anerkannten Rettungsdienst entwickelt.

Die DGzRS, 1865 durch private Initiative gegründet, kann auf eine lange bewegte (und bewegende) Geschichte zurückblicken vom einfachen, offenen Rudenrettungsboot zum modernen Seenotkreuzer.

DGzRS: Denn Sie sehen, was wir tun...

mit Ihren Spenden. Zwischen der Ems-Mündung im Westen und der Pommer-schen Bucht im Osten - sozusagen »vor unserer Haustür« - unterhält die DGzRS heute 56 Rettungseinheiten auf 53 Stationen. Die Rettungsmänner kennen keine Saison, sie sind rund um die Uhr, bei jedem Wetter zum Einsatz bereit. Und sie wissen, sie werden gerufen, wenn andere Schiffe den schützenden Hafen anlaufen. Sie werden gerufen, wenn Menschen auf See in Not sind - nach Kollisionen, Kenterungen, Feuer an Bord, Grundberührungen ... Und es gibt Gründe genug, die uns alle an der Küste und im Binnenland - berühren; Gründe, die Arbeit der Seenotretter zu unterstützen.

Helfen kann jeder. Niemand wird die Seenotretter um ihre Aufgabe beneiden, wenn sie im orkanartigen Sturm, im pottendicken Nebel oder in dunkler Nacht zum Einsatz gerufen werden. Wir alle können deren Arbeit jedoch unterstützen, und helfen kann wirklich jeder, z.B. durch

- eine einmalige Spende
- eine Fördermitgliedschaft mit einem Beitrag nach eigenem Ermessen u.v.a.

denn das deutsche Seenotrettungswerk beansprucht keinerlei staatliche Zuschüsse, es wird ausschließlich durch freiwillige Zuwendungen finanziert.

Deutsche Bank AG (BLZ 29070050) Konto Nr. 2123610
Bremer Landesbank (BLZ 29050000) Konto Nr. 1070022004
Bremer Bank (BLZ 29080010) Konto Nr. 100233800
Sparkasse Bremen (BLZ 29050101) Konto Nr. 1072016
Postbank NI. Hamburg (BLZ 20010020) Konto Nr. 7046200



Anzeige

Konrad Cohn - eine biografische Skizze

An der Medizinischen Fakultät Charite der Humboldt-Universität zu Berlin bestand bereits zu lange die zwingende Notwendigkeit, den "Stieve-Saal" im Anatomischen Institut umzubenennen. Medizinhistorische Forschungen belegten, daß die anatomisch-gynäkologischen Forschungen, die Hermann Stieve (1886-1952) in der Zeit des Nationalsozialismus durchführte, zu keiner Würdigung Anlaß geben.

Bei dieser Gelegenheit fiel die Aufmerksamkeit auf die zahlreichen namenlosen Hörsäle. Sicherlich verstärkte die unabwendbare Vereinigung der beiden medizinischen Fakultäten das Bedürfnis nach "Hörsaaltaufen", um damit ein zusätzliches Moment der Identität auf dem Campus der Charite zu schaffen. Es kamen folglich nur ehemalige Hochschullehrer und/oder ausgewiesene berühmte Wissenschaftler der Charite in die engere Diskussion.

Am Zentrum für Zahnmedizin erfolgte eine schnelle Entscheidung. Für die Abteilungshörsäle in der traditionsreichen Zahnklinik in der Charite boten sich die jeweiligen bedeutenden Fachvertreter Georg Axhausen (1877-1960), Hermann Schröder (1876-1942) und Willoughby Dayton Miller (1853-1907) als Namensgeber an. Der große Hörsaal wird auf Vorschlag von Felix Blankenstein und entsprechend der Entschließung des Zentrumrats nach Konrad Cohn (1866-1938) benannt. K. Cohn hat nicht den Bekanntheitsgrad wie die zuvor genannten Berliner Zahnärzte, auch nicht

den von Ernst Jessen (1859-1933) oder Alfred Kantorowicz (1880-1962), die mit ihrem zahnärztlichen Wirken verdeutli-



chen konnten, daß der Karies als Volksseuche am schnellsten durch eine systematische Kinder- und Jugendzahnpflege entgegenzuwirken war. Den Zahnärzten im Kaiserreich, mehr noch denen in der Weimarer Republik, war K.C. schon fast "Institution". Sein Studium am Berliner Zahnärztlichen Universitätsinstitut schloß er nach den damals noch üblichen vier Semestern ab. In Bern erfolgte 1899 seine Promotion zum Dr. med. Erste Lehrer Erfahrungen gewann er durch das Abhalten von Repetitionskursen, deren Niederschriften zum Grundstock für sein zweiteiliges Lehrbuch „Kursus der Zahnheilkunde“ (Teil 1 1892, Teil 2 1894) wurden. In fünf Auflagen erschienen, war es seinerzeit eine begehrte Lernhilfe für Studierende; noch manchem Praktiker galt es

bis in die 50er Jahre(!) als nützliches Nachschlagewerk.

Sensibilisiert durch die kariesepidemiologischen Massenuntersuchungen an Schulkindern vor und um die Jahrhundertwende durch einige wenige Kollegen (z.B. Adolf Fenchel, Carl Röse (1864-1947), Jessen, Paul Ritter (1860-1932)), die das Ausmaß der Kariesmorbidität und die daraus ableitbare Verantwortung der praktisch und/oder wissenschaftlich tätigen Zahnärzte verdeutlichten, wandte sich K.Cohn dem sozialmedizinischen und sozialhygienischen Betätigungsfeld innerhalb der Zahnheilkunde zu. Er griff deren ersten Forderungskatalog auf, in dem die Verantwortung und die Pflichten der Gesundheitsbehörden benannt und dringende Maßnahmen zur Beseitigung der zahnhygienischen Mißstände empfohlen wurden. Die Erkenntnisse der sozialmedizinischen Arbeiten von Rudolf Virchow (1821-1902), Alfred Grotjahn (1869-1931) u.a. wurden richtungsweisend.

K. Cohn fühlte sich mehr der Praxis denn der Theorie verpflichtet. Das spiegelt sich in den von 1889 bis 1933 erschienenen ca.150 Veröffentlichungen wider. Sie sind von erheblicher Praxisrelevanz und reflektieren die drei Hauptanliegen K. Cohns: Versicherungsrechtliche Problemstellungen, damit in engem Zusammenhang stehend die Schulzahnpflege sowie standespolitische - und Hochschulfragen. Sein Anteil an der Herausbildung diesbezüglicher Organisationen, Strukturen und Institutionen ist nachweisbar und hat durchaus historische Dimensionen. Einige Beispiele mögen das belegen:

- die Allgemeine Ortskrankenkasse zu Berlin übernahm als erste die Kosten für zahnärztliche Therapiemaßnahmen,
- 1908 gab die Landesversicherungsanstalt Berlin die Eröffnung eines eigenen zahnärztlichen Instituts mit zwei Abteilungen bekannt. Leiter der Einrichtung und Direktor einer Abteilung wurde Ritter. Dieser stritt seit ungefähr 1892 als Berliner Stadtverordneter konsequent für die Einführung der Schulzahnpflege und die Kostenübernahme durch die Kassen.

K. Cohns Durchsetzungskraft in diesen Fragen führte zur Beauftragung, als Vertreter der Zahnärzte an den Beratungen über die Reichsversicherungsordnung im Reichsamt des Inneren teilzunehmen.

Im Jahr 1909 entstand eine Art Selbsthilfegruppe in Sachen „Einführung der zahnärztlichen Behandlung an den Volksschulen“ in Form des „Deutschen Zentralkomitees für Zahnpflege in den Schulen“. Cohn gehörte zu den Gründungsmitgliedern, arbeitete in der Pressekommision mit, dabei die Funktionen als Schriftleiter und Mitherausgeber der Monatsschrift des Komitees ausübend und war von 1917 bis 1933 dessen Generalsekretär. Mittels dieser und wichtiger standespolitischer Funktionen gelang ihm und seinen vielen Mitstreiter die Durchsetzung und Verbreitung der Schulzahnpflege. Wo möglich beteiligte er sich mit zahnhygienischen Themen an Kongressen und Ausstellungen: 1909 auf dem V. FDI-Kongreß in Berlin, 1910 am 3. Internationalen Schulhygiene-Kongreß in Paris, 1911 an der 1. Internationalen Hy-

gieneausstellung in Dresden mit der Sonderausstellung zu den „Fürsorgebestrebungen in der Zahnhygiene der breiten Volksschichten“, u.v.a.m.

Die beiden erst genannten Wirkungsbereiche betrachtete er stets im Zusammenhang mit standes- und hochschulpolitischen Problemen, an deren Lösung K. Cohn sich als Vorstandsmitglied der Preußischen Zahnärztekammer, im Landesgesundheitsrat, im Bundesehrengericht und im Komitee für das zahnärztliche Fortbildungswesen in Preußen (gegr. 1902 auf Initiative von Miller) als Mitorganisator und Lehrender beteiligte. Da für ihn die Medizin mit der Zahnheilkunde eine Einheit bildeten, begründete er 1919 an der Akademie für soziale Medizin in Charlottenburg die Abteilung Zahnhygiene und nahm Lehraufgaben war. K. Cohn führte schließlich noch eine eigene Praxis, zeitweise gemeinschaftlich mit seinem Sohn Ludwig (1895-Emigration 1939?) und dem Nefen Alfred (1881-1970).

Knapp ein Jahr nach der Novemberrevolution, im Oktober 1919, hielt man es seitens des Ministeriums für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung für notwendig, die Medizinische Fakultät der Berliner Universität auf "baldige Einführung einer Unterweisung in soziale(r) Zahnheilkunde" zu orientieren. Für den anstehenden Lehrauftrag hatte sich bereits Alfred Cohn empfohlen. Weiter standen auf der Vorschlagsliste Ritter, Julius Misch (1874-1942; ermordet in Lodz) und auf Vorschlag des Mitbegründers der modernen Ernährungsphysiologie und derzeitigen Dekans Max Rubner (1854-1932) Konrad Cohn. Die

Hochschullehrer Fritz Williger (1866-1932), Schröder und Wilhelm Dieck (1867-1935) votierten einstimmig für K. Cohn. Ritter, langjährig als gerichtlicher Sachverständiger tätig, nahm den zweiten Platz ein, Misch bot in seiner Person zuviel Angriffspunkte. Die Ablehnung von A.C. war merkwürdig bestimmt durch den Tenor - in wissenschaftlichen Kreisen unbekannt, nichts veröffentlicht, keine Lehrbefähigung nachgewiesen. Der so Zurückgewiesene nutzte in der Folgezeit das Lehrangebot am neugegründeten Lehrstuhl für soziale Hygiene, der seit dem 14.06.1920 mit Grotjahn als ordentlichen Professor besetzt war und trat zwei Jahre später bereites mit seinem "Leiffaden zum Studium der sozialen Zahnheilkunde" in den Kreis der Zahnärzte, die sich an der theoretischen Begründung und Gestaltung der "sozialen Zahnheilkunde" wesentlich beteiligten.

Der Lehrauftrag erging mit dem 30.12.1919 an Konrad Cohn, die Vorlesungen nahm dieser am 17. Januar 1920 mit seiner Antrittsvorlesung im Hörsaal der Konservierenden Abteilung auf, also im laufenden Wintersemester 1919/1920. Die Studierenden erhielten durch den ausgewiesenen Vertreter dieses Teilgebietes der Zahnheilkunde Kenntnis über

1. "die berufliche Tätigkeit des Zahnarztes im Rahmen der Krankenkassen und des Versicherungswesens",
2. "seine Mitwirkung in der sozialen Fürsorge für die Volksgesundheit bestehend in den hygienischen, prophylaktischen und therapeutischen Bestrebungen für die Gesundung des Gebisses in den breiten Schichten des Volkes, wie sie sich

unter anderem vornehmlich in der Schulzahnpflege" realisiert,

3. über die „berufliche Fortbildung und soziale Stellung des Zahnarztes“ und
4. "seine Rechte und Pflichten im Berufe und als Staatsbürger."

D.h., noch bevor Otto Walkhoff (1860-1934) im Central-Verein Deutscher Zahnärzte im Vereinsjahr 1921/22 im Zusammenhang mit einer notwendigen zahnärztlichen Studienreform die Umfrage zur Einführung von Vorlesungen über soziale und gerichtliche Zahnheilkunde initiierte und die Zahnärzte diese mehrheitlich befürwortend beantwortet hatten, erhielt das ausschließlich in Berlin vorgehaltene Fach seinen Platz im Studiengang Zahnheilkunde. Hoch zufrieden mit Cohn, versagte man dennoch die Einrichtung einer Dozentur für „forensische Zahnheilkunde“, um einer weiteren Subspezialisierung vorzubeugen. Ritter, der hier für in Vorschlag gebracht worden war, blieb ein Lehrauftrag erneut versagt.

Die Erfolge, die aus den Lehren der "sozialen Zahnheilkunde" resultieren, waren beeindruckend, wenn man nur die bis zum Jahre 1929 geschaffenen 1000 Schulzahnpflegeeinrichtungen betrachtet. Gerade diese lösten aber bei den in freier Praxis niedergelassenen Zahnärzten zunehmend Vorbehalte aus. Besonders die Schulzahnpflege nach dem von Kantorowicz praktizierten System, das aus einsichtigen Gründen von den Krankenkassen mit getragen wurde, empfanden sie als Existenzbedrohung. Die Diskussionen um die "Sozialisie-

rung" der Zahnheilkunde, mehr noch um die befürchtete "Verstaatlichung des Gesundheitswesens", erfuhren durch die zunehmende Geldknappheit im Deutschen Reich um 1931/32 einen Höhepunkt. Die Folgen der Notverordnung vom 30. Juli 1930 zeitigten auf allen Gebieten der öffentlichen Gesundheitspflege Abbaudekrete. Dem Lebenswerk Konrad Cohns und seiner Mitstreiter drohte Zerstörung. Das Bonner-System Jessens wurde zunehmend zu Gunsten weniger effizienter Behandlungskonzepte mit der Zielsetzung verlassen, die schulzahnärztliche Therapie ausschließlich in die Hände niedergelassener Zahnärzte zu geben.

Nach der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten ging man, unterstützt von der Mehrzahl der deutschen Zahnärzte daran, die Folgen der "verhängnisvollen Gesundheitspolitik des Marxismus" zu beseitigen. Die Durchsetzung der nationalsozialistischen Prinzipien in allen gesellschaftlichen Bereichen, weil offensichtlich ideologisch und organisatorisch gut vorbereitet, blieb nicht ohne Auswirkungen auf das akademische Leben an den Hochschulen, beeinflusste die Lehre und Forschung. Noch bevor das „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums vom 7. April 1933“ in Kraft trat, erging an die Medizinische Fakultät der Berliner Universität die Aufforderung, „alle staatsfeindlichen Elemente und Juden, die in nichtbeamteten Stellen... beschäftigt (waren), sofort zu entlassen.“ Am 21. April 1933 stellte Konrad Cohn den Antrag auf Entbindung von seinem Lehrauftrag. Die „Beurlaubung“ durch den Rektor erfolgte am 2. Mai

1933. Die Vorlesungen hielten fortan ausgewiesene Nationalsozialisten, zuerst Hans Hoenig (1886-1947), der sich selbst "als Freiwilliger bei der Tiergarten-Offiziers Kompagnie an der Unterdrückung des Spartakusaufstandes in Berlin" und damit hinreichend für geeignet hielt, nach ihm der "Reichszahnärztführer Ernst Stuck (1893-?). Der Begriff "Soziale Zahnheilkunde" wurde zwar beibehalten, zerfiel sichtlich innerlich und äußerlich durch die konsequente Einbindung in die Rassenhygiene. In kurzer Zeitfolge verlor Konrad Cohn alle sein Leben bestimmenden Berufsaufgaben. Bereits am 7. April 1933 legte er in der Vorstandssitzung des Deutschen Zentralkomitees für Zahnpflege in den Schulen sein Amt als Generalsekretär nieder. Jean Kientopf (1874-?), Leiter der ersten Berliner Schulzahnklinik im Jahre 1909 und eifriger Mitstreiter Cohns, wurde sein Nachfolger.

Die „Zahnärztekammer für Preußen“ gab in ihrem „Amtsblatt“ vom 14. Mai 1933 die neue Zusammensetzung der Kammer bekannt, die infolge "Mandatsniederlegungen" von 19 der 92 Kammermitgliedern notwendig wurde, d.h. mehr als 20% der Mitglieder stellten ihr Mandat, veranlaßt durch den neu eingesetzten Vorsitzenden, zur Verfügung. In Groß-Berlin betraf dies die 12 Mitglieder: Konrad Cohn, Frik Salomon (1890-1967), Siegfried Bruno Bernstein (1887-1941; ermordet in Lodz), Heinrich Glaser (1873-1936), Bruno Bernstein (1879-verschollen in Auschwitz), Alexander Drucker (1878-1956), Alfred Dallmann (1877-?), die Stellvertreter Ignaz Schwersenz (1873-1935), Ludwig Saenger (1876-?), Oscar Pulvermacher (1868

- 1943; Theresienstadt), Alfred Cohn und Alfred Freund (1875-?).

Im Alter von 72 Jahren verstarb Konrad Cohn am 4. Mai 1938 in Berlin. Das Grab befindet sich auf dem Jüdischen Friedhof, Indira-Gandhi-Straße.

Wenn also der große Hörsaal den Namen Konrad Cohn trägt, wäre es wünschenswert, die Vorlesungen zur Sozialmedizin und den sozialen Aspekten der zahnärztlichen Tätigkeit, die zur Berufskunde und Praxisführung, zur zahnmedizinischen Hygiene und Umweltschutz künftig hierin abzuhalten, also all jene Themen, die erstmalig in diesem Hause in Vorlesungen den Studierenden zu Gehör gebracht wurden, als Konrad Cohn seinen Lehrauftrag für „Soziale Zahnheilkunde“ wahrnahm und die von der AG Studienreform in Vorbereitung der Novellierung der Approbationsordnung als Bedürfnis angemahnt wurden. Es gibt einen besseren Ort als diesen, um die 1933 gebrochene Tradition dieses Unterrichtsfaches aufzunehmen und mit neuer Qualität fortzuführen.

Dr. Ilona Marz, Berlin

Martens, Anja: *Sozialmedizin praktisch vermittelbar, der articulator Nr.38, 1992*

Kirchhoff, Wolfgang: *Fortschrittliches aus der Weimarer Republik, ebd. Nr.54, 1996*

Pfeiffer, Kerstin u. Rüdiger: *Die soziale Zahnheilkunde in Deutschland und ihre Hauptvertreter, ebd. Nr.33, 1990*

Heidel, Caris-Petra: *Julius Misch und Alfred Cohn, Eine Diskussion um die Definition der sozialen Zahnheilkunde. ebd. Nr.51, 1995*

»FORUM für kritische Sozial- und Gesundheitspolitik e.V.«

Interessengruppen-übergreifender Reformdialog ist nötig, das »FORUM« wagt den Versuch!

Während die Politik sich mit Wahlkampfgeklingel, kurzfristiger Haushaltskosmetik und Flickschusterei beschäftigt, die eigene Klientel bedient und mit dem gebetsmühlenartigen Beschwören des angeblichen Sachzwangs »Globalisierung« ablenkt von ihrer Kapitulation vor Millionen Arbeitslosen und wachsenden Klüften zwischen Arm und Reich, gibt es immer wieder Personen und Organisationen, die in dieses Konzert nicht einstimmen. Sie plädieren für einen runden Tisch aller Beteiligten, an dem zunächst wünschenswerte und mögliche Lösungen, die mittel- und längerfristigen Auswirkungen dieser Lösungen und vor allem die unterschiedlichen Ziele und Interessen thematisiert werden, ehe man über die konkrete Umsetzung, Details, Finanzierungsfragen usw. entscheidet.

Februar 1997 haben sich Bürger/innen aus verschiedenen Teilen Deutschlands zusammengetan, um das »FORUM für kritische Sozial- und Gesundheitspolitik e.V.« zu gründen, darunter profilierte Kritiker unseres Gesundheitswesens wie der Berliner Ärztekammerpräsident Ellis Huber, Gesundheitspolitiker/innen, Menschen aus Gesundheitsberufen, Gewerkschaftler, Vertreter von Selbsthilfeorganisationen, Wissenschaftler usw. Das »FORUM« sieht die sozialen Sicherungssysteme unserer Gesellschaft zunehmend unter Reformdruck, der häufig als Aufforderung zum Kahlschlag verstanden wird. Sozial- und Gesundheits-

dienste existieren jedoch nicht als Selbstzweck, sondern bilden den Sockel einer stabilen Gesellschaft. Die derzeit herrschende politische Zielrichtung - so das »FORUM« fördert demgegenüber Vereinzelung statt Gemeinschaft, Gruppenegoismen statt des bestehenden sozialpolitischen Konsenses, Aktionismus statt langfristiger Strukturpolitik.

Ziele, Interessenslagen und Machtstrukturen müssen den Betroffenen und der Öffentlichkeit transparent gemacht werden. Das kritische »FORUM« bietet sich an als forum für einen interdisziplinären, partei- und interessengruppenübergreifenden Dialog. Es will die Kommunikation und Kooperation der am Solidarsystems Interessierten unterstützen und bereitet u.a. einen Kongress vor der am (15./16.5.1998, Düsseldorf - Mitstreiter willkommen!). Dabei wird es entscheidend darauf ankommen, kritische Initiativen, Wissenschaftler, Einzelkämpfer usw. zusammenzuführen mit Entscheidungsträgern aus Politik, Selbstverwaltung, Wirtschaft: mit denen also, die dafür sorgen können, daß klugen Worten auch Taten folgen.

Nähere Infos:

FORUM-Bundesgeschäftsstelle
Pionierstr.12, 40215 Düsseldorf
Tel. 0211-90530 28
Fax 0211-90530 29
Funk 0171-2164536

Irmgard Berger-Orsag

Buchbesprechungen

Bernhard Tillmann

»Farbatlas der Anatomie, Zahnmedizin -
Humanmedizin, Kopf - Hals - Rumpf«

Thieme-Verlag, Stuttgart/New Yorck '97
000 Seiten, DM 198.-

1055 Abbildungen

ISBN 3-13-103921-3

Der Thieme-Verlag hat einen neuen »Farbatlas der Anatomie, Zahnmedizin - Humanmedizin, Kopf - Hals - Rumpf« (Stuttgart-New York 1997) vorgelegt. Der Autor Bernhard Tillmann konnte ein zeitgemäßes Standard-Werk mit 1055 Abbildungen und 1341 Einzeldarstellungen vorlegen, das sich gegen jeden Vorgänger und jede Konkurrenz behauptet und - dem Verlag und Autor sei es nach der kostspieligen Investition gewünscht - auch hoffentlich gut absetzen läßt. Es sei jedem Interessierten nachdrücklich empfohlen!

Das überaus ansprechende und übersichtliche Buch richtet sich an Studierende - aber auch an Berufstätige, die ihr Wissen auffrischen wollen. Man möchte noch einmal Student sein, um aus einem derart ästhetisch wie didaktisch überzeugenden Werk lernen zu dürfen. Die Erinnerung an die Studienzeit kommt dabei nicht ganz unmotiviert; ein erstes Durchblättern ruft Erinnerungen wach, und das Vorwort bestätigt sie: Der Verfasser hat immer wieder auf die Abbildungen aus einem einstmals gängigen Atlas, den Rauberkopsch, zurückgegriffen, diese nach modernen Maßstäben überarbeitet und mit neuen Zeichnungen ergänzt. Er hat

an der - im Vergleich mit Photos und ihren Schatten - soviel prägnanteren Zeichnung festgehalten, deren Informationsreichtum jedem bewußt ist, der einmal die Tafeln in alten, um 1900 erschienenen Lexika mit denen neueren Datums vergleicht. Kein nostalgischer Rückgriff oder Apell an ältere Semester liegt vor, sondern die schwer zu übertreffende Qualität wird anerkannt. Bei spezifischen Präparaten - altersbedingten Abweichungen, Angiogrammen und Korrosionspräparaten - treten Photos zu diesen Zeichnungen und ergänzen das Typische durch individuelle Varianten. Die übersichtlich angebrachten Legenden ordnen sich dank einer klaren, modernen Schrifttype (Grotesk in drei gestuften Schriftgraden mit Fettdruck nur bei Paginierung und der Bildnummer) den Abbildungen so zu, daß das Lernen aus diesem Atlas eine Freude wird. Ein unentbehrliches Standardwerk!

Dr. Ursel Dittmann

Frenkel, Aderhold, Lambrecht, Leilich,
Raetzke

**Die ambulante Chirurgie des Zahn-
arztes**

Carl Hanser Verlag, München 1997

414 Seiten, 1024 Abb., 69 Tab., DM 398.

ISBN 3-446-18417-1

Ein Atlas für Studium und Praxis- mit diesem Untertitel ist die allgemeine Operationslehre für Zahnärzte in der zweiten Auflage versehen. Das gesamte Spektrum der zahnärztlichen Chirurgie ist erfaßt, wobei die Implantologie z. B. nur vier Seiten einnimmt - meines Erachtens zu kurz gekommen, wenn man den

Trend in der hochwertigen Prothetik betrachtet. Dafür finden sich vielfach gelungene Kombinationen von Text, klinischem Photo und erläuternder Zeichnung in den anderen Bereichen, so daß das praktische Vorgehen bei den einzelnen Operationsverfahren durch die Abbildungsreihen Schritt für Schritt gut dokumentiert ist. Ein anschauliches Werk für den Praktiker zur Auffrischung und Aktualisierung seiner chirurgischen Kenntnisse und gleichwohl für den Studierenden zur Erarbeitung des Lehrstoffes »zahnärztliche Chirurgie« zu empfehlen.

Silke Lange

Walter Kamann

Die Goldhämmerfüllung

Carl Hauser Verlag Minden Wien 1997
134 Seiten, DM148.-
ISBN 3-446-18859-2

Die Diskussion um Füllungsmaterialien hält weiter an. Noch bis heute gilt die Goldhämmerfüllung hinsichtlich der Dauerhaftigkeit als ein Maßstab, an dem andere Füllungsmaterialien und Methoden gemessen werden können. Das Buch von W. Kamann setzt sich intensiv und sehr ausführlich mit den Grundlagen und der Praxis der Goldhämmerfüllung auseinander, wengleich mir persönlich die Indikationsstellungen zu breit gefächert sind. Klasse V-Kavitäten, kleine mesiale Defekte und Foramen caecis sichern die besten Erfolge. Die Abbildungen sind teilweise sehr gut und instruktiv. Über die Art und Weise der Kofferdamntechnik kann man geteilter Meinung sein. Dieses Buch bietet dem interessierten Zahnarzt einen guten Einstieg in die Komplexität dieser Füllungs-

methode und veranschaulicht gut wie sehr es auf exaktes Arbeiten ankommt. Ein Kapitel über die möglichen Fehler beim Legen und Ausarbeiten einer Goldhämmerfüllung wäre sicherlich noch wünschenswert gewesen. Auf jeden Fall lohnt sich die Anschaffung des Buches als Vorbereitung für einen praktischen Kurs, der zum Erlernen der Technik notwendig ist.

Dr. Anke Brinkmann

K. Oehler

Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung Argumentationshilfen, Strategien, Rechtsgrundlagen

Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1997
261 Seiten, 4 Abbildungen, 3 Tabellen
broschiert DM 148,-
ISBN 3-7691-4071-0

Das erste von einem Zahnarzt verfaßte Buch zum Thema! Eine Honorarkürzung wegen vermuteter Unwirtschaftlichkeit, die bereits im Beschwerdeverfahren beschlossen wird, kann heute für den Zahnarzt existenzgefährdend sein. Der Wirtschaftlichkeitsprüfung der zahnärztlichen Behandlungsweise werden statistische Durchschnittswerte zugrundegelegt. Daher geraten gerade auch überdurchschnittlich vielseitige und fleißige, den Forderungen der medizinischen Wissenschaft folgende Zahnärzte in die Mühlen der Prüfung. In der Notwendigkeit, Praxisbesonderheiten oder sonstige Abweichungen vom statistischen Mittel zu rechtfertigen, muß der Zahnarzt in der Lage sein, sachlich begründet und überzeugend zu argumentieren. Dieses erste von einem Zahnarzt verfaßte Buch zum Thema gibt dem Kollegen geeignete, auf die Zusammensetzung der

Prüfgremien abgestimmte Argumente an die Hand. Der Zahnarzt erfährt auch, welche vorsorglichen Maßnahmen er sich während der Behandlung - etwa bei der Karteiblattführung - zur Regel machen muß, um im Prüfverfahren ggfs. die Sorgfalt seiner Behandlung dokumentieren zu können, was nach der Einführung des chronologischen Erfassungsscheines noch wichtiger geworden ist.

Wolf Meng

Versicherungen für den Zahnarzt

Hüthig GmbH, Heidelberg 1997
102 Seiten, Gebunden, DM 59,-
ISBN 3-7785-2553-0

Welche Versicherungen benötigt ein Zahnarzt? Auf diese grundlegende Frage gibt der praktische Ratgeber »Versicherungen für den Zahnarzt« eine systematische und gründliche Antwort. Der Praxisgründer erhält eine Hilfestellung bei der Entscheidung, welche Versicherungen unbedingt abgeschlossen werden sollten bzw. welche weniger wichtig sind. Für den Praxisinhaber besteht die Möglichkeit, seinen Entschluß für oder gegen bestimmte Versicherungen zu überdenken und seinen Versicherungsschutz gegebenenfalls zu erweitern. Inhaltliche und rechtliche Grundlagen aller Versicherungsverträge und die Systematik der verschiedenen Vertragstypen werden dargestellt und Antworten auf die immer wiederkehrenden Fragen gegeben: Was ist mit dem jeweiligen Vertrag versichert, was nicht? Wer ist versichert? Wonach bemessen sich die Beiträge? Wonach richtet sich die Leistung im Schadensfall? Welche Besonderheiten sind zu beachten?

Spendenaufruf

Sehr geehrte Kollegen,

mein Name ist Sebastian Otto, ich studiere in Tübingen im 7. Semester Zahnmedizin und habe vor, unter der Obhut des ZAD (Zahnmedizinischer Austauschdienst in Bonn, der vom DAAD unterstützt wird) vom 15. Febr. bis zum 19. April '98 eine Famulatur in Mahajanga / Madagaskar zu machen.

Aufgrund der unzureichenden medizinischen Versorgung mit sämtlichen grundlegenden und erforderlichen Materialien wie Kanülen, Spritzen, Handschuhen, Medikamenten, Amalgam, Komposit, Glas-Ionomer-Zement, Gut-tapercha, Nahtmaterial, Verschlußmaterialien, Fräsen, Mundsschützern, Anästhetika etc. würde ich gerne eine größere Menge dieser notwendigen Dinge mitnehmen.

Hier meine Bitte an Sie: Unterstützen Sie diese Aktion mit einer Spende. Jeder für Sie mögliche und denkbare Beitrag ist für die dortigen Patienten von großem Nutzen und wird mit Dankbarkeit angenommen.

Ich werde gewissenhaft dafür sorgen, daß mir anvertrauten Sachspenden für diese humanitäre Aktion ordnungsgemäß ihrem Zweck zugeführt werden.

Für Rückfragen stehe ich gern zur Verfügung:

Sebastian Otto, Hermann-Kurz-Str.21
72072 Tübingen

Leserbriefe

Zum Themenschwerpunkt »Medizinmarketing und Alternativ-Medizin«

Das DAZ-Forum war für mich immer eine Zeitschrift mit wohlthuend sachlichem Stil, bei aller argumentativer Schärfe formal und inhaltlich korrekt. Alle Einzelbeiträge des letzten Themenschwerpunkts waren aus meiner Sicht deutlich unter dem gewohnten Niveau. Ich kann mir diesen kollektiven Anfall von Verbalamok nicht erklären, bei aller berechtigten Kritik, die an Pischel & Co und den Marketingstrategen zu üben ist. Es wird wenig zur Sache gesagt und viel mangelnde Vertrautheit mit dem Gegenstand der Kritik (komplementäre Methoden in Medizin und Zahnmedizin) offenbar. Ich erinnere an einen Ausspruch von Ellis Huber, Präsident der Berliner Zahnärztekammer: »Ich empfehle Ärztinnen und Ärzten Bescheidenheit und gleichzeitig Mut, mit kranken Menschen zusammen Veränderungswege zu beschreiten. Ich selbst bin überzeugt, daß es unterschiedliche Wege zu mehr Gesundheit gibt und jeder Therapeut muß mit seinen Patienten zusammen den jeweils gemäßen Weg finden. Also ein pluralistisches System, das auch unterschiedliche Heilweisen nebeneinander bestehen läßt, ohne Glaubenskriege um die bessere Heilkunst kontinuierlich entfachen zu müssen« (aus; placebo Nr. 2, Dez. 1994, S. 16)

Stahles Argumentation ist genau besehen im wesentlichen eine subtil und brillant vorgetragenen Kollegen- und Patientenbeschimpfung mit dem unverhüllten messianischen Anspruch, alles

besser zu wissen als die besinnungslos Nocebo Effekten verfallen Therapeuten und Klienten. Die Medizingeschichte ist reich an Verharmlosungsskandalen (z.B. Contergan), der Expertenstreit verlagert sich auf die Grenzwertediskussion, die kaum ein Praktiker durchschauen kann, aber Amalgam, Fluorid und Composites sind unbedenklich, obwohl Quecksilber ein Nervengift ist, Fluorid als Rattengift eingesetzt wurde und östrogenoide und kanzerogene Effekte von Kunststoffen bekannt werden? Als Therapeut lebt es sich natürlich bequemer, wenn man bei seinem schulmedizinischem Stiefel bleibt und unbeirrt den einmal eingeschlagenen Weg weiter geht, statt sich mit derart unbequemen, weil Konsequenzen fordernden Sachverhalten auseinanderzusetzen.

Wieso druckt das Forum nach den DAZ-Erfahrungen mit der Qualitätssicherung kommentarlos Glaubens-Statements wie »Nach meiner Einschätzung verhält sich der weit größte Teil der Kolleginnen und Kollegen bei der Beratung, Aufklärung und Behandlung ihrer Patienten sehr verantwortungsvoll« (forum Nr.58, S.16)? und »der Großteil...Kollegen [orientiere sich] bei der Patientenbehandlung am aktuellen Wissen« (ebd. S.14)?

Gerade am Wissen mangelt es am meisten, von der Verantwortung, dieses Wissen auch umzusetzen, gar nicht zu reden! Im Überfluß ist jedoch Ignoranz vor handen, mit der vorhandenes Wissen als »nicht wissenschaftlich gesichert«, »unseriös« und ähnlichen Begriffen etikettiert wird. Am deutlichsten wird dies in der Rezension von Otto Wolffs Artikel »Vom Wesen des Fluors«: Wolff ist ein exponierter Vertreter der Anthroposophischen Medizin, einer »se-

riösen Alternativ-Medizin«. Ich weiß nicht, wer H.H. ist, der sich um eine Würdigung von Wolffs Artikel bemüht, aber wer sich je ernsthaft mit anthroposophischem Gedankengut auseinandergesetzt hat, wird nie zu einer derartigen Kritik fähig sein.

Ein weiterer Aspekt mangelnden Wissens verdeutlicht sich, wenn ein Rezensent Rossaint als »sehr bewußt mit der Ganzheitsmedizin umgehenden Zahnarzt« bezeichnet, aber ein von ihm herausgegebenes Buch als »Machwerk« bezeichnet und U. Happ selbiges Buch zusammen mit dem opus magnum von Rossaint als »Schmonzes« abserviert. Gibt es einen Wettbewerb um die arroganteste Buchbesprechung des Jahrhunderts, in dem sich das DAZ-forum kurz vor Ablauf der Einsendefrist noch gute Chancen für das Siegetreppchen sichern will?

Ich möchte nicht im allgemeinen bleiben sondern den Artikel »Herdsanierung ohne pathologische Befunde« mit einer Begebenheit aus meiner Praxis ergänzen. Bei der Entfernung eines Wurzelrestes stoße ich auf eine rarefizierende Ostitis, Konsistenz wie Eischaum statt Spongiosa, der Pathologe findet keinen Anhalt für Entzündung oder Malignität, auch auf Nachfrage kommt keine klarere Aussage (vgl Anlage 1-3). Es lag also hier (wie bei dem zitierten Hamburger Fall) kein histopathologischer Befund vor, obwohl klinisch keine normalen Verhältnisse bestanden. Ich wäre dankbar für eine fundierte schulmedizinische Erklärung. Von wem werde ich sie bekommen?

M.E. liegt aber der Fehler im schulmedizinischen Paradigma, das postuliert, alles was Krankheit ausmacht, sei histo-

pathologisch nachweisbar. Auch der Histopathologe erfaßt nur einen kleinen Ausschnitt der organischen Komplexität eines kranken Menschen, wie jede medizinische Spezialdisziplin. Bis jetzt habe ich nur bei den vielgeschmähten »alternativen Medizinern« Denkansätze und Erkenntnisse gefunden, die mir weiterhelfen. (Nebenbemerkung: Wer von »Alternativer Medizin« spricht, ist Scharlatan oder Marketingstrategie, wem ernst mit der Sache ist, der redet von Komplementärmedizin; nicht nur der Frieden, auch die Welt, das Leben und die Medizin sind unteilbar).

Zu guter letzt noch ein Zitat: »Die meisten Krankheiten ... gehen einher mit speziellen morphologischen und molekularen Zellveränderungen; einige sind so spezifisch, daß sie selbst mit histologischen Untersuchungen nicht diagnostiziert werden können.« (Praxisbrevier Biomolekulare vitOrgan-Therapie, o.O., o.J.) Ich hoffe auf eine Waffenstillstandserklärung im nächsten DAZ-Forum und auf freundlichen Abdruck meiner Zeilen, damit die Buchstaben des Codex des DAZ vom 12.7.1997 mit Leben erfüllt werden. Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Norbert Guggenbichler

Lieber Kollege Guggenbichler,

vorab: Um »die Buchstaben des DAZ-Codex mit Leben zu erfüllen«, bedarf es nicht eines Nachweises, und sei es durch den Abdruck Ihres Leserbriefes. Wir hatten es noch nie nötig, unsere Leser vor konträren Meinungen zu schützen. Wir hätten Ihre Zuschrift in jedem

Fall ins forum genommen - in keinem Fall allerdings widerspruchslös: Weder im Interview mit Prof. Staehle noch in den anderen Beiträgen geht es um einen »Glaubenskrieg um die bessere Heilkunst«, erst recht nicht in einem »kollektiven Anfall von Verbalamok«, sondern darum, *Auswüchse und Fehlentwicklungen* der Zahnmedizin aufzuzeigen, u.a. auch der alternativen Richtungen (wie sich übrigens manche deren Anhänger gern selbst bezeichnet, vielleicht gerade deshalb, um sich gegenüber dem »stinknormalen« Kollegen abzusetzen).

Ich stimme Ihnen aber sofort zu, von Komplementärmedizin zu sprechen, zu der ich im übrigen ein besseres Verhältnis habe, als Sie glauben (selbst in guten Händen bei einem ernsthaften und erfolgreichen Homöopathen). Aber solche Sätze wie der von Dr. Wolff:

— *»Denken ist sehr vielseitig veranlagt, wird aber heute nur einseitig, intellektuell, logisch gebraucht Und hierfür ist ein Abschluß nötig, der physiologisch in der Begrenzung des Dentinzahnes durch den Schmelz vorliegt, wofür Fluor nötig ist, was aber für den ganzen Organismus gilt«* —

solche Sätze sind so abenteuerlich abstrus, daß man (H.H. bin übrigens ich) sie ironisch kommentieren dürfen muß, ohne der Majestätsbeleidigung eines »exponierten Vertreters der anthroposophischen Medizin« geziehen zu werden. Man wird ja wohl noch jemanden beim gefaselten Wort nehmen dürfen, oder? Es sind nämlich genau diese nebulös und unheilschwanger formulierten Trivialitäten, die nach der Devise »da wird vielleicht doch etwas dran sein« gerade sensible und ernsthafte Leute

z.B. von der wichtigen Vorbeugung mit Fluoriden abhalten.

So simpel Ihnen der Hinweis erscheinen mag, daß es die Dosis ist, die das Gift vom Therapeutikum unterscheidet - Halogene werden schließlich sowohl als Homöopatia und als Lebensmittel (NaCl) als auch als Kampfstoff verwendet - so manipulativ ist Ihr alleiniger Verweis von Fluorid als Rattengift: Das ist Agitation und eben nicht verantwortungsvolle Information!

Auch mein Beitrag »Herdsanierung ohne pathologische Befunde« kritisiert nicht einen komplementären Therapieweg, sondern den krassen Fall einer massiven und bewußten Körperverletzung aus offenkundig ideologischen Motiven. Das kann man doch nicht noch verteidigen, wenn einer 27-jährigen Frau vitale und röntgenologisch befundfreie Zähne entfernt werden, und zwar gleich alle Praemolaren und Molaren im OK und UK! Und - natürlich - ohne therapeutischen Erfolg!

Ich kann jedenfalls Staehles Ausführungen nicht als »kollektive Kollegen- und Patientenbeschimpfung mit messianischem Anspruch« verstehen, sondern als nüchterne Analyse eines unabhängigen Außenstehenden, der sich Sorgen um die Gesundheit der Bevölkerung und um das Ansehen unseres Berufsstandes macht. Eine Analyse, die im übrigen mit meinen eigenen dreißigjährigen Erfahrungen als Zahnarzt in Deutschland absolut kongruent ist.

Ihr Hanns-W. Hey

Glaubensmedizin/Ein Warnruf:

"Die Wissenschaft in der Medizin wird von verschiedener Seite geringgeschätzt. Zu den übelsten Verleumdungen gehört die Gegenüberstellung von 'wissenschaftlicher' und 'menschlicher' Medizin, die von vielen Alternativmedizinern konstruiert wird. Im Gegensatz zu verbreiteten Vorstellungen wird eine gute, menschliche Medizin nur durch die Wissenschaft in ihr sichergestellt. Unwissenschaft-

lichkeit ist dagegen der Boden der Inhumanität... In der Tat stellt die Paramedizin oft eine Art Ersatzreligion dar, und statt Paramedizin wäre Glaubensmedizin ein durchaus passender Begriff... Paramedizinische Diagnose- und Therapieverfahren sollten damit grundsätzlich keine Angelegenheit der Sozialversicherungen sein. So wie wir zwischen Medizin und Religion klare Grenzen kennen, so sollten sie auch zwischen Medizin und Glaubensmedizin gelten." (Die Zeit, 25/04)

Paro® BRUSH-STICK JETZT IM GROSSEN GRATISTEST:

EIN "GESCHENK" DES HIMMELS!

Die *Mikro-Zahnbürste* für "zwischen durch"

- *befreit* von Speiseresten, *vermindert* Plaquebildung und Mundgeruch
- *ermöglicht* den Zugang zu praktisch allen Zahnzwischenräumen
- *so einfach* wie ein Zahnholz
- wiederverwendbar, vielseitig

PROFIMED

Dentalvertriebs- und Prophylaxe-GmbH

Neue Straße 11 · 83071 Stephanskirchen
Tel. 0 80 31 / 7 10 17 · Fax 0 80 31 / 7 25 08



PZN 688682 6

Paro Brush-Stick Testaktion:
Einfach Coupon ausschneiden, auf eine ausreichend frankierte Postkarte kleben und an Profimed schicken! Wir senden Ihnen umgehend Ihre kostenlosen Testmuster zu! Viel Spaß damit!

Jahrestagung 1997: Der DAZ wird volljährig

Wie in 1996 veranstaltete der DAZ auch in 1997 seine Jahrestagung in Berlin. Schon das Programm am Vortag - so die Meinung der Teilnehmer - wäre Grund genug für die Reise in die Hauptstadt gewesen. Nachdem wenige Tage zuvor das Denkmal Friedrich II, seit Monaten als Treffpunkt für den gemeinsamen Stadtrundgang festgelegt, ohne Rücksicht auf den DAZ entfernt worden war und Berlin wegen der Feiern zum Tag der Deutschen Einheit von Menschen wimmelte wie Köln beim Karneval, brauchte es schon ein wenig Glück, um rechtzeitig zu der DAZ-Besichtigungsgruppe zu stoßen. Unter kundiger Führung gab's, zunächst den Spuren Schinkels folgend, nicht-alltägliche Hintergrundinformationen zur Stadtgeschichte der letzten Jahrhunderte, Hinweise zu wichtigen Monumenten, Einblicke in malerische Hinterhöfe, Baustellen en masse und interessante Eindrücke davon, wie - z.B. im sogenannten Scheunenviertel - versucht wird, Altes mit Neuem zu verbinden und nicht nur architektonische, sondern auch Nutzungs- und Bewohnerstrukturen zu erhalten.

Begegnung mit großen und kleinen Pfeifen

Das zweite Bonbon, das die schon am 3.10.1997 angereisten Tagungsteilnehmer erwartete, war sicher ebenso beeindruckend: Besuch in der Karlshorster Kirche »Zur frohen Botschaft« und Vor-

führung der ältesten Orgel Berlins. Ein äußerst versierter Kirchenmusikdirektor erläuterte die wechselvolle Geschichte des einst für die Prinzessin Anna Amalie von Preußen, Schwester Friedrich II, gebauten, reichverzierten Instrumentes und demonstrierte den auf der Empore versammelten Besuchern Aufbau und technische Möglichkeiten der Orgel. Dabei konnte man, was sicher nicht für jeden alltäglich war, auch mal probeweise einen Fuß ins Innere setzen, die säuberlich angeordneten Pfeifen von wenigen Zentimetern Länge bis hin zu über vier Metern aus nächster Nähe betrachten und klopfen und sich ggf. auf kleinen Holzleitern bis zu den obersten Registern vorarbeiten. Ein kleines Konzert extra für unsere Gruppe rundete die Besichtigung ab.

Staehe zur Geschichte der »Ganzheits«-Zahnmedizin

4.10.1997 - DAZ-Jahrestagung mit Prof. Dr. Hans Jörg Staehle als Referent. Wie in dem in dieser und der letzten Forum-Ausgabe dokumentierten Interview setzte der Heidelberger Hochschullehrer sich auch bei unserer Veranstaltung engagiert mit dem Thema Marketing in der Zahnheilkunde und ganz speziell mit der naturheilkundlichen oder ganzheitlichen Zahnmedizin und ihren Verbindungen zu den Verfechtern kommerzieller Marketingstrategien auseinander. Hochinteressant und in dieser Form sicher bisher wenig bekannt waren die seinen Vortrag

einleitenden historischen Fakten. Mit zahlreichen Text- und Bild-Dokumenten belegte Staehle die personelle und inhaltliche Kontinuität der Entwicklung von einer durch die »Blut und Boden«-Ideologie geprägten Ganzheits-Medizin und -Zahnmedizin im 3. Reich bis hin zu aktuellen Strömungen und Organisationen, ohne dabei allerdings zu verhehlen, daß auch in anderen Bereichen der (Zahn-)Medizin nationalsozialistisches Gedankengut Eingang in wissenschaftliche und standespolitische Überlegungen gefunden hat und dies heute entsprechend aufgearbeitet werden muß (vgl. zm-Serie von E. Häussermann).

Marketing der Medizin unterordnen!

Bei der Analyse von Entwicklungen und Fehlentwicklungen der letzten Jahrzehnte erörterte der Referent sowohl fachliche Aspekte wie die Überschätzung der technischen Möglichkeiten, ausufernde Anwendung der Funktionslehre, prothetisches Overtreatment usw. als auch Rahmenbedingungen wie falsche Anreize durch die Honorarsysteme, mediengeschürtes öffentliches Mißtrauen gegen Fluoride, gegen Amalgam und weitere Dentalwerkstoffe, Beeinflussung der Öffentlichkeit durch immer neue Pro- und Contra-Kampagnen, hinter denen nicht wissenschaftliche Erkenntnisse sondern kommerzielle Interessen stehen. (Staehle: Man sagt »Vergiftung« und meint »Unterbezahlung« ...). Laut Staehle ist weder etwas gegen die Forderung nach aufwandsentsprechenden Honoraren zu sagen (geringinvasive Versiegelungs- und Füllungstherapie mit Adhäsivtechnik und professionelle Prophylaxe-Un-

terweisungen sollen seines Erachtens durch verbesserte Honorare attraktiver gemacht werden), noch gegen Marketing. Jedoch muß sich - dies seine Forderung - Marketing dem medizinisch begründeten Handeln unterordnen.

Wissenschaftlicher Anspruch der Zahnheilkunde gefährdet

Da Prof. Staehles fesselnder Vortrag über den ursprünglich gesteckten Rahmen weit hinausreichte, geriet die anschließende Podiumsdiskussion ein wenig kurz, so daß nur gerade die Standpunkte verschiedener Beteiligter - Krankenkassen, Praktiker, Standespolitik, Diskutanden aus dem Publikum - nebeneinandergestellt und nicht mehr ausführlich diskutiert werden konnten.

Allerdings dürfte die Kernbotschaft des Referenten durchaus Konsens gewesen sein: Marketing ja, im Sinne des »social marketing« durchaus auch zur Propagierung und Verbreitung gesundheitspolitischer und gesunderzieherischer Ziele; jedoch müssen medizinische Überlegungen an erster Stelle stehen, und die jeweilige Interessenlage muß transparent gemacht werden. Mit Blick auf die Folgen exzessiven kommerziellen Marketings sieht Staehle übrigens Nachteile nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Zahnärzte und warnt sie eindringlich davor, ihre mühsam erkämpfte Integration in die Medizin, die wissenschaftliche Fundierung ihres Faches und ihre Einbettung in das Sozialversicherungssystem aufzugeben und sich stattdessen, als private Unternehmer marktschreierisch ihre Dienstleistungen bewerbend, auf das Niveau

von Friseuren und Kosmetik-Salons zu begeben. Diese Einordnung - die Zahnmedizin ist Teil der Medizin, und der Zahnarzt ist Arzt - kann von DAZ-Seite nur unterstrichen werden. Sie hat seit jeher die Ausrichtung unseres Verbandes bestimmt und nicht zuletzt zum engen Zusammenschluß mit der ärztlichen Organisation NAV-Virchowbund geführt.

DAZ-Mitgliederversammlung 1997

»Der DAZ wird 18 - er wird volljährig«, so begann Wolfram Kolossa, seit einem Jahr als kommissarischer erster Vorsitzender des Verbandes tätig, seinen Bericht. Als im vergangenen Herbst Dr. Roland Ernst nach insgesamt mehr als 10jähriger Vorstandstätigkeit zurücktrat und zugleich weitere wichtige Aktive wie der Pressereferent Dr. Christian Nielsen ihr Engagement reduzierten, stand der DAZ vor einer schwierigen Situation. Der Heranwachsende hat sie, mit gelegentlicher Unterstützung der weiterhin wohlwollenden »Väter« im Hintergrund, gemeistert und zu einer neuen Struktur gefunden. Wolfram Kolossa sieht sich - anders als seinen Vorgänger - nicht als »Zugpferd« sondern als »Moderator« und besteht darauf, die Arbeit auf möglichst viele Schultern zu verteilen.

Gesprächspartner des DAZ

Das vergangene erste Jahr als Vorsitzender war ihm Anlaß, einmal ringsherum zu schauen und zu bewerten, mit welchen Partnern es der inzwischen »volljährige« DAZ zu tun hat. Dabei zeigt sich, daß die Politik, ein grundsätzlich sehr wichtiger Gesprächspartner, beina-

he ausscheidet. Derzeit geht es um Wahlkampf und Machterhalt; jedes Mittel ist hier recht. Die Ministerialfachleute liefern wunschgemäß und wider besseres Wissen die passenden Argumente. Auch für die Gesetzlichen Krankenkassen zählen derzeit - dies geben selbst Vertreter aus ihren Reihen zu - nicht die richtigeren Argumente und die Versicherteninteressen, sondern der Wettbewerb untereinander. Und die privaten Versicherungen haben, seit im NOG II ein herabgesetzter GOZ-Wert 1,7 definiert wurde, kein anderes Interesse, als auch in anderen Bereichen solche Begrenzungen einzuführen. Die Standesvertretungen sind, soweit sie nicht ohnehin aus ideologischen Gründen die eigene Zerstörung betreiben, gelähmt und mit dem Problem beschäftigt, wie sie trotz geringeren Umsatzes ihre Apparate weiter finanzieren können. Wer bleibt als Partner: die Zahnärzte, die sich Hilfe bei ihren alltäglichen Problemen und bei der Auseinandersetzung mit den engeren Rahmenbedingungen ihrer Arbeit erhoffen. Hier will der DAZ »am Ball bleiben«, z.B. beim Thema »unzureichende Honorare für Kompositfüllungen«, z.B. bzgl. der Zulassung von Assistenten und der Erweiterung der Arbeitsmöglichkeiten in gesperrten Gebieten. Weder bei den Ärzten noch bei den Zahnärzten werden die entspr. Neuregelungen des NOG II bisher umgesetzt. Stattdessen zeichnet sich ab, daß die neuen Paragraphen eher die Verhinderung als die Förderung neuer Arbeitsverhältnisse bewirken.

Wichtigster Partner: der Patient

Aber nicht nur die Zahnärzte sieht der DAZ als seinen Partner - auch die Pati-

enten. Nicht wenige DAZ-Aktivitäten in der Vergangenheit bezogen sich vorrangig auf sie. An erster Stelle zu nennen ist hier das permanente Trommeln des DAZ für Prävention, auf allen Ebenen, für alle Altersgruppen - sowohl auf der kollektiven Ebene, wo sich der Verband bemüht, die durch ihn erkämpfte beschränkte Zulassung fluoridierten Kochsalzes auszuweiten und durch Aufklärung möglichst viele Menschen zu oralpräventivem Verhalten zu bewegen, als auch auf der Ebene der Gruppenprophylaxe, deren konsequenten Ausbau er immer wieder einfordert, und der Ebene der individuellen prophylaktischen Betreuung von Patienten in Zahnarztpraxen.

IP-Leistungen in der GKV zwangsläufig begrenzt

Im letzteren Bereich hat das 2. Neuordnungsgesetz einige Veränderungen gebracht, deren konkrete Ausgestaltung durch den Bundesausschuß Zahnärzte/Krankenkassen allerdings noch aussteht. Circa 290 Mio DM sollen, einzusparen bei Zahnverblendungen, zukünftig für individuelle Prophylaxe-Leistungen für über 18-Jährige zur Verfügung stehen, was bei 57 Mio erwachsenen Versicherten ca. 5 DM durchschnittlich und bei einer geschätzten ca. 25%-igen Inanspruchnahme rund 20 DM pro Jahr und Patient ergibt. Dr. Stefan Zimmer, DAZ-Prophylaxe-Referent, unterbreitete der Versammlung einen Vorschlag, der von interessierten Mitgliedern bei der Geschäftsstelle angefordert werden kann und angesichts der beschränkten Mittel * bedarfsgerechte häusliche oder in der Zahnarztpraxis durchzuführende

Fluoridapplikationen, * Mundhygiene-Instruktionen und Erfolgskontrollen einschl. besonderer Hilfen für Problemstellen (Zahnzwischenräume, Wurzelkaries etc.) und * die Frühdiagnostik parodontaler Erkrankungen vorsieht. Spüllösungen und Lacke zur Keimzahlreduzierung sollen nur in akuten Situationen sowie bei motorisch eingeschränkten Menschen zur Anwendung kommen. Lebenslange professionelle Zahnreinigungen sind als in der GKV nicht realisierbar anzusehen.

Lebhafte Diskussion entwickelte sich vor allem zum 2. Teil des Papiers, das Vorschläge zu den ebenfalls neu eingeführten beratenden und diagnostischen Leistungen bei werdenden Müttern und Kleinstkindern beinhaltet. Wieviel zahnärztliche Vorsorge-Untersuchungen und zu welchen Zeitpunkten; Beratung der Mutter in der Schwangerschaft oder nach dem Zahndurchbruch; Arbeitsteilung zwischen Gynäkologen, Kinderärzten, Zahnärzten? Diese und weitere Fragen wurden von der Mitgliederversammlung angesprochen und zur weiteren Klärung an die Studiengruppen verwiesen.

ZE-Ausgrenzung verfassungsrechtlich prüfen!

Auch wenn die Förderung von Prävention für den DAZ oberste Priorität hat, fühlt er sich weiterhin zuständig für die bereits erkrankten Patienten. Insofern lehnt er Schulduweisungen, wie sie seit dem Beitragsentlastungsgesetz immer stärker diskutiert werden, ab. Sein Vorschlag, die Ausgrenzung ab 1979 geborener Menschen aus der GKV-Zahner-

satzfinanzierung verfassungsrechtlich überprüfen zu lassen, wurde von verschiedenen Medien aufgegriffen und führte zu lebhafter Resonanz von Patientenseite. Als Beispiel diene bei der

Der DAZ macht sich stark dafür, daß die Zahnersatzausgrenzung jüngerer GKV-Versicherter verfassungsrechtlich überprüft wird. Im DAZ-Büro Köln können angefordert werden:

— **Patienten-Faltblatt "Haben Sie Mut zur Lücke - im Gebiß?"**

— **Mini-Plakat "Wenn Zähne kaputt gehen - au Backe!"**

— **Unterschriftenliste zur Unterstützung der verfassungsrechtlichen Überprüfung**

Mitgliederversammlung der Mitschnitt einer »Kontraste«-Fernseh-Sendung, an der einige DAZler mitgewirkt haben. Wie zahlreiche Anrufe und Zuschriften an den DAZ zeigen, sind jüngere Erwachsene und vor allem viele Eltern an einer Klage interessiert. Die Reaktionen zeigten zugleich, daß die Ausnahmeregelungen des Beitragsentlastungsgesetzes bei Unfällen, angeborenen Fehlbildungen, Zahnschäden durch schwere Erkrankungen usw. nicht ausreichend bekannt sind oder aber der Beleg dieser Erkrankungsursachen sich Jahre später z.T. schwierig gestaltet. Außerdem wird ein enormer Beratungsbedarf von Patienten zu vielen verschiedenen Fragen fachlicher und rechtlicher Art deutlich. Seit den letzten Reformgesetzen haben zwar alle Zahnärztekammern die Bereitschaft geäußert, Patientenberatungsstellen einzurichten. Jedoch sind diese Beratungsangebote den meisten

Patienten nicht bekannt, für sie zu schwer erreichbar oder - da von Zahnärzten betrieben - nicht vertrauenswürdig.

Die DAZ-Mitgliederversammlung diskutierte ausführlich über das geplante Verfahren und beauftragte einige Mitglieder, Bündnispartner bei Politik, Gewerkschaften, Krankenkassen und Verbraucherorganisationen zu suchen und den NAV-Virchowbund um juristische Hilfe zu bitten.

Außerdem wurde eine Resolution entworfen, die der Bundeszahnärztekammer bei ihrer nächsten Sitzung zur Abstimmung vorgelegt werden soll. Ihr Inhalt: Unterstützung der verfassungsrechtlichen Prüfung der Ausgrenzungsregelung durch das Standesorgan. Frau Dr. Bellmann wurde gebeten, sich um Unterstützung der Resolution durch die Berliner Zahnärztekammer zu bemühen.

DAZ-Vorstand neu gewählt

Neben zahlreichen gesundheits- und berufspolitischen Fragen standen bei der DAZ-Mitgliederversammlung auch einige vereinsrechtliche Formalia auf der Tagesordnung. Verschiedene Berichte wurden abgegeben und diskutiert, die Finanzsituation des Vorjahres und der Entwurf des 1998er Haushalts dargelegt, Kassenprüfer gewählt, die bisherige Beitragsordnung bestätigt und der Vorstand entlastet. Die Vorstandswahlen, im 2-Jahresrhythmus fällig, brachten die gewünschte Mischung von Kontinuität und Wechsel. Wolfram Kolossa aus Schönberg in Holstein erhielt nunmehr per Wahl das Amt des ersten Vorsitzenden; Dr. Annette Bellmann aus Berlin und Dr. KaiMüller aus Seefeld/Oberbayern wurden als Stellvertreter bestätigt. Steffen

Schmidt aus Leipzig, zwei Jahre lang DAZ-Kassenwart, wurde ebenfalls als stellvertretender Vorsitzender gewählt, und neu in den Vorstand aufgenommen wurde Dr. Swantja Bielski aus Berlin (Adressen der neuen Vorstandsmannschaft siehe Seite 84).

10.10.1998 - DAZ-JHV in Berlin

Wie man sieht: die Berliner oder genauer: Die Berlinerinnen sind im Kommen! Was die Geschäftsführerin nur freuen kann, denn auch die nächste DAZ-Jahrestagung, so wurde es von der Mitgliederversammlung am 4.10.1997 beschlossen, soll in der neuen Hauptstadt stattfinden. Als Termin wurde der 10.10.1998 gewählt, bewußt nicht mehr das Wochenende nach dem Tag der Deutschen Einheit, an dem auch im nächsten Jahr sicher riesiger Trubel in Berlin herrschen wird.

Für den Vortrag wird wieder ein Kulturprogramm angeboten - ein ausgesprochen originelles, wie aus gut unterrichteter Quelle verlautet. Vorher gibt's aber natürlich weitere DAZ-Zusammenkünfte in verschiedenen Regionen. Die nächste ist mit Blick auf die vom 14.-16.11.1997 stattfindende Bundeshauptversammlung unseres Partnerverbandes eine DAZ-Ratssitzung am 16.11.1997 in Köln. Ebenfalls schon in Vorbereitung ist unsere Frühjahrstagung am 9./10.5.1998 in Frankfurt zusammen mit VDZM. Der DAZ ist an der Reihe, den Fachreferenten zu besorgen, und bemüht sich um den Kieferorthopäden Prof. Peter Die-drich aus Aachen. Für den gesundheitspolitischen Vortrag wird wahrscheinlich ein Krankenkassenvertreter verpflichtet. Nachdem durch Prof. Staehles fesseln-

den Vortrag bereits der erste Teil der Tagung mehr Zeit als geplant in Anspruch genommen hatte, geriet die Mitgliederversammlung angesichts der anstehenden Themenfülle vollends in Verzug. Insofern sei allen, die mit ihren Ideen nicht zum Zuge kommen konnten, geraten, an der nächsten Ratssitzung in Köln teilzunehmen. Außerdem soll wenigstens hier im Bericht noch einmal verwiesen werden auf etwas, was bei der Tagung zwangsläufig nur kurz angesprochen werden konnte: die Zusammenarbeit mit unseren langjährigen Partnern. Der Vorsitzende Kolossa hält seit Jahren engen Kontakt zum NAV-Virchowbund und brachte in seinem Bericht zum Ausdruck, welche wertvolle Unterstützung der DAZ von seiner großen Partnerorganisation bisher erhalten hat und wie er weiterhin von dem berufspolitischen Austausch und der organisatorischen Anbindung an den NAV-Virchowbund profitiert.

DAZ-Central-Vertrag aktualisiert

Ein weiterer Partner, die Central Krankenversicherung, war mit einem Informationsstand bei der DAZ-Jahrestagung vertreten. Seit 1986 verbindet DAZ und Central ein Gruppenversicherungsvertrag, der DAZ-Mitgliedern Vergünstigungen bei der Krankenversicherung ermöglicht. In den folgenden Jahren hat es manche Neuerungen im Versicherungssektor gegeben; nicht zuletzt sind Tarife im Bereich »Pflege« neu hinzugekommen. Insofern lag seitens der Central der Vorschlag nahe, den über 10 Jahre alten Vertrag zu überarbeiten: neue Tarife hinzuzunehmen, die einzelnen Aussagen den gesetzlichen Veränderungen anzu-

passen und mißverständliche Formulierungen zu verbessern. Die neue Fassung wurde vom Vorstand und auch vom seinerzeitigen Initiator des Vertrages geprüft, mit Central-Vertretern diskutiert und schließlich in einer von beiden Seiten einvernehmlich festgelegten End-Version unterschrieben. Die wesentlichen Vorteile des Gruppenvertrages für Versicherte - Kontrahierungszwang für DAZ-Mitglieder und Familienangehörige, Erlaß von Wartezeiten, Beitragsreduktion - sind auch im neuen Vertrag erhalten. Allerdings ist kein einheitlicher Beitragsnachlaß mehr vorgesehen, sondern eine Prämienreduktion, die im Mittel der bisherigen entspricht, sich jedoch, gemäß den aktuellen gesetzlichen Vorgaben, ein wenig unterschiedlich auf die einzelnen Altersgruppen verteilt. Für alle bisher über den Gruppenvertrag versicherten Personen gelten die alten Bedingungen, es sei denn, daß jemand eine Umstellung bzw. den Abschluß von Tarifen, die bisher nicht enthalten waren, wünscht. Wer Einzelheiten über seine Möglichkeiten im Rahmen der Gruppenversicherung erfahren möchte, kann sich mit der Central Krankenversicherung oder unserer Geschäftsstelle in Verbindung setzen.

Soweit die Eindrücke einer Beteiligten von der DAZ-Jahrestagung. Wer mehr wissen will, erfährt dies über die Kölner Geschäftsstelle oder den Vorstand. Zum Mitmachen bei den in Berlin begonnenen oder weitergeführten Aktivitäten sind alle herzlich eingeladen!

Es grüßt Sie:
Irmgard Berger-Orsag,
DAZ-Geschäftsführerin

Frauen-Power aus Berlin!

Die Wahl des DAZ-Vorstands bei der Mitgliederversammlung am 4.10.1997 in Berlin brachte nicht viele, aber immerhin eine Überraschung: das neue Vorstandsmitglied Dr. Swantja Bielski.

Die frisch gewählte DAZ-Kassiererin ist in München aufgewachsen, der Stadt, in der gewissermaßen die Wiege des DAZ gestanden hat und die noch immer als Sitz des Vereins fungiert. Aber wie das Schicksal so spielt: Just in dem Jahr, als der DAZ sich gründete, ging Swantja Bielski zum Studium nach Berlin und genau an die Klinik, der wir inzwischen viele wichtige Mitstreiter und Kontakte verdanken: an die Zahnklinik Nord.

Schon im Studium war Swantja Bielski der Meinung, daß man nicht alles hinnehmen sollte.

Sie engagierte sich in der Fachschaft, beteiligte sich als studentische Vertreterin im Fachschaftsbeirat - schon damals Seite an Seite mit dem heutigen DAZ-Vorsitzenden. Sechs Jahre lang war sie in Berlin als Assistentin tätig und wäre es vielleicht noch länger geblieben; da trat das Gesundheitsstrukturgesetz in Kraft und beflügelte mit fast flächendeckenden Niederlassungssperren in Berlin nicht nur bei ihr den »Wunsch nach Selbständigkeit«.

Mai 1994 ging's los mit vollem Schwung in eigener, neu gegründeter Praxis. Schon zwei Monate später holte das po-



Dr. Swantja Bielski

litische Alltagsgeschehen sie ein mit dem Bescheid, daß sie ihr Jahresbudget bereits erreicht hätte und den Rest des Jahres mit Zahnersatz- und Privateinnahmen bestreiten dürfe. Die Berliner KZV hatte aufgrund der Gesetzeslage einen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) beschließen müssen und sich dafür denkbar schlechten Rat aus Bayern und von FVDZ-nahen Juristen geholt. Junge Praxen wurden durch die auf Basis der Vorjahre gebildeten individuellen Budgets regelrecht stranguliert, während sich die Inhaber etablierter Praxen weiterhin hohe Umsätze genehmigten. Frau Dr. Bielski war nicht die einzige Betroffene. Zusammen mit anderen HVM-geschädigten Niedergelassenen gründete sie eine Klagegemeinschaft.

Die gemeinsame Klage hatte Erfolg; der HVM mußte modifiziert werden. Im Zu-

ge der Auseinandersetzungen entwickelten sich Kontakte zu anderen Organisationen, so auch zum DAZ, die Anfang 1995 in einer gemeinsamen Veranstaltung in Berlin Ausdruck fanden. Damals saßen Dr. Swantja Bielski und Dr. Roland Ernst zusammen auf einem Podium; wenig später trat die Berliner Zahnärztin dem Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde bei. Von Anfang an hat sie angemahnt, daß der Verband ganz konkrete Hilfen für den Alltag in den Praxen geben und die Kollegen bei den Auseinandersetzungen mit den KZVen unterstützen sollte.

Junge Zahnärzte haben heute in mehrfacher Hinsicht schwierigere Bedingungen als die älteren, seit Jahren etablierten (Mangel an Assistentenstellen, Niederlassungssperren, hohe Investitionskosten, unsichere Honorarbedingungen usw.). Der DAZ hat sich seit jeher gegen eine »closed shop«-Politik gewandt und Chancen für den zahnärztlichen Nachwuchs gefordert. Dazu paßt es gut, wenn nunmehr die Anliegen der jüngeren Kollegen im DAZ noch stärker durch ein entsprechendes Mitglied des Vorstandes vertreten sind. Hoffen wir, daß das Beispiel der Wahl-Berlinerin Schule macht und daß sich weitere junge DAZler und gerade auch DAZlerinnen - nicht nur aus Berlin - zur aktiven Mitarbeit gewinnen lassen! Zugleich wünschen wir Dr. Swantja Bielski viel Erfolg bei ihrem berufspolitischen Engagement und dem DAZ und ihr fruchtbare Zusammenarbeit!

Irmgard Berger-Orsag

TermineTermineTermineTermine

•**17.12.1997**, Landeshauptversammlung des NAV-Virchowbund-Landesverbandes Sachsen-Anhalt

•**18.12.1997**, Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg

•**28.1.1998**, 20.00 Uhr, Berlin: Treffen der DAZ-Studiengruppe Berlin/Brandenburg zum Thema »Präparationstechniken«, Referent: Zahnarzt Habbo Schüemann

•**9./10.5.1998**, Frankfurt/Bürgerhaus Bornheim: DAZ-VDZM-Frühjahrstagung mit gesundheitspolitischer Diskussion und Fachfortbildung mit Prof. Peter Die-drich, TH Aachen, zum Thema: »Präprothetische orthodontische Maßnahmen zur Verbesserung der Ästhetik und Funktion«

•**15./16.5.1998**, Düsseldorf: Bundesweiter Kongreß des Forums für kritische Sozial- und Gesundheitspolitik (Info: 0211-9053028)

•**25.-29.5.1998**, Westerland: 40. Fortbildungstagung der ZÄK SH mit Helferinnen- Fortbildung und Dentalausstellung; Thema: »Zahnheilkunde- Spiegel von Medizin und Technik«
(Info: 0431- 3897280)

•**9./10.10.1997**, Berlin: DAZ-Jahrestagung mit Kulturprogramm am 9.10.1997 und öffentlicher Veranstaltung und Mitgliederversammlung am 10.10.1997

Der neu gewählte DAZ-Vorstand

(Sie können ruhig mal mit den Kollegen/innen Kontakt aufnehmen!)

Wolfram Kolossa, Bahnhofstr. 43,
24217 Schönberg/Holstein,
Tel. 04344-9020, Fax 04344-3349

Dr. Annette Bellmann, Parkaue 37,
10367 Berlin,
Tel./Fax 030-5594147

Dr. Kai Müller, Hauptstr. 26,
82229 Seefeld,Obb.
Tel. 08152-98720, Fax 08152-980880

Dipl.-Med. Steffen Schmidt,
Miltitzer Str.1,
04430 Leipzig-Burghausen,
Tel./Fax 0341-4414982

Dr. Swantja Bielski, Hauptstr. 19,
10827 Berlin,
Tel. 030-78811-08, Fax 030-78811-42

Zahnärztin,

34, Examen 7/97
Zahnklinik Süd, Berlin,
seit Examen berufstätig,
sucht Ausbildungs-Assistentenstelle
in qualitätsorientierter Praxis in
Berlin-West. Tel: 030-8211519

Der DAZ stellt sich vor



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

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

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:

- vernünftige, 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, 50668 Köln. Tel. 0221 973005-45, Fax 0221 7391239

Redaktion, Irmgard Berger- Orsag, Dr. Roland Ernst, Dr. Ulrich Happ, Dr. Hanns-W. Hey, ZÄ Silke Lange, Dr. Eberhard Riedel, Dr. Till Ropers, Rainer Seemann, Dr. Andreas Vahlenkamp, 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

- Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder 12.- DM
- Assistenz ZÄ/ZA, alte Länder 120.- DM
- Assistenz ZÄ/ZA, neue Länder 120.- DM
- Niedergel.ZÄ/ZA, alte Länder 360.- DM
- Niedergel. ZÄ/ZA, neue Länder 300.- DM
- ZÄ/ZA im Ruhestand 60.- DM

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

Anmeldung zur Frühjahrstagung

von DAZ und VDZM

Hiermit melde ich mich zur Tagung am 9./10. Mai 1998 an

- Ich bin niedergelassener Zahnarzt.....
- angestellter Zahnarzt.....
- Student.....
- Ich nehme am Samstag, 9. Mai. teil.....
- Ich nehme an der DAZ-Jahrestagung, So., 10.5. teil
- Ich würde gerne Infos über den DAZ erhalten..

An den
**Deutschen Arbeitskreis
für Zahnheilkunde -DAZ-
im NAV Virchow-Bund**

Meine Adresse/ Tel/Fax

Belfortstraße 9
50668 Köln

Fax 0221 7391239

Anlagebonbon '97

USA-Immobilienfonds Jamestown 18

Das Angebot auf einen Blick:

Objekte und Standorte:

One Times Square im Herzen von New York

Die Nr. 1 am Times Square ist eines der bekanntesten Gebäude der Welt. Über eine Million Passanten täglich sehen die aufwendigen, langfristig vermieteten Werbeflächen. Ein Objekt mit besonders hohem Ertragssteigerungspotential. Hier sind ein einmaliger Standort und langfristige Mieteinnahmen von Weltkonzernen vereint.

Waikale Power Center, Honolulu, Hawaii

Das vor drei Jahren eröffnete Fachmarktzentrum gehört zu den umsatzstärksten der USA.

Hochst Celanese Hauptquartier in New Jersey

Das neue Bürogebäude ist für 15 Jahre auf Nettobasis an die Höchst Celanese Corporation vermietet.

Barausschüttung:

8% p.a. ab Einzahlung, interessantes Ertragspotential

Vermögenszuwachs:

1,2% p.a. durch Tilgung von Objekthypotheken

Steuervorteile:

Keine Besteuerung in Deutschland (lediglich Progressionsvorbehalt), keine oder nur niedrige US-Einkommensteuer auf Mieteinkünfte

Absicherung:

Alle drei Objekte zu 97% vermietet; 17 große US-Unternehmen als Hauptmieter, hierunter Weltkonzerne wie Times Warner, Hoechst, Anheuser Busch (Budweiser), ITT, Matsushita (Panasonic) und Kmart; rund 84% der Einnahmen durch Mietverträge über 9 bis 21 Jahre unterlegt.

Anlagedauer:

Voraussichtlich 7 bis 12 Jahre

Beteiligung:

Ab \$ 30.000,- Einlage plus 5% Agio; verteilte Einzahlungen bis 31.05.1999 möglich.

Zögern Sie nicht, und investieren Sie Ihr Kapital in diesen intelligent konzipierten US-Immobilienfonds. Faxen (0221-973 55 55) oder schicken Sie den Coupon kurzfristig zurück.

Ja, ich interessiere mich für USA-Immobilienfonds

Absender/Stempel

Für Rückfragen bin ich telefonisch zu erreichen unter Tel.-Nr.

/ _____
am besten in der Zeit
zwischen _____ Uhr
und _____ Uhr.

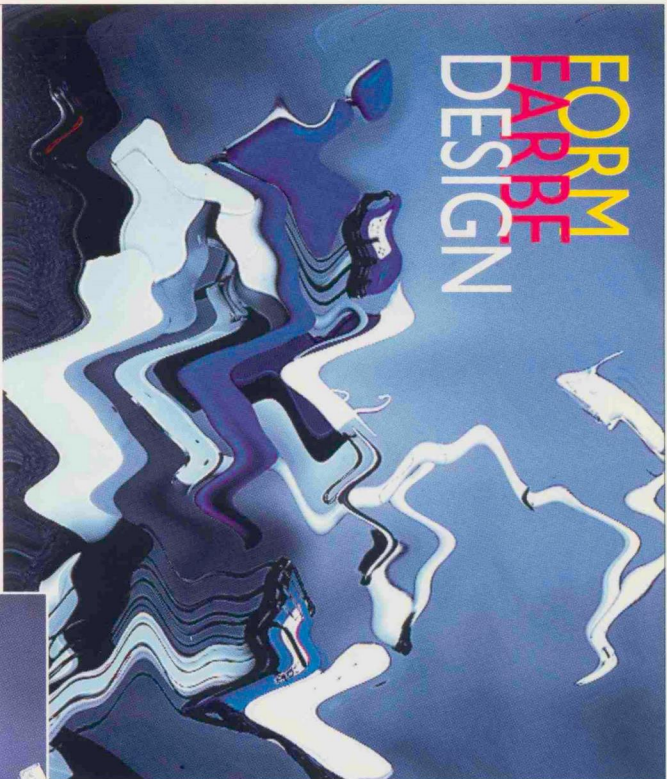
7217414



**NAV-Wirtschaftsdienst
für Ärzte GmbH**

Sedanstraße 13 - 17 • 50668 Köln
Telefon (0221) 973 55 112/169
Fax (0221) 973 55 55

**FORM
FARBE
DESIGN**



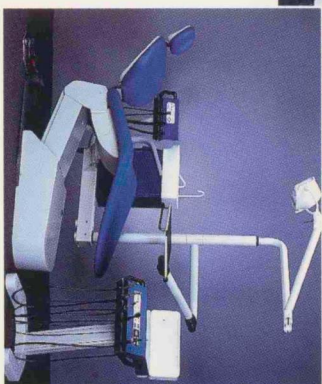
TGA

DAS KONZEPT K2

**WENN SIE NOCH
EINEN DRAUF
LEGEN WOLLEN**

**VIRTUS – die stuhlmontierte
Einheit mit Cart, die preiswerte
Lösung für mehr Praxiseffizienz.**

schon ab * DM 36.800,-
*(Grundausstattung + MwSt.)



Mehr Informationen über den guten
Fachhändler oder direkt von:

TGA Weber GmbH

Siemensstraße 6 · 35440 Linden

Tel: 0 64 03/90 05-0 · Fax: 0 64 03/90 05-21