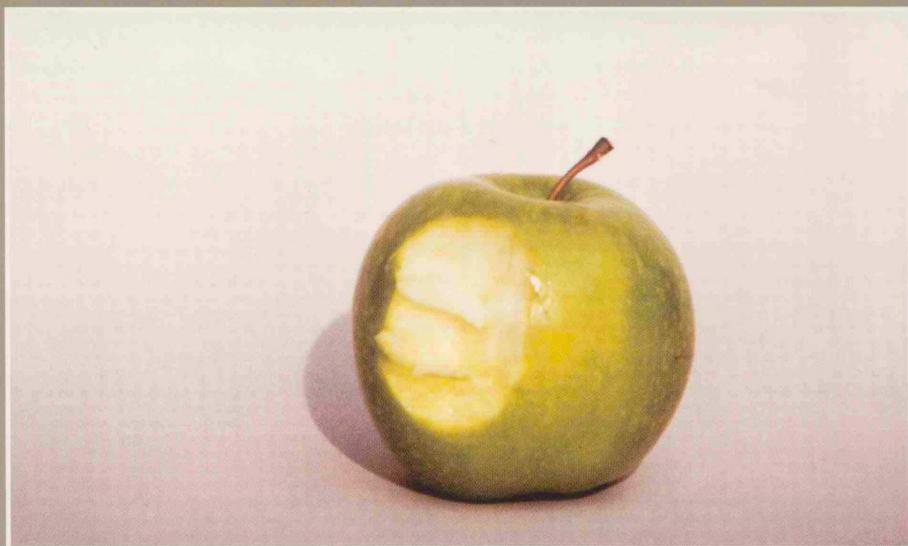


60

von Zahnärzten für Zahnärzte
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

DAZ
forum

17. Jahrgang 1. Quartal 1998 Herausgeber DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands



**Verhinderung der Prophylaxe
bleibt Chefsache**

**Auch Privatversicherungen
sind Solidargemeinschaften**

**Hypnose in der
Zahnarztpraxis**

**Kritische Anmerkungen zum
Zahnmedizin-Studium**

**Noma - Hilfe für
ausgestoßene Kinder**

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>

Auch Privatversicherungen sind Solidar-

Standespolitik	<i>Editorial</i>	2
	Auch Privatversicherungen sind Solidargemeinschaften	3
	Verhinderung der Prophylaxe bleibt Chefsache	10
Prophylaxe	Zur Wirksamkeit der Kollektivprophylaxe	12
Gesundheitspolitik	Bundesweiter Gesundheitspolitischer Kongreß	18
	Im <i>forum</i> zu Gast	20
	Besondere Therapierichtungen	25
Aus der Praxis	Hypnose- eine Bereicherung für die Praxis?	31
	Individuelle Mehrwegbecher	33
	Sirona-Hygiene-Center	36
	DTP/DAZ-interne Kommunikation	39
Junges forum	Kritische Anmerkungen zum Studium	46
Geschichte der Zahnmedizin	Erinnerung an die erste deutsche Zahnärztin...	48
Aktionen	»Behindert ist man nicht...«	49
WHO	Noma	50
Buchbesprechungen		52
Leserbriefe		53
Frühjahrsfortbildung		59
Verbandsnachrichten		65
Termine		74
Der DAZ stellt sich vor		77
Impressum		78

Editorial

Wenn Sie diese Ausgabe des *DAZ-forum* in den Händen halten, ist die neue Festzuschußregelung für Zahnersatz 2 Monate in Kraft. Von uns bekommen Sie weder Durchhalteparolen zu hören noch zeigen wir Ihnen den moralischen Zeigefinger, es bitte nicht zu übertreiben mit der „neugewonnenen Freiheit“.

Mit welchem GOZ-Steigerungssatz die keramikverblendete Krone abzurechnen ist oder ob der Gutachter (Kammer-?, KZV-?, Medizinischer Dienst-?) dem Patienten, der Kasse oder Ihnen Hinweise zur Wirtschaftlichkeit gibt, wird bis heute genausowenig geklärt sein wie die Frage, wer dem sozialen Härtefall mit der verblendeten Stiftkrone die Differenz zu den tatsächlichen Kosten zahlt.

Eines ist aber ganz sicher: Junge Erwachsene mit der fälligen Krone über dem wurzelgefüllten Sechser oder dem abgebrochenen Frontzahn bekommen auch als Härtefall keinen Pfennig. Selber Schuld - eben anders als der leitende Angestellte mit seinem Ski- oder Motorradunfall offenbar eine schlechte Lobby bei Herrn Seehofer gehabt. Ob schlechte Lobby auch einen Namen hat? In Niedersachsen hat sie einen (s. S.10)

Selbst Herr Pischel stellt inzwischen entsetzt fest, was dem *DAZ* schon lange klar war: Der kleine Horst aus Niedersachsen hat im großen Horst in Bonn seinen Meister gefunden. Seehofers Absicht, die GKV-Kosten zu entlasten, war nur möglich mit einer Gruppe, die bereit

war, auf GKV-Gelder zu verzichten. Da kam ihm der Ideologe aus Niedersachsen gerade recht. Der Deal hieß Geld gegen Freiheit, mit der schlaunen Variante, daß die Patienten das Geld für die Freiheit der Zahnärzte berappen sollten. Stillhalteabkommen, beschwörende Aufrufe, den 1,7fachen Satz oder die Härtefallklausel zu akzeptieren, allfällige Umstellungsschwierigkeiten beim Systemwechsel hinzunehmen und kein böses Wort gegen den einst so verhaßten Minister; Kreide fressen und Kröten schlucken waren die Diät von KZBV und FV auf dem Weg in die Freiheit.

Jetzt ist es raus: Steigerung der Laborpreise auf weiter Front, Einbindung der Keramik in die Vertragsleistungen ohne Kostenübernahme, kostenlose Erstellung von Heil- und Kostenplänen, Härtefallregelungen auf unsere Kosten, Übertragung des Gutachterwesens auf die Krankenkassen, massive Verunsicherung der Patienten und der Kollegen: Der große Horst hat sein Ziel erreicht und der kleine - wurde bei der Indolenz seiner Wählerschaft zum KZBV-Vorsitzenden wiedergewählt - Verzichtspolitiker aus Unfähigkeit, die eigene Potenz richtig einzuschätzen!

Dr. Roland Ernst, Edeweicht

BDIZ/PZVD - Symposium

Auch Privatversicherungen sind Solidargemeinschaften!

Daß auch - und immer mehr - für Privatversicherte gilt, daß nicht jede medizinisch mögliche Leistung eo ipso eine medizinisch notwendige Maßnahme ist, die von der Privatversicherung bezahlt werden muß - dies ist einer der Leitgedanken eines Referats des GOZ-Referenten des DAZ, Dr. Gerd Ebenbeck, Regensburg, das er anlässlich des Symposiums »Leistungspflicht und Erstattungsverhalten der Privaten Krankenversicherer« am 6.12.97 in Köln gehalten hat, und das wir im folgenden wiedergeben.

Die **Rechtsgrundlagen** für den versicherungsrechtlichen Anspruch des privat versicherten Patienten ergeben sich

1. aus dem Versicherungsvertragsgesetz,
2. aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung),
3. aus den Inhalten der Tarifbedingungen der einzelnen Gesellschaften und
4. natürlich aus dem jeweiligen Inhalt des versicherten Tarifs.

Während die Basis bis hin zu den Musterbedingungen für alle Versicherten bei der PKV gleich ist, kann sich durch die Tarifbedingungen der einzelnen Gesellschaften und insbesondere durch die Tarife selbst jeweils eine ganz spezifische Situation für den Patienten ergeben. Der versicherungsrechtliche Anspruch allgemeiner Art wird dadurch tangiert, daß die Leistungsaussage eines bestimmten Tarifs ihn einschränkt, bzw. im Extremfall, wenn überhaupt kein Zahnversicherungsschutz enthalten ist, der Anspruch ganz entfällt.

Aus dem § 178 b 1 VVG ergibt sich, daß der Versicherer die Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung in tariflichem Umfang erstattet.

In § 1 Absatz 2 der Musterbedingungen wird dann herausgestellt, daß der Versicherungsfall die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person u. a. wegen Krankheit ist.

Mit der »medizinischen Notwendigkeit« ist also für alle Ansprüche aus Versicherungsverträgen der erste Filter geschaffen.

Der zweite wesentliche Filter ergibt sich aus § 5 Abs. 2 der Musterbedingungen, mit dem der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen kann, wenn die Heilbehandlung, aber auch bereits die Diagnostik dazu das medizinisch notwendige Maß übersteigt.

Sind diese beiden Filter positiv passiert, kann sich bei entsprechendem Versicherungsschutz und Entfall sonstiger Leistungshinderungsgründe (z.B. Zahlungsverzug des Versicherten) aus genereller Sicht nicht mehr viel ergeben, was einen Anspruch eines privat versicherten Pati-

enten aus dem Versicherungsvertrag heraus tangieren könnte.

Gerade Ihnen sage ich ja nichts Neues, wenn ich darauf hinweise, daß es eigentlich im Kern immer nur um diese beiden Punkte und deren Auslegung - je nach Betrachtungswinkel - geht.

Die GOZ hat in §1 Abs.2 auch die Abgrenzung zwischen medizinisch notwendiger Versorgung und Verlangensleistungen vorgenommen.

Um auf die medizinische Notwendigkeit im Sinne des PKV-Schutzes nach den Musterbedingungen zurückzukommen: Die Beurteilungsformel des Bundesgerichtshofes lautet wie folgt: »Eine Behandlungsmaßnahme ist medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen«.

Abgestellt wird also in der Rechtsprechung auf die Behandlungsmaßnahme und nicht auf den Entscheidungsprozeß des behandelnden Arztes/Zahnarztes, so daß die Auffassung des behandelnden Arztes/Zahnarztes nur sekundär eine Rolle spielt. Vielmehr bedarf es einer objektiven Bewertung anhand der vorliegenden medizinischen Befunde und der wissenschaftlichen Möglichkeiten zur Beseitigung derselben durch eine geeignete Therapie.

Die Frage der »**Vertretbarkeit**« richtet sich nicht nach den Vereinbarungen innerhalb des Behandlungsvertrages, sondern nach den Regeln des Versicherungsvertrages.

Dabei reicht es nicht aus, daß eine Therapie »**nützlich**« ist. Vielmehr muß es

sich tatsächlich um eine medizinisch notwendige Maßnahme, also um eine adäquate, geeignete Therapie zur Beseitigung des zugrunde liegenden Befundes handeln.

In seinem Urteil vom 18.01.96 hat das Landgericht Wuppertal die Vertretbarkeit wie folgt definiert: »Vertretbar ist die medizinische Notwendigkeit einer Heilbehandlung, die sowohl in begründeter und nachvollziehbarer wie wissenschaftlich fundierter Vorgehensweise das zugrundeliegende Leiden diagnostisch hinreichend erfaßt und eine ihm adäquate, geeignete Therapie anwendet.«

Der Streit um die Leistungen aus einem Versicherungsvertrag heraus entsteht ja vielfach dadurch, daß sich der jeweilige Zahnarzt beim Vorschlag zur Therapie nicht primär an der Frage der Kosten orientiert, sondern an der Frage, welche Therapie bei einem bestimmten Befund als Optimum in Betracht kommen kann. Dies ist natürlich sein gutes Recht, und nicht jeder Zahnarzt ist bereit, sich in die versicherungsrechtliche Abklärung der Kostenerstattung einzuschalten. Betrachtet man die Therapie insgesamt, so kommt man neben der medizinischen Notwendigkeit naturgemäß sehr schnell auf das medizinisch notwendige Maß.

Obwohl es natürlich auch anders lautende Urteile gibt, hat die PKV derzeit noch einen ganz guten Stand dahingehend, daß die medizinische Notwendigkeit und indirekt auch das medizinisch notwendige Maß in entsprechenden Rechtstreiten im ursprünglichen Sinne des beschriebenen Versicherungsschutzes ausgelegt wird.

Das OLG Köln hat in seinem Urteil vom 13. Juli 1995 klar herausgearbeitet, daß

dann, wenn unterschiedliche Therapiemöglichkeiten bestehen, die medizinische Notwendigkeit (nur) für die kostengünstigere Alternative gegeben sein kann.

Damit ist festgelegt, daß Therapien, die von der Kostenseite (wesentlich höher) liegen als andere, nicht zur Grundlage von entsprechenden Leistungen aus dem privaten Versicherungsvertrag heraus gemacht werden können. Aber selbst wenn man diese Kernaussage im Urteil des OLG Köln einmal »überspringen« würde, würde man letztendlich über § 5 Abs. 2 der Musterbedingungen zu dem selben Ergebnis kommen. Das bedeutet, daß der Versicherer seine Leistungen auf den angemessenen Betrag herabsetzen kann, wenn eben das medizinisch notwendige Maß überschritten wird.

Betrachtet man die bisherige Rechtsprechung, so bin ich der Meinung, daß die Position der Zahnärzteschaft nicht gestärkt, sondern geschwächt wurde. Da ich weder Jurist noch Versicherungsfachmann bin, frage ich mich auch, inwieweit sich die Zahnärzteschaft überhaupt intensiv mit den versicherungsrechtlichen Ansprüchen ihrer Patienten auseinandersetzen soll - oder ob dies nicht in der alleinigen Verantwortung des Versicherten liegt.

Natürlich ist es manchmal zweckmäßig und sinnvoll, daß sich alle Beteiligten, also Zahnarzt, Patient und Krankenversicherung insbesondere mit der Frage der medizinischen Notwendigkeit vor einer Behandlung auseinandersetzen. Die Divergenz, die zwischen dem Therapievorschlag des Zahnarztes, den Vor-

stellungen des Patienten und dem Leistungsumfang des Versicherers besteht, ist nur dann aufzuheben, wenn sich die Zahnärzteschaft insgesamt darüber klar wird, daß es naturgegeben eine Divergenz zwischen Behandlungsvertrag einerseits und Versicherungsvertrag andererseits gibt. Es gibt eben keine Regel, die den Inhalt des Behandlungsvertrages automatisch zur Basis für die Leistung aus dem Versicherungsvertrag heraus macht. Es stellt sich also wiederum die Frage, ob wir uns als Zahnärzte nicht auf den Behandlungsvertrag konzentrieren sollten. Zahnarzt und Patient können sich im Rahmen der Therapiefreiheit, die durch keine Versicherungsverträge eingeschränkt werden sollte, zu der Therapie entscheiden, die ihnen sinnvoll erscheint.

Getrennt davon ist die Leistungspflicht aus dem Krankenversicherungsvertrag heraus zu betrachten, wenn es sich eben nicht nur um die medizinisch notwendige Heilbehandlung unter Berücksichtigung des medizinisch notwendigen Maßes handelt. Es ist nichts dagegen einzuwenden, wenn in Übereinstimmung zwischen Patient und Zahnarzt eine Therapie gewählt wird, die das Optimum an Versorgung darstellt. Der Patient in seiner Eigenschaft als Versicherter muß sich dann darüber klar sein, daß eine Kostenerstattung nur auf der Basis vorgenommen werden kann, die eine dem Befund entsprechende, medizinisch notwendige Heilbehandlung in angemessenem Umfang gekostet hätte.

Das gesamte Problemfeld zwischen Versicherten, Zahnärzten und den PKV - Unternehmen würde sich minimieren las-

sen, wenn ein paar Grundregeln generell beachtet würden. Zu diesen **Grundregeln** gehört, daß der Zahnarzt mit dem Patienten tatsächlich vorhandene Alternativen für eine entsprechende Versorgung bespricht und ihn unbedingt darauf aufmerksam macht, daß nach den Regeln des privaten Krankenversicherungsschutzes nur das generell erstattungsfähig ist, was medizinisch notwendig ist und das medizinisch notwendige Maß nicht übersteigt. Eine weitere Grundregel wäre die Vorlage eines Heil- und Kostenplans beim Versicherer mit entsprechender Rückkoppelung. Der Patient kann dann selbst entscheiden, ob und inwieweit er ggf. in der Lage ist, einen Eigenanteil für die Leistungen zu tragen, die über eine medizinisch notwendige Versorgung hinausgehen. Natürlich darf insbesondere unter dem Aspekt der Therapiefreiheit nicht hingegenommen werden, daß private Krankenversicherungen geplante Behandlungen versicherungsrechtlich einschränken, indem sie vom grünen Tisch Entscheidungen treffen, die mit den versicherungsrechtlichen Bedingungen nicht vereinbar sind.

Es ist dann **jeder Zahnarzt gefordert**, seinen Patienten zu unterstützen, damit er eine Therapie erhält, mit der ihm am besten geholfen ist. Hier bin ich der Meinung, daß jede zahnärztliche Therapie fachlich nachvollziehbar, medizinisch erforderlich, aber auch ökonomisch vertretbar sein muß.

Wichtig ist nach der Diagnostik und vor der eigentlichen Therapie die grundsätzliche Abklärung über die finanziellen Konsequenzen für den Patienten. Der Zahnarzt muß hier als Berater im eigentlichen Sinne für seinen Patienten

tätig werden, mit dem Ziel, die typischen Streitigkeiten zwischen Versicherer und Patient bzw. Zahnarzt zu minimieren.

Auch die *privaten Krankenversicherungen* müßten daran interessiert sein, die Klärung im Vorfeld zu suchen. Der Patient kann dann, wenn der vorgelegte Heil- und Kostenplan von seiner PKV zurückkommt, die daraus notwendigen Konsequenzen mit seinem Zahnarzt besprechen.

Es muß wieder dazu kommen, daß sich die Zahnärzte bei der Behandlung von Privatpatienten ihrer eigentlichen Hauptaufgabe zuwenden können, nämlich der zahnärztlichen Behandlung. Wenn diese Grundregeln beachtet würden, müßte es möglich sein, die Konfrontationen mit den privaten Krankenversicherungen abzubauen und zu einer echten Partnerschaft zu kommen. Rechtsstreitigkeiten sind für alle Beteiligten unerfreulich. Und für die Zahnärzteschaft in vielen Punkten sogar schädlich.

Wir sollten aber auch beachten, daß der PKV-Schutz sich kalkulatorisch nicht am Optimum einer zahnärztlichen Behandlung orientieren kann. Nicht jeder individuelle Spitzenbedarf und auch nicht jede individuelle zahnärztliche Spitzenleistung ist versicherungsmäßig abzudecken. Natürlich ist es für manchen Patienten erstrebenswert, einen festsitzenden, implantatgetragenen Zahnersatz in seinem Kauorgan verankert zu wissen. Dies wirft aber das Problem der Finanzierung der Behandlungskosten auf, die ja im Einzelfall oftmals die 100.000 DM - Schwelle überschreiten.

Auch die privaten KVen sind **Solidargemeinschaften**, die darauf zu achten haben, daß die Gelder ihrer Versicherten

nach dem Prinzip der medizinischen Notwendigkeit ausgegeben werden. Die Zahnärzte sind sehr häufig, ganz im Gegenteil zur Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten, der Meinung, daß die PKV möglichst jede geplante optimale Therapie bezahlen muß. Dies ist ein Irrweg, weil wir in der PKV nicht das Ziel verfolgen dürfen, die perfekte Kostenerstattung bzw. gleichsam ein perfektes Sachleistungssystem zu fordern. Auch der Privatpatient muß sich darüber im klaren sein, und die Zahnärzte müssen ihn entsprechend aufklären, daß nicht in jedem Fall ein implantatgetragener, festsitzender Zahnersatz mit 10 Implantaten pro Kiefer voll und ganz von seiner PKV erstattet werden kann - oder erstattet werden muß.

Auch wenn die Zahnärzte in keinem Vertragsverhältnis zu den jeweiligen privaten Krankenversicherungen stehen, tragen sie doch eine Mitverantwortung dafür, daß diese Versicherungen finanziell leistungsfähig bleiben und weitere Beitragserhöhungen vermieden werden. Hierbei ist es wichtig, daß die Mitarbeiter der privaten Krankenversicherungen, die mit der Prüfung und Erstattung von eingereichten Liquidationen bzw. der Bewertung eingereicherter Heil- und Kostenpläne befaßt sind, dringend einer kontinuierlichen fachlichen Unterstützung durch geeigneten Sachverständigen bedürfen. Hier sollte es eine gemeinsame Leitlinie der behandelnden Zahnärzte und der privaten Krankenversicherungen sein, mit welchen medizinisch notwendigen, aber auch angemessenen und praktikablen Behandlungsmethoden dem jeweiligen Patienten am besten geholfen werden kann.

Eine große **berufspolitische Bedeutung** liegt darin, inwieweit es gelingt, die privaten Krankenversicherungen fachlich darin zu unterstützen, ihre Strukturprobleme in den Griff zu bekommen. Wir sollten uns hier nicht darauf hinausreden, daß wir mit den PKVen keine Vertragsbeziehungen unterhalten. Die Leistungsfähigkeit der privaten Krankenversicherungen und auch der anderen kostenerstattenden Stelle muß sehr wohl in unserem Interesse liegen.

Hierbei ist es von ganz entscheidender Bedeutung, die PKVen davon zu überzeugen, daß jeder, der sich neu privat versichert, darüber aufgeklärt wird, welcher exakte Versicherungsumfang im Bereich der medizinischen und im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung gegeben ist.

Auch die privat versicherten Patienten müssen viel mehr als bisher in die Verantwortung für ihre Gesundheit, aber auch in die Verantwortung für die von ihnen verursachten Ausgaben mit einbezogen werden.

Wir als Zahnärzte können im Bereich der Privatpatienten nicht standespolitisch genau die gegenteilige Position vertreten, wie wir sie im Bereich der gesetzlich Versicherten fordern. Dem AOK-Patienten ist von vornherein klar, daß er für eine Krone einen erheblichen Eigenanteil leisten muß. Der privat Versicherte lebt, gefördert durch die jeweiligen Verkaufsabteilungen seiner Versicherung, in dem Glauben, daß alles was medizinisch denkbar und möglich ist, auch von der privaten Krankenversicherung bezahlt werden muß.

Eine Kooperation zwischen den zahnärztlichen Standesorganisationen und

den Verbänden der privaten Krankenversicherungen ist mehr als überfällig. Es war in diesem Zusammenhang alles andere als sinnvoll, daß sich der Bundesgerichtshof damit beschäftigen mußte, ob nun Inlayprovisorien abrechnungsfähig sind oder nicht.

Sowohl für die Zahnärzte als auch für die Patienten muß mehr Rechtssicherheit im Umgang mit der zahnärztlichen und der ärztlichen Gebührenordnung hergestellt werden.

Über den versicherungsrechtlichen Anspruch muß der Privatpatient bei Abschluß des Versicherungsvertrags umfassend aufgeklärt werden. Die Grenzen des Schutzes müssen erkennbar sein. Eine ungerechtfertigte Einschränkung seines Anspruchs kann nicht hingenommen werden. Dann bedarf der Versicherte auch der Unterstützung seines Arztes oder Zahnarztes!

Zum Abschluß einige Wünsche und Anregungen an die PKVen:

- Mehr Kundenorientierung
- Mehr Flexibilität und Progressivität
- Intelligente neue Tarifgestaltungen statt jährlicher Prämienerrhöhung
- Qualifizierte Leistungsprüfung, die sich am Einzelfall orientieren muß und sich nicht ausschließlich an der sogenannten medizinischen Notwendigkeit orientieren kann
- Konsequente Weiterbildung der Mitarbeiter
- Eine sinnvolle Kostendämpfungspolitik, die nicht nur bei den Leistungsausgaben ansetzen kann - also nicht nur Leistungspolitik, sondern auch Gesundheitspolitik
- Aufbau eines Qualitätssicherungsm-

anagements, damit die extremen Kostenanstiege im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung begrenzt werden können

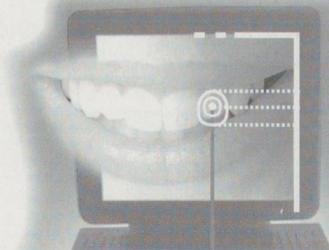
- Mehr Kooperation mit den Versicherten und Leistungserbringern bei zahnmedizinisch sinnvollen und qualitativ hochwertigen Behandlungsmaßnahmen
- Mehr Konfrontation und Einsatz für die Versicherten, wenn sich herausstellt, daß unverantwortliche Behandlungsmethoden angewandt werden oder sogar betrügerisch abgerechnet wird.

Mein Wunsch an die zahnärztlichen Verbände und Körperschaften:

- Gründung eines Arbeitskreises »PKV« unter Einbeziehung der Zahnärztekammern, der zahnärztlichen Berufsverbände, der PKVen und gegebenenfalls des Gesundheitsministeriums zur Klärung strittiger gebührenrechtlicher Fragen aber auch zur Beurteilung neuer Behandlungsmethoden.
- Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen insbesondere auf dem Gebiet der Implantologie.
- Die Menschenversuche, die von einigen wenigen sogenannten Implantologen in Deutschland durchgeführt werden, müssen unterbunden werden. Sie gefährden das Ansehen des ganzen Berufsstandes.

Wünsche an die Privatpatienten:

- Nachdenken über das oft grenzenlose Anspruchsverhalten nach dem Motto:
 - Topschutz
 - Topleistung
 - Null - Eigenanteil



Die HighTech-Krone IN-CERAM DCS

Vollendete Ästhetik

Die neue HighTech-Krone **IN-CERAM DCS** von Zahntechnik Scharl besticht durch hervorragende Ästhetik. Die Innovation liegt im Fertigungsverfahren und im Material.

Im **CNC-Fräsverfahren** wird der Kronenkern aus einer extrem harten Keramik hergestellt. Das Ergebnis ist ästhetisch und lichtdurchlässig wie ein natürlicher Zahn.

Sollten Sie Fragen haben, rufen Sie uns bitte an.

ZAHNTECHNIK
scharl

Zahntechnik Scharl GmbH
Kleinraigerling 66
92224 Amberg
Telefon 0 96 21/379-135
Fax 0 96 21/379-300

Gerade in einem Land, in dem auch durch das Unvermögen der Politik die sozialen Sicherungssysteme gefährdet sind, weil die Finanzierungsgrundlagen wegbrechen, sollten die Privatversicherten durch mehr Eigenverantwortung

für die Gesundheit dazu beitragen, daß die private Krankenversicherung bezahlbar und leistungsfähig bleibt.

Verhinderung der Prophylaxe bleibt Chefsache

»Prophylaxe bleibt Chefsache« überschreibt Jobst-Wilken Carl, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer seinen Leitartikel in ZM 1/1998.

Die Rede ist vom »viel zitierten Paradigmenwechsel in der Zahnmedizin ... - die Umorientierung weg von der kurativen und hin zur präventiven Versorgung« und weiter »Prophylaxe verstehen wir als Herausforderung an alle Beteiligten. Die Zahnärzteschaft ist hier angesprochen genauso wie die Gesundheitspolitik, die Krankenkassen, die Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege und der öffentliche Gesundheitsdienst.«

Besonders angesprochen scheinen nach dem NOG die jungen Patienten zu sein, die -auch als Härtefälle - von ihrer Krankenkasse keinen Pfennig für ihren Zahnersatz dazugezahlt bekommen. Diese Maßnahme ist von KZBV, BZÄK und FVDZ als erster Schritt zum Sy-

stemwechsel willkommen geheißen worden - in Schulterschuß mit dem Gesundheitsministerium, dessen federführender Ministerialrat Säkel dazu schreibt:

»Ihre Begründung findet die vom Gesetzgeber in Deutschland vorgenommene Ausgrenzung von Zahnersatz für jüngere Erwachsene darin, daß aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse und vielfältiger internationaler praktischer Erfahrungen die wichtigsten oralen Erkrankungen - Karies und Zahnbetterkrankungen - und als deren Folge Zahnersatz grundsätzlich durch entsprechende Eigenvorsorge und präventiv orientiertes zahnmedizinisches Handeln vermeidbar bzw. kontrollierbar sind. Voraussetzungen hierfür sind eine flächendeckende Basisprophylaxe im Kindheits- und Jugendalter und eine ergänzende Intensivprophylaxe für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko sowie entsprechende präventive Betreuungskapazitäten für Erwachsene.«

Wie die Realität aussieht, ist im ZNN zu lesen, dem Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer Niedersachsen:

»Zur Zeit keine Beteiligung an der Jugendzahnpflege auf Landesebene durch zögerliches Verhalten der KZVN

Dr. Wilhelm Bomfleur, Vorstandsreferent für Jugendzahnpflege, führte aus, in Niedersachsen sollte eigentlich eine gut funktionierende Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (LAG) existieren. Genau da hapere es aber in Niedersachsen. Aufgrund des ständigen Vorsitzes des Sozialministeriums (SM) in der LAG, habe sich die Zahnärzteschaft zunächst aus der finanziellen Unterstützung zurückgezogen. Gleichzeitig habe man die Bemühungen verstärkt, die LAG als eingetragenen Verein (e. V.) unter stärkerer Beteiligung der niedergelassenen Zahnärzteschaft neu und unabhängig zu etablieren.

Ende 1995, Anfang 1996 sei die Bereitschaft der Krankenkassen (KK), sich an einem e. V. auch ohne Vorsitz durch das SM zu beteiligen, so groß gewesen, daß die Zahnärztekammer beauftragt wurde, eine entsprechende Satzung vorzulegen. Es wurde eine Satzung erarbeitet, die der Vorstand der Kammer am 5. Juni 1996 zustimmend zur Kenntnis nahm. Vor Weitergabe an die weiteren Gremien war aber die Zustimmung des Vorstandes der KZV abzuwarten. Bis heute sei keine offizielle Stellungnahme des KZV-Vorstandes erfolgt, bedauerte Dr. Bomfleur. Als der neue Vorstand der Kammer signalisierte, sich an einer zukünftigen LAG durch Bereitstellung der Geschäftsstelle zu beteiligen, sei es

bereits zu spät gewesen. Da eine definitive Stellungnahme der KZV nicht erfolgte, beschlossen die Krankenkassen mit Datum vom 23.10.1997 zum 31.12.1997 aus der LAG in Niedersachsen auszutreten. Durch das zögerliche Verhalten der KZVN bestehe die Gefahr, daß die zwei Körperschaften ZKN und KZVN auf Landesebene nicht mehr an der Jugendzahnpflege beteiligt seien.

Der Versuch als Kammer, ein eigenes Konzept, bzw. das Konzept der BZÄK »Prophylaxe ein Leben lang«, an allen bestehenden Gesetzen, Vereinbarungen und Strukturen vorbei zu etablieren, beurteilte Dr. Bomfleur als illusorisch, da dies vor Ort in den Kreisen und Städten nicht durchführbar sei.«

Es ist fast unnötig zu sagen, daß der Chef dieser KZVN Karl-Horst Schirbort ist, und was der zur Chefsache macht, läßt die deutsche Zahnarztpraxis gerade über sich ergehen. Wie lange eigentlich noch?

Merke:

Man kann viele Leute eine Weile, ein paar Leute über eine lange Zeit, aber nicht alle Leute dauernd für dumm verkaufen.

P.S.: Am 22. April 1998 findet in Bonn ein Kongreß »Präventionsorientierte Zahnheilkunde in Deutschland« statt. Untertitel: Bisherige Erfolge und zukünftige Perspektiven. Auf dem Podium sitzen u.a. die Chefs Seehofer und Schirbort. Wer verkauft da wen für dumm und wer merkt es? Ich gehe jedenfalls gar nicht erst hin!
Dr. Roland Ernst

Zur Wirksamkeit der Kollektivprophylaxe in Schulen und Kindergärten

Eine Stellungnahme von T. M. Marthaler, Zentrum für Zahnmedizin, Universität Zürich zu dem Beitrag »Gruppenprophylaxe in Schleswig-Holstein. Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko bleiben außen vor« aus den Zahnärztlichen Mitteilungen Nr 21., 1.11.1997

Im genannten Beitrag (gezeichnet mit pr) wird folgender Vorschlag der Krankenkassen und Kommunen beklagt: »Es wird zunächst mit dem Ausbau der Basisprophylaxe begonnen. In einem weiteren Schritt soll die Einführung der Intensivprophylaxe erfolgen. ...«. Von Zahnärztervertretern wurde es als »verantwortungslos angesehen«, »zunächst eine lückenlose Struktur für eine flächendeckende Basisprophylaxe aufzubauen«, wobei die Intensivprophylaxe um 4 Jahre zurückzustellen wäre.

Weiter steht zu lesen: »Folglich haben die Vertreter der Zahnärztekammer nicht zugestimmt«. Gibt es tatsächlich wissenschaftliche Unterlagen, die beweisen, dass die Intensivprophylaxe unentbehrlich ist? Was kann die Gruppenprophylaxe in den Schulen für »Hochrisikokinder« leisten?

Wirksamkeit der Gruppenprophylaxe in Frankreich und Österreich

Tabelle 1 zeigt Beispiele aus Frankreich und Österreich. Fanden sich in einer nationalen Stichprobe in Frankreich 1987 nur 11,9% von 12jährigen Kindern kariesfrei (DMFT=0), waren es 1993 schon 34,7 % (Tabelle 1 oben). 1987 lagen bei

den Befallenen, nämlich 88,1%, noch 4,77 DMF-Zähne vor, 1993 bei den noch 65,3% Befallenen dagegen nur 3,17. Auch bei der offensichtlichen Risikogruppe - den Kindern mit bereits erlittener Karies (DMFT>0) - trat also ein Rückgang um nicht weniger als 34% ein. 1993 wiesen 16% aller Kinder einen DMFT von 4 auf, und nur 7% hatten einen höheren DMFT (Hescot und Roland 1994). Nur diese 7% sind mit Sicherheit Kinder mit erhöhtem Risiko, denn Kinder mit nur je einer kleinen Füllung an allen ersten Molaren haben kein deutlich erhöhtes Risiko im Rahmen der allgemeinen Kariesprävalenz in Frankreich. Die Häufung der Kinder mit DMFT=4 deutet eher auf vorschnelles Füllen von Fissuren oder Grübchen hin.

Im Bundesland Vorarlberg begann die Vorbeugung 1988 mit jährlich zwei ausgiebigen Vorbeugungssitzungen in den Kindergärten und Schulen. In den 5 Jahren von 1988 bis 1993 ging die Kariesprävalenz bei der Gesamtheit der 12jährigen Kinder um 57%, bei den Kindern mit Karies aber auch 45% zurück (Tab. 2 oben). Derzeit besuchen 34 Zahngesundheits-erzieherinnen 2x jährlich 2 Stunden die Kindergartenkinder, 2x jährlich 1 Stunde die Kinder der Volks- und

Sonderschulen und 1x jährlich die Kinder der Mittelschulen. Diese prophylaktischen Maßnahmen ergaben im Jahr 1993 einen finanziellen Aufwand von ÖS 144.- pro Kind (rund 20 DM pro Kind und Jahr).

DMF-Zähne auf; 1996 betrug der DMFT 0,7, und 74% waren kariesfrei. Tabelle 2 zeigt im Detail den Kariesbefall von Kindern der oberen und unteren Sozialschicht (unter Weglassung der Daten aus der Mittelschicht, die hinsichtlich

Tabelle 1 Kariesrückgang bei der Gesamtheit der Kinder und bei den Kindern mit Karies; Daten aus Frankreich und Österreich

	Anzahl Kinder	DMFT pro Kind	% ohne Karies DMFT=0	% mit Karies DMFT>0	DMFT der Kinder mit DMFT>0
Frankreich					
1987	1'000	4.20	11.9	88.1	4.77
1993	1'331	2.07	34.7	65.3	3.17
Rückgang in %		51			34
Vorarlberg					
1988	228	4.14	7.5	92.5	4.48
1993	307	1.80	26.4	73.6	2.45
Rückgang in %		57			45

Tabelle 2 Zahnschäden pro 12jähriges Kind (DMFS) bei allgemein niedriger Kariesprävalenz, untere und obere Sozialschicht (Resultate der mittleren Sozialschicht weggelassen); Daten aus Den Haag, Niederlande

Jahr	Sozialschicht	Anzahl Kinder	DMFS pro Kind	% ohne Karies DMFT=0	% mit Karies DMFT>0	DMFS der Kinder mit DMFT>0
1989	Untere Schicht	33	1.9	46	54	3.6
	Obere Schicht	46	1.6	50	50	3.2
1993	Untere Schicht	32	2.0	48	52	3.9
	Obere Schicht	81	0.4	89	11	3.6
1996	Untere Schicht	52	1.2	59	41	2.9
	Obere Schicht	50	0.3	86	14	2.3

aus Truin et al 1998

Eine Analyse der Lage in den Niederlanden

Wie ist die Lage, wenn ein sehr niedriger Kariesbefall schon erreicht ist? In Den Haag in den Niederlanden wiesen dauersässige 12jährige Kinder 1993 0.8

Kariesbefall eine Mittelstellung einnehmen). Die Daten sagen folgendes aus:

1. In der unteren Sozialschicht, in der sich die Risikokinder konzentrieren, nahm von 1989 auf 1996 der Prozentsatz der kariesbefallenen Kinder von 54 auf 41% ab.

2. Selbst bei denjenigen Kindern der unteren Sozialschicht, die noch von Karies befallen waren - das sind eindeutig die Kinder mit weit überdurchschnittlichem Risiko - war die Zahl der Zahnschäden pro Kind niedrig und zeigte zudem eine abnehmende Tendenz: 3,6 DMFS 1989; 2,9 DMFS 1996.

rekte Formulierung ableiten: Immer weniger Kinder haben Karies, aber auch bei den Kindern, die noch von Karies befallen werden, sinkt die Zahl der Zahnschäden.

Es ist offensichtlich, dass die Intensivprophylaxe teurer ist als die Reparatur der wenigen Schäden. Die allgemein

Aufteilung der Jugendlichen	DMFT-Zählungen				DFS-Zählungen			
	Schüler		Durchschnitte		Schüler		Durchschnitte	
	Anzahl	%	DMFT	pro Jahr	Anzahl	%	DFS	pro Jahr
Alle erfaßten 131	131	100	2.0	0.29	131	100	2.9	0.42
Mit DMFT und DFS=Null	54	41	0.0	0.00	54	41	0.0	0.00
Alle mit								
DMFT oder DFS =>1	77	59	3.4	0.49	77	47	5.0	0.71
DMFT oder DFS =>2	59	45	4.2	0.60	61	45	6.0	0.86
DMFT oder DFS =>4	34	26	5.5	0.79	38	29	8.2	1.18
DMFT oder DFS =>5	22	17	6.4	0.91	33	25	9.6	1.37

Tabelle 3 Kariessituation bei 15jährigen, Kanton Zürich 1995-96, (DMFT/DFS pro Jahr: Division durch 7, jährlicher Zuwachs im Bereich 8-15 Jahre). Es fehlten bei den 131 Kindern keine erste Molaren, und die insgesamt 54 fehlenden Prämolaren wurden wegen Platzmangel extrahiert oder waren Nichtanlagen.

3. In der oberen Sozialschicht zeigten sich ähnliche Veränderungen, wobei schon 1993 eine so tiefe Kariesprävalenz erreicht worden war, daß ein weitere Reduktion kaum vorstellbar erscheint.

Das oft wiederholte Schlagwort »immer weniger Kinder haben immer mehr Karies« weckt somit falsche Vorstellungen. Aus den 2 Tabellen läßt sich eine kor-

empfohlene und beliebte Speicheldiagnostik kostet 50-100 DM pro Kind; bis man aus 4 Kindern das eine Risikokind - realistisch aus 400 die 100 Risikokinder - identifiziert hat, fallen allein schon 200-400 DM Kosten pro Intensivpatient an. Zum Aufwand für die Risikobestimmung (bei Anwendung der Dentoprog-Methode [Marthaler et al. Oralprophylaxe 1997; 19: 40-47] entfallen diese Kosten allerdings weitgehend) kommen zusätzlich

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

die Kosten der Vorbeugung, die bei Einchluss von Versiegelungen erheblich sein können.

Neueste Resultate aus der Schweiz

In der Mehrzahl der Schweizer Kantone werden mit den Primarschülern (ca. 7-12jährige, dazu 5-6jährige in den Kindergärten) pro Jahr 4 bis 6 jährliche Zahnbürstübungen mit einem Fluoridgelée durchgeführt, anlässlich derer Zahngesundheitsunterricht erteilt wird. Ergebnisse seit 1963 wurden den »forum«-Lesern schon früher vorgestellt. Interessant sind hier die neuesten Resultate (1995-96): 41 % der 15jährigen Schüler waren kariesfrei, d.h. hatten auch keine approximalen Füllungen oder dentinale Radioluzenzen (Tab. 3). Einen 15jährigen Jugendlichen, bei welchem lediglich die 4 ersten Molaren kariös oder gefüllt sind (dies entspricht DMFT=4), kann man wohl kaum als Risikoperson bezeichnen; nun hatten aber nur 17% dieser Schüler 5 oder mehr DMFT-Zähne! Dabei ist keineswegs sicher, ob tatsächlich alle Füllungen, die ja fast nur Fissuren und Grübchen betrafen, tatsächlich notwendig waren.

Wie soll der Schweizer Kollege diese wenigen Risikokinder, nämlich 1 unter 6 von anfänglich 6-8jährigen, zuverlässig erkennen können? Speicheltests sind hierfür nicht ausreichend; der Dentoprog wäre noch am besten (Steiner et al. Caries Res 1995; 29: 297-298; bemerkenswert gute Vorhersage sogar über 8 Jahre). Zudem ist davon auszugehen, daß verbesserte oder sich verschlechternde Ess- und Hygienegewohnheiten die Kariesaktivität im Laufe vieler Jahre bei einzelnen Kindern ansteigen oder absin-

ken lassen kann. In diesen Fällen versagen die Karies-Vorhersagetests. Daß diese Tests oft teurer sind als die Vorbeugung selbst wurde schon im DAZ- »forum« Nr.50 (1995, Seiten 211 bis 215) illustriert.

An den holländischen und schweizerischen zahnärztlichen Instituten werden die angehenden Zahnärzte seit den Sechzigerjahren in Vorbeugung ausgebildet. Es ist selbstverständlich, daß so ausgebildete Zahnärzte schon ohne aufwendige Tests Risikokinder mehrheitlich erkennen und diesen vermehrte vorbeugende Betreuung zukommen lassen. Eine organisierte Intensivprophylaxe, wie von den Zahnärztevertretern von Schleswig-Holstein gefordert, gab oder gibt es weder in Holland noch der Schweiz.

Einige Schlußfolgerungen

Das Fazit ist eindeutig: Wenn in einem ganzen Land oder in einer Region der Kariesbefall durch gruppenweise Vorbeugung in den Schulen absinkt, ist es keineswegs so, daß nur ein Teil der Kinder erreicht wird, und die »Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko« dann »buchstäblich im Regen stehen« würden. Änderungen in der »Mundhygienekultur« und die unabdingbare Fluoridwirkung erfassen alle Kinder, wenn auch nicht im selben Ausmaß.

Historisch ist festzuhalten, daß die Prävalenz der Zahnkaries in mehreren hier nicht als Beispiel verwendeten hochindustrialisierten Ländern schon 1980-1985 um mehr als 50% zurückgegangen war, so etwa in Australien, England, Kanada, Neuseeland und den USA (in den

skandinavischen erfolgte die Vorbeugung kollektiv und gleichzeitig individuell in den Schulzahnkliniken). Eine Intensivprophylaxe im modernen Sinne gab es damals nicht. Dagegen erhielten die Zahnärzte seit Jahrzehnten eine fundierte Ausbildung in Vorbeugung und Kinderzahnmedizin.

Für die Zahngesundheit der Jugend ist es sehr nachteilig, dass nach dreieinhalbjährigen Verhandlungen die Zahnärzte der neuen Vereinbarung nicht zustimmen wollen, nur weil der Beginn der Intensivprophylaxe um 4 Jahre verschoben wurde. Der Leser kann selber herausfinden, auf welche Vertragspartei die verwendeten Attribute »verantwortungslos« oder »zahngesundheitliche Laienspielschar« zuträfe.

Literatur:

Frankreich: Hescot und Roland: *Dental Health in France 1993. Union Française pour la Santé bucco-dentaire, Paris 1994.*

Vorarlberg, Österreich: *5 Jahre Zahnprophylaxe Vorarlberg, Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin, Bregenz.*

Niederlande: *Truin et al. Caries Res 1998; 32:1-4.*

Schweiz: *Daten auszugsweise aus dem Material von Menghini et al, Schweiz. Monatsschr. im Druck, 1998.*

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

Bundesweiter Gesundheitspolitischer Kongreß 15./16. Mai 1998, Düsseldorf/Universität

Das in 1997 gegründete »FORUM für kritische Sozial- und Gesundheitspolitik e.V.«, ein Zusammenschluß verschiedener, im Gesundheits- und Sozialbereich engagierter Personen und Organisationen, lädt zu einem bundesweiten Kongreß ein.

Gemeinsam soll über die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens nachgedacht und dabei u.a. diskutiert werden, wie Ressourcenverschwendung vermieden, die Umsteuerung zu gesunden Lebensweisen und Lebensbedingungen und eine gesicherte Finanzierung der Leistungen erreicht werden können, ohne die solidarische Ausrichtung unseres Versorgungssystems zu zerstören.

Dabei sind sich die Veranstalter und zahlreiche unterstützende Organisationen, zu denen auch der DAZ gehört, darin einig, daß die vielfach

als Allheilmittel gepriesene Entfesselung der Marktkräfte, die Privatisierung von Gesundheitsrisiken, die Umetikettierung des kranken Menschen zum souveränen Kunden zwar vielleicht zu Umsatzsteigerungen führen kann, jedoch keineswegs automatisch zu mehr Gesundheit und mehr Effizienz.

Die Tagung wird sich nicht in der Analyse und Kritik bestehender Probleme erschöpfen, sondern die Auseinandersetzung mit Alternativen vorantreiben und bereits erprobte Modelle, die zeigen, wie es anders geht, vorstellen. (Wer gern eigene Beispiele beisteuern möchte, z.B. in einem Workshop, sollte sich sofort mit der Kongreß-Organisation in Verbindung setzen.) Da bei Redaktionsschluß noch nicht alle Themen und Referenten feststanden, kann hier nur das vorläufige Programm mitgeteilt werden:

Um die Veranstaltung allen Interessierten zugänglich zu machen, sollen möglichst barrierefreie Räumlichkeiten ausgewählt bzw. ggf. Hilfen zur Verfügung gestellt werden. Der Teilnehmerbeitrag von 20 DM wird auf Wunsch erlassen.

Vollständige Programme erhältlich bei:

- DAZ im NAV-Virchow-Bund, Belfortstr.9, 50668 Köln,

Tel. 0221-973005 45, Fax 0221-7391239, E-Mail DAZ-KOELN@t-online.de

*- Forum für kritische Sozial- und Gesundheitspolitik, Pionierstr.12, 40215 Düsseldorf,
Tel. 0211-385896-2, Fax 385896-3.*

Freitag 15.5.1998

ab 12.00 Uhr Registrierung / Markt der Möglichkeiten / Presse-Vorgespräch

15.30 Uhr Eröffnung

15.40 Uhr Grußwort von Ministerpräsident Johannes Rau

15.45 Uhr Diskussionsrunde zu den »Chancen einer neuen Gesundheitspolitik« mit Beteiligung von Gewerkschaften, Arbeiterwohlfahrt, Dr. Ellis Huber (Ärztekammer Berlin), Prof. Dr. Hensbach

17.45 Uhr Pause

18.15 Uhr Übersichts-Foren zu einzelnen Themensträngen, die am 16.5. in Workshops vertieft werden:

- Zukunft der sozialen Sicherung
- Chancen neuer Versorgungsmodelle
- Bürgernahe Gesundheitspolitik
- Pflege bei Alter und Krankheit
- Soziale Ungleichheit und Gesundheit
- Selbsthilfe und Bürger-Engagement
- Gesundheitswesen und Arbeit
- Familie und Gesundheit
- Frauen und Gesundheit
- Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz
- Ethik

19.45 Uhr Pause

20.15 Uhr Empfang bei der Landesregierung

Samstag, 16.5.1998

9.30 Politische Diskussionsrunde mit prominenten Parteienvertretern

10.45-13.00 Parallele Workshops zu den Themen der Übersichts-Foren vom Freitag

13.00-14.30 Mittagspause mit Medien-Event

14.30-16.30 Parallele Workshops (wie am Vormittag)

16.30 Kabarettistischer Schlußstrich (alternativ: hochkarätiger Schluß-Vortrag)

Die Inhalte der Übersichts-Foren werden in einer Reihe parallel verlaufender Workshops aufgegriffen, deren Gesamtzahl derzeit noch nicht feststeht. In ein bis drei ggf. kontroversen Kurzreferaten werden Fakten und Standpunkte skizziert. Der Hauptteil der Zeit dient der Diskussion der Workshop-Teilnehmer. Geplant sind bisher:

- Zukunft der sozialen Sicherung
- Wieviel Markt braucht ein integriertes Gesundheitswesen?
- Innovative Vertragsstrukturen, Strukturverträge, integrierte Versorgung
- Planungskompetenzen im Gesundheitswesen
- Bürgernahe Gesundheitspolitik, Patientenrechte, Verbraucherinformation
- Regionale Gesundheitskonferenzen
- Pflegeversicherung: Anspruch und Wirklichkeit
- Rahmenbedingungen öffentlicher und privater Pflege
- Bekämpfung von Armut und Unterversorgung
- Erfolgreiche Modelle sozialer und medizinischer Absicherung unterprivilegierter Bevölkerungsschichten
- Staatliche Gesundheitsförderung, Selbsthilfe und Bürgerbeteiligung gehören zusammen!
- Sind wir eine »Gesellschaft der Behinderer«?
- Arbeitsmarkt Gesundheitswesen
- Gesundheitswesen: Beschäftigungsmotor oder Kostenfaktor?

Im Forum zu Gast

Als (Pflicht-)Leser der ZM könnte man meinen, es gäbe gar keinen DAZ oder keine IGZ. Der Eindruck trügt: Es besteht nur striktes Veröffentlichungsverbot durch die »Drei Säulen«. DAZ und IGZ gehen zwar getrennte Wege, aber das DAZ-forum hat sich eben immer schon als *forum* verstanden. — Darum veröffentlichen wir nachstehend einen Artikel von Dr. Klaus Hilfer, dem stellvertretenden Vorsitzenden der »Unabhängigen Zahnärzte in Bayern e.V.«.

Gaukler und Schaukler - Zustandsbild einer Standesvertretung

Mit Schaum auf den Lippen und Scheuklappen vor den Augen voran auf dem vermeintlichen Weg zur großen Freiheit. Kein fußbreit zahnärztlichen Terrains wird freiwillig mehr hergegeben, so tönt es uns noch in den Ohren. Die Schmach von 92 war wetzumachen, koste es was es wolle.

Derart fixiert registriert man dann noch nicht einmal mehr das Brett vor dem eigenen Hirn, zumal dieses, was politischen Instinkt anbelangt, nur in Rudimenten vorhanden zu sein scheint, wenn man im berufspolitischen Kontrahenten von gestern über Nacht den neuen Freund und Partner erkennt.

So oder ähnlich kann man Anfang 98 die Handlungsweise der eigenen berufspolitischen Klasse aus KZV und Kammer mit dem FVDZ als Einpeitscher für die zurückliegenden Jahre zusammenfassen. Der Einstieg in die große Freiheit innerhalb der GKV sollte via GOZ, die ansonsten bei jeder Gelegenheit bekämpft wird, gelingen. Man akzeptierte die Honorarbindung zum GOZ Faktor 1,7 und spekulierte damit, bei Verwendung von Metallkeramik diese Honorarbindung für die gesamte ZE-Versorgung unauffällig unterlaufen zu können.

Zuvörderst die Bayern waren immer schon ganz beseelt von dieser Idee, hatten sie doch vor Jahren bereits ein Referat »Freie Vertragsgestaltung« für Gefechtsübungen etabliert. Hier sollten die Kolleginnen und Kollegen 95 schon diszipliniert werden, die vertragskonform Keramik als Kassenleistung abrechneten. Selbst Gutachter hatte man in den eigenen Reihen, die gesetzeswidrig Keramik als Kassenleistung ablehnten. Das Aufsichtsministerium sorgte für Ordnung.

Ab 98 sollte alles ganz anders und schlauer eingefädelt werden. Dem Gesetzgeber wurde vermittelt, Keramik ist Luxus, Kunststoff ist ausreichend. Die Basis am Behandlungsstuhl wurde vor vollendete Tatsachen gestellt. Der Wink mit der zukünftigen Freiheit und mehr Zaster hatte zu genügen. Vor lauter Selbstblendung über die eigene Gerissenheit übersah man sämtliche Fallstricke des 2. NOG für die Zahnärzte. Man baute sogar kräftig mit. Natürlich hatte man selbst ins Kalkül gezogen, daß fast alle Zahnärzte, wie gewohnt oder vermehrt und auch meist notwendig, weiter Metallkeramik bei ihren Patienten bevorzugen würden. Aber dies zu welchen trefflichen Konditionen! Endlich frei! Juristischen Rat im eigenen Haus holte man bei dieser Finte wohl erst gar nicht groß

ein. Vielleicht wollte, konnte oder durfte der eigene Rechtskundler auch nicht. Jedenfalls setzte man den Justitiar lieber dafür ein, daß er der Basis mit weißgottwas für juristischen Verrenkungen beibringe, sich nur ja keine Abtretungserklärungen einfallen zu lassen, um wenigstens schneller und sicherer ans wenige Geld zu kommen. Es galt ja schließlich, die Freiheit auf dem Dach zu erobern und nicht das Geld in der Hand zu halten. Selbst wurde man vorzugsweise aus Kollegenbeiträgen über öffentlich rechtliche Ämter gespeist, da interessiert nicht, ob die Basis nach 4 Wochen oder nach 4 Monaten gelöhnt wird.

Einer jedoch hatte schon längst mit seinen juristischen Ministerialen die neuen Möglichkeiten gegen die Zahnärzte mit dem 2. NOG erkannt. Da konnte auch der kleine Koalitionspartner, hinter den man sich dümmlicherweise seit Jahrzehnten immer wieder alleine verschanzte, mangels Einfluß nicht helfen. Der weiß auch immer, wie er nach vorausgegangener Gefälligkeit für die Zahnärzte rechtzeitig politisch wieder umfallen kann.

Die Verquickung von GOZ mit Bema, die die Zahnärzte dem Minister freiwillig anboten, hebelte die Selbstverwaltung weitgehend aus. Endlich hatte er sie da, wo er sie haben wollte. Schachmatt! Er allein konnte zukünftig bestimmen. Der große Horst konnte leicht gut Freund zum kleinen Horst (Schirbort) werden bei dessen Avancen. Der Horstl wurde, ob der Ehre Freund eines leibhaftigen Ministers zu sein, in diesem Lichterglanz nun immer leichtsinniger. Wie ehemals Napoleon warf er sich gallisch in die Brust. Hatte er doch noch gar nicht mitbekommen, daß er mittlerwei-

le formal seine Kapitulation unterzeichnet hatte. »Wer bohren will, muß sich fügen« feixt eine große Tageszeitung zu den standespolitischen Fähigkeiten.

Es dauerte keine 2 Wochen seit Errichtung der neuen Frontlinie 2. NOG, daß Horstl Westentaschen-Napoleon sein Waterloo erlebt, wie von der IGZ vorausgesagt. Das blaue Hochglanzgefächtsbrevier vom Dezember 97 zur Mobilisierung seiner Truppen wurde ihm innerhalb Stunden vom bisherigen Freund und jetzt wieder Feind in der Luft zerfetzt. Hatte er doch im Übereifer nach Freiheit, aber ohne juristischen Sachverstand, glatt übersehen, daß im Gesetzestext der Leistungskatalog der GKV gar nicht geändert wurde. Lediglich der Festzuschuß wurde für Verblendungen aus Kunststoff begrenzt nach dem schönen neuen Gesetz mit Abrechnung nach GOZ. Delegierte, die schon 96 auf die Gefahren hinwiesen, wurden mundtot gemacht. Nach den geltenden Richtlinien von 1986 konnte der Zahnarzt wenigstens bei Molaren für Metallkeramikkrone ein Zusatzhonorar unbegrenzt nach GOZ nehmen, wenn er über die Kasse nach Bema 20a oder 91a abrechnete. Dies wurde auch von den Kassen nach den gemeinsamen Richtlinien nicht bestritten.

Und nun? Nichts geht mehr! Es gilt 1,7 über alles. Die Kassen sind auch für Verhandlungen nicht mehr zuständig. Einziger Gesetzgeber und der Minister walteten, wie Horstl vor der Vertreterversammlung im Juli 97 selbst ausgesagt hat und so war es von ihm mit gewollt. Zahnersatzhonorar für Vertragsleistung ist nach § 87a bis 31.12.99 auf den GOZ-Faktor 1,7 »begrenzt«. Was danach kommt, steht in den Sternen. Mit Unter-

stützung der eigenen Führung ist uns mit dem 2. NOG hierdurch der Rest gegeben worden. Selbstverwaltung ade. Zudem darf die Politik sich seit 03.01.98 sogar öffentlich von Horstl & Co. als hintergangen fühlen. Bisher konnte sie es nur vermuten, ich behaupte, sie wußte es längst. Man hat nur den geeigneten Augenblick abgewartet, die Zahnärzte endlich im Sack zu haben. Sie glaubten ja schließlich an Horstl, darum beziehen wir jetzt gemeinsam die Prügel. Wie könnte es denn sonst sein, daß fast nur Heil- und Kostenpläne mit Keramikverblendung eingereicht werden, wie man über die Kassen erfährt. Horstl & Co. haben doch fortlaufend erklärt, Keramik sei verzichtbarer Luxus. Daß fast jeder Patient jetzt Luxus will, oder sich leisten kann, das ist doch zumindest zweifelhaft in der Zeit des knappen Geldes. Wird da nicht doch mancheiner unserer standespolitischen Leuchten ein Licht aufgehen, wenn sie immer die anderen allein als Gesetzesbrecher hinstellt und selbst das Opferlamm spielen will? Über die momentane öffentliche Empörung über Zahnärzte muß man sich nicht wundern. Gerechte Einzelleistungshonorare bekommen wir lange schon nicht mehr. Aber ehrliche Honorierung kann man politisch unbeschadet nicht durch unehrliche Tricks auf Dauer erreichen. Lügen haben kurze Beine! Horstl war deshalb der Politik verdächtig, er durfte nicht lügen. Seehofer als der große Schwarze hätte Horstl allerdings zumindest genauso verdächtig bleiben müssen, als der 96/97 so bereitwillig auf seine Vorschläge einging. Ein vernichtendes Urteil über Horstl und seinen Umgang lag vom Minister in einem Spiegelinterview erst wenige Monate zurück.

Das Renommee der jetzigen standespolitischen Nomenklatura ist dahin, ändern müssen wir deshalb in den eigenen Reihen. Ein ehemaliger Freier Verband Deutscher Zahnärzte wird wohl ab 98 mehr als Friedhofsverband Deutscher Zahnärzte in die Annalen eingehen müssen, nur weil ihm seit Jahren die Fähigkeit zum politischen Kompromiss und Anstand fehlt. Man fragt sich, ist es nun Dummheit oder Dreistigkeit, wenn in der gegenwärtigen Situation die KZBV die Patienten auffordert, sich bei den »neutralen« Patientenberatungsstellen der Kammern zu informieren, falls sie Probleme mit der Angemessenheit von Zahnersatzkosten haben. Zu der Neutralität der Kammern kommentiert das Gesundheitsministerium, es habe die Zusammenarbeit längst aufgekündigt, wegen fehlender Neutralität der Kammern. Dank eigener Instinklosigkeit werden wir zum Gespött der Nation.

Horstl & Co. haben mal wieder alles gut gemeint, das ist klar. Geben wir ihnen, das ist meistens ihr innigster Wunsch, noch einen Orden, aber werden wir sie baldigst los! Verlasse sich keiner auf die Honorarfreiheit ab dem Jahr 2000. Damit ist die Standesführung geködert worden. Sie wird jetzt versuchen, mit dieser vagen Hoffnung die Basis ruhig zu halten, um sich selbst aus der Schußlinie zu ziehen. Bis 2000 ist dem Gesetzgeber mit Unterstützung unserer Berufsvertretung als Machtmonopolist nun noch gestärkt, längst anderes eingefallen. Alle Zeichen deuten heute schon darauf hin, ein Anruf beim Ministerialen Zipperer vom BMG in Bonn zur Aufklärung genügt. Der Rechtfertigungsbrief der KZBV-Führung vom 29.01.98 an uns Verehrte und Geehrte ist an Windigkeit nicht

SIRONA

Dental-Depot

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.

SIRONA Dental Depots:
80337 München
Lindwurmstr. 23

Tel.: 0 89/54 41 02-11
Fax.: 0 89/54 41 02-41

93051 Regensburg
Kumpfmühler Straße 65
Tel.: 09 41/9 71 98
Fax.: 09 41/94 79 24



A91100-M4-Z054-02

mehr zu überbieten. Die Argumentation ist geradezu empörend. Am meisten schmerzt, wenn man Horstl & Co's Lügengeschichten in den offiziellen Standesblättern 97 mit der sich jetzt abzeichnenden Realität vergleicht. In ihrer Einfalt und Hochnäsigkeit ist es unseren Koryphäen nicht einmal in den Sinn gekommen, die gesellschaftlichen Folgen ihrer Forderungen konsequent zu überdenken. Es geht noch nicht einmal nur um Metallkeramik hin oder her. Die anderen Verschlechterungen bei der Anwendung des 2. NOG liegen noch gar nicht offen.

Was ein sorgfältig verhandelter und verabschiedeter Gesetzestext mit einem Wahljahr zu tun haben sollte, bleibt Geheimnis einer unfähigen Standesführung. Der Wurstzipfel »Freiheit«, den man ihr vor der Nase hat hin und her baumeln lassen, hat sie die primitivste Wachsamkeitspflicht vernachlässigen lassen. Jeder möge seine Möglichkeiten und ZE-Honorare nach Bema von 97 mit denen von 98 nach GOZ 1,7 vergleichen. In Japan machen dilettantische Spekulantanten mit Restanstand nach solchen eigenen Niederlagen und Blamagen Harakiri.
Dr. Klaus Hilfer

Präventionsorientierte Zahnheilkunde in Deutschland - Bisherige Erfolge und zukünftige Perspektiven - Zahnmedizinischer Prophylaxe-kongreß des Bundesministeriums für Gesundheit am 22. April 1998 in Bonn

- 9.30 Begrüßung, *Horst Seehofer, Bundesminister für Gesundheit*
 9.50 Einführung, Kongreß- und Podiumsmoderation, *Prof. Dr. M. Noack*
Teil I: Grundlagen
 10.10 Fortschritte der Zahngesundheit in Deutschland, *Prof. Dr. E. Reich*
 10.30 Notwendige Rahmenbedingungen für eine präventionsorientierte Zahnheilkunde, *Prof. Dr. Dr. H.J. Staehle*
 11.10 Möglichkeiten der Prävention in der Zahnmedizin, *Prof. Dr. E. Hellwig*
 11.30 Strukturelle Voraussetzungen für eine effiziente Prophylaxe in der Praxis, *Prof. Dr. J. Einwag*
 11.50 Podiumsdiskussion: *Prof. Dr. Dr. Staehle, Dr. Schirbort, Dr. Ahrens, Horst Seehofer*
Teil II: Angewandte Prophylaxe
 14.00 Zur Notwendigkeit breitenwirksamer Kariesprophylaxe mit Fluoriden bei Kindern und Erwachsenen, *Prof. Dr. G. Hetzer*
 14.20 Erfahrungen mit Modellen bewährter Basisprophylaxe und der Betreuung von Kariesrisiko-Kindern, *ZA M. Van Steenkiste, MSc.*
 14.40 Erfahrungen mit einem präventionsorientierten Praxiskonzept bei Kindern und Jugendlichen, *Dr. L. Laurisch*
 15.20 Erfahrungen mit einem präventionsorientierten Praxiskonzept bei Erwachsenen, *Dr. K.D. Bastendorf*
 15.40 Podiumsdiskussion: *Dr. Laurisch, Dr. Willmes, H. Rebscher, B. Wagner*

Kongreßbüro, Frau Kreuser, BMFG, 53108 Bonn, Tel:0228-9411331, Fax-9414922

Im Spannungsfeld zwischen Therapieviefalt und Patientenschutz

Besondere Therapierichtungen

Zum **Ratschlag** hat das **Bündnis 90 / Die Grünen** am 24.01.98 nach Hannover eingeladen und zusätzlich alle Verbände, Initiativen, Gruppen und Betroffenen zur Abgabe schriftlicher Stellungnahmen aufgefordert, um aus einer Meinungsvielfalt herauszufinden, welche historischen und kulturellen Wurzeln die verschiedenen »besonderen Therapierichtungen« haben, welche Erwartungen an sie geknüpft sind, wie Qualitätsstandards zur Wirksamkeit und Unbedenklichkeit gewährleistet werden können und welche Kriterien zur Finanzierung im Solidarsystem angelegt werden können.

Die eingegangenen Stellungnahmen gaben nun keinesfalls die ganze Breite der angesprochenen Verbände wieder (aus dem Bereich Zahnmedizin lag nur die des DAZ vor), auch war nur von einem kleinen Bereich der »besonderen Therapierichtungen« eine schriftliche Stellungnahme gekommen. Die 10 hochqualifizierten Kurzreferate gaben jedoch mit ihren anschließenden Aussprachen einen tiefen Einblick in den aktuellen Stand der Diskussion.

Im Sozialgesetzbuch (SGB V § 2,34) wird vorgegeben, was vom Gesetzgeber unter »besondere Therapierichtungen« verstanden wird: Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie. Dieser Einschränkung wurde in der Veranstaltung nicht gefolgt, auch die Naturheilkunde und Akupunktur gehöre dazu. Wiederholt wurde empfohlen, statt »be-

sondere Therapierichtungen«, die im Wort schon eine Kluft zur »Schulmedizin« bringt, »Komplementärmedizin (KM)« zu sagen, denn sie bietet eine vielfältige Ergänzung im Therapiespektrum.

Christoph Kranich von der Verbraucherzentrale Hamburg sprach zum Spannungsfeld zwischen Therapieviefalt und Patientenschutz, daß einerseits die alternative, sanfte Medizin gesucht wird, diese Medizin aber ihre Berechtigung erst beweisen muß - und dies sei mit den naturwissenschaftlich festgelegten Beweiswegen der Schulmedizin kaum möglich, »echte Forscherhaltung« sei gefragt. Vera Herbst (Pharmazeutin und Autorin) berichtet über die zahllosen Leserbriefe, die sie nach der Veröffentlichung des Buches »die andere Medizin« (eine kritische Auseinandersetzung mit den einzelnen Verfahren der Komplementärmedizin) bekommen hat. Die Verbraucher wollen einfache Entscheidungshilfe: Hilft es mir? Andererseits wollen sie Schutz, direkte Verteidigung bei Mißerfolgen. Immer wieder wird deutlich: Wer ganzheitlich sagt, meint schnell, einfach und nebenwirkungsfrei. Die meisten Briefe teilen ihre kritischen Stellungnahmen - mit Ausnahme des Verfahrens, dem die SchreiberInnen sich ggf. selbst (mit Erfolg) unterzogen haben.

Die Arzneimittelsicherheit und Qualitätsstandards wurden von Prof. Dr. E. Ernst vom (weltweit einzigen) Department of

Complementary Medicine, University of Exeter in einem Statement ausführlich besprochen: Selbst Sceptiker sind beeindruckt von der hohen Prävalenz der KM, in Deutschland verwenden 75% der Gesamtbevölkerung eine oder mehrere Formen der KM. »Diese Popularität beinhaltet u.a. eine unmißverständliche Kritik an der heutigen Schulmedizin und wirft fundamentale Fragen auf.« Die Effektivität der KM ist für die Anwender selbstverständlich und nachgewiesen durch die hohe Zufriedenheit der Patienten - Kritiker hingegen sehen diese als Folge von Selbstheilung oder unspezifischen (Placebo) Effekten. Gut angelegte (randomisierte) Studien sind der sicherste Weg, zwischen spezifischen und unspezifischen Effekten zu differenzieren. Diese sind im Bereich der KM zwar schwierig durchzuführen, aber doch möglich. Es fällt auf, daß es erst wenige Studien gibt- und dann sind sie noch widersprüchlich. Es bedarf, wie in der Medizin üblich, einer Analyse aller Studien, der Megastudie, die dann auch eine Schlußfolgerung zuläßt, z. B.:

Akupunktur: Die Effektivität von Akupunktur zur Schmerzbehandlung konnte noch nicht abschließend demonstriert werden

Homöopathie: Wir fanden unzureichende Beweise, daß die Homöopathie wirkungsvoll ist für irgendeinen klinischen Befund

Irisdiagnostik: Die Validität ist widerlegt

Akupressur: Hilft gegen Übelkeit

Auch zum Begriff »sanft« nahm E. Ernst Stellung: Entscheidend ist das Verhältnis Nutzen zum Risiko und da der Nutzen der meisten (»sanften«) KM nicht ausreichend bekannt ist, macht der Vergleich mit den Nebenwirkungen der Schulmedizin wenig Sinn. Weiter zu diesen Sicherheitsfragen: »In den Händen eines inkompetenten Behandlers kann eine völlig sichere Methode zur Gefahr werden. ..Das beste Mittel gegen Inkompetenz ist eine gute Ausbildung. In der KM ist sie jedoch nicht in allen Bereichen garantiert - man denke nur an Deutschlands Heilpraktiker«.

Dazu - oder dagegen paßt eine Forderung aus dem Statement des »Dachverband Geistiges Heilen e.V.: »Das Heilpraktikergesetz ist für die besonderen Therapierichtungen mit einer erleichterten Prüfung zu versehen, wenn der Therapeut nur zur Ergänzung und nicht als Ersatz für den Arzt handelt.«

Prof. Gaus von der Uni Ulm trug sehr farbig die Möglichkeit auch randomisierter Studien in der KM als Black-Box vor: Man registriert genau, was oben hineinkommt und untersucht genau, was unten als Ergebnis herauskommt. In seine reinen statistischen Untersuchungen geht also nicht ein, auf welchem Weg etwas wirkt sondern ergebnisorientiert nur, ob und wie etwas wirkt. Dies sei zwar bei den kleinen Heilungsschritten oder der geringen Signifikanz in der KM sehr aufwendig (große Stichproben) aber möglich. Auf eine zweifelnde Zwischenfrage: »Natürlich geht medizinischer Sachverstand in die Studie ein.«

Dr. K.Keller vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Berlin

ging folgend auf die Zulassung von Arzneimitteln ein. Seit 1976 wurden auf Grundlage des Arzneimittelgesetzes Sachverständigen-Kommissionen eingerichtet, die insbesondere zur Qualität, Unbedenklichkeit und Wirksamkeit von Arzneimitteln der EM Stellung nehmen. Die Entscheidung auf Registrierung bzw. Zulassung wird dann aber nicht von dieser Kommission sondern von dem schulmedizinisch orientierten Bundesinstitut für Arzneimittel getroffen. Mit dieser Regelung, zu der auch ein definiertes Berufungsverfahren gehört (der zuständige Bundesminister beruft die Kommissionen auf Vorschlag der jeweiligen Fachkreise) wird bei Vermeidung der Gefahr von Scharlatanerie im Prinzip sichergestellt, daß das Selbstverständnis und die Eigenerfahrung der jeweiligen Therapierichtung zum Zuge kommen kann.*). Ausführlich wurde auch die Problematik der Beweislastumkehr (d.h. der Antragsteller muß die Beweise zur Qualität, Unbedenklichkeit und Wirksamkeit erbringen) besprochen, die besonders schwierig sei bei Kombinationsarzneimitteln sowie die Problematik der Nachzulassung von sogenannten Altarzneimitteln, die vor dem 1.1.78 auf dem Markt waren. Darauf will ich hier nicht näher eingehen, nur noch die Zweifel aus dem Statement der Chinesischen Naturheilkunde Akademie erwähnen: Diese Nachzulassungsmöglichkeit gilt nicht für Erfahrungen anderer (als deut-

scher) Kulturkreise, z.B. der **Jahrtausende alten traditionellen Chinesischen Medizin**: »Das kann doch so nicht sein??« Doch.

Im letzten Rednerkomplex kamen die Krankenkassen zu Wort, was leider etwas zur Werbekampagne abdriftete: Stellte Dr. H. Schulte-Sasse vom AOK Bundesverband noch in seinem sehr schönen Referat die Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen sowie seine aktiven Tätigkeiten im Spitzenverband dar, so zeigte Dr. B.Metzinger vom IKK-Bundesverband erste Ergebnisse aus einem Modellversuch KM (Akupunktur und Homöopathie) auf Krankenversicherungskarte, ausgewertet von der Uni Freiburg: nur 16% der Patienten wollen ausschließlich schulmedizinisch behandelt werden, 48% fühlen sich durch KM besser, 36% sehr viel besser behandelt. Beteiligt an der Untersuchung waren 883 Ärzte und fast 4000 Patienten. Th. Martens von der Securvita-BKK bietet seinen Mitgliedern noch viel mehr: Sie können sich aus einem umfangreichen Katalog der KM frei bedienen, der Behandler muß nur Kassenarzt sein und der Patient die Kostenerstattung wählen. Nach einer Leistungsauswertung lag die Securvita-BKK 1997 (dennoch oder deshalb?) 34,18% unter den Durchschnittskosten aller GKV-Kassen pro Mitglied und konnten deshalb für 1998 die Beiträge um 0.65% senken. Dr. Schulte-Sasse widersprach diesen in seinen Augen reinen Marketing-Aussagen, denn die Securvita-BKK dürfe auch nur Leistungen anbieten, die nach dem GSG zulässig seien, sie stelle sie nur groß in der Werbung heraus und spreche damit ein bestimmtes Klientel an. Durch das

* zitiert aus dem Statement des Verbandes der gemeinnützigen Krankenhäuser für anthroposophisch erweiterte Medizin e.V.

Rosinenpicken aus dem Patientenpool sind ihre Leistungen und Beiträge niedrig und bei der Kostenerstattung die Erstattungsbeträge außerdem gedeckelt.

In der abschließenden vorläufigen Schlußfolgerung faßte F.König von der LAG Gesundheit Niedersachsen zusammen, daß nun **alle**, also komplementär- und schulmedizinische Verfahren durch ein Sieb geschüttelt werden und (wie bei der Arzneimittelzulassung) ideologiefrei ihre Eignung beweisen müssen, um in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen aufgenommen zu werden bzw. bleiben zu können.

Da lagen wir doch mit unseren DAZ-Forderungen im Statement zu dieser Veranstaltung genau richtig:

»Der DAZ beobachtet mit Interesse und kritischer Toleranz die Entwicklung unterschiedlicher Richtungen und Spezialisierungen in der Zahnheilkunde. Er plädiert dafür,

- diese neuen Richtungen wie auch die Schul-Zahnmedizin an der Meßlatte wissenschaftlicher Überprüfbarkeit- und praktischer Bewährung zu messen

- die Orientierung an der medizinischen Indikation als Hauptrichtschnur unbedingt beizuhalten

- Gebührenordnungen und Zuschußregelungen so zu gestalten, daß sie Anreiz für Prävention, Qualität und Eigenaktivitäten von Patienten beinhalten

- durch Qualitätssicherungsverfahren und Patientenberatung dafür zu sorgen, daß die kommerziellen und sonstigen Eigeninteressen der am Leistungsgeschehen Beteiligten auf jeden Fall dem Ziel der Zahnmedizin untergeordnet werden, dem Ziel: (orale) Gesundheit zu fördern. »

Dr. U. Happ

Neue Fluorid Dosierungen

Die American Dental Association, die American Academy of Pediatric Dentistry und die American Academy of Pediatrics haben sich auf die folgenden Dosierungen zur Fluorid-Phosphylaxe geeinigt:

Fluoridkonzentration des Trinkwassers	weniger als 0,3 ppm F	0,3-0,6 ppm F	mehr als 0,6 ppm F
Alter			
Geburt - 6 Monate	Null	Null	Null
6 Monate - 3 Jahre	0,25 mg	Null	Null
3 Jahre - 6 Jahre	0,50 mg	0,25 mg	Null
6 Jahre - 16 Jahre	1,0 mg	0,50 mg	Null

Dies bedeutet eine Verringerung gegenüber den vorher empfohlenen Werten und eine Erhöhung des Alters, in dem die Fluorid-Phosphylaxe beendet werden kann.

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.

Verstärkter Trend zu fluoridiertem Speisesalz

Über die Arbeitstagung des BdZÖG am 13. Februar 1998 in Kassel

Die Arbeitstagung des Bundesverbandes der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BdZÖG) stand ganz im Zeichen der Prophylaxe. Betont wurde in diesem Zusammenhang vor allem die Notwendigkeit der Fluoridierung und die Wirksamkeit der Fluoride. Dies gilt auch für die Speisesalzfluoridierung, die durchweg positiv beurteilt wurde.

Gefordert wurde von einzelnen Referenten und Teilnehmern u. a. eine Verwendung von fluoridiertem Jodsalz in der Gemeinschaftsverpflegung und im Lebensmittelgewerbe sowie in der Lebensmittelindustrie, eine staatliche Subventionierung von Jodsalz bzw. eine Höherbesteuerung von nicht-fluoridiertem Salz. Alle diese Forderungen wurden jedoch vom anwesenden Vertreter des Bundesministeriums als nicht realisierbar abgewiesen. Allerdings könnte eine Zulassung in Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung längerfristig möglich sein. Diesbezüglich soll es im März ein weiteres Gespräch im Bundesgesundheitsministerium geben.

In der Diskussion der Vorträge wurden u. a. folgende Forderungen bzw. Empfehlungen ausgesprochen:

- Zahnmediziner beobachten in den letzten Jahren einen rückläufigen Trend bei der Tablettenfluoridierung und einen verstärkten Trend zur systemischen Fluoridierung über Speisesalz. Dieser Trend dürfte sich in den nächsten Jahren verstärkt fortsetzen, zumal er sehr stark von den skandinavischen Ländern geprägt wird. Dort kommt der Tablettenfluoridierung immer weniger Bedeutung zu.

- Die Salzhersteller sollten prüfen, inwieweit auf Fluorsalz/Haushaltspackungen noch positivere Aussagen zur Wirksamkeit von fluoridiertem Speisesalz bei der Kariesvorbeugung zulässig sind, um so direkt auf dem Produkt Überzeugungsarbeit beim Verbraucher zu leisten.

- Die Bezeichnung "Fluor" statt "Fluoride" stößt in der Praxis immer häufiger auf Ablehnung. Es wurde deshalb erneut gefordert, in Zukunft auf den Haushaltspackungen die Bezeichnung Fluoride zu verwenden.

- Es sollten preisliche Anreize geschaffen werden, daß Verbraucher verstärkt zu fluoridiertem Jodsalz greifen, z.B. indem fluoridiertes Jodsalz billiger angeboten wird und nichtjodiertes und -fluoridiertes dafür wesentlich teurer.

- Hersteller sollten prüfen, inwieweit das Verbraucherverhalten in bezug auf die Packungsgröße einen Einfluß auf das Kaufverhalten hat. So wäre zu überlegen, ob normales Speisesalz nicht ausschließlich nur noch in 1 kg Packungen angeboten werden sollte und jodiertes bzw. jodiertes und fluoridiertes weiterhin in 500g-Packungen. Dies hätte eventuell einen ähnlichen Effekt wie 1992/93 in der Schweiz zur Folge.

- Seitens der Spitzenverbände der Krankenkassen würden verstärkte werbliche Aktivitäten für fluoridiertes Salz durch die Hersteller sehr begrüßt. Dies wäre wirkungsvoller als die Aufklärungsarbeit allein Fachinstitutionen und Prophylaxehelferinnen zu überlassen.

- Verstärkte werbliche Aktivitäten für fluoridiertes Speisesalz werden besonders zum jährlich am 25.9. stattfindenden "Tag der Zahngesundheit" erwartet. Hier sollten Aktionen zusammen mit Kaufhäusern und dem Handel durchgeführt werden, um Produkte, die der Zahngesundheit dienen, an diesem Aktionstag besonders intensiv zu bewerben.

IfK

Hypnose - eine Bereicherung für die Praxis?

Dr. R. Lehnen, niedergelassener Zahnarzt in Daun/Eifel, hielt am 10.1.1998 in Oldenburg beim AZFO (Arbeitskreis für zahnärztliche Fortbildung in Oldenburg) einen spannenden Workshop zum Thema »Hypnose in der Zahnarztpraxis« ab.

Der Kollege, der sich schon seit mehr als 15 Jahren mit Hypnose beschäftigt, setzt in seiner Praxis auf Wunsch und Nachfrage von Seiten der Patienten die Hypnose in der zahnärztlichen Therapie mit Erfolg ein. Vor allem unkooperative, ängstliche Patienten, die eine Behandlung meist nur »verkrampft überstehen«, profitieren von dieser Fähigkeit des Behandlers, nicht nur seinen Patienten, sondern auch sich selbst zu entspannen, denn oft ist unsere Reaktion auf diese Patienten innere Anspannung und Streß.

Mit der (indirekten) Hypnose wird der Patient über verbale und nonverbale Kommunikation dazu veranlaßt, über Entspannung in Trance zu gehen. Um dies zu erreichen, muß zunächst die Umgebung eine ruhige, entspannte Praxisatmosphäre (angenehme Gerüche, Farben!) ermöglichen. Das bedeutet auch dezente, harmonische Musik im Hintergrund (z.B. spezielle Musik für Hypnose oder Meditation, auf keinen Fall Vokalmusik oder Evergreens) und daß kein Telefongespräch oder eine weitere Mitarbeiterin die Behandlung störend unterbricht.

Dr. Lehnen berichtete von eigenen Erfahrungen über Hypnosesitzungen zum

Ende eines Behandlungstages, weil der Behandler dann erstens nicht unter Zeitdruck steht und zweitens nachweislich die beste Tageszeit zum Entspannen die zweite Tageshälfte (zwischen 16.00 und 20.00 Uhr) ist. Eine, wenn nicht die wichtigste Voraussetzung für das gelungene Umsetzen der Hypnosetechniken ist natürlich die Glaubwürdigkeit und Überzeugungskraft des Behandlers!

Ziel ist ein Trancezustand bei den Patienten, der die mentale und körperliche Befindlichkeit beeinflusst und verändert. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, daß in Trance und Hypnose Unwillkürliches beeinflussbar wird. Meßbare physiologische Veränderungen sind u.a. eine Minderung des Stoffwechselumsatzes, erniedrigter Blutdruck und Puls sowie eine reduzierte Atemfrequenz, ein Anstieg der Endorphine und das Auftreten von Alpha-Wellen im EEG, wobei der Alpha-Zustand ein sehr gesunder Bewußtseinszustand mit ganzheitlich-kreativem Denken und erhöhter innerer Wahrnehmung ist. Die Hypnose ist deshalb auch ein Zustand der Erholung für den Körper und die Sinne, was viele Patienten bestätigen, die schon einmal eine Hypnosesitzung erlebt haben. Auftretende Magen- und Darmgeräusche sind daher für den Therapeuten ein Zeichen der Entspannung der glatten Muskulatur. Außenreize werden in Trance schwächer wahrgenommen (sind unwichtig), ein anderes Körpergefühl tritt auf (Leichtigkeit, Gelassenheit). Die nach innen gerichtete Aufmerksamkeit ist dafür umso stärker, und Suggeste-

riertes wird sehr lebendig erlebt.

Ob der Patient die Suggestion überhaupt zuläßt, ist immer abhängig vom therapeutischen Kontext. Das bedeutet, daß der Behandler am besten schon in der Anamnese oder in Vorgesprächen vom Patienten Informationen erfragen sollte, die er in seine Suggestionen mit aufnehmen kann. Eine große Suggestionskraft besitzt natürlich die Stimme des Therapeuten, die günstigerweise tief und ruhig sein soll, da bei einer hohen, schrillen Stimme mit hohem Sprechtempo leicht abgeschaltet wird und kein Rapport zwischen Behandler und Patient mehr gehalten werden kann. Unter Rapport versteht man alle Maßnahmen des Behandlers, einen guten Kontakt zum Patienten herzustellen, den Patienten da abzuholen, wo er sich befindet (siehe auch NLP), Verständnis zu zeigen sowie verbal und nonverbal eine positive Beziehung herzustellen, aber auch, den Patienten bereit zu machen, sich einzulassen.

Mit dem Pacing, dem zweiten Schritt, wird das Vertrauen hergestellt, indem man den Patienten körpersprachlich »kopiert«, z.B. mit der Technik des Atempacing (Versuch, die Atemfrequenz von Behandler und Patient zu synchronisieren).

Das Unterbewußtsein speichert nämlich »Gleiches« oder »Ähnliches« als ungefährlich ab. In Hypnose ist es durch bildhafte Suggestionen und den Einsatz von Metaphern besonders gut möglich, das Unterbewußtsein anzusprechen. Es ist ständig bestrebt, bildhafte Vorstellungen auszuführen und zu verwirklichen.

Vor allem kennt es keine Negation, so daß der Hypnotherapeut nur positive Formulierungen verwenden darf (lat. „suggere“ = eingeben, anraten, unterschieben). Die Hypnose ist eine Methode, den Patienten maximal für positive Suggestionen zu öffnen, was unter dem dritten Schritt während der Hypnose, dem Leading, verstanden wird: das Führen des Patienten in die gewünschte Richtung (z.B. reduzierte Schmerz Wahrnehmung während der zahnärztlichen Behandlung).

Weil landläufig immer noch viele Vorurteile gegen die Hypnose bestehen, gibt Kollege Lehnen seinen Patienten zum Verständnis ein gutes Bild: Die Hypnosesitzung ist wie eine Stunde in der Fahrschule, der Patient ist der Fahrschüler und der Arzt der Fahrlehrer, der den Fahrschüler führt. Der Patient fährt aber selber und hat die Kontrolle über das Fahrzeug.

In einem offenen Gespräch sollte der Patient vor der Hypnosesitzung darüber aufgeklärt werden, daß er sich nicht ausgeliefert fühlen muß, Hypnotisierbarkeit nichts mit Leichtgläubigkeit zu tun hat, normal intelligente und phantasiebegabte Menschen sich gut hypnotisieren lassen, die Hypnose kein Schlaf, sondern ein Zustand angenehmer Entspannung zwischen Wachen und Schlafen ist und last but not least Hypnose kein Allheil- oder Wundermittel ist.

Nach einem Vormittag angefüllt mit Theorie und einem spannenden, praktischen Teil am Nachmittag, bei dem die Fortbildungsteilnehmer sich gegenseitig in eine Art Trancezustand versetzten,

folgten vom Kursleiter abschließend noch Tips zur Musikauswahl, zur Abrechnung über GOZ und Vorschläge zur ein- und weiterführenden Literatur.

Der Übungsteil mit seinen überraschenden Ergebnissen hat bei mir den Ausschlag gegeben, mich bei der Deutschen Gesellschaft für Hypnose (DGH) in Coesfeld über weitere Kurse zu informieren. Ich denke, Hypnose, richtig eingesetzt, kann eine echte Bereicherung für die Praxis sein, vor allem in der Kinderbehandlung und bei ängstlichen Patienten!

Silke Lange, Oldenburg

Individuelle Mehrwegbecher

Die Firma Kampen in Elmshorn bietet Mehrwegbecher aus PP*-Kunststoff für die Gastronomie, Diskotheken und Großveranstaltungen (Musik, Sport, Straßenfeste) an, die sich durch ihre Qualität und den speziellen Service auch sehr gut zur Verwendung als Mund-Spülbecher in der zahnärztlichen Praxis einsetzen lassen:

*Die Becher sind sehr stabil, so daß sie immer wieder eingesetzt werden können.

*Die Becher sind milchig-opak, so daß sie zum Praxisedesign passen (es sind auch farbige Becher erhältlich).

* Die Becher haben eine sympatische Form und Größe (0.21), so daß sie sehr standfest sind und angenehm in der Hand liegen. Außerdem sind sie stapelbar und passen in unsere üblichen Becherspender.

* Die Becher sind hygienisch einwandfrei, da sie sich in der Spülmaschine, sogar im Thermodesinfektor bei 85°C waschen und bei 107°C trocknen lassen (bei einem Daueraufenthalt von einem Monat überstand ein Musterbecher alle anfallenden Desinfektionszyklen ohne sichtbaren Schaden!).

* Die Becher können von der Firma nach Gebrauch zurückgenommen und gerei-

*PP = Poly-Propylene

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. Forscher,

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

nigt und sterilisiert zurückgebracht werden. Dafür werden geeignete Mehrweg-Stapelboxen geliefert.

* Sollten einzelne Becher diese Prozeduren nicht überstehen oder aus anderen Gründen zerstört werden, so werden sie von der Firma vergütet und recycelt.



Also ein im Sinne des Umweltschutzes sehr sinnvolles und deshalb voll zu unterstützendes Angebot. Für meine Praxis habe ich noch etwas mehr daraus gemacht: Ich habe sie mit meiner Visitenkarte bedrucken lassen. Nun werden sie den Kindern als Zahnputzbecher (siehe Abbildung) mitgegeben wobei manches »Kind« schon erwachsen ist - d.h. jede Patientin und jeder Patient darf sie nach der Behandlung zur häuslichen Anwendung mitnehmen. Das freut den Hersteller, aber auch ich verspreche mir

davon einiges: Einmal kann er zu einer gewissen Image Pflege bzw. Praxisbindung führen, dann wird er unauffällig beim Zähneputzen an die regelmäßig notwendigen Zahnarztbesuche erinnern, aber besonders wird er m.E. den Patienten immer wieder daran erinnern, was der Zahnarzt (bzw. ZMF) ihm zu seiner individuell notwendigen Zahn- und Mundpflege gesagt hat. Diese Funktion kann kein Merkzettel, kein Aufkleber oder übliche »Werbe«-Becher erfüllen.

Und was kostet dieser individuelle Praxiservice ?

Wenig. Der Becher kostet ca. 0,60 DM der Aufdruck nochmals ca. 0,20 DM der Reinigungsservice ca. 0,06 bis 0,08 DM je nach Menge. Und für jeden in der Praxis zerstörten Becher gibt es 0,10 DM Vergütung bei der nächsten Lieferung.

Genauere Angebote sind bei der Firma Kampen GmbH, Fritz-Strassmann-Str. 3, 25337 Elmshorn zu erfragen. Die Firma ist auch unter Telefon (04121-43 63 0) oder Telefax (04121- 43 63 63) zu erreichen.

*Dr. Ulrich Happ
Hamburg*

**Nächster Redaktionsschluß:
16. März 1998**

Zahnmedizinische Qualität.

Die beste Empfehlung zur Karies- und Parodontal-Prophylaxe



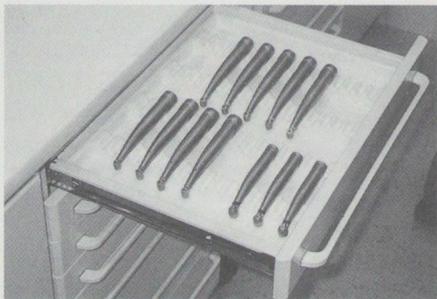
Medizinische Mund- und Zahnpflege
aus der **elmex** Forschung

Wybert GmbH • 79539 Lörrach • Berner Weg 7

SIRONA - HYGIENE - CENTER

Organisatorisches und Kalkulatorisches -Erkenntnisse nach 9 Monaten Betrieb

Zuerst hatten wir über einige Monate Strichlisten geführt, wie oft wir während eines Tages Turbine, rotes oder blaues Winkelstück benutzen. Da unsere Praxis ausschließlich über ein Behandlungszimmer verfügt, war es nach dieser Er-



hebung ratsam, einige Übertragungsinstrumente zusätzlich anzuschaffen, wenn wir eine »Aufbereitungshektik« vermeiden wollten. (In einer Mehrzimmerpraxis dürfte eine geringerer Ausstattung pro Behandlungsplatz ausreichen). Wir arbeiten mit 3 »Systemkassetten A«, die jeweils 4 Übertragungsinstrumente aufnehmen. Selbst wenn wir vom geplanten 30- Minuten-Takt in der Patientenbestellung abweichen müssen - wer kennt sie nicht, die Tage, an welchen man von außerplanmäßigen Schmerzfällen »erschlagen« wird - es hat sich gezeigt, daß wir bisher noch nicht in Aufbereitungsengepässe geraten sind.

Es mag dennoch erschrecken, wenn ich zu großzügiger Anschaffung von mehreren Übertragungsinstrumenten rate. Ich sehe darin lediglich vorgezogene Investitionen: 3 Übertragungsinstrumente - wechselweise betrieben und im HYGIENE CENTER aufbreitet - haben mindestens die dreifache Haltbarkeit im Vergleich zu einem einzigen Instrument im Dauerbetrieb.

Besonders vorteilhaft wirkt sich m.E. die präzise Dosierung des Pflegekonzentrats aus: Nach der inneren Reinigung werden bei jedem Aufbereitungszyklus - also nach jeder Behandlung!- Lager und Antriebe geölt.

Standzeiten und Haltbarkeit der Übertragungsinstrumente sind folglich nahezu »zwangsweise« enorm erhöht!

Mit dem Druck auf die Starttaste ist die Mitarbeiterin von sämtlichen Aufbereitungsmaßnahmen befreit; hier beginnen kalkulatorische Gesichtspunkte. Immerhin kostet das SIRONA HYGIENE CENTER DM 13.500 + MwSt. Ich halte dagegen die Kosten für einen Schnellsterilisator (z.B. STATIM 2000S: DM 5480 + MwSt.) und ein Pflegegerät (z.B. ASSISTINA 301 PLUS: DM 2.035 + MwSt. + Pflegeset).

Dazu muß man jedoch auch noch den Arbeitsaufwand für die Mitarbeiterin kalkulieren: Was beim HYGIENE CENTER mit einem vollautomatischen Vorgang für 4 Übertragungsinstrumente erledigt ist,

dauert anders bisweilen 10 Minuten: 4x äußere Reinigung von Hand, 4x Pflege ggfs im Pflegegerät, schließlich Beschicken des Schnellsterilisators. 10 Minuten Entlastung für die Mitarbeiterin - pro Patient! - zahlen sich aus. Man halte sich spekulativ die Lohnkosten für diese gewonnenen 10 Minuten vor Augen! So betrachtet ist es nicht übertrieben, wenn sich schon nach 120 Arbeitstagen das SIRONA HYGIENE CENTER amortisiert hat (die dann nicht mehr nötige Investition für Schnellsterilisator und Pflegegerät mit eingerechnet). Die Pflegeölkartusche (Kosten: DM 89,- + MwSt) für das HYGIENE CENTER enthält 200ml Konzentrat; es reicht für 4000 Aufbereitungen eines Übertragungsinstrumentes. Man vergleiche, wieviele Dosen Pflegeöl für andere Verfahren nötig sind, die



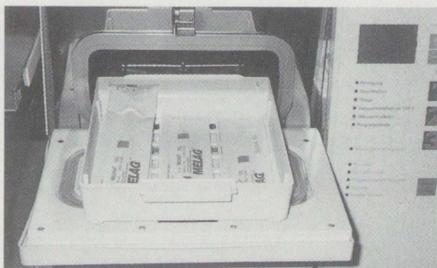
Automatischer Ablauf:

- äußere und innere Reinigung der Übertragungsinstrumente
- Thermo-desinfektion
- Pflege (desiertes Ölen)
- Vakuumsterilisation
- Vortrocknung und Abkühlen

nicht präzise dosiert werden können... Für den Sterilisationsvorgang verbrauchen wir ca. 10 Ltr demineralisiertes Wasser in einem Zeitraum von etwa 2-3 Wochen.

Das SIRONA HYGIENE CENTER ist in gleicher Weise für die Aufbereitung von Übertragungsinstrumenten anderer Hersteller geeignet (KaVo, W+H, Micro Mega usw.). Für die »Systemkassette A« sind die entsprechenden Adapter erhältlich. Diese Systemkassette ist gleichwohl als schützendes Transportbehältnis gedacht wie auch als stapelbarer Container zur Bereitstellung aufbereiteter Übertragungsinstrumente im Behandlungszimmer.

Mit der »Systemkassette B« ist das HYGIENE CENTER ein Vacuum-Schnellsterilisator. Es kann ein Sterilisationspro-



gramm für unverpackte Einzelinstrumente gewählt werden sowie eines für Instrumente in sog. Einfachsterilverpackung.

Fazit: Unsere Erfahrungen mit dem SIRONA HYGIENE CENTER sind ausgezeichnet. Für dieses Gerät erteile ich ohne Einschränkung das Prädikat »sehr empfehlenswert«.

.....übrigens: Wer sich's vor Ort gerne anschauen möchte herzliche Einladung dazu nach Mainz in die Betzelsstraße 27!

Andreas Vahlenkamp

Dichtung und Wahrheit: Sozialtarife im Vergleich - USA und Deutschland

In jüngster Zeit ist wieder einmal durch die Medienlandschaft begeistert, um wieviel preiswerter Zahnbehandlung im Ausland angeboten wird. In der folgenden Tabelle zeigen wir, wie zahnmedizinische Einzelleistungen in New York im Jahre 1994 von MEDICAID (der Sozialhilfe vergleichbare öffentliche Organisation) maximal honoriert wurden. Die Dollartarife wurden mit dem Dollarkurs von 1994 multipliziert. Daneben stehen Punkte und DM-Wert vergleichbarer BEMA-Leistungen multipliziert mit dem damaligen Punktwert. Die Tabelle ist bei Compuserve, Medsig-Forum in der Bibliothek für Dentales zu finden.

USA-Leistungen	entspricht	DM	Punkte	BRD
Eingehende Untersuchung	O1	36,40	13	19,63 DM
Zahnaufnahme (apikal)	Rö2	20,79	8	12,08 DM
Bißflügelaufnahme (zwei)	Rö2	30,26	8	12,08 DM
Prophylaxe Erwachsene	ZSt (?)	63,78	18	27,18 DM
Prophylaxe Kinder unter 12 mit Fluorid	IP4	68,27	12	18,12 DM
AM-Fllg. einf. Milchzahn	F1	56,42	20	30,20 DM
AM-Fllg. mehrfl. Milchzahn	F3	94,68	47	70,97 DM
AM-Fllg. einf. Erwachsene	F1	65,21	20	30,20 DM
AM-Fllg. mehrfl. Erwachsene	F3	109,32	47	70,97 DM
Frontzahnflg. einf. (Composite)	F1	93,04	20	30,20 DM
Frontzahnflg. zweifl. (Composite)	F2	146,85	28	42,28 DM
MK-Krone	20b	591,05	150+ DM 118,95	345,45 DM
Vollgußkrone NE	20a	577,61	110+ DM 113	279,10 DM
Krone wiederbef.	24a	58,42	16	24,16 DM
Konfektionskrone Milchzahn	14	130,65	50	75,50 DM
parapulp. Stifte je Stift	16	46,18	20	30,20 DM
Wurzelbehandlung Frontzahn	VitE+WK+WF	323,02	65	98,15 DM
Wurzelbehandlung Molar	(VitE+WK+WF)x3	495,97	195	294,45 DM
Totalprothese	97a+97b+98b+98c	720,76	680	1.026,80 DM
SM-Guß Prothese	96b+98g+98h/2	734,38	290	437,90
Wiedereinfügen Zahn in Prothese	100a	84,88	30+ DM 36,60	81,90 DM
Indirekte Unterf. OK-Totale	100f	235,96	70+ DM 108,50	214,20 DM
unkomplizierte Extraktion	X1, X2	73,20	12,5	18,88 DM
chirurg. Extraktion	X3	132,70	35	52,85 DM
Extraktion voll impakt. Zahn	Ost2	293,57	78	117,78 DM

DAZ-interne Kommunikation

Wenn man nur die coole Selbstverständlichkeit besäße, mit der unsere Kinder mit Computern umgehen! Die Erwachsenenwelt hat eine Meinung zur EDV, die Kids benutzen sie einfach.

In den meisten Zahnarztpraxen steht ein Computer. Nein, nicht in allen, auch die Datenträgerabrechnung hat noch Widerstandsnester hinterlassen. Das heißt was! Ich habe versucht, mir die Handlungsanweisungen für die Abrechnung 'zu Fuß' nur mal durchzulesen - der Masochismus derer, die auch noch danach handeln, sprengt meine Vorstellungskraft!

Und nun soll ich, kurz und klar, über EDV-gestützte Kommunikation berichten? Hl. Konrad (Zuse) steh' mir bei!

Voraussetzungen

Man braucht einen Computer.

Am besten nicht den Praxiscomputer, denn auf dem sollten nur Daten und Programme liegen, die unmittelbar mit unserer Berufstätigkeit zu tun haben. Warum? Wenn man etwas Neues lernt, macht man Fehler, manchmal auch gravierende. Man soll an einer Tankstelle auch kein ganz kleines Zündholz anzünden. Wann haben Sie Ihre letzte Datensicherung gemacht? Haben Sie schon mal Ihren Computer ausgeschaltet, weil sich 5 Minuten lang auf dem Bildschirm nichts, oder nur Rätselhaftes tat? Wollen Sie so etwas erleben, während Ihr Rechner aus irgendwelchen Gründen gerade alle Patientendaten umschauelt?

Für die Wissenden: Natürlich ist WIN95

(fast) ein Multitasking-System. Sagt Bill Gates. Aber so multi ist das tasking auch nicht, wenn lausige 16MB unter einer Datenbankanwendung ächzen.

Was für einen Computer?

Da gibt es -eh- verschiedene Möglichkeiten. Zum Verschicken von elektronischer Post -und darum geht es zunächst hier- reicht der alte 486iger, den man nach dem Erwerb des tollen Bildverarbeitungssystems verkaufen wollte, und den man nicht losgekriegt hat. (Für die Apple-Gläubigen: Von Eurer Welt versteh' ich nichts). Nach oben gibt es keine Grenzen. Den noch älteren 386er sollte man doch lieber nicht in Erwägung ziehen. Ob 'Desk-Top', 'Mini-Tower', oder 'Tower' ist vor allem eine Platzfrage. Je größer, desto erweiterungsfähig und meistens thermisch gesünder.

Weitere Hardware-Erwägungen

Kernspeicher (RAM)

Aus Prinzip und weil es nur peanuts kostet: Weniger als 16MB Speicher sind Unsinn. Die meisten fahren schon WIN 95, oder werden darauf übergehen, wenn die Freaks sich gerade als Versuchskarnickel für WIN 98 hergeben. Weil neben dem speicherfressenden Betriebssystem noch ein bißchen Programm und vielleicht ein paar Daten Platz brauchen, ist es kein rasender Luxus, wenn man auf 32 MB schießt - muß aber nicht. *Lieber 32MB auf einem 486, als 12 auf einem Pentium 200.*

Massenspeicher (Festplatte)

Die Festplatte hat 1,2 GB Platz oder mehr. Warum? Weil die großen Platten auch die schnellen sind, weil keiner Geduld hat, und weil jede Platte zu früh überläuft. *Die teuren und komplizierten SCSI-Platten müssen Sie nicht haben.*

Monitor

Big is beautiful! Big heißt nicht 14' (Bildschirmdiagonale in Zoll)! Big heißt 15' oder besser 17'. Beneidenswert, wer noch den Platz und das Geld für 21' hat. Ich würde mein Geld lieber in Qualität bei einem 17er stecken. Die kosten zwischen 900 und 1200 Mark.

Überraschung für Kenner: Computer-Bild kostet DM 2,50 und bringt jede Menge Testergebnisse.

Bisher haben wir einen stummen Computer. Nein, ich meine nicht die fehlenden Lautsprecher des Multi-Media Modells. Die sollten Sie ohnehin lieber weglassen, weil das Finanzamt sonst sagt, daß Sie das mit der beruflichen Nutzung nur behaupten. Ich meine die Kommunikationsfähigkeit mit anderen, weit entfernt stehenden Computern.

Hier gibt es wieder verschiedene Möglichkeiten.

Verbindung mit der Außenwelt

Hardware

An der Wand haben Sie eine Telefonsteckdose. Da steckt der Stecker Ihres Telefons oder Ihrer Telefonanlage drin. Wenn Sie einigermaßen modern eingerichtet sind, hat diese Dose noch zwei Löcher frei. Wenn nicht, müssen Sie Entscheidung treffen. Die kommen wei-

ter unten. Damit Ihr Computer mit anderen telefonieren kann, braucht er ein spezielles Kommunikationsmodul. Dies ist entweder ein MODEM, oder eine ISDN-Karte.

Letztere hat nur Sinn, wenn Sie einen ISDN-Anschluß haben. Ich halte das für sinnvoll, aber das kommt auch weiter unten.

Bleiben wir beim MODEM.

Das Telefon dient zur Übermittlung akustischer Signale. Die akustischen Äußerungen, die normalerweise aus Computern kommen, empfinden wir als Geräuschbelastigung (Piepser, die wir meist nicht deuten können, laute Lüfter, sterbende Festplatten). Für das Telefon müssen die lautlosen digitalen Impulse, die ein Rechner erzeugen kann, in Geräusche umgesetzt werden. Das tut das MODEM. Wenn Sie schon mal aus Versehen von einer FAX-Maschine angerufen worden sind, haben Sie diese Geräusche gehört. Ein MODEM versteht diesen Lärm und kann ihn dem Computer übersetzen. MODEMS an jedem Ende der Telefonleitung lassen Computer miteinander reden. Billige MODEMS reden langsam und nuscheln etwas, was zu Rückfragen des anderen führt, teure können es schneller, was zu weniger Telefonkosten führt, wenn das andere MODEM schnell genug hören kann. Ganz teure finden meist keine gleich schnellen Gesprächspartner, reden dann gelangweilt etwas langsamer und sind dann ihre Anschaffungskosten nicht wert. Kurz: Es reicht z. Zt. ein Gerät mit **33,6 K** Übertragungsgeschwindigkeit. Für eMail ist das allemal genug. Preise: zwischen 170 und 350 Mark für gute bis sehr gute. Die MODEMS gibt es als Kästchen zum danebenstellen (extern) oder

als Steckkarte (intern). Ich empfehle ein externes, wenn noch eine serielle Schnittstelle frei ist. Fragen Sie Ihre Fachleute, ob die serielle Schnittstelle Ihres Computers nicht veraltet ist, sonst kommt sie mit einem schnellen Modem nicht mit. Eine UART 1650 muß es schon sein. Achten Sie auch darauf, daß ein gutes (etwas teureres) serielles Kabel (Verbindung zwischen Computer und MODEM) und eine Telefonschnur (Verbindung zwischen MODEM und Wandsteckdose) im Lieferumfang enthalten sind.

Software

Mit dem MODEM kommt meist eine Menge Software. Sie betreibt das MODEM, stellt eine Benutzeroberfläche für den Besuch in Mailboxen zu Verfügung, macht eventuell Ihren Computer zum Anrufbeantworter oder zum FAX. Die Bedienungsanleitungen sind häufig kryptisch und ungenau. Schlecht für Singles, weil die nicht bei Tochter/Sohn nachfragen können. Sie sollten auf jeden Fall die mitgelieferten Programme installieren und ausprobieren. Erst nach einiger Routine sollten Sie sich auf dem Softwaremarkt nach Programmen umsehen, die Ihnen Ihre bevorzugte Anwendung (z.B. Das Erstellen, Versenden, Speichern und Empfangen von FAXen) optimieren. Eines müssen Sie auf jeden Fall tun: Software und Hardware miteinander bekanntmachen. Das heißt, daß Sie in den Einstellungen Ihres Programmes festlegen müssen, welches MODEM Sie verwenden, wie Ihre Telefonnummer ist und auch welche Telefonnummer Ihr MODEM anrufen soll. Nachdem es in diesem ersten Artikel um

eMail geht, wird diese Nummer die eines 'Providers' sein, also jemand, der Ihnen eine 'Mailbox' zur Verfügung stellt. Jetzt kommt's - wie geht das denn mit dieser eMail, was ist eine Mailbox, was ein Provider?

Wenn Sie auf dem Land wohnen und nicht bis 13.30 Uhr auf Ihre Post warten wollen, haben Sie ein Postfach. Dort holen Sie selbst Ihre Post ab und benutzen auch gleich den Briefkasten für die abgehenden Sendungen. Das Postfach stellt Ihnen die Deutsche-Post-AG gegen Gebühr zur Verfügung. Den Briefträger machen Sie selber. Sie haben eine Mailbox beim Provider Deutsche-Post-AG. Wenn Sie sich nicht zum Postamt bequemen wollen, der Geschmack von Briefmarken Ihnen nichts sagt, und die ganze Geschichte Ihnen zu langsam und zu teuer ist, mieten Sie sich ein elektronisches Postfach, schicken Ihre Briefe aus dem Computer und nehmen in Kauf, daß Sie nur an Leute schreiben können, die auch eine eMailadresse haben. Die Mailbox ist dann ein Computer irgendwo und der Provider ist z.B. die Deutsche Telekom über ihre Tochter T-online. Es können auch Firmen sein wie Compuserve, AOL, Metronet und einige hundert andere. Die richten Ihnen gegen eine monatliche Gebühr ein Postfach ein, geben Ihnen eine Adresse und besorgen für Sie den telefonischen Posttransport. Das Porto haben Sie mit der Grundgebühr bezahlt. Persönliche, handgeschriebene Briefe mit dezentem gefüttertem Umschlag gibt es hier nicht. Das ist ein Verlust und wird Ihnen gelegentlich doch wieder den Geschmack von Briefmarken auf der Zunge verschaffen. Dafür geht es in Sekunden - vorausgesetzt der Emp-

fänger schaut nicht erst in zwei Wochen in sein Postfach. Dieses Nachteils muß man sich auch bewußt sein, für den Empfänger ist es manchmal ganz angenehm. Nebenbei stellen die Provider noch einige andere Möglichkeiten zur Verfügung, von denen ich ein andermal berichten werde.

Alle Provider haben eine eigene Zugangssoftware, mit deren Hilfe Sie unter anderem Ihre Postangelegenheiten bewerkstelligen können. Diese Programme kommen heute meist auf CD-ROM ins Haus, die Installation kann gleich klappen, kann aber auch Ihren Rechner komplett lahmlegen. Deshalb sollten nur erfahrene Anwender, für die ich diesen Artikel nicht schreibe, es wagen, die Installation auf dem Praxiscomputer vorzunehmen.

In das eMail-Modul dieses Programmes tippen Sie Ihren Brief, adressieren ihn und schicken ihn ab. Punkt. Wenn Sie eine Zeitlang im Geschäft sind, holen Sie dabei auch Ihre Post ab. Vorher können Sie nur mit 'junk-mail' rechnen, das heißt mit ungewollten Zusendungen, die davon ausgehen, daß Besitzer von eMail-Adressen komplette Idioten und/oder Sexungeheuer sind. Davon auch ein andermal.

Ein konkretes Beispiel für die Erlangung der eMail-fähigkeit:

Sie gehen zum nächsten t-Punkt, oder rufen dort an. Sie erhalten dann die Anmeldeformulare für T-online und eine CD-ROM mit dem Zugangsprogramm. Wenn Sie noch kein MODEM haben, können Sie dort eins kaufen. Wenn Ihre Telefonsteckdose kein freies Loch mehr hat, verkauft man Ihnen dort auch das

passende Teil. Sie melden sich bei T-online an (auch dabei hilft man Ihnen im t-Punkt) und bekommen dann ihre - geheime - persönliche Identifikationsnummer und ein ebenso geheimes PASSWORD. Mit dem verfahren Sie, wie mit der Geheimnummer Ihrer EC-Karte - aufschreiben und sicher verwahren. Wer beides kennt, kann auf Ihre Kosten eine ziemliche Menge Unsinn veranstalten. Das Programm wird Sie auffordern, ihr PASSWORD bei den Grundeinstellungen des Programmes einzugeben. Es ist so geheim, daß bei der Eingabe nur Sternchen auf dem Bildschirm erscheinen, wie am EC-Automaten - es könnte Ihnen ja jemand über die Schulter schauen, oder in Ihrer Abwesenheit Ihr Passwort herausfinden wollen.

T-online stellt Ihnen auf einer CD-ROM die aktuelle Version der Zugangssoftware zur Verfügung. Mit früheren Versionen gab es mächtige Schwierigkeiten, die jetzt aber wohl überwunden sind. Die Installation ist einfach und weitgehend automatisch. Wenn Sie ein MODEM benutzen, empfiehlt sich die automatische Konfiguration.

Zur Benutzung des eMail-Dienstes empfiehlt es sich, Ihre eMail-Adresse, die nur aus Nummern besteht, in eine einprägsamere einzutauschen. Dies nennt man einen Alias. Wie es geht, sagt Ihnen die Online-Hilfe-Funktion, die ich hier zitiere:

eMail-Alias

In eMail von T-online können neben der Kombination aus Teilnehmernummer und Mitbenutzernummer auch Aliase verwendet werden. Pro Teilnehmer bzw. Mitbenutzer kann ein

Alias für die eMail-Adresse in T-online definiert werden.

Sobald ein Alias definiert wurde, kann der eMail-Benutzer anstatt in der Form 022812345678-0001@t-online.de auch über Klaus.Mustermann@t-online.de adressiert werden.

Bevor ein Alias benutzt werden kann, muß es dem eMail-Server bekannt gegeben werden. Zu diesem Zweck wird durch einen Mausklick auf den [Alias]-Button die Alias-Verwaltung aufgerufen.

Die Alias-Verwaltung ist auch unter der Seitennummer *1901468001# erreichbar.

Wenn Sie einmal soweit sind, können Sie weltweit per eMail erreicht werden und auch Post an alle bekannten Adressen versenden. Sie müssen nur noch daran denken, in Ihr Postfach zu schauen.

ISDN

Zum Schluß noch etwas über die Alternative ISDN (Integrated Services Digital Network): Hier ist es möglich, Daten in digitaler Form über Telefonleitungen zu schicken. Alles was Ihr Computer erzeugt, sind digitale Daten. Also Texte, Bilder, Töne, Programme etc. Wenn diese auf einen anderen Computer übertragen werden sollen, wäre es doch einfacher, sie nur irgendwie hinten aus dem eigenen Computer herauszulassen, statt sie erst in Pfeiftöne umzusetzen. Diesen Ausgang bietet Ihnen ein ISDN-Modul, das als Karte eingebaut (die ISDN-Karten sind heute billiger als ein brauchbares MODEM), oder als Kästchen neben den Rechner gestellt wer-

den kann. Vorteil: ISDN bietet eine sehr schnelle und sichere Form der Datenübertragung. Ein Strom von Nullen und Einsen wird auch noch erkannt, wenn die Leitungsqualität schlecht ist, oder wenn ein anderes Gespräch auf der Leitung wäre. Die Datenübertragungsrate liegt bei 64K, also noch mal um ein Stück mehr, als es die schnellsten MODEME schaffen. Mit Tricks läßt sich die Rate sogar verdoppeln. Nachteil: ISDN kostet mehr als analog. Dafür sparen Sie sich die Kosten für einen Zweitanschluß, weil Sie mit einem ISDN-Anschluß drei Telefonnummern bekommen, die für DFÜ (DatenFernÜbertragung) und/oder fürs normale Telefonieren benutzen können. Also z.B.: Auf einer Leitung telefonieren Sie, auf der zweiten kommt ein FAX an, oder Ihre Rezeption vergibt einen Termin, während Sie mit dem Allgemeinmediziner über einen Patienten sprechen, oder das Telefon klingelt (nein es klingelt nicht mehr, es macht irgendeines der unsäglichen Geräusche, die Sie 'frei' wählen können) und Sie sehen auf dem DISPLAY die Nummer des Anrufers. Sie können mit ISDN auch in der Mittagspause die Gespräche nach Hause umleiten, die Sie schon in der Praxis nicht annehmen wollen. Sie können auch vom Computer aus Ihre Kontoauszüge von der Bank holen und Überweisungen vornehmen.

Ich rate Ihnen zu ISDN, wenn Sie den Schritt zur DFÜ gehen wollen, für eMail ist es ideal. Was in der Welt der Netze für Zahnmediziner/innen und normale Menschen sonst noch alles möglich ist, werde ich demnächst im 'forum' berichten.

Dr. Kai Müller

2. Kongreß und Ausstellung Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen?

Finanzierung • Versorgungsstrukturen • Selbstverwaltung

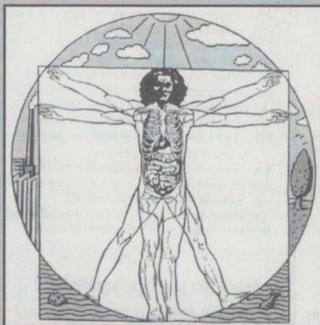
24. und 25. April 1998 im Hilton Hotel Düsseldorf

veranstaltet von der internationalen Quintessenz Verlagsgruppe Berlin

AUSZÜGE AUS DEM VORLÄUFIGEN PROGRAMM

Die Diskussion zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens wird nach wie vor intensiv geführt. Welche gesundheitspolitischen Strategien werden nötig sein, um unser Gesundheitssystem in das nächste Jahrtausend zu bringen? Ein aktueller Schritt dazu ist die Aufforderung des 2. Neuordnungsgesetzes an die Krankenkassen und die ärztliche Selbstverwaltung, den Zustand des „dynamischen Stillstands“ aufzugeben und durch neue Vertragsmodelle und Versorgungsstrukturen innovative Horizonte zu eröffnen.

Der 2. Kongreß „Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen“ will angesichts der politischen und sozialen Brisanz nicht nur



eine aktuelle Bestandsaufnahme liefern, sondern wieder ein unabhängiges Forum anbieten, auf dem an zwei Tagen rund 60 Experten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens gemeinsam die Neuorientierung des Gesundheitswesens vorantreiben. In Plenarveranstaltungen, Symposien und Arbeitsgruppen sollen

die aktuellen Schwerpunkte ergebnisorientiert behandelt werden. Ein Höhepunkt ist die Verleihung des vom Quintessenz-Verlag gestifteten Deutschen Gesundheitspreises „Innovationen im Gesundheitswesen“. Es werden drei Projekte ausgezeichnet, die eine Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitssteigerung im Gesundheitswesen ermöglichen.

Plenarvorträge

- Umbau oder Abbau des Sozialstaates - Tun wir das Richtige im Gesundheitswesen?
- Die Rolle der GKV nach dem 2. NOG und ihr Weg ins Versorgungs-Management
- Der Auftrag des 2. NOG an die Ärzteschaft
- Management in der ärztlichen Selbstverwaltung
- Neue Vertragsmodelle, erweiterte Qualitätssicherung und Prozeßmanagement
- Qualitätsstrategie für Sozial- und Gesundheitspolitik - Die Politik gegen das Gesundheitswesen

Prof. Dr. H. Baier

Herbert Rebscher

Dr. W. Schorre

Prof. Dr. J. Hoppe

K.-H. Schönbach

Prof. Dr. F. Beske

Podiumsdiskussionen

Leitung:

- Strukturdefizite und Weiterentwicklung im Gesundheitswesen
- Finanzierungskrise und neue Vertragsmodelle der GKV
- Das Krankenhaus zwischen Rationierung und Rationalisierung
- Neue Versorgungsmodelle in der ambulanten Medizin
- Die ärztliche Selbstverwaltung als Motor einer effizienten medizinischen Versorgung?

Prof. Dr. R. Rosenbrock

Helmut Laschet

Prof. Dr. F. Porzsolt

Dr. J. Hallauer

Dr. W. Klitzsch

Arbeitsgruppen

Leitung:

- Die GKV: Vom Verwalter zum Gestalter?!
- Das Krankenhaus: Vom Defizit zum Profit
- Steuerungsmodelle in der Arzneimittelversorgung
- Diabetes Forum
- Vorstellung der prämierten Projekte des Deutschen Gesundheitspreises: Innovationen im Gesundheitswesen
- Quo vadis ärztliche Selbstverwaltung?
- Gesundheitspolitik zwischen Solidarität und Markt
- Gesundheitsförderung als Gemeinschaftsaufgabe

Prof. Dr. E. Wille

Prof. Dr. F. Porzsolt

N.N.

Prof. Dr. Griebß

Prof. Dr. F. Beske

Dr. W. Klitzsch

Prof. Dr. B. Blanke

Dr. H. Mohl

Informations-Coupon

Bitte übersenden Sie mir Informationen und Anmeldeformulare für den 2. Kongreß „Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen“

Name, Vorname: _____

Straße, Haus.-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Bitte senden sie diesen Coupon an:

Quintessenz Verlags GmbH, Katharina Genau, Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin,

Telefon: 030-761 80 603, Telefax: 030-761 80 693

Junges forum Junges forum Junges forum

Kritische Anmerkungen zum Studium der Zahnmedizin

Ein häufiges Bild, besucht man unsere Cafeteria, sind hitzig diskutierende Studenten. Das Thema bleibt eigentlich immer das gleiche: Die für den Studenten unzufriedenstellende Studiensituation. Dabei ist hier nicht die zuletzt in der Öffentlichkeit diskutierte Studienreform gemeint, sondern der zwischenmenschliche Umgang des Lehrkörpers mit den Studenten.

Zu Semesterbeginn wurde uns von der Leiterin der Poliklinik mitgeteilt, daß zum ersten Mal seit diesem Semester alle Kurse überschneidungsfrei stattfinden können, und somit die Studenten in der Lage sind, an allen Kursen und Vorlesungen teilzunehmen. Leider entspricht dies nicht der Wahrheit. Hat sich ein Student z.B. für den Operations-Kurs in der Kieferchirurgie eingeschrieben, muß er von Mo - Fr, täglich von 8.00-16.00 Uhr, anwesend sein, um den Kurs zu bestehen. Desweiteren muß er aber auch eine regelmäßige Anwesenheit in dem gleichzeitig stattfindenden Kieferorthopädie-Kurs nachweisen können. Eine Überschneidung könnte nur dadurch vermieden werden, wenn das Studium um ein Semester verlängert wird. Dies ist angesichts der derzeitigen Diskussion über die Studienzeitverkürzung weder hinzunehmen, noch empfehlenswert. Obwohl die Fachschaft sich des

Problems angenommen und einen Lösungsvorschlag eingereicht hat, wurden sie trotz ausdrücklicher Bitte nicht zur Direktoren-Sitzung eingeladen, wo diese Thematik zur Diskussion stand. Stand der Dinge ist immer noch, daß bei Teilnahme am Operationskurs ein Fehltag im Kieferorthopädie-Kurs eingetragen wird - zwei Fehltag sind erlaubt. Es wäre angebracht, wenn die jeweiligen Leiter der Kliniken ihre persönlichen Streitigkeiten vernünftig untereinander regeln und diese nicht auf Kosten der Studenten austragen würden.

Zum Thema Anwesenheitspflicht gibt es noch weiteres zu bemerken. Auffällig ist, daß gerade Vorlesungen, deren fachliche Qualität zu wünschen übrig läßt, mit einer Anwesenheitspflicht belegt werden, wohl um sicherzustellen, daß der Dozent auch ein Auditorium hat. Aber es geht auch anders. Gute Vorlesungen, auch wenn sie nicht scheinpflichtig sind, werden nämlich trotz einer vergleichsweise ungünstigen Vorlesungszeit z. B. Traumatologie (Mo. 17.00-18.00Uhr) zahlreich, regelmäßig und freiwillig besucht. Das oftmals von den Professoren beklagte mangelnde Interesse der Studenten am Studium beruht nicht nur auf mangelnder Motivation der Studenten, sondern ist zum größten Teil eine Folge der allgemeinen Ausbildungsmissstände in der Klinik, die sich vor allem in der inhomogenen und oft nicht nachvollziehbaren Behandlung der Studenten durch Professoren und Assistenten manifestiert. Hier sollte vor allem die Prothetik genannt werden, wo man das Gefühl hat, sich nicht an einer Universität, sondern in einem Pflichtkurs einer Selbsthil-

fegruppe zu befinden. So wurden wir bei der Praktikumsplatzvergabe mit den ermunternden Worten begrüßt: "Sie sind nicht hier um Fehler zu machen, sie sollten es schon können" (man fragt sich hier nur, woher?). Ist es nicht normal, daß einem in der Ausbildung naturgemäß Fehler unterlaufen, aus denen man dann lernt?

Ergeben sich bei der Behandlung trotz Vorbereitung doch noch Probleme, so bekommt man keine Hilfestellung, sondern der Assistent beschränkt sich darauf, auf die einschlägige Fachliteratur zu verweisen (Schikane oder eigenes Unwissen des Assistenten?). Zusätzlich bekommt der Student einen Eintrag in ein Notizbuch, wie z.B: Student X ist schlecht vorbereitet und fachlich inkompetent. Am Ende des Semesters wird in einer Sitzung über jeden Studenten Gericht gehalten, wobei diese Einträge dazu führen können, daß der Student X trotz Erfüllung des Kursprogramms und bestandener Klausur den Schein nicht erhält. Wie kann ein Student, der mehr als 60% der Klausurfragen richtig beantwortet hat, fachlich inkompetent sein?

Um eine zahntechnische Arbeit endgültig eingliedern zu dürfen, bedarf es eines Oberarzt-Testats. Das heißt, am Ende des Semesters wird die Arbeit, die in Teilschritten vom Assistenten überprüft wurde, nochmals kontrolliert. Man sollte doch meinen, wenn die Arbeit vom Assistenten als einsetzbar beurteilt wurde, der Oberarzt ebenfalls zu diesem Ergebnis kommen müßte, jedenfalls bei einer einheitlichen Lehrmeinung in dieser Abteilung.

Wenn Sie nun am Ende des Artikels einen Namen suchen, um herauszufinden, wer die Verfasser dieses Artikels sind, werden sie vergeblich suchen. Sie werden sich nun denken, daß dies sehr feige ist, zuerst eine große Klappe haben und dann nicht zur Kritik zu stehen. Erfahrungsgemäß ist es aber in der Fakultät für Zahnmedizin an unserer Universität gefährlich, Kritik an den Bewertungsmaßstäben zu üben. Bei den Studenten lautet daher das Motto: Nur nicht auffallen, einfach in der Masse untertauchen und mitschwimmen. Fühlt sich der Student von seinem Assistenten ungerecht behandelt, so sucht er nicht das Gespräch mit ihm, sondern schweigt und schluckt seinen Ärger hinunter. Leider werden studentische Arbeiten von Assistenten nicht immer objektiv beurteilt. Oder wie würden Sie die Äußerung des Oberarztes deuten: "Ihre Arbeit war halt ein Grenzfall, und ich hatte einen schlechten Tag". Der Student wiederholte den Kurs deswegen. So findet man auch kaum Kommilitonen, die bereit sind, mal ihrem Ärger Luft zu machen und ihre Kritik aufs Papier zu bringen. Dies könnte ja schließlich die Oberärzte und Assistenten verärgern. Da wir uns noch mitten in der Ausbildung befinden, und der Selbsterhaltungstrieb noch vorhanden ist, schreiben wir also anonym.

All diesen Mißständen zum Trotz lassen wir uns die zahnmedizinische Arbeit nicht vergällen, und haben immer noch die Hoffnung, nach dem Studium in einem Beruf arbeiten zu können, der uns Freude bereitet.

XXX

ERINNERUNG AN DIE ERSTE DEUTSCHE ZAHNÄRZTIN

Am 14.2.1998 trafen sich in Berlin in der Behrenstraße 9 Vertreter/innen der Berliner Zahnärztekammer sowie einige DAZlerinnen und DAZler und andere historisch Interessierte, um feierlich eine Gedenktafel für Dr. Henriette Hirschfeld-Tiburtius (1834-1911) zu enthüllen. Als erste deutsche Frau schaffte es die gebürtige Sylterin, eine Ausbildung in der Zahnheilkunde zu absolvieren, die Approbation und sogar einen Dokortitel zu erlangen und sich in eigener Praxis niederzulassen, wofür sie angesichts der ablehnenden Haltung der zuständigen deutschen Institutionen zeitweilig in die USA übersiedeln mußte. Nach dem Studium zurück in Berlin eröffnete sie Anfang Oktober 1869 in der Nähe der Friedrichstraße ihr »Zahnatelier« (in dem sie »nur« Frauen und Kinder behandeln durfte, da der zahnärztliche Umgang mit männlichen Patienten nach herrschender Vorstellung Anstand und Sitte gefährdet hätte).

Mit dem Relief des Bildhauers Reinhard Jacob soll eine außergewöhnliche und verdienstvolle Frau und Kollegin geehrt werden, die vielen heutigen Zahnärztinnen und Zahnärzten nicht mehr bekannt ist. Wer Interesse hat, mehr über Frau Hirschfeld-Tiburtius zu erfahren, findet einen engagiert geschriebenen Beitrag

über sie in DAZ-Forum 47/1994. Auf Wunsch schickt die DAZ-Geschäftsstelle diesen sowohl medizin-historisch als auch im Hinblick auf die Frauen-Emanzipation interessanten Artikel gern zu.



Als die verwitwete Henriette vor mehr als 130 Jahren daran ging, sich Zugang zur Universität zu verschaffen und eine selbständige Berufstätigkeit vorzubereiten, wurde dies als Verstoß gegen die weibliche Natur gebrandmarkt und ihre Rückkehr zu Heim und Herd als der einzig wahren Bestimmung der Frau gefordert. Vielleicht kam nicht ganz zufällig die Idee zur Ehrung der ersten Zahnärztin von Kolleginnen aus den neuen Bundesländern. Dort erleben derzeit unzählige Frauen, wie sie aus dem Berufsleben herausgedrängt und auf ihre »weibliche« Rolle zurückverwiesen werden. Sie brauchen Mut und Eigeninitiative, um sich dagegen zur Wehr zu setzen - wie Dr. Henriette Hirschfeld-Tiburtius.

ibo

»Behindert ist man nicht. Behindert *wird* man.«

Dieser Spruch oder ein ähnlicher ist Ihnen vielleicht schon unterwegs auf großen grünen Plakaten begegnet. Seit Monaten läuft, koordiniert von der Aktion Sorgenkind, eine Plakataktion von über 90 Behindertenverbänden und Selbsthilfeorganisationen. Das Motto »Aktion Grundgesetz« knüpft daran, daß seit 1994 Artikel 3 Abs.3 unserer Verfassung ein Antidiskriminierungs-Gebot enthält: **»Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden«**, eine Bestimmung, die übrigens 80% der Bevölkerung nicht kennen. Wobei es den Initiatoren der Aktion **nicht um rechtliche Belehrung der Bürger geht sondern um Sensibilisierung, Abbau von Gedankenlosigkeit und Berührungsängsten, Ermutigung**

Berichtigung

In dem Beitrag »Konrad Cohn - eine biografische Skizze«

in forum 59, S.63ff sind uns bedauerliche Fehler unterlaufen:

S.66: Das Bonner System von *Kantowicz*... mußte es heißen

und auf S.67 am Schluß: Es gibt *keinen* besseren Ort als diesen, um die 1933 gebrochene Tradition dieses Unterrichtsfaches aufzunehmen und mit neuer Qualität fortzuführen.

Die Redaktion bittet um Entschuldigung

zur Kontaktaufnahme mit Behinderten und zum Einstehen für die Beteiligungs-

rechte von Menschen mit Handicaps. Pfiffig und provokant formuliert, machen die Plakatsprüche stutzig und bringen zum Nachdenken - ein erfreuliches Kontrastprogramm zu dem, was uns wahrscheinlich in diesem Jahr noch alles an Wahlkampf-Phrasen von den Plakatwänden entgegenleuchtet wird. Nicht vor-



enthalten will ich Ihnen eine Sentenz, die mich besonders beeindruckt hat: »Sehen schützt vor Blindheit nicht.«

Wer mehr wissen will, wende sich an die Aktion Sorgenkind:

Franz-Lohe-Str. 17, 53129 Bonn, Tel. 0228-2092-232, Fax -2092 281.

Irmgard Berger-Orsag

Hilfe für ausgestoßene Kinder

Noma

Was ist cancrum oris - NOMA?

NOMA ist eine Gesichtsgangrän, die unterernährte Kinder in den ärmsten Ländern der Welt befällt. Unbehandelt tötet NOMA oder entstellt die Kinder so schrecklich, daß sie auf Dauer aus ihren Gemeinschaften ausgeschlossen werden. Wird die Krankheit jedoch im Frühstadium erkannt, wenn sie nur die Mundschleimhaut betrifft, ist es nicht nur möglich, das Kind zu retten, sondern auch das zerstörerische Fortschreiten der Krankheit zu stoppen. Die meisten Kinder, schätzungsweise zwischen 70% und 90%, die nicht rechtzeitig behandelt werden, sterben.

Vorkommen der Krankheit

Die Bevölkerungsgruppe mit dem höchsten Risiko setzt sich aus unterernährten Kindern, die in schlechten hygienischen Verhältnissen leben, zusammen. Die Häufigkeit ist schlecht abzuschätzen, da dokumentierte epidemiologische Untersuchungen fehlen. Schätzungsweise erkranken aber jährlich zwischen 100.000 und einer halben Million Kinder. Die meisten Fälle werden aus den Ländern der Sahelzone berichtet, mit einer Häufigkeit von 7-14 auf 100.000 Kinder. Überall, wo Mangelbedingungen herrschen, kann die Krankheit auftreten.

Was wird getan? Die WHO hat gegen Noma einen Fünf-Stufen-Plan entwickelt:

1. Vorbeugung Einrichtung von Informations- und Bildungsprogrammen, die

sich an die Mütter wenden, um sie auf die Symptome der Krankheit aufmerksam zu machen, und Ausbildung von Gesundheitspersonal, um den Krankheitsbeginn zu erkennen und die nötige Behandlung zu gewährleisten.

2. Epidemiologie und Überwachung Organisation und Finanzierung ätiologischer Studien und epidemiologische Forschung über Auftreten und Vorherrschen der Krankheit. Diese Ergebnisse können eine effektivere Grundlage für vorbeugende Maßnahmen gewährleisten.

3. Erstversorgung

Einrichtung von Gesundheitsdiensten, um die Patienten vor Ort zu behandeln und sie mit den notwendigen Nahrungsergänzungen zu versorgen.

4. Externe Interventionen

Registrierung schwieriger Fälle, die einer komplexen chirurgischen Behandlung bedürfen.

5. Interne Interventionen

Hilfe bei der Ausbildung einheimischen Personals und Eröffnung spezieller regionaler Zentren für umfassende Behandlung.

In Deutschland gibt es seit vier Jahren die private „Hilfsaktion Noma e. V.“, deren Arbeit mehrere Schwerpunkte hat:

1. Erfassung der Patienten, die das akute Nomastadium überlebt haben und dauerhaft entsteht und behindert sind, um ihnen eine **operative Therapie** zu ermöglichen. Dabei werden die schwierigen Fälle, die einer komplexen chirurgischen Intervention bedürfen, in mehreren Zentren in Deutschland (Hannover, München, Münster, Regensburg) operiert. Daneben unterhält die Hilfsaktion Kontakte mit einem Zentrum für plastische Chirurgie in Wien und mit der Euroklinik auf Mallorca.

Bisher wurden 18 Kinder zur operativen Versorgung nach Europa und Mallorca evakuiert, die meisten sind bereits wie-



Sambo Kadri, ca. 13 Jahre, Operation im März '97, Lösen der Verwachsungen, Ausschneiden der Narbe, Schwenklappen

der in ihre Heimat rückgeführt worden. Derzeit wird die Evakuierung von 6 weiteren Kindern vorbereitet. Über 150 neuregistrierte Patienten warten ebenfalls auf Operationen.

Im November 1996 und im März 1997 konnten in Zusammenarbeit mit den nigrischen Behörden und den Krankenhäusern in der Hauptstadt Niamey leichtere und mittelschwere Fälle von internationalen europäischen Teams operiert werden (insgesamt 45 Kinder und Erwachsene). Zu Vorbereitung und Nachbetreuung der Patienten sowie zur Behandlung von Kindern im akuten Noma Stadium wurde von der Hilfsaktion in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Entwicklung und wirtschaftliche Zusammenarbeit nach nigrischen Plänen im Nationalkrankenhaus in Niamey der Noma-Pavillon errichtet.

2. Das Kinderhaus in Tahoua. Die Hilfsaktion betreibt ein Kinderhaus in der Region Tahoua, die besonders von der Krankheit Noma betroffen ist. Von dort fahren die Mitarbeiter in die Dörfer

und suchen nach den Kranken, die dann im Kinderhaus betreut und auf die Operationen vorbereitet werden. Kinder, die nach den Operationen im Ausland in den Niger zurückkehren, werden ebenfalls vorübergehend aufgenommen, um die Wiedereingliederung zu erleichtern. Die Mitarbeiter besuchen die Kinder auch weiterhin in ihren Dörfern und Familien. Kinder, um die sich niemand kümmert, können dauerhaft im Kinderhaus wohnen. Ein zweites Kinderhaus für Kinder aus den Departements Niamey, Dosso und Tillaberi ist in Niamey in Planung.

3. Aufklärung und Prävention. Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit im Niger ist die Aufklärung der Bevölkerung über die Krankheit Noma, ihre Früherkennung und die Möglichkeiten der Behandlung. Es wurden Müttergruppen eingerichtet, um Wissen über eine ausgewogene und ausreichende Ernährung der Kinder und verbesserte Hygiene zu vermitteln.

Alle Aktivitäten im Lande werden vom Koordinator der Hilfsaktion im Niger, Prof. Dr. Sibomana, geleitet und überwacht. Außerdem arbeiten 5 hauptamtliche und 10 nebenamtliche einheimische Mitarbeiter für die Hilfsaktion. Langfristiges Ziel ist es, die Kinder bis zum Abschluß einer Berufsausbildung zu begleiten und zu unterstützen.

Wir meinen, daß die Arbeit dieser Hilfsaktion in besonderer Weise unterstützt zu werden verdient, z.B. mit Spenden aus dem Altgold unserer Patienten (siehe auch forum 57).

Dr. Hanns-W. Hey, München

**Hilfsaktion „NOMA“ e.V., Eichendorffstraße 39, 93051 Regensburg
Spendenkonto: Raiffeisenbank Regensburg 310280 (BLZ 75068150)**

Buchbesprechungen

Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit

Daten des Gesundheitswesens,

Ausgabe 1997, Band 91 ,
Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden 1997,
ISBN 3-7890-5061-X, 60 DM

Alljährlich gibt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) statistische Daten zum Gesundheitsbereich heraus, wobei im Wechsel jeweils eine kostenlos erhältliche Mini-Ausgabe für die Hosentasche und im Folgejahr, so auch 1997, eine mehr als 300 Seiten umfassende Sammlung mit fast ebenso vielen Statistiken zu globalen wie auch sehr speziellen Fragestellungen erscheint. In Ergänzung zu den Vorjahren sind Ergebnisse der Krankenhausdiagnosestatistik und der Pflegeversicherung hinzugekommen; die Aufteilung nach alten und Bundesländern (plus Berlin) ist z. T. fortgeschrieben, jedoch werden gleichzeitig auch die gesamtdeutschen Daten mitgeteilt.

Das Werk, in das die Daten zahlreicher Bundesinstitutionen und Forschungseinrichtungen (für den zahnärztlichen Bereich natürlich die Zahlen der Bundeszahnärztekammer) eingearbeitet wurden, ist für jeden »Gesundheits-Profi« ein »Muß«, jedoch auch für gesundheitspolitisch engagierte Laien eine interessante Fundgrube. Voraussetzung ist allerdings die Fähigkeit, aus mehr

oder weniger nackten Zahlen eine Vorstellung von den gesundheitlichen Bedingungen und Versorgungsstrukturen in Deutschland zu gewinnen. Denn die einzelnen Kapitel - Demographie; Morbidität (mit Daten zu einzelnen Krankheitsbildern und Versorgungsangeboten); Gesundheitsrelevante Faktoren, Verhaltensweisen und Risiken; Mortalität; Arzneimittel; Berufe des Gesundheitswesens; Stationäre Versorgung, Vorsorge und Überwachungsinstitutionen; Gesetzliche Krankenversicherung und Versicherte sowie Wirtschaftliche Daten, Finanzierungsfragen - warten jeweils nur mit einer knappen Einführung in Prosa und ansonsten dem unkommentierten Statistik-Material auf. Wer die Wirklichkeit unseres Versorgungssystems erfassen will, wird sicher trotz der Unmengen an Zahlen offene Fragen übrigbehalten. Denn viele wichtige Zusammenhänge sind hier nicht dargestellt, vielleicht auch überhaupt noch nicht untersucht. Tatsächlich findet man hier eher das vor, was »sowieso« an Daten erhoben wird, und weniger das, was - im Hinblick auf eine an Gesundheitszielen orientierte Gestaltung unseres Versorgungssystems - zu wissen nötig wäre. Zu dem von Minister Seehofer in der Einleitung postulierten Ziel, der Gesundheitspolitik, der Öffentlichkeit und der Wissenschaft eine gesicherte Informationsbasis zur Verfügung zustellen, leistet das Buch sicher einen Beitrag, einen Beitrag allerdings, der in vielen Bereichen der Ergänzung durch andere Informationen - vielleicht auch durch eine »alternative Gesundheitsberichterstattung« von Seiten patienten- und bürger-naher Organisationen - bedarf.

(ibo)

Gabriele Diedrichs, Paul Rosenhain

Galvanoforming

Verlag Neuer Merkur GmbH, München,
1995, 115 Seiten, 78 DM, zahlreiche Abb.
ISBN 3-921280-990

Bei einer gut besuchten Fortbildung in Jena im Herbst 1997 wurde u.a. die Galvanotechnik vorgestellt. Der Referent schwärmte von der schonenden Präparation, der Paßgenauigkeit und der ausgezeichneten Farbwirkung der Keramik. Die Teilnehmer erlebten, wie man selbst Goldränder bei Frontzahnkronen unter dem Gingivalsaum verstecken kann.

Für mich war damit »die Zeit für die Idee« der Galvanotechnik analog zum Victor Hugo - Motto des anzuzeigenden Buches gekommen: Diedrich und Rosenhains Studie über GALVANOFORMING liefert eine überzeugende Ergänzung und Auffrischung des Kurses: Die Begeisterung der Autoren überträgt sich und bestärkt auch aus dem zeitlichen Abstand, wie begründet die erste Reaktion war. Ausgehend von den Anwendungsgebieten der Technik in der Schmuckherstellung und außermedizinischen Tätigkeitsfeldern führt das Buch übersichtlich ein in die Präparation von Inlays, Kronen und Brücken. Anknüpfend an vertraute Präparationstechnik (Hohlkehle), Feingoldgerüste, deren Einprobe Spaß macht und die auch ästhetisch durch einen warmen Farbton überzeugen, bis hin zum konventionellen Zementieren bietet das Galvanoforming in der präsentierten Form einen wesentlichen Fortschritt für die Arbeit. Parallel zur Einführung der Technik in meine eigene Praxis bot mir das Buch nicht nur vielfältige Vergewisserung als knappes Nachschlagewerk, es lieferte mit seinen

klaren Illustrationen auch Argumentationshilfen bei der Beratung der Patienten.

Dr. Ursel Dittmann

Leserbriefe, Leserbriefe

Leserbrief zu "Der DAZ wird volljährig"

Es ist eine kolossal moderate Diktion.....

Für sich betrachtet ist der Akt nicht besonders aufregend: Geregt hat sich der DAZ im 18ten Jahr seines Bestehens und hat einen neuen Vorsitzenden gewählt. Um diesem Geschehen von kolossaler Bedeutung entsprechendes Gewicht zu verschaffen, wird dieser Wahlmaraton zu Berlin - immerhin, es gab Kandidatenlisten! verbal zu einem ersten Wendepunkt im Leben unseres Verbandes: jawohl, volljährig ist er nun, der DAZ, darf selber wählen und gewählt werden, hat folglich auch die Qual dabei - solle auch Vollmitglied dieser (Standes-)Gesellschaft sein. Und vollmundig verkündet ist dies zweifelsfrei allemal besser als in die Jahre gekommen zu sein. Vom Gegenteil ist die Rede, vom Heranwachsen. Das ist doch eher ein Zustand, der - von erwachsener Mündigkeit noch entfernt - die Ahnung künftiger Entwicklungspotenz jedoch unverkennbar zeigt. Ist aber dann alles bisherige Wirken und Werden des DAZ zwangsweise entwicklungsgeschichtlich als präpubertäres Geplänkel

von Halbstarcken einzuordnen? Fürwahr starker Tobak! Im Ernst - endlich erwachsen solle sich der DAZ da väterlich zur Brust genommen sehen? Da hilft bisweilen vielleicht nur Fraupower. DAZ-Gefühl hin DAZ-Gefühl her - bitte etwas moderator.....

A.Vahlenkamp

Nachlese zum Leserbrief Dr. N. Guggenbichler DAZ-forum 59

Lieber Herr Guggenbichler,

sicher haben Sie recht, wenn Sie in Ihrem Leserbrief zum DAZ forum 58 schreiben: »Gerade am Wissen mangelt es am meisten, von der Verantwortung, dieses Wissen auch umzusetzen, gar nicht zu reden«. Mit Ihrem Wissen sollten Sie erkennen, daß es bei den von mir vorgestellten Büchern gar nicht um »Wissen« geht, sondern um Glauben - wie wäre anders zu erklären, daß nach Frau Altrock kosmische Energie in einem Pyramidenmodell alle möglichen Allergien innerhalb von 2 Minuten eliminiert, wie ist die Aussage von Herrn Rossaint anders zu verstehen: »Im ZMK-Gebiet kommt dem 8er quasi eine Schlüsselstellung zu, ist er doch als ein Eckpunkt des Gebisses das Tor zur Weisheit und Unendlichkeit, also symbolisch zum Himmel« - um nur 2 Beispiele des »Schmonzes« zu nennen - wobei ich darauf hinweisen möchte, lieber Herr Guggenbichler, daß dieses Wort »Schmonzes« in meinem Sprachschatz nicht vorhanden ist und mir deshalb von Ihnen unberechtigt unterstellt wurde. Norddeutsch wäre vielleicht das Wort Quatsch für diesen

Unsinn in einer naturwissenschaftlich orientierten Disziplin angebracht - auch das habe ich nicht benutzt sondern Zitate gebracht und erläutert. Daher erhebe ich keinerlei Anspruch auf irgendeine Arroganz-Prämie.

Weiterhin stimme ich Ihnen und unserem Autoren Herrn Buck vollständig zu, daß Herr Rossaint wohl ein »sehr bewußt mit der Ganzheitsmedizin umgehender Zahnarzt« ist - und habe mit meiner Buchbesprechung versucht, letztlich auch die Frage von Herrn Buck: »Es ist mir ein Rätsel, wie Herr Rossaint ..dieses Machwerk in seine Reihe mit aufnehmen konnte« zu beantworten: er hat es sehr bewußt getan! - So jedenfalls ist meine Empfehlung zu verstehen: »Dieses Buch (von Herrn Rossaint*) möchte ich wirklich allen Zahnärzten empfehlen, da es eine umfassende und für sich sehr klare Selbstdarstellung dieser Therapie-richtung ist.« - und das ist auch so (und nicht arrogant) gemeint.

Mit freundlichen Grüßen und den besten Wünschen zur Ausdauer bei der vollständigen Lektüre der vorgestellten Bücher

Ulrich Happ

— & noch eine Ergänzung zu diesem Thema: In den ZM Nr. 23 vom 1.12.97 ist auf Seite 82 eine Buchbesprechung von Dr. Ch. Pfeifer zu diesem Buch von A.L. Rossaint- dessen Aussagen finde ich dann in unserer offiziellen Standespresse doch recht chamäleonhaft-verwunderlich nach dem fast zeitgleichen Sonderdruck Rundschreiben der Bundeszahnärztekammer "Wissenschaft - ein Auslaufmodell?" mit der Einleitung von Prof. Schmalz und dem DGZMK-Statement: Zi-

tat DGZMK: "Bei anderen Methoden, etwa beim Substanzentest mittels EAV, bei der Kinesiologie oder bei den Bioresonanzverfahren sind ... die vorgebrachten Begründungen vor dem Hintergrund des derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes von vornherein irrational" und Zitat ZM-Buchbesprechung: "Auf Grund der jahrelangen Erfahrungen des Autors liefert das Buch....über die Herdlehre in der Zahnmedizin einschließlich der Herdtherapie, Bedeutung der Weisheitszähne für den Gesamtorganismus, sowie über die zahnärztliche Kinesiologie und Physio-Energetik eine Fülle von Anregungen und Therapiehilfen..Fazit: Eine praxisonorientierte Hilfe mit vielen Anregungen.....eine Bestandsaufnahme und Vision zugleich."- die m.E: bei der konkreten Behandlung leider manchmal zur Horror-Vision abdriftet, wie aus dem "ganzheitlichen" Tun mancher Therapeuten deutlich wird und von Hanns-W. Hey im DAZ-forum gut dargestellt wurde.

* Alexander L. Rossaint,

Ganzheitliche Zahnheilkunde in physischer, psychischer und metaphysischer Schau, 4. Auflage, Hüthig Fachverlag, Heidelberg, ISBN 3-7785-2551-4

Leser-/Zuschauerbrief zur Fernseh- sendung im WDR vom 16.11.97

Hi Herr Vahlenkamp,

Zuerst vielleicht ein paar Worte dazu, wie ich die Problematik verstanden habe; nach Seehofer sind die KK's für Personen, die ab 1978 geboren sind, nicht

mehr verpflichtet, die Zahnheilbehandlungskosten zu erstatten. Jedoch haben die betroffenen Personen die Möglichkeit, sich privat zuzusichern, diese zusätzlichen Versicherungen übernehmen aber nur von bisher kassenüblichen Leistungen die Kosten in maximaler Höhe von 60% und sind ab nächstem Jahr befugt, Gesundheitsuntersuchungen über den Zahnzustand ihrer potentiellen Kunden durchzuführen.

In den Filmschnipseln ermutigen Sie Betroffene, gegen dieses Gesetz vorzugehen, wobei Sie auf die unterschiedliche Behandlung eines 18jährigen und eines 20jährigen Patienten hinweisen. Desweiteren wurde noch erwähnt, daß der Zahnzustand stark vom Sozialstatus abhängig ist.

In völliger Unwissenheit über genauere Formulierungen des Gesetzes, noch irgendwelcher Hintergrundinformationen die Behandlungs- und Kostenfrage betreffend hier also der Versuch eines Kommentars: Anfangen möchte ich bei der Begründung für diese KK-Reform seitens Herrn Seehofers (so wie im Film dargestellt). "Wer Zähne putzt, bekommt keine Karies". Ich weiss nicht, inwieweit das wissenschaftlich haltbar ist, glaube jedoch, dass es sicherlich der Zahngesundheit durchaus zugute kommt.

Das heißt, wer sich korrekt verhält, braucht sich um seine Gesundheit und die Finanzierung derselben keine Gedanken zu machen. Genau da aber wird es wohl schwierig zu differenzieren - wer darf entscheiden, welche Aktivitäten (gesellschaftlich) unbedenklich sind und von den KK's noch unterstützt werden können?

Es gäbe sicherlich noch mehrere Randgruppen gänzlich unmoralischer Perso-

nen, die unbedingt aus dem Krankenversicherungsschutz ausgeschlossen werden sollten; Motorrad- und MTB-Fahrer bekommen keine Reha bezahlt, Trinker werden aus den Wartelisten für Spenderorgane gestrichen und Raucher werden generell nicht mehr versichert. Ich denke, es ist nicht zu leisten, da gerechte Grenzen zu ziehen - und meiner Meinung nach ist es auch gar nicht sinnvoll, da damit das System der Solidargemeinschaft, die für das Schicksal des Einzelnen eintreten kann, ausgehöhlt wird. Es ist demnach vielmehr eine Frage, inwieweit man dieses System akzeptiert, auf dem ja letztlich alle Versicherungen aufbauen; indem man eine Risikogruppe ausschließt, z.B. die Nichtputzer, Autofahrer unter 25, (andere) Extremsportler oder Nicht-Garagenbesitzer, bringt man zwangsläufig das ganze System durcheinander und, wie Sie im Film schon erwähnten, fördert damit auch genauso zwangsläufig die Bildung von versicherungsbeitragsmäßig hochdotierten Randgruppen.

Wenn sich diese dann mit sozialer Schwäche überschneiden, bleibt für die Betroffenen nur, sich einzuschränken oder das volle Risiko selbst zu tragen, was vermutlich nicht zu leisten wäre. (Das wäre dann der Augenblick, wo sich die Sozialämter dazu bereiterklären müßten, die Heilbehandlungen zu bezahlen - für die "Solidargemeinschaft" wäre das nur eine Verlagerung der Kosten, gewinnen aber würden dann wohl die Versicherer). Ich kann nicht einschätzen, inwieweit der Ausschluß von Risikogruppen für die Versicherer nützlich ist - vorstellen kann ich mir das, wie schon erwähnt, durchaus; genausowenig kann ich beurteilen, ob es volkswirt-

schaftlichen Sinn machen würde, den Versicherungen seitens der Politik vorzuschreiben, wie sie ihre Geschäfte zu führen haben.

Wenn wir jedoch die Freiheit der Versicherer, Grenzen zu ziehen, akzeptieren und uns über die für einige Kunden resultierenden Vorteile freuen, müssen wir uns wohl aber auch mit willkürlichen Altersgrenzen, Gesundheitsprüfungen und ggf. Ausschluss aus einer Versicherungsgesellschaft abfinden.

Persönlich lehne ich die Splittung der Versicherungskunden in verschiedene Gruppen (noch) ab, da ich befürchte, daß, wenn man genau hinschaut, manche Einzelne nicht unbedingt viel gerechter behandelt werden können, es aber andererseits größere Probleme bei der Versicherung von Risikogruppen gibt, was wahrscheinlich zu überhöhten Beitragsprämien, möglicherweise aber auch zum Ausschluß aus Versicherungen und dem daraus resultierenden Zwang für die öffentlichen Sozialsysteme führen kann. Davon abgesehen finde ich es unglaublich, dass die KK's aus einem ganzen Teilbereich der Medizin keine Kosten mehr übernehmen müssen. Jedoch wird man der Kostenreduzierung im Gesundheitswesen, denke ich, doch etwas mehr Aufmerksamkeit schenken müssen: Es ist sicherlich ein generelles Problem der Wissenschaft, daß immer kleinere Fortschritte mit immer größeren Geldmitteln erreicht werden (müssen). Davon ist die Medizin wohl auch nicht ausgeschlossen und selbstverständlich versucht jeder Betrieb, teure Entwicklungskosten wieder hereinzuholen. Ich unterstelle jedoch, daß seitens mancher Hersteller medizinischer Geräte, wie seitens man-

cher dann anwendenden Ärzte in der Vergangenheit nicht immer besonders viel Rücksicht auf die anfallenden Kosten genommen wurde; ich denke viel mehr, daß man sich im Vertrauen auf einen wenig bewachten und vollen "Topf" recht großzügig einschenkte. Wie Sie schon erwähnten, scheint diese Praxis immer noch in den Köpfen einiger Ihrer Kollegen fest verankert zu sein und stellte damals möglicherweise auch einen gewichtigen Grund für deren Berufsentscheidung dar. Ich könnte mir durchaus vorstellen, daß ein Teil der Ärzteorganisationen möglicherweise an der Sicherung eines uneingeschränkten Zuganges zu diesem "Topf" interessierter ist, als an einer Qualitätssicherung und Innovation der angebotenen Arbeit. Dabei denke ich an den teilweise in der Öffentlichkeit diskutierten Fall (sicherlich die Ausnahme) jener Wiener Kinderärztin, die mit ihrer Philosophie der "elternzentrierten Frühchenversorgung" (sorry ich weiss nicht wie das auf schlau heißt) doch auf erheblichen Widerstand gestoßen ist - möglicherweise nicht zuletzt, weil sich damit ein Teil der intensivmedizinischen Geräte nicht mehr so schnell amortisiert und auch die Versorgung der kleinen Patienten nicht mehr so teuer abgerechnet werden kann. Da ich keine Einsicht in die Kosten von Zahnbehandlungen habe, kann ich natürlich nicht beurteilen, ob sich Ihre Kollegen in der Vergangenheit an den KK's besonders gütlich getan haben, so daß es jetzt Ihren Berufsstand getroffen hat - Sie erwähnten jedoch, daß es in der Zahnmedizin durchaus auch schwarze Schafe gibt.

Welche Möglichkeiten hat die Medizin selbst, um Kosten zu senken? Sicherlich

ist das eine Frage, die die Ärzteschaft zu allererst untereinander wird diskutieren müssen; vermutlich werden Sie dabei zu entscheiden haben, ob Sie immer noch Negativimageträger in Ihren eigenen Reihen dulden können, die einerseits die Arbeit, die alle Ärzte leisten, in ein schlechtes Licht rücken, andererseits möglicherweise für solch radikale Streichungen im Gesundheitssystem verantwortlich zeichnen, wenn durch sie die Kosten unnötig in die Höhe getrieben werden. Vielleicht wird aber auch öffentlich diskutiert werden, wieviel Medizin wir uns in Zukunft noch leisten können und wollen - wenn in Rücksicht auf die Behandlung einer breiten Masse auf High-Tech-Maßnahmen am Einzelnen verzichtet werden muß. In gewisser Weise gibt es diese Problematik ja schon geraume Zeit, wenn wir uns in Deutschland goldene Zahnkronen leisten (können) (die übrigens ganz hervorragend funktionieren), während man nicht weit entfernt auf unserer Erde mit wenigen Mark Leben retten könnte. Wenn wir es jedoch zulassen, daß auch in Deutschland die sozialen Unterschiede weiter zunehmen, könnte diese Problematik auch bald die Nachmittagstalkshows beschäftigen.

Es würde mich interessieren, inwieweit in der Ärzteschaft darüber diskutiert wird, ob es eines Umdenkens in der Behandlung der Patienten, möglicherweise weg von der aufwendigen intensivmedizinischen Betreuung, bedarf. Ich könnte mir vorstellen, daß jene Wiener Kinderärztin gar nicht so falsch liegt, wenn sie ihren PatientInnen einfach etwas mehr persönliche Betreuung angedeihen läßt.

Johannes Rubbel

Suche...biete...

Promovierte Zahnärztin sucht KFO-Weiterbildungsstelle nach §13.

Kontakt über e-mail
aohemy.avila@post.uni-bielefeld.de
oder über DAZ
(Tel. 0221-973005-45, Fax -7391239).

Suche neue(n) qualitätsorientierte(n) Nachfolger(in) für meinen aus gesundheitlichen Gründen ausscheidenden Partner zum März '98 für **Doppel-Praxis in der Münchner Innenstadt**

Tel: 089-221636, Fax 089-299416

Späte Einsicht

Der Umstand, daß die Vertragszahnärzte es nicht schafften, die Sollbestimmung des § 85 Abs.4 SGB V zur übermäßigen Ausdehnung vertragszahnärztlicher Tätigkeit umzusetzen, veranlaßte den Gesetzgeber, in § 85 Abs.4 b SGB V Begrenzungsregelungen für vertragszahnärztliches Honorar vorzusehen (vgl. Jahn Limpinsel, Sozialgesetzbuch, Kommentar, 1996, § 85 SGB V Rn.35). Der Gesetzgeber nahm die Regelung allein im Hinblick auf die Vermeidung einer übermäßigen Ausdehnung vertragszahnärztlicher Tätigkeit vor. Sie betrifft allein Großpraxen. Es ging dabei nicht um das Problem der Budgetierung.

Dr. Godehard Schreiber (aus einer Klage-Erwidierungsschrift der KZVN) 13.11.96

**Jedes Unternehmen,
das Gewinn mache,
sei »ethisch gesollt« und
trage zum Gemeinwohl bei.***

Augustinerpater Dr. Dr. Zoche auf dem
1. Deutschen Zahnärzte-Unternehmertag
in Leipzig vom
5. bis 6. Dezember 1997

Diese christlichen Worte, gefunden in den ZM vom 1. Januar 1998*, lassen einen am Begriff »Ethik« verzweifeln, bringen doch wohlorganisierte Unternehmen wie z.B. der Drogen- oder Menschenhandel weltweit erhebliche Gewinne. Allgemein gelten diese Unternehmen als kriminell und keineswegs als »ethisch gesollt«, als Förderer des Gemeinwohls. Haben es unsere Standesoberen schon nötig, Kirchenmänner zum Beistand an das Rednerpult zu holen, wenn sie unsere sozialverpflichteten Praxen in gewinnmaximierende Unternehmen wandeln - und was hat das mit Ethik zu tun?

*Zahnärztliche Mitteilungen, Heft 1/98, Seite 30

Erfolg für »Vollmondbier« in der Schweiz und Neuerung auf den Offenburger Esoterik Tagen »karmafreier Kartoffelsalat« - nun werden entsprechende Lizenzen auch in Deutschland vergeben...

Pressemitteilung Naturland GmbH vom 7.5.'97, Badische Zeitung 26.5.'97

Fachliche Leckerbissen und politische Überraschungen

Frühjahrs-Fortbildung in Frankfurt

Die gemeinsame Frühjahrstagung von DAZ und VDZM im Mai im Bürgerhaus Frankfurt-Bornheim hat inzwischen schon mehrjährige Tradition und wird dieses Mal am 9./10.5.1998 stattfinden. Am Vormittag des ersten Tages, der üblicherweise gesundheits- und berufspolitischer Diskussion gewidmet ist, haben wir mit dem Juristen und Politikwissenschaftler Franz Knieps, Leiter des Stabsbereiches Politik beim AOK-Bundesverband, einen Referenten angeworben, der in der Auseinandersetzung mit den Teilnehmern Neuland betreten will. Seit Jahren ist man seitens DAZ und VDZM frustriert darüber, daß die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Bereich der Zahnheilkunde keinerlei Raum für Experimente lassen. Während die Ärzte in verschiedenen Regionen unterschiedlichste Modellversuche etabliert haben und z.T. mit großem Engagement bessere Vernetzung untereinander, Kooperation mit Klinik und Reha-Bereich, rationale Arzneimitteltherapie, Betreuung spezieller Patientengruppen, verschiedene Formen der Qualitätssicherung und dergleichen mehr erproben, tut sich im zahnärztlichen Bereich rein gar nichts. Von der letzten Gesundheitsreform-Runde waren hier Änderungen erwartet worden. Aber das fertige zweite Neuordnungsgesetz (NOG II) stellte sich doch eher als Innovations-Verhinderungs-Instrument dar. In § 64 (2) SGB V z.B. heißt es, »daß ein Modellvorhaben zustande kommt, wenn mindestens 50 vom Hundert der Vertragsärzte, die die

Voraussetzungen für eine Teilnahme an dem Modellvorhaben erfüllen, die Durchführung des Modellvorhabens befürworten«. Da die Zahnärzte kaum in Fachgruppen untergliedert sind und somit bei geplanter Erprobung alternativer Versorgungsformen (fast) alle Zahnärzte als Teilnehmer in Frage kommen, bedeuten 50% eine enorme Hürde. Welche Neuerung hätte wohl eingeführt werden können, wenn von Anfang an die Zustimmung der Mehrheit Bedingung gewesen wäre!

GOZ - quo vadis?

Seitdem seit Januar sogar GKV-Vertragsleistungen über die GOZ abgerechnet werden, ist jeder Zahnarzt von der Entwicklung im Bereich GOZ betroffen. Stichworte wie **Senkung des GOZ-Höchstsatzes, Honorierungsmodell der Zahnärzteschaft, Vertragsmodell, Abschaffung der GOZ** bestimmen derzeit die Diskussion.

Der DAZ lädt ein zu einem GOZ-BRAINSTORMING, Freitag, den 8. Mai '98, 16Uhr in Frankfurt.

Infos: Tel. 0221-973005 45, Fax -7391239.

Angesichts dieser gesetzlichen Einschränkungen sind umso interessanter andere Paragraphen des NOG II, in denen es um Modellvorhaben von Krankenkassen und Strukturverträge geht. »Zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations- Finanzierungs- und Ver-

gütungsformen der Leistungserbringung« können sich die Kassen etwas Neues einfallen lassen und dabei zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten auch bisher nicht finanzierte Leistungen übernehmen - sofern das Ganze ohne Mehrkosten für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu realisieren ist.

Bisher war allerdings seitens der Kassen wenig Eifer zu vermelden, sich mit Zahnärzten über Alternativen zu den herkömmlichen Versorgungsformen und -strukturen zu unterhalten - dies räumt auch Franz Knieps ein. Aber er will es dabei nicht bewenden lassen. Er hat die Versicherten vor Augen, denen in nicht geringer Zahl gerade die Zahnmedizin Probleme bereitet. Die Zahnersatz-Ausgrenzung jüngerer Versicherter - so Knieps - schaffe enorme Härten; die hohen Zuzahlungen zu Zahnersatz seien bisher schon für viele ein Problem gewesen und würden es mit Inkrafttreten der Festzuschußregelung noch mehr. Franz Knieps konstatiert ein erstes Aufwachen in seinem Verband und auch bei anderen Kassenverbänden und Einzelkassen. Was vor einigen Jahren noch zuende war, ehe es richtig angefangen hatte, nämlich ein Vertrag zwischen Innungskrankenkassen und Zahnärzten angelehnt an 135 (4) SGB V, könnte seines Erachtens jetzt, mit Unterstützung großer Kassen wie der AOKen, mehr Aussicht auf Erfolg haben. Rechtliche Hürden sollte man dabei, so der Jurist Knieps, nicht verabsolutieren; entscheidend sei, welches Ziel man vor Augen habe. Der AOK-Profi hat sich mit Qualitätssicherungsverfahren und ausländischen Modellen auseinandergesetzt

und einiges gefunden, wovon sich lohnen würde, es einmal für unsere Verhältnisse umzuformulieren und auszuprobieren. Welche Instrumente, Strukturen und Vertragskonstruktionen man hierfür nutzen könnte, dazu hat er schon einige Ideen. Aber er braucht Partner von der zahnärztlich-fachlichen Seite, um Vorstellungen von Qualitätssicherung, Prophylaxe-Orientierung, Einbindung von Patienten usw. inhaltlich füllen zu können. Bei der Frühjahrstagung wird Gelegenheit sein, seine Vorschläge auf Herz und Nieren zu prüfen und zu schauen, ob sich vielleicht gemeinsam ein »Programm für mehr Gesundheit« mit partnerschaftlichem Zusammenwirken von Patient, Kasse und Zahnarzt entwickeln läßt. Wir dürfen gespannt sein!

Hohe Erwartungen dürften auch erfüllt werden am Nachmittag des 9.5.1998. Wie üblich folgt dann der zahnmedizinisch-fachliche Teil, wobei im Interesse thematischer Vielfalt und Abwechslung dieses Mal die Kieferorthopädie an der Reihe ist. Allerdings nicht Kieferorthopädie pur oder klassisch, sondern vielmehr Highlights aus einem Teilbereich, der besonders auch für den Allgemeinzahnarzt von Interesse ist: aus der Erwachsenen-Therapie. Unser Referent Prof. Dr.Dr. Peter Diedrich, Arzt und Zahnarzt und seit 1984 Direktor der Klinik für Kieferorthopädie an der Technischen Hochschule Aachen, hat insbesondere in der Behandlung Erwachsener, die 60% seines Klinik-Klientels ausmachen, seinen Schwerpunkt. Bei diesen Patienten geht es selten um isolierte KfO-Probleme; fast immer ist interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Prothetikern, Parodontologen oder Kieferchirurgen gefordert.

Prof. Diedrich wird hier u.a. einschlägige Methoden der präprothetischen Orthodontie, wie Molarenaufrichtung und Distalisieren endständiger Zähne zum Gewinn eines Brückenpfeilers bei Freundsituationen vorstellen, zum anderen kieferchirurgisch-kieferorthopädische Kombinationsbehandlungen thematisieren. Für den Praktiker interessant dürften auch seine Erfahrungen mit orthodontischen Korrekturen im parodontal vorgeschädigten Gebiß sein. Obwohl natürlich künstliche induzierte Zahnbewegungen grundsätzlich den Zahnhalteapparat beanspruchen und im erkrankten bzw. zurückgebildeten Parodont mit besonderer Vorsicht anzugehen sind, können kieferorthopädische Maßnahmen wie z. B. die Reorientierung aufgefächerter Frontzähne und die Intrusion von Zähnen mit infraalveolären Taschen bei geeignetem Vorgehen durchaus zur Gewinnung von mehr Stabilität und Attachment und damit zur Verbesserung der parodontalen Situation dienen.

Da Prof. Diedrich auch in der Grundlagenforschung (Biologie und Biomechanik der Zahnbewegungen, Entwicklung von Meßsystemen für die durch Kfo-Apparaturen erzeugten Kräfte, orthodontische Verankerung an enossalen Implantaten, Untersuchung verschiedener Bracket-Materialien und -Retentionsmechanismen, computer-tomographische und sonographische Diagnoseverfahren usw.) zu Hause ist und mit seiner Forschungs- und Lehrtätigkeit ein äußerst breites Gebiet abdeckt (was sich nicht zuletzt an seinen in die Hunderte gehenden Publikationen, wissenschaftlichen Vorträgen und Fortbildungskursen ablesen läßt), kann bei unserer Veran-

staltung sicher jeder Teilnehmer mit kompetenten Antworten zu den ihn bewegenden Fragen rechnen. Vielleicht könnte der Vortrag dazu beitragen, daß mehr als bisher die Chance wahrgenommen wird, durch kieferorthopädische Vorbehandlung die Voraussetzungen für die spätere prothetische Versorgung geschädigter Gebisse zu verbessern. Sie sind herzlich zum Zuhören und Mitdiskutieren eingeladen!

Hauptarbeitsgebiete des Fachreferenten
**Univ.-Prof. Dr.med. Dr.med.dent
 Peter Diedrich**

Jahrgang 1945, Ausbildung in Parodontologie und Kieferchirurgie in der Univ.-Zahnklinik Münster, kieferorthopädische Fachausbildung in Köln, seit 1979 Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, 1980 Habilitation.

Kieferorthopädische Grundlagenforschung, Wechselbeziehung Parodontologie/Kieferorthopädie, kieferorthopädische Behandlung Erwachsener, linguale Bracketfixation.

Bislang über 160 wissenschaftliche Publikationen, über 500 Fortbildungsveranstaltungen im In- und Ausland.

- Ordinarius der Klinik für Kieferorthopädie des Universitätsklinikums Aachen
- Schriftleiter der *Fortschritte der Kieferorthopädie*, *Journal of Orofacial Orthopedics*
- Herausg. der *Praxis der Zahnheilkunde*
- Beirat der Zeitschriften: *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, *Clinical oral investigations*, *Quintessenz*
- Mitglied d. Kommission f. Fachfragen der Zahnärztekammer Nordrhein
- Beirat Initiativkreis Umfassende Kieferorthopädie

Gemeinsame Frühjahrsveranstaltung

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde - DAZ -
im NAV Virchowbund und
Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e. V. - VDZM

Tagungsort: Frankfurt am Main, Bürgerhaus Bornheim, Arnsburger Straße 24,
Tel.: (069) 44 60 99

Freitag, den 8. Mai 1998 / 20°Uhr Gemütliches Beisammensein

Samstag, den 9. Mai 1998

10° Uhr **Franz Knieps**, AOK-Bundesverband, Bonn
»Krankenkassen sind Player, nicht länger nur Payer«

13°-14° Uhr **Mittagspause**

14° Uhr **Prof. Dr. med. Dr. med. dent. P. Diedrich**, Aachen
»Präprothetische orthodontische Maßnahmen zur Verbesserung
der Ästhetik und Funktion«

Ende gegen 18° Uhr Danach gemütliches Beisammensein

Sonntag, den 10. Mai 1998

9°-13° **DAZ-Ratssitzung**
Auch Freunde und Interessenten sind hierzu herzlich eingeladen.

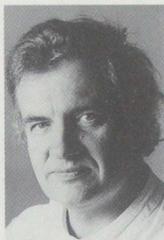
Parallel: VDZM: Mitgliederversammlung

Infos und Anmeldung:

Daz-Geschäftsstelle beim NAV-Virchow-Bund
z.H. Irmgard Berger-Orsag, Belfortstr.9, 50668 Köln
Telefon 0221-9730005 45 Fax 0221-7391239

Anmelde-Coupon auf der letzten Seite

Franz Knieps, Jurist und Politikwissenschaftler, ist Leiter des Stabsbereiches Politik im AOK-Bundesverband. Zuvor arbeitete er als wissenschaftlicher Assistent an der Universität Bonn und war als wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« des Deutschen Bundestages tätig. Er ist Mit-Herausgeber der Zeitschrift »Arbeits- und Sozialpolitik«. Im Zuge des 2. NOG erhalten die gesetzlichen Krankenkassen mehr Möglichkeiten als bisher, mit Modellvorhaben und Strukturverträgen in den Wettbewerb einzugreifen. Sie können sehr viel direkter die Entwicklung der Medizin und der Zahnmedizin mitbestimmen. Hierzu hat Franz Knieps bereits konkrete Vorstellungen.



Heute bietet die Zusammenarbeit mit Kieferorthopäden viele Möglichkeiten, die Versorgung unserer Patienten ästhetisch und funktionell zu verbessern.

Prof. Dierich verfügt auf dem Gebiet der interdisziplinären Zusammenarbeit über ein besonders breites Erfahrungsspektrum. Er führt uns den aktuellen wissenschaftlichen Stand und verschiedene Indikationen sowie Lösungen vor. Prof. Dr.med. Dr.med.dent. P. Dierich ist Direktor der Klinik für Kieferorthopädie der Medizinischen Fakultät an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen.

Übernachtungsmöglichkeiten:

- a) Hotel Mercator, Mercatorstr.38, 60316 Frankfurt/M. Tel. 069-490691, Fax 069-490217
- b) Hotel am Zoo, Alfred-Brehm-Platz 6, 60316 Frankf./M. Tel. 069-490771 75, Fax 069-439868
- c) Verkehrsamt Stadt Frankfurt: Tel. 069-212-38800, Fax 069-212 378890

Verkehrsverbindungen zum Bürgerh. Bornheim: mit öffentlichen Verkehrsmitteln von der City:

- U-Bahn U4, Richtung Seckbacher Landstraße, Haltestelle Höhenstraße, oder Straßenbahn Linie 20, Haltestelle Bornheim-Mitte
- BAB/Offenbach: Kaiserlei-Brücke-Ratsbrücke
- BAB/Nordwest: über Miquelallee
- BAB/Bad Homburg: über Preungesheim

Tagungsbeitrag: Der Beitrag wird bei Beginn der Veranstaltung erhoben. Teilnehmer erhalten eine Bescheinigung u.a. zur Vorlage beim Finanzamt.

- 80 DM** für berufstätige Zahnärzte (Nichtmitglieder)
- 60 DM** für berufstätige Mitglieder von DAZ oder VDZM
- 40 DM** für Studenten (Nicht-Mitglieder)
- 20 DM** für Studenten (Mitglieder von DAZ oder VDZM)

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

eine Herausforderung für die Zahnärzte und ihre Verbände

Neue Regelungen in Kraft getreten

Festzuschüsse fristgerecht verabschiedet

Wie in anderen zahnärztlichen Organisationen wartete man auch im DAZ Ende Oktober 1997 mit Spannung auf die Festzuschüsse, die - kaum veröffentlicht - mindestens ebenso viele Fragen aufwarfen wie beantworteten. Fach- und allgemeine Medien versuchten in zahlreichen Pressebeiträgen, vor allem den Patienten die neue Regelung anhand von Beispielen zu erklären. Obwohl alle eigentlich von den gleichen Zahlen hätten ausgehen müssen, kamen erstaunlich unterschiedliche Modellrechnungen und Bewertungen zustande. Kassen und Patienten-nahe Verbände warnten vor Verteuerungen; zahnärztliche Körperschaften und Bundesgesundheitsminister betonten einhellig, daß die Patienten keinen neuen Kostenschub zu erwarten hätten. Wirtschaftliche Versorgungen würden z.T. billiger; nur besonders Anspruchsvolle müßten mehr bezahlen.

Spar-Einschnitte als Fortschritt für Patienten verkauft

Wie bei anderen Themen wurden zunehmend Tendenz-Begriffe anstelle von Faktenaussagen verbreitet. So war immer wieder zu lesen, daß beispielsweise bei »Luxus-Ausführungen« wie keramikverblendeten Kronen zukünftig mit Mehrkosten zu rechnen sei. Man beachte, daß kein fachliches Argument, son-

dern rein fiskalische Überlegungen bzw. der Wunsch, 290 Mio. DM aus dem Prothetiktopf in einen anderen Bereich umzuleiten, über Nacht aus der jahrelang gültigen Standard-Versorgung für gesetzlich Versicherte ein »Luxusgut« gemacht haben! Statt zu den für die Patienten unerfreulichen Sparmaßnahmen zu stehen, stehlen Politiker und Funktionäre sich durch geschicktes Jonglieren mit emotional besetzten Begriffen aus der Verantwortung. Ähnliches wurde bereits vorexerziert in Zusammenhang mit der Ausgrenzung von Zahnersatzleistungen für nach 1978 Geborene. Das betreffende Gesetz (BeitrEntlG) hat für den einzelnen Betroffenen mit bereits früh zerstörten Zähnen ausgesprochen ärgerliche Konsequenzen und nicht im geringsten etwas mit positiv besetzten Inhalten wie Freiheit, Selbstverantwortung, Förderung von Prophylaxe o.ä. zu tun. Genau diese Verbindung aber versuchten zahnärztliche Standesvertreter und Mitglieder der Regierungskoalition von Anbeginn herzustellen, während sie sich gleichzeitig, beginnend mit Begriffen wie »vermeidbare« Erkrankungen, über die Zwischenstationen »selbstverursachte« und »selbstverantwortete« Zahnschäden schließlich bis zu der Aussage vorarbeiteten, Karies und Parodontalerkrankungen seien »selbstverschuldet«. Anreize zu präventivem Verhalten und mehr Wahlfreiheit werden seitens des DAZ durchaus begrüßt und gefordert; jedoch sollten Leistungskürzungen zum Zwecke des Sparens und

strukturelle Maßnahmen zur Umorientierung unseres Versorgungssystems sauber auseinandergehalten werden. Und Schuld-Feststellungen sind Sache des Strafrechts, nicht der Medizin.

Angesichts der allseitigen Verunsicherung über die konkrete Ausgestaltung des Festzuschußsystems gab's noch vor seinem Inkrafttreten erst mal ein Aufatmen: eine großzügige Übergangsregelung mit Fortbestehen der alten Zuschüsse (für 1997er Pläne) bis Mitte 1998 sorgte dafür, daß zahlreiche Praxen bzgl. Zahnersatz auf Monate ausgebucht sind und die Leistungsstatistik mal wieder einen der sattsam bekannten Reform- »Bäuche« aufweisen wird. Seit Januar 1998 muß allerdings nach dem neuen Recht geplant und beantragt werden. In einigen Radio- und Fernsehsendungen mit DAZ-Beteiligung haben wir versucht, zur Aufklärung über die neue Situation beizutragen. Zu hoffen ist, daß sich trotz strittiger Fragen auch weiterhin Patienten und Behandler ohne einen Juristen als ständigen Begleiter in deutsche Zahnarztpraxen trauen können.

Millionenschwere Kassenforderungen und HVM's sorgen für Frust

Am Jahresende war mancher Zahnarzt allerdings weniger mit der bundesweit geltenden Festzuschußregelung als vielmehr mit den Konflikten von Kassen und Körperschaften vor seiner Haustür beschäftigt. In Nordrhein beispielsweise lag eine Rückforderung der Ersatzkassen von 33 Mio. DM für 1996 auf dem Tisch. Das Schiedsamt, dessen Vorgehen nicht nur von den Zahnärzten kriti-

siert wurde, setzte 10 Mio. DM fest; die KZV reagierte mit einer Punktwerthalbierung. Kein Wunder, daß der eine oder andere Kollege frühzeitig seinen Weihnachtssurlaub antrat. Mit den Primärkassen liefen im gleichen KZV-Bereich die Gespräche weitaus konstruktiver. Zwischen AOK Rheinland und KZV NR wurde ein Vertrag geschlossen und eine gemeinsame Kommission zur Beobachtung der Mengenentwicklung eingesetzt, um jeweils kurzfristig auf die Entwicklung der Leistungsausgaben Einfluß nehmen zu können.

In Schirborts own country, Niedersachsen, ging's gleich noch um ein paar Millionen mehr: um immerhin ca. 50 Mio. DM. Sie müssen an die Kassen zurückgezahlt werden, nachdem die Aufsichtsbehörde sozusagen in letzter Minute mit Verweis auf die Beitragsatzstabilität einen Schiedsspruch kassiert und damit für 1996 und 1997 nachträglich die 1995-er Punktwerte als Abrechnungsgrundlage vorgeschrieben hat. Die KZVN mußte sich dem zunächst beugen und die Abschlagzahlungen an die Zahnärzte halbieren; ob solche Eingriffe zulässig sind, wird die Gerichte beschäftigen. (Zulässig oder nicht - man kann jeden Zahnarzt in Niedersachsen verstehen, der den Krempel hinschmeißen will. Dort gibt es heute nur die Chance, entweder von der eigenen oder von der anderen Seite um sein Geld gebracht zu werden.)

Zahnmedizinische Versorgung - eine Goldgrube für Juristen?

Es entbehrt nicht der Pikanterie, daß die um Millionen gebeutelte KZVN in einem anderen Zusammenhang selbst auf

zweifelhafter Rechtsgrundlage Millionen kassiert bzw. den niedersächsischen Zahnärzten vorenthalten hat. Hierbei handelt es sich nach Recherchen unserer Oldenburger Mitglieder um Vergütungen aus den budgetierten Jahren 1993 bis 1995, die von den Krankenkassen bezahlt, von der KZVN jedoch nicht an die Kollegen weiterverteilt wurden. Nachdem in der Vergangenheit selbst die Aufsichtsbehörde kein Licht in dieses Dunkel bringen konnte, haben sich niedersächsische DAZler erneut ans Sozialministerium gewandt und Aufklärung gefordert. Ende Dezember 1997 wurde - warum auch immer - unter Zugrundelegung von willkürlich anmutenden »Quoten« ein Teil dieser Gelder an die Zahnärzte weitergeleitet. Da die betroffenen Zahnärzte sich allerdings angesichts von 100%-Zahlungen der Kassen nicht mit »Quoten« von 33,6% oder 79% der ausstehenden Forderungen zufrieden geben wollen, stehen auch hier wieder Prozesse ins Haus: in diesem Fall Zahnärzte gegen KZV.

Der Streit um Millionen, in den zum Teil KZVen und Kassen allein, zum Teil auch Länderbehörden und einzelne Zahnärzte involviert sind, scheint nicht an eine bestimmte Standesführung, Größe und Struktur des Landes gebunden. So gingen z.B. auch in Berlin oder in Hamburg die Wogen hoch. Im Stadtstaat an der Elbe fordern die VdAK-Kassen 15 Mio. DM zurück, gleichzeitig sieht sich die KZV konfrontiert mit Hunderten von Widersprüchen und Klagen gegen den bis vor einiger Zeit von ihr praktizierten Honorarverteilungsmaßstab. Klar ist, daß die Verteilung eines Mangels letztlich

nicht für jeden zufriedenstellend gelingen kann. Klar ist aber auch, daß ein Versorgungssystem nicht produktiv arbeiten kann, in dem häufig erst nach jahrelangen Rechtsstreitigkeiten und mehrfachen Hin und Her das Honorar für schon längst erbrachte Leistungen festgelegt wird. Stattdessen sind die Vertragspartner gefordert, durch Erprobung neuer kombinierter, am Arbeitsaufwand orientierter Honorierungssysteme und durch Qualitätssicherungsmaßnahmen medizinisch nicht begründete Mengenausweitungen und unnötige Wiederholungsleistungen einzudämmen. Auf Patienten-seite wirken in der Zahnmedizin bereits die hohen Selbstbeteiligungen und das Unangenehme vieler Behandlungsmaßnahmen als Regulativ.

Patienten erster bis dritter Klasse?

Für den einzelnen Zahnarzt bringen die z.T. unerquicklichen Verhandlungsergebnisse oder Schiedssprüche und die von den KZVen verfügbaren Honorarmaßstäbe zwangsläufig große Frustration und ab und zu den Zwang, entweder umsonst zu arbeiten oder gegen Patienteninteressen und Sicherstellungsauftrag handeln zu müssen. Da weiß mancher (uns liegen Beispiele vor) keinen besseren Weg, als in seiner Praxis ein »Mehr-Klassen-System« einzuführen und seinen Patienten z.B. folgende Alternativen vorzuschlagen:

- (1) Behandlung auf »Schein« mit Beschränkung auf das Notwendige und Verweis darauf, daß die Behandlung u.U. gratis erbracht werden muß;
- (2) Wechsel des Patienten zur Kostenerstattung, wobei der Zahnarzt Vertragsleistungen erbringt und in Rechnung stellt

und der Patient sich um die Erstattung durch die Kasse kümmern muß;

(3) Behandlung des GKV-Patienten als Privat-Patienten, ohne Beschränkung des Leistungsspektrums entsprechend der Übereinkunft von Zahnarzt und Patient. Die Kasse muß entscheiden, wieviel von den Kosten sie übernimmt.

Interessenlagen, Vor- und Nachteile transparent machen!

Daß bei diesen Regelungen wie auch bei den Festzuschüssen die verschiedenen Beteiligten - Patienten, Zahnärzte, gesetzliche und private Krankenkassen - durchaus unterschiedliche Interessen haben, ist ein Faktum und für sich genommen nicht negativ zu bewerten. Schlimm ist jedoch, wie immer wieder versucht wird, ein Offenlegen der unterschiedlichen Positionen zu verhindern und eigene Interessen zu verschleiern. Beispielsweise die Kostenerstattung wird von (zahn-)ärztlicher Seite vielfach als günstiger für den Patienten hingestellt: Sie läßt angeblich mehr Freiheit, schafft mehr Transparenz und damit Kostenbewußtsein. Dazu muß festgestellt werden, daß sie je nach Art der Abwicklung dem Versicherten zumutet, mit großen Beträgen in Vorleistung zu gehen und ggf. Abschläge von seinem Kassenanteil in Kauf nehmen zu müssen. Um Behandlung und Ausgaben zu überblicken, braucht man die Kostenerstattung nicht, nachdem mit § 305 b SGBV eine Vorschrift zur umfassenden Patienteninformation verabschiedet (allerdings noch nicht umgesetzt) wurde. Bisherige Modellversuche konnten nicht beweisen, daß Kostentransparenz automatisch

zu einer bewußteren und sparsameren Inanspruchnahme von Leistungen führt. Vielmehr traten auch gegenteilige Effekte auf in dem Sinne, daß über die Kosten informierte Versicherte noch stärker als vorher ihre Beitragszahlungen durch zusätzliche Leistungsanspruchnahme »ausschöpfen« wollten.

Abschied von der »Verteilungs-Medizin«

Dessen ungeachtet sieht man, wie die Diskussionen bei zwei DAZ-Ratssitzungen im November 1997 und Januar 1998 zeigten, in unserem Verband positive Möglichkeiten, Kostenerstattung und Festzuschußsystem auszugestalten. »Wir müssen uns von der Verteilungsmedizin emanzipieren«, brachte es einer der alten Hasen, der jahrezehntelang im Sachleistungssystem und mit hochprozentiger Zahnersatz-Erstattung gearbeitet hat, auf den Punkt. Die Praxen sind gefordert, ihre Dienstleistung auf einem sich entwickelnden Markt differenziert anzubieten. Der Zahnarzt hat immer noch die Chance, längerfristig eine Behandlungspartnerschaft auch mit dem GKV-Patienten herzustellen und diesen für ein prophylaxeorientiertes Konzept zu gewinnen. Da die GOZ (von der bis Ende 1999 wirksamen Faktorbegrenzung für Vertragsleistungen einmal abgesehen) einen gewissen Spielraum läßt, wird der einzelne Zahnarzt auch in Zukunft Möglichkeiten zum Ausgleich von Fällen haben, in denen der Patient die erbrachte Behandlungsqualität nicht bezahlen kann. Bei aller Kritik z.B. an der neuen ZE-Härtefallregelung, die mit dauerhafter GOZ-Faktor-Beschränkung eine Versorgung zum doppelten Festzuschuß

(ohne Bonus) verlangt und damit den Zahnärzten das Morbiditätsrisiko und die Preissteigerungsfolgen für einen (wachsenden) Teil der Patienten aufbürdet, wird im DAZ dafür plädiert, auch diesen Kreis von Versicherern weiter indikationsgerecht zu versorgen. Das heißt, wenn ein Härtefall-Kandidat tatsächlich nichts zuzahlen kann, dann soll nicht die Qualität des Zahnersatzes gesenkt werden, sondern Labor und Zahnarzt müssen gemeinsam eine Lösung finden. Es ist weder akzeptabel, daß der Zahnarzt umsonst arbeitet und noch einen Teil der Technikkosten aus der eigenen Tasche zahlt, noch darf es dahin kommen, daß Patienten einfach weitergeschickt werden.

Wie sich in zahlreichen Gesprächen mit Mitgliedern feststellen ließ, sind die meisten DAZler zuversichtlich, verdienten Honorar auch im neuen System korrekt zu erhalten. Neuerdings machen zahlreiche Anbieter auf sich aufmerksam, die als Abrechnungsgesellschaften und Factoringunternehmen den Zahnarzt von bürokratischer Arbeit und finanziellem Risiko zu entlasten versprechen. Hierzu gibt es allerdings inzwischen recht kritische Äußerungen (vgl. ZBW 1/1998 S. 28f und S. 41). Einer der Nachteile ist, daß sich für den Kunden Zahnarzt die Gebühren nach dem Gesamt-Umsatz richten, d.h. bezahlt wird hauptsächlich für den hohen Zahntechnik-Anteil, wobei übrigens auch noch Mehrwertsteuer anfällt. Die zu erwartenden Honorarverluste sollte man sich genau ausrechnen und überlegen, ob die nach bisherigen Erfahrungen zu erwartenden Einnahmeausfälle die Kosten der Abrechnungs- bzw. Factoring-

Dienstleistung übersteigen werden. Das ZBW kam in Beispielrechnungen bei angenommenen Factoringkosten von 4% auf Honorareinbußen von 37% bei Prothesenreparaturen, auf 30% bei Verblendkronen, auf 24% bei Brücken usw. und für eine »Durchschnittspraxis«, ermittelt aus der KZBV-Statistik 1995, auf einen Praxisertragsrückgang von 9% (obwohl die verminderten eigenen Verwaltungskosten berücksichtigt wurden). Ein weiterer Nachteil ist, daß die Einschaltung einer zusätzlichen Instanz evtl. das Verhältnis zum Patienten belastet und ein ganz bestimmtes formales Vorgehen erfordert, um die Forderungen des Zahnarztes überhaupt rechtlich wirksam zu sichern. Wer bisher bei seinen Patienten eine positive Zahlungsmoral erlebt, wird sich deshalb wohl eher die Gebühren für externe Dienstleister sparen und in Zweifelsfällen das Instrument »Abtretungserklärung« oder »Anweisung an die Krankenkasse« nutzen. Hierdurch ist immerhin schon einmal der zügige und sichere Transfer eines Teils der Kosten, nämlich des ZE-Festzuschusses, aufs Zahnarzt-Konto gesichert (Muster für Abtretungserklärungen und Anweisungen an die Krankenkasse können bei der DAZ-Geschäftsstelle angefordert werden).

Mehr Markt oder kartellartige Preisabsprachen im Technik-Bereich?

Reichlich unklar ist, wie von vielen DAZlern berichtet wurde, bisher die Entwicklung der Technik-Preise. Da gibt es ganze Landstriche, in denen mehr oder weniger alle Labors um 15 bis 25% erhöhte Preislisten vorlegen. Gleichzeitig erheben Zahntechniker Gebühren für

Kostenvoranschläge in Höhe von bis zu 75 DM. Andernorts findet man gestiegene Preise neben Angeboten, die günstiger als bisher liegen. Oder es wird die zuzahlungsfreie Versorgung von Härtefällen in Kombination mit Aufträgen für Nicht-Härtefälle offeriert. Nachdem der Anteil der Laborkosten - anders als in unseren Nachbarländern - in den letzten Jahren auf 60% und mehr gestiegen ist, sieht der DAZ hier keinen Nachholbedarf der Zahntechnikerseite. Unser Verband rät den Zahnärzten, sich auf dem Markt umzusehen und zu verhandeln. Derzeit sammeln wir Preislisten und Informationen über neue Konditionen und werden in Kürze auf Anfrage Preisvergleiche und Muster-Preisvereinbarungen zur Verfügung stellen. Im zahnärztlichen wie auch im Technikbereich werden sich als Reaktion auf die neue Gesetzgebung die Angebote stärker ausdifferenzieren. Darum wird es in vielen Praxen sicher bald mehrere Preislisten geben: mit zahnärztlichen und Labor-Leistungen auf verschiedenen Niveaus.

Kollegialer Austausch - demnächst auch online im DAZ

Die Neuregelungen haben nach unserem Eindruck zu einem gesteigerten Bedürfnis nach Diskussion und Informationsaustausch untereinander geführt. Da wäre es günstig, wenn man sich trotz der Entfernungen bundesweit miteinander kurzschließen, Meinungen und Materialien wie z.B. Preislisten, Patienten-Infoblätter, KZV-Rundschreiben usw. schnell und unkompliziert austauschen könnte. Angesichts weltweiter Vernetzung ist dies natürlich in Sekunden-

schnelle und ohne Zwischenschaltung von Papier möglich - nur ist bisher der Ausrüstungs- und Kenntnisstand im DAZ sehr unterschiedlich. Auf den beiden letzten DAZ-Ratssitzungen haben wir uns darum mit der Thematik auseinandergesetzt und uns die Nutzung einer (zahnärztlichen) Mailbox demonstrieren lassen. Dr. Kai Müller, der sich seit Jahren auf diesem Gebiet betätigt, hat - speziell »for beginners« - Voraussetzungen und Ablauf vom individuellen Netzanschluß bis hin zur Etablierung eines verbandsinternen Kommunikationssystems zu Papier gebracht. Eine Kurzform finden Sie in diesem Forum (siehe Seite 39f); seinen gesamten Vorschlag incl. Produktempfehlungen können Sie über die Kölner Geschäftsstelle anfordern. Um im ersten Anlauf schon mal die Verständigung untereinander in Form von E-Mails voranzubringen, sind alle Mitglieder gebeten, bei schriftlichen Reaktionen und Anrufen Ihre E-Mail-Nummern mitzuteilen. Zugleich sammelt die Geschäftsstelle Hinweise auf zahnarzt-relevante und gesundheitspolitisch interessante Mailbox- und Internet-Angebote.

Wichtige Themen und Veranstaltungen

Nicht zuletzt kann die Online-Kommunikation, wenn sie erst mal einigermaßen verbreitet ist, bei der Vorbereitung von Veranstaltungen und der rechtzeitigen Information über sie gute Dienste leisten. Wie Sie an anderer Stelle in diesem Forum lesen können, stehen u.a. im April und im Mai zwei große gesundheitspolitische Kongresse an. Bei dem einen am 15./16.5.1998 in Düsseldorf, der vom »Forum für kritische Sozial- und

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!**

Gesundheitspolitik« veranstaltet wird, wird der DAZ mit einem Infostand vertreten sein und einen Workshop anbieten. Inhaltlich wird es um die Frage gehen, welche Auswirkungen die zunehmende Privatisierung zahnmedizinischer Leistungen für Patienten, Zahnärzte und unser Versorgungssystem hat; ein wichtiges Einzelthema wird dabei die Ausgrenzung von Zahnersatzleistungen für nach 1978 geborene gesetzlich Versicherte sein. Für uns DAZler wird der Dialog mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens hoffentlich neue Anregungen und die Möglichkeit bringen, Reformideen unseres Verbandes vorzustellen. Denn auch und gerade nach Abschluß der letzten Gesetzgebungsrunde bestehen grundlegende Mängel (wie die Koppelung der GKV-Finanzierung an die rarer werdende bezahlte Arbeit und das strukturbedingte Nebeneinander von Unter- und Überversorgung) weiter und sorgen für weiteren Reformbedarf.

GOZ im Umbruch

Bei einem DAZ-Treffen am 8.5.1998 in Frankfurt/M. werden wir uns um ein Thema kümmern, das spätestens ab 1998 für alle Zahnärzte zum Alltag gehört: die GOZ. Seit Jahren sorgt die GOZ für Mißstimmung insofern, als der Verordnungsgeber keine ernsthaften Anstrengungen macht, sie an die seit 1988 vielfach veränderten Bedingungen anzupassen. Immer stärker wird inzwischen nicht mehr die Frage nach einer Novellierung, sondern vielmehr nach der Abschaffung der GOZ gestellt, wobei die Attacken auf das Gebührensystem aus ganz verschiedenen Richtungen

kommen. Da ist zum einen das Faktum, daß die GOZ nunmehr auch Abrechnungssystem für gesetzlich Versicherte geworden ist - im ZE-Bereich. Die vom Gesetzgeber für zwei Jahre verfügte Beschränkung des Steigerungsfaktors weckt Begehrlichkeiten bei PKVen und Beihilfeträgern, ähnlich niedrige Sätze auch für Ihre Versicherten zu reklamieren. Auf zahnärztlicher Seite sind viele die Abhängigkeit vom Gesundheitsministerium (BMG) leid und setzen auf eine völlige Liberalisierung (»Honorierungsmodell der Zahnärzteschaft« der BZÄK); das BMG hält dem seit neuestem sein »Vertragsmodell« entgegen. Dieses bisher als Referentenentwurf vorliegende Konzept will das staatliche Gebührensystem durch ein von den Vertragspartnern = Leistungsanbietern und Kostenerstattern vereinbartes Vergütungssystem ersetzen, das durchaus an gelegentliche Vorstöße von PKVen in Richtung Einkaufsmodell erinnert. Wenn die Partner (wer wäre das eigentlich?) sich nicht einigen können, soll wie bei den GKV-Verträgen eine Zwangsschlichtung zum Zuge kommen. Eine weitere Variante könnte die Beibehaltung des staatlichen Systems mit einer Öffnungsklausel für vertragliche Vereinbarungen zwischen einzelnen Versicherungsunternehmen und Zahnärzteverbänden sein. Der DAZ wird sich bei seinem Brainstorming am 8.5.1998 mit den genannten Modellen, eigenen Vorstellungen zur Weiterentwicklung der GOZ und Beispielen aus Nachbarländern (Italien, Schweiz) auseinandersetzen. Als ein Beitrag zum Thema sei Ihnen die Stellungnahme von DAZ-Mitglied Dr. Gerd Ebenbeck (siehe Seite 3f) empfohlen; weitere Materialien stellt die DAZ-Geschäftsstel-

le auf Anfrage zur Verfügung. Umgekehrt sind Anregungen zur Vorbereitung des Brainstormings willkommen.

Wahljahr 1998

Aber nicht nur die Festzuschußregelung und die GOZ werden den DAZ in 1998 beschäftigen. Nach wie vor sind die Paragraphen des 2. Neuordnungsgesetzes für einen Bereich, der uns besonders am Herzen liegt, für die Prophylaxe, noch nicht in konkrete Regelungen übersetzt. Der DAZ hat Vorschläge zur Individualprophylaxe und zur Schwangeren- und Kleinkinderbetreuung im Rahmen der GKV entwickelt. Interessierte können sie über die Geschäftsstelle beziehen und sich auch noch an der Klärung einiger Kontroversen beteiligen. Bei unserer Frühjahrstagung am 9./10.5.1998 werden wir uns zudem mal wieder einem speziellen Fortbildungsthema - in diesem Fall den Möglichkeiten, durch kieferorthopädische Maßnahmen bessere Voraussetzungen für die PAR-Behandlung und für die prothetische Versorgung erwachsener Patienten zu schaffen (siehe Seite 59f) - widmen, denn bei aller berufs- und gesundheitspolitischen Diskussion soll das Fachliche nicht zu kurz kommen.

1998 ist das Jahr der Bundestagswahlen - der DAZ hat einiges für die Wahlkampf-Diskussionen anzubieten. Grundsätzlich ist die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland ein lebendiger, personalintensiver, innovativer Teil des gesamten Wirtschafts- und Sozialsystems. Exemplarisch können wir für diesen Bereich aufzeigen, daß ökonomische Ziele und eine gute Versorgung aller Bürger/innen

keinen Gegensatz bilden müssen. Wir haben Vorstellungen von einer präventionsorientierten, qualitätsgesicherten Zahnmedizin, die, niedrigschwellig zugänglich, möglichst allen Wege zur Gesunderhaltung ihres oralen Systems eröffnet und zu deren Finanzierung die einzelnen Bürger gemäß ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit und ihren Versorgungswünschen beitragen. Die Verfolgung der Eigeninteressen der beteiligten Unternehmen ist durchaus akzeptabel, solange - und hier sind Politiker und vor allem die dem hippokratischen Eid verpflichteten Berufsgruppen gefordert - kommerzielle Interessen den medizinischen Notwendigkeiten und dem Bemühen um mehr Gesundheit untergeordnet werden.

1998 bringt manche Neuerung in Ihre Arbeit. Sie sind herzlich eingeladen, sich mit DAZ-Kollegen darüber auszutauschen und von den Erfahrungen anderer zu profitieren. Ich hoffe, Sie können die Situation für sich und Ihre Patienten positiv gestalten.

Ein gutes Jahr 1998 und viele Grüße

*Irmgard Berger-Orsag,
DAZ-Geschäftsführerin*

**Nächster Redaktionsschluß:
16. März 1998**

Termine... Termine... Termine...

- 11.3.1998, 20 Uhr, Berlin, DAZ-Studiengruppe »**Neue Produkte für die Prophylaxe**«, Referent: Dr. Stefan Zimmer
- **21.3.1998, Köln/NAV-Wirtschaftsdienst**, Sedanstr.13-17: **DAZ-Ratssitzung**
- 27.-29.3.1998, Hamburg: **7. ZMF-Kongreß**, veranstaltet vom Norddeutschen Fortbildungsinstitut für Zahnarzthelferinnen und ZÄK Hamburg (Tel. 040-73340536, Fax -7325828)
- 15.4.1998, Berlin, DAZ-Studiengruppe »**Antibiotika in der Zahnmedizin**«, Referent: ZA Gunnar Saul
- 22.4.1998, 9.30-17.00 Uhr, Bonn/Haus der Geschichte: Kongreß des Bundesgesundheitsministeriums »**Präventionsorientierte Zahnheilkunde in Deutschland**« (Tel. 0228-941-1331, Fax -941-4922 s.S. 24)
- 24./25.4.1998, Düsseldorf/Hilton Hotel: Kongreß »**Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen**« des Quintessenzverlages (Tel. 030-76180603, Fax-76180693 s.S. 44/45)
- 25.4.1998, 8.30 - 17.30 Uhr, Münster/Akademie für Fortbildung: **8. Jahrestagung des Deutschen Dentalhygienikerinnenverbandes (DDHV)** mit Vorträgen zu Infektionsgefährdung, implantologischem Recall, Mikrochirurgie in der Parodontaltherapie usw. (Tel. 0251-507603, Fax 507609 s.S.75)
- 25./26.4.1998, Köln: Arbeitstagung des NAV-Virchow-Bundes
- 7.5.1998, 9.00 Uhr, Hamburg/Altes Rathaus, Trostbrücke 6: Epithetik-Workshop (Tel. 040-557781-12, Fax -557781-99)
- 8.-9.5.1998, Hamburg/Altes Rathaus, Trostbrücke 6: **1. Internationaler Titanmagnetics - Kongreß** zu Magneten in der Zahnheilkunde, Epithetik und anderen Medizinbereichen (Tel. 040-557781-12, Fax -557781-99)
- **8.5.1998** 16 Uhr, Frankfurt: **DAZ-Brainstorming zum Thema »GOZ«** (Infos zu Ort und Tagesordnung unter Tel. 0221-973005 45 erfragen)
- **9./10.5.1998, Frankfurt/Bürgerhaus Bornheim: DAZ-VDZM-Frühjahrstagung** mit gesundheitspolitischer Diskussion und Fachfortbildung zum Thema »**Präprothetische orthodontische Maßnahmen zur Verbesserung der Ästhetik und Funktion**«, Referent: Prof. Dr. Peter Die-drich, TU Aachen, und gesundheitspolitischem Beitrag von Franz Knieps, AOK-Bundesverband zum Thema »**Krankenkassen sind Player, nicht länger nur Payer. Modellvorhaben und Strukturverträge aus Sicht der AOK**« (siehe Seite 62/63)
- 13.5.1998, 20 Uhr, Berlin, DAZ-Studiengruppe »**Amalgamalternativen**«, Referent: Prof. Dr. Jean-Francois Roulet
- 15./16.5.1998, Düsseldorf/Universität: **Sozial- und gesundheitspolitischer Kongreß des Forum für kritische Sozial- und Gesundheitspolitik mit DAZ-Beteiligung** (Tel. 0211-385896-2, Fax-285896-3 s.S. 18/19)

— 25.-29.5.1998, Westerland: 40. Fortbildungstagung der ZÄK Schlesw.-Holstein mit Helferinnen-Fortbildung und Dentalausstellung; Thema: »Zahnheilkunde - Spiegel von Medizin und Technik« (Tel. 0431-3897280, Fax -3897210)

— 5.6.1998, Hamburg: Tagung des Arbeitskreises »Psychologie und Zahnmedizin« in der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP), Thema: »Angst - therapeutische Strategien und Behandlungsmöglichkeiten« (Tel. 0431-597265-7, Fax -597265-1)

— 10.6.1998, 20 Uhr, Berlin, DAZ-Studiengruppe »Die Behandlung obliterierter Wurzelkanäle«, Referentin: Dr. Claudia Bartel

— 4./5.7.1998, Schlesien/Schleswig-Holstein: DAZ-Ratssitzung

— 25./26.9.1998, Santander/Spain: 2nd Congress of the European Association of Dental Public Health (EADPH), organized by the EADPH and the University of the Basque Country (Tel./Fax 34(9)4-4858177, Fax 34(9)4-4801899 s.S.76)

— 9./10.10.1998, Berlin: DAZ-Jahrestagung mit Kulturprogramm am 9.10.1998, öffentlicher Veranstaltung und Mitgliederversammlung am 10.10.1998

— 14.10.1998, Wien: Fachkongreß »Implantologie - Prothetik der Zukunft« (Tel. 0043-1-5128091-0)

— 13.-15.11.1998, Berlin: Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes

— 15.11.1998, Berlin: DAZ-Ratssitzung



PROGRAMM TAGESORDNUNG

FÜR DIE 8. JAHRESTAGUNG
DES DEUTSCHEN
DENTALHYGIENIKERINNEN
VERBANDES E.V.

AM SAMSTAG, 25. APRIL 1998, 9.00 - 17.30 UHR

Einschreibung/Produktinfo 08.30-09.00 Uhr

Begrüßung 09.00-09.15 Uhr

Trudy Roulet-Mehrens, 1. Vorsitzende des DDHV

Infektionsgefährdung

in der Zahnarztpraxis 09.15-10.30 Uhr

Dr. Bernd Kämper, Zahnarzt

Kaffeepause/Produktinfo 10.30-11.00 Uhr

Recall in der Implantologie 11.00-12.30 Uhr

Dr. Georg Romano, Univ.-Klinik, Carolinum, Frankfurt/M.

Mittagspause 12.30-13.30 Uhr

Aktives Gesundheitsmanagement 13.30-15.00 Uhr

Manfred Just, Rückenschul- und Sportpädagoge

Kaffeepause/Produktinfo 15.00-15.30 Uhr

Neue mikrochirurgische

Methoden in der plastisch

ästhetischen Rekonstruktion

des Parodontiums 15.30-17.15 Uhr

Dr. Johannes Wachtel, Zahnarzt, Parodontologe

Ende der Jahrestagung 17.30

Veranstaltungsort: Akademie für Fortbildung,

Auf der Horst 31, 48147 Münster

Mehr Geld für Schmerzen, weniger für Bleischäden

Unter dieser Überschrift informiert die Hannoversche Zeitung vom 10.1.98 über die von der Bundesregierung noch für diese Legislaturperiode geplante Änderung des deutschen Schadensersatzrechts. Eine wichtige Neuerung: Ein Schmerzensgeldanspruch soll zukünftig auch dann geltend gemacht werden können, wenn ein Verschulden nicht nachgewiesen werden kann. Eine solche Regelung könnte verhindern, daß sich haarsträubende Schicksale wie die von Tausenden deutscher Hämophiler wiederholen. Durch Behandlung mit AIDS-verseuchten Blutprodukten ist ein großer Teil der erwachsenen Bluter infiziert worden, ohne den mindesten Anspruch auf Schmerzensgeld zu haben - während jedes Verkehrsunfallopfer ab ein paar Schrammen kassieren kann. Nur konsequent angesichts solcher Schadensmöglichkeiten ist die Heraufsetzung der Haftungshöchstgrenzen für Schadensersatz.

Im Gegenzug soll das allgemeine Schmerzensgeld nach BGB auf "nicht unerhebliche Verletzungen" beschränkt und bei Verkehrsunfällen die Kostenübernahme von Fahrzeugreparaturen restriktiver gehandhabt werden.

Die CDU ist entschlossen, auf diesem Feld noch vor den Wahlen einen Schritt voran zu machen - und sei's notfalls mit

einer Sonderregelung für den Arzneimittelbereich.

Neuseeland

Punkte sammeln für Operationen

Nach einem Bericht der angesehenen britischen Ärztezeitschrift *Lancet* hat Neuseeland jetzt die Durchführung von Operationen von einem Punktesystem abhängig gemacht. Anspruch auf eine entsprechende Behandlung haben nunmehr Patienten, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung genügend Punkte gesammelt haben. Für zahlreiche Behandlungsverfahren, (wie z.B. Kataraktextraktionen, Hüft- und Kniegelenkersatz, koronarer Bypass, Prostataektomie wegen Hyperplasie, Cholezystektomie oder Implantation von Paukenröhrchen bei Mittelohrentzündung) sind die Qualifikationskriterien bereits definiert. An weiteren Krankheitsbildern wird gearbeitet.

Als Konsequenz dieser Neuregelung erhielten zum Beispiel in der Zentralregion 770 von 4650 Patienten den Bescheid, daß sie von der Warteliste für einen bestimmten Eingriff gestrichen seien, weil sie die Punktezahl noch nicht erreicht hätten. Aufschlußreich ist, daß Bonuspunkte auch dann vorgesehen sind, wenn der Patient sein Geld mit regelmäßiger Arbeit verdient oder Kinder großzieht. DOK 1-2 (1./15.1.98)

25-26 SEPTEMBER, 1998. 2ND CONGRESS OF THE EUROPEAN ASSOCIATION OF DENTAL PUBLIC HEALTH. SANTANDER (CANTABRIA) SPAIN. ORGANIZED BY THE EUROPEAN ASSOCIATION OF DENTAL PUBLIC HEALTH (EADPH) AND THE UNIVERSITY OF THE BASQUE COUNTRY. DEPARTMENT OF STOMATOLOGY. TEL/FAX: +34(9)4-4858177. FAX: +34(9)4-4801899. E-mail: otaagsam@lg.ehu.es <http://www.ehu.es>

ABSTRACTS WILL BE ACCEPTED UNTIL 08-04-98. PRE-INSCRIPTIONS AND HOTEL BOOKING UNTIL 30-06-98.

Der DAZ stellt sich vor



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

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

Kooperation mit dem NAV-Virchow-Bund

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

Studiengruppen

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

Informationen

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

Hilfe für den Zahnarzt-Alltag

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

Standespolitik

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

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

Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinistudiums mit folgenden Veränderungen:

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

-Verkürzung der vorklinischen Ausbildung bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums

-Einbindung qualifizierter Praktiker in die Universitätsausbildung.

Delegation

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

Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

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

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz

- Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal

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

Qualität

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

- vemünftige, 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. 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-Studiengruppen 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 in Frankfurt/Main

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

- Ich bin niedergelassener Zahnarzt.....
- angestellter Zahnarzt.....
- Student.....
- Ich nehme am Samstag, 9.5. teil.....
- Ich nehme an der DAZ-Ratssitzung, So., 10.5. teil
- Ich habe Interesse am GOZ-Brainstorming am 8.5.
- 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

Go British

Seit der Öffnung des europäischen Binnenmarktes warten Verbraucher und qualifizierte Berater gleichermaßen auf den Knaller von der Insel. Seit geraumer Zeit gibt es ihn: Eine der besten britischen Versicherungsgesellschaften stellt ihre Produkte nun auch den deutschen Kunden zur Verfügung: Die Clerical Medical Investment Group Limited.

Die Importpolice ohne Währungsrisiko

Die CM kombiniert Sicherheit und Garantie mit britischer Anlagestrategie und Rendite. Sie können zwischen vier verschiedenen Anlage-Pools wählen. Neben britischen Pfund, US-Dollar und ICU (ein künstlicher Mix aus US-Dollar, DM und japanischem Yen) steht auch ein reiner DM-Pool zur Wahl. Einzahlung, Anlage und Ausschüttung erfolgen dann in D-Mark. Vorteil für den Kunden: Keine Umrechnung und damit kein Währungsrisiko.

Wie wäre es mit 7,25% Rendite für 1998?

Für die verschiedenen Anlagepools bestimmt die CM neben der garantierten Verzinsung (für den DM-Pool zum Beispiel 3%) jährlich im voraus die Gewinnbeteiligung. So hat sie für das Jahr 1997 bereits 7,25% in Aussicht gestellt (6% Jahresdividende plus 1,25% Fälligkeitsdividende). Die Rückbetrachtung im Folgejahr hat in den vergangenen Jahren immer noch eine positive Überraschung gebracht. Die Renditen lagen durchweg über der Prognose bei satten 9% bis 10%.

Mit 58 in Rente

Kein Problem. Die CM bietet enorme Gestaltungsfreiheit bei Einzahlung und Ausschüttung. Die Investition eines einmaligen hohen Betrags in ein Depot ist genauso möglich wie ein laufender Beitrag. Über individuelle Auszahlungpläne lassen sich bedarfsgerecht Versorgungslücken schließen. Und: Bei einer gekonnten Gestaltung bleiben die Erträge steuerfrei.

- Finanzierung eines monatlichen Einkommens, wenn der Versicherte früher in Rente gehen will (z.B. ab dem 58. Lebensjahr), die Versorgungsleistungen aber auf z.B. das 65. Lebensjahr abgestimmt sind
- Monatliches Zusatzkapital zur Studienvorsorge der Kinder
- Renditestarkes Kapital zur Ergänzung der Leistungen des Versorgungswerkes

Lernen Sie jetzt die Top-Alternative von der Insel kennen. Fordern Sie mit dem Antwortcoupon noch heute Ihr individuelles Angebot an.



Wo schon Königin
Victoria ihr
Geld anlegte!



NAV-Wirtschaftsdienst
für Ärzte GmbH

Sedanstraße 13 - 17 • 50668 Köln
Telefon (0221) 973 55 333
Telefax (0221) 973 55 55

Ja, ich interessiere mich für die CM-Wealthmasterpolice als

- zusätzliche Altersvorsorge. Mein Geburtsdatum: _____
- Einkommen für den vorzeitigen Ausstieg aus dem Berufsleben ab _____ Lebensjahr. Mein Geburtsdatum: _____
- Studienvorsorge für mein(e) Kind(er).

Name des Kindes	Geschlecht	Geburtsdatum

Bitte setzen Sie sich telefonisch mit mir in Verbindung.

Sie erreichen mich zwischen _____ und _____ Uhr

unter der Tel.-Nr. _____ / _____

Absender/Stempel

8301403



Einsatz

An über 50 Standorten entlang der Nord- und Ostseeküste sind

unsere modernen Seenotkreuzer stationiert. Ihre Hilfe macht es möglich, daß rund 600 freiwillige und 180 festangestellte Rettungsmänner ständig im Einsatz sind auf dem „**Kurs Menschen retten**“.

Daß wir dabei dem Steuerzahler nicht auf der Tasche liegen, sondern nur Ihre Spendenbereitschaft dies ermöglicht, macht uns ein bißchen stolz. Sie hoffentlich auch.



Wer unser Schiffchen nicht findet, erreicht uns bei der Postbank NI. Hamburg
Konto: 70 46-200 BLZ 200 100 20

DGzRS

Postfach 10 63 40, 28063 Bremen

Deutsche Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger

Wir danken für die gespendete Anzeigenschaltung