

17. Jahrgang 4. Quartal 1998 Herausgeber DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands

Budgeti

Ärzte empört über Rot-Grün

Von HANS-JOACI

**Ärzten droht bei Budgetüberschreitung
Regreßforderung in Milliardenhöhe**

Wir zahlen für die Wahlgeschenke...
über, was die Kassen künftig noch bezahlen sollen und was Pa...
bei Gesundheitsprodukten geplant / Geplante Reform kostet knapp zwei Milliarden DM

**Zuzahlungen für
Arzneien werden gesenkt**

maj. Bonn (Eigener Bericht) – Die Zuzahlungen für Arzneien sollen gesenkt werden

**Zahnersatz wieder
als Sachleistung**

**Willkommen
im Haifischbecken...**

**Schluß
mit der Manipulation!**

Engagement lohnt sich nicht

**Wir brauchen wieder
eine Standespolitik für
uns Praktiker!**

**Betriebswirtschaftliche
Analyse**

Kunststoffspritzguß

**Zahnbürsten - elektrisch
oder von Hand?**



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

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

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

Wenn Sie*

mit Ihrer
Krankenversicherung

zufrieden sind,

bleiben Sie

wo Sie sind.

Andernfalls

02 21/16 36-14 49

*Zahnärztin/-arzt

 **CENTRAL**
KRANKENVERSICHERUNG AG

50593 Köln • <http://www.ckv.de>

Inhalt

Editorial	Willkommen im Haifischbecken...	2
Gesundheitspolitik	Engagement lohnt sich nicht	4
	Ein anderer Wind	6
	Aus dem Netz gefischt	10
	Schluß mit der Manipulation!	12
	Wahlen in Bayern	22
	Vergoldeter Knast	24
Junges forum	Betriebswirtschaftliche Aspekte	26
	Affirmative Action	70
Aus der Praxis	Auch eine Karriere	30
Zahntechnik	Kunststoffspritzguß	33
	Unsern Lehrling versichern wir	40
Jahrestagung	Berufspolitische Sackgasse überwinden	44
	Fortbildung IPR	48
Prophylaxe	Zahnbürsten	55
Leserbriefe		64
Kleinanzeigen		77
Buchbesprechungen		78
Termine		80
Der DAZ stellt sich vor		81
Impressum		82

Editorial • Editorial • Editorial

Herzlich willkommen am Haifischbecken »Gesundheitswe

Sie werden schon erwartet von der Meute, die leise ihre Runden zieht, sich und andere belauernd auf die Chance wartet, ihre jeweiligen Einzelinteressen durchzusetzen.

Ihr Vorgänger machte den Fehler, selbst ins Becken zu springen und mitschwimmen zu wollen: sie haben ihn hinausgebissen.

Die Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen, ihren Verbänden, den Zahnärztekammern, kassenzahnärztlichen Vereinigungen, dem »Freien Verband«, Gesundheitsministerien, Schiedsstellen, Rechtsanwälten und Gerichten schaffen einen gordischen Knoten.

Die Patienten, die eigentlich in den Mittelpunkt jeder zahnmedizinischen Bemühung gehören, sehen verunsichert vom Rand aus zu. Viele meiden die zahnärztliche Praxis und schaden sich damit möglicherweise selbst.

Zahnärzteschaft und Krankenkassen brauchen eine Vermittlerin, die eine Atmosphäre der Gesprächsbereitschaft zum Wohle der Patienten wiederherstellt!

Viele Zahnärzte leiden unter ihren Standesführern genauso wie ihre Patienten.

Um mit B. Brecht zu sprechen: Wenn der Vorstand des »Freien Verbandes« mit dem Zustand der Zahnärzteschaft unzufrieden ist, wäre es dann nicht einfacher, wenn sich der Vorstand des »Freien Verbandes« eine neue Zahnärzteschaft sucht? Die deutschen Erfahrungen mit Einheitsparteien sind nicht gut.

Viele Zahnärzte vom hohen Norden über den neuen Osten bis zum tiefen Südwesten der Bundesrepublik sind froh über das pluralistische System. Angesichts der niedersächsischen Verhältnisse (s.S.10) legen sie Wert auf die Feststellung, daß bei ihnen jeder Patient bis zum letzten Tag des Jahres indikationsgerecht behandelt wird. Einvernehmliche Verträge sichern hier die Vergütung der Behandlungen.

Angesichts der Verunsicherung der Patienten und ihrer Behandler gelten einfache Wahrheiten:

— Der Patient gehört in den Mittelpunkt jeder zahnmedizinischen Bemühung.

— Der Behandler muß eine leistungsgerechte Vergütung erhalten, um die Patienten betreuen zu können.

— Eine konservierend/chirurgische/parodontologische Grundversorgung mit

Abteilung Zahnmedizin«, Frau Ministerin Fischer!

einfachem Zahnersatz muß jedem Bürger Deutschlands ohne Rücksicht auf seine Einkommens- und Vermögensverhältnisse zur Verfügung stehen.

— Alle erprobten zahnmedizinischen Therapien müssen verfügbar sein.

Die Interessen der Patienten gehören in den Mittelpunkt, aber nicht auf Kosten derer, auf deren Hilfe sie angewiesen sind. Die betriebswirtschaftliche Situation gerade der sozialverpflichteten Praxen ist schwierig und muß verbessert werden.

Selbststeuernde Elemente des Systems sind besser als staatlich dirigistische Eingriffe. Wir hoffen sehr, daß der neuen Bundesregierung dabei intelligentere Mittel als Budgets einfallen.

Der DAZ wird dabei gern behilflich sein.

Die Standpunkte der verfaßten Zahnärzteschaft sind angesichts der veränderten Rahmenbedingungen wenig hilfreich. Die sogenannten »drei Säulen« erinnern mit ihrem Erscheinungsbild stark an die antiken Säulen im heutigen Griechenland: die sind meist ohne aktuelle Aufgabe...

Es schadet der gesamten Zahnärzteschaft, daß ihre großen Organisationen

sich durch unangebrachte und unangemessene Äußerungen auch gegen die nunmehr gewählte Bundesregierung weit ins gesellschaftliche Abseits gestellt haben. Und dann fordert der »Freie Verband« auch noch »eine einheitliche gemeinsame zahnärztliche Organisation ohne Körperschaftsstatus« »zur wirksamen Vertretung aller zahnärztlichen Interessen«?

Sein Einfluß schwindet weiter, seine Mitglieder vertreten stark divergierende Meinungen und viele Kollegen sind froh, daß ihr KZV-Vorsitzender nicht Schirbort heißt ...

— Die Zahnmedizin ist ein moderner Dienstleistungsberuf zum Wohle und im vorrangigen Interesse der Menschen.

— Unsere Branche ist zukunftssträftig, innovativ, arbeitsplatzintensiv und im internationalen Vergleich preisgünstig.

Wir sitzen an der Seite unserer Patienten in der Mitte der Gesellschaft!

*Wolfram Kolossa,
DAZ-Vorsitzender*

Engagement lohnt sich nicht!

Globalbudget als Patentlösung

Waren es nicht Grüne und Sozialdemokraten, die die Bürger häufig aufgefordert haben, sich besonders im sozialen Bereich und im Gesundheitswesen für Andere einzusetzen? Und sind es nicht gerade die »Linken« und Alternativen, von denen man differenziertere, sach- und problemgerechtere Lösungsansätze in der Kassenmedizin erwartet hat?

Und jetzt? Gerade mal einen Monat im Amt, präsentiert uns die neue Gesundheitsministerin ihr Instrumentarium zur Steuerung der medizinischen Versorgung: Leistungsbudgets und Pauschalvergütungen.

Wieder gilt als einzige Sanierung der durch die hohe Arbeitslosigkeit begrenzten Krankenkassenetats die staatlich verordnete Senkung der Preise medizinischer Leistungen. Es ist der gleiche gedankliche Hintergrund, den wir so gut kennen: Medizinischer Fortschritt, der, soll er **allen** zugutekommen, eine Erweiterung des Leistungskatalogs der Krankenkassen erforderlich macht, geht, wo das Geld fehlt, der Einfachheit halber durch Absenken der Honorare zu Lasten der Ärzte. Die »Leistungsanbieter« Zahnärzte legen Füllungen und setzen Kronen und Zahnersatz natürlich nicht ein, um Kaufähigkeit, Gesundheit und Lebensqualität wieder herzustellen, sondern aus purer Geldgier - deshalb sollen Zahnärzte Leistungen, die das

Krankenkassenbudget überschreiten, selbst bezahlen.

So einfach ist Gesundheitspolitik. Wozu brauchen wir eigentlich ein Gesundheitsministerium, wenn alles nur unter Finanzgesichtspunkten geregelt wird? Den Ärzten ein Globalbudget hinzuwerfen und ihnen zu sagen: Verteilt es unter Euch, mehr gibt es nicht - so etwas kann schließlich auch der Finanzminister verfügen - oder gleich der Bundesverband einer Krankenkasse.

Dieses System lebt vom Konsens und von dem Willen zur gemeinsamen Problembewältigung unter Einbeziehung aller Beteiligten! Von einer Rot-Grünen Regierung haben wir erwartet, daß sie die Sozialpartner im Gesundheitswesen wieder zusammenführt. Mit den jetzt angekündigten gesetzlichen Schritten werden aber die Gräben noch weiter ausgehoben und jede Gruppe (Krankenkassen, Ärzte, Pharmaindustrie, Krankenhäuser etc.) wird ihren letzten Rest von Unrechtsbewußtsein vergessen, um sich auf Kosten der anderen Vorteile zu verschaffen. Die Versorgung der Patienten wird dabei immer mehr ins Hintertreffen geraten.

Wozu haben wir eigentlich 20 Jahre lang zahnärztliche **Strukturfragen** beackert, Qualitätssicherungsprogramme und Prophylaxemodelle erarbeitet und uns mit

jedem angelegt, der Kassenzahnmedizin nur mit Blick auf seine Kasse betrieben hat?

Weil ein paar Sozialdarwinisten in den zahnärztlichen Körperschaften den Bogen überspannt haben, werden jetzt wieder **alle** Zahnärzte abgestraft - denn natürlich treffen Budgets und Vergütungsrückforderungen gerade diejenigen Kollegen, die es ohnehin am schwersten haben und sich möglicherweise am stärksten bei den Schwächsten der Gesellschaft engagieren: junge Praxisgründer in der kleinen Sozialpraxis an der Ecke.

Wem es egal ist, daß ärztliche Honorare von stetigen Steigerungen im Material-, Personal- und Fixkostenbereich aufgezehrt werden - wem es schnuppe ist, daß wir seit zwei Jahrzehnten für die gleichen Leistungen immer schneller arbeiten müssen - der darf sich nicht wundern, wenn Leistungsminimierung und Qualitätsabfall die Folgen sind, vor allem Leistungsverdruß bei all denen, die das Gefühl haben, für das, was sie leisten, auch noch bestraft zu werden und Verachtung zu ernten.

Die Arzneimittelzuzahlung von jetzt 9, 11 und 13 DM auf künftig 8, 9 und 10 DM zu reduzieren und die 10 DM Zuzahlung für eine psychotherapeutische Sitzung zu streichen - wenn solche Peanuts, die der größte Teil der Patienten kaum wahrnehmen wird, der vielbeschworene gesundheitspolitische Neuanfang sind, dann kann man nur noch mit Sachsens König Friedrich August sagen: Macht Euern Dreck aleene!

Dr. Hanns-W. Hey, München

Budgetieren heißt Rationieren

»Die Koalitionsvereinbarung von SPD und Bündnis 90/Die Grünen enthält neben diskutablen Ansätzen einer Gesundheitsreform leider auch Instrumente aus der gesundheitspolitischen Mottenkiste der Kostendämpfungsgesetze. Dabei müßte doch bekannt sein, daß insbesondere Budgetierungen im Gesundheitsbereich zwangsläufig zu Rationierungen in der medizinischen Versorgung des Patienten führen«, erklärte Bundesärztekammer Präsident Prof. Dr. Karsten Vilmars angesichts der Pläne der neuen Bundesregierung zur Begrenzung einzelner Leistungssektoren der Gesetzlichen Krankenversicherung. »Diese sektorale Budgetierung ignoriert sowohl den medizinischen Fortschritt als auch die Bevölkerungsentwicklung hin zu einer »Gesellschaft des langen Lebens« mit einer Zunahme von Mehrfacherkrankungen.

BÄK Intern 10/98

Zahnweh

Eingetretene Zahnweh kann man kurieren dadurch, daß man eine lange wollene Binde 2 bis 3 Mal um den Hals (nicht Kopf) schlägt und so die Nacht über schläft. Zähne und Hals sind sympathisch. Wer gewiß starke Zahnweh haben will, gehe im heißen Sommer, in Nankinghosen, ohne Unterhosen, in das kellerkühle Lesezimmer unter der königl. Bibliothek: probatum est.

Arthur Schopenhauer, 12.10.1852

Ein anderer Wind

Wenn Sie dieses Heft in der Hand halten, steht die neue Regierungskoalition bereits. Es gibt schon eine/n neue/n Gesundheitsminister/in und unsere Standesspitzen haben wahrscheinlich ihren Antrittsbesuch schon hinter sich. Dieser Beitrag wurde eine Woche nach der Wahl geschrieben, die Koalitionsverhandlungen hatten gerade begonnen - gesundheitspolitische Fragen waren zu diesem Zeitpunkt wohl noch nicht auf dem Tisch der Verhandlungskommission. Was Zahnärzte und Patienten in der Zukunft erwartet, muß also aus den Programmen und Äußerungen der Parteien und ihrer Fachleute geschlossen werden.

Nachdem es zwischen SPD und Bündnisgrünen keinen großen Unterschied in den Kernaussagen gibt, ist wohl auch kein nennenswerter Dissens über die zukünftige Politik zu erwarten. Deshalb also hier eine Zusammenfassung der geäußerten gesundheitspolitischen Pläne und meine Meinung darüber, was für uns als Zahnärzte und DAZ'ler zu erwarten ist:

Die SPD

Im 100-Tage-Programm, das jene Maßnahmen beschreibt, die (nach Kasenssturz) in den ersten Monaten von der neuen Regierung geplant sind, stehen für die Gesundheitspolitik folgende Maßnahmen:

1. Die Rücknahme der mit dem 1. NOG eingeführten Koppelung von Beitrags- und Zuzahlungssatzerhöhungen und höherer Zuzahlung für die Versicherten bei Arzneimitteln, Krankenhausaufenthalt, Heilmitteln, Fahrkosten, Präventions- und Rehakuren usw.
2. Die Rücknahme der mit dem 2. GKV-NOG eingeführten Elemente einer priva-

ten Krankenversicherung, wie Beitragsrückgewähr, Selbstbehalte und Kosten-erstattung.

3. Die Rücknahme der mit dem 2. GKV-NOG eingeführten Kostenerstattung bei Zahnersatz für alle Krankenversicherten und Rückkehr zum bewährten Sachleistungsprinzip mit verbindlichen Heil- und Kostenplänen, Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung.

4. Die Rücknahme der mit dem 2. GKV-NOG eingeführten Dynamisierung der Zuzahlungsregelungen ab 1999. Weitere mit dem 2. GKV-NOG eingeführte Belastungen für die Patienten werden im Rahmen der freigesetzten Sparvolumen durch Strukturmaßnahmen Schritt für Schritt revidiert.

Bündnis 90/Die Grünen

1. Rückkehr zur Sachleistung und solidarischen Absicherung aller Krankheitsrisiken
2. Finanzierung der GKV zu gleichen Teilen durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Zuzahlungen sollen zurückgeführt werden.
3. Die Grundsicherung soll durch Steuer-

mittel erfolgen, die anfallenden Mehrkosten sollen durch die Reform der Erbschafts- und Wiedereinführung der Vermögenssteuer kompensiert werden.

Die Rentenfinanzierung soll durch erhöhte Zuschüsse aus Steuermitteln gesichert werden.

4. Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung.

5. Einbeziehung der Beamten und Selbständigen in das solidarische Versicherungssystem (damit sind auch wir gemeint!).

6. Gleichberechtigte Mitwirkung von Angehörigen, Ärzten, Psychotherapeuten, Pflegekräften, Sozialarbeitern und anderen Gesundheitsberufen bei der Patientenversorgung.

7. Keine Kostenerstattung.

8. 'Indikationsbezogene Qualitätssicherung.'

9. Abkehr vom Prinzip der Selbstverschuldung.

10. Kein Vertragswettbewerb und keine Einzelverträge.

11. Reform und Integration des ambulanten und stationären Sicherstellungsauftrages.

12. Größerer Stellenwert für die Prävention.

13. Prophylaxe gehört in die Kommune, die öffentliche Hand und den öffentlichen Gesundheitsdienst.

In einem Interview mit den ZM schrieb Monika Knoche, gesundheitspolitische Sprecherin der bündnisgrünen Fraktion im alten Bundestag:

»Die Gesundheitspolitik hat nicht die Aufgabe, egoistischen Einzelinteressen und einer Politik der Gewinnmaximierung zu dienen, sondern hat für eine

adäquate Gesundheitsversorgung für alle Sorge zu tragen. Dies gehört zum Grundverständnis einer zivilen Gesellschaft. Zu Ihrer Information sind die Einkommen der ZahnärztInnen nicht rückläufig, sondern steigen an, insofern sind Wehklagen der ZahnärztInnenschaft nicht so ohne weiteres nachvollziehbar. Die Forderung nach mehr finanzieller Belastung der ZahnpatientInnen halten wir für unverschämt.«

Soweit die programmatischen Aussagen. Womit haben wir also zu rechnen? Da wäre zunächst vor allem die erneute Abkehr vom 'schlanken Staat'. Nicht, daß wir bisher viel davon gemerkt hätten, aber die strukturellen Änderungen, die da gewollt sind, bringen zunächst einmal neue Verwaltungswasserköpfe:

»Gleichberechtigte Mitwirkung von Angehörigen, Ärzten, Psychotherapeuten, Pflegekräften, Sozialarbeitern und anderen Gesundheitsberufen bei der Patientenversorgung«

Was wird es da an Räten, Kommissionen, Sach- und Fachgruppen, Strukturgutachten und natürlich - Posten geben! Natürlich ist so etwas eine Folge der Hilf- und Verständnislosigkeit, mit der die Medizinberufe in der Vergangenheit mit Verbraucherschützern und Patientengruppierungen umgegangen sind. Weil wir da ungeübt sind, wird es bei uns natürlich auch Kommissionen etc. geben. Bis da etwas herauskommt, ist schon wieder Wahl.

'Indikationsbezogene Qualitätssicherung' (GRÜNE) oder 'Rückkehr zur Qualitätssicherung' (SPD)

Da lacht das Herz des DAZ'lers! Aber wieso Rückkehr? Haben wir da etwas übersehen? Nein, jetzt kommt das, was

wir seit zwanzig Jahren menetekeln! Jetzt kommt die Qualitätssicherung durch unsere Vertragspartner. Die Kohle für den medizinischen Dienst muß sich doch gelohnt haben. Da sitzt doch die Kompetenz! Seehofer hatte uns ja die QS ins Pflichtenheft geschrieben. Passiert ist nichts, der Sicherstellungsauftrag ist ja nach Meinung der Krankenkassen sowieso bei uns in falschen Händen. Schwups! Und wieder neue Räte, Kommissionen, Posten. Diese Qualitätssicherung wollten wir gerade nicht - dumm gelaufen.

'Rücknahme der mit dem 2. GKV-NOG eingeführten Kostenerstattung bei Zahnersatz' (SPD).

'Keine Kostenerstattung' (GRÜNE).

Ist ja sowieso schiefgelaufen. Der Imageverlust und die gewaltigen Umsatzeinbußen bei uns und bei den Zahntechnikern stehen ja in direktem Zusammenhang damit. Also vergessen wir's? Nein, das vergessen wir nicht! Nicht dem Herrn Seehofer (wer war das eigentlich?), der uns abgelenkt hat, und nicht unserer KZBV-Spitze, die uns ein gutes, sinnvolles Instrument so verdrückt hat, daß wir es nie mehr sauberkriegen. Wer weiß, ob heute die neue Regierung die Rückkehr zum alten

Genehmigungssystem (ja, ja - wieder HKPI für Sprungreparaturen!) für so wichtig halten würde, wenn wir zwei Jahre lang ein 'low profile' gehalten hätten.

Der DGB wird Schirbort demnächst fürs Verdienstkreuz vorschlagen. Hoffe in Köln übrigens noch irgendwer auf die allmähliche Ausweitung der Kostener-

stattung in andere Bereiche der Zahnheilkunde? Vortreten!

Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung (GRÜNE) Also weniger, statt mehr Privatpatienten im System. Ist wahrscheinlich nicht so schlimm. Die GOZ wird bei der neuen Regierung bestimmt nicht besser werden als bei der alten. Damit wird sie aber weiter jedes Jahr um die Inflationsrate schlechter. Da ist es dann gleich wurscht, wenn es mehr Krankenkassenpatienten gibt. Die neuen bringen wenigstens wegen des kleineren Risikos (bis auf die Infarktneigung und die Gastritiden) mehr Geld ins System.

Einbeziehung der Beamten und Selbständigen in das solidarische Versicherungssystem (GRÜNE).

Aha - endlich Chipkarten für alle. Da wird die PKV aber winseln. Oder ist damit nur die Übernahme der nicht ganz so morbiden Alterssicherungskassen der Freiberufler gemeint? Weiß man noch nicht. Schröder wird kaum die privaten Versicherungen aus dem Geschäft stoßen, ohne sie zu fragen, ob sie es denn noch haben wollen. Und ob er sich schon in seiner ersten Legislaturperiode an unser Erspartes machen wird, glaube ich nicht so recht. Kommt aber wahrscheinlich auf das Ergebnis des 'Kassensturzes' an. Ich kann mir nicht vorstellen, daß man den Freiberuflern ihre bereits angesparten Ansprüche aus den berufsständischen Versorgungswerken wegnehmen kann - da müßten die Richter in Karlsruhe das Grundgesetz ganz in der Schublade lassen. Denkbar wäre eine Übertragung der Versicherungspflicht in die Rentenkassen. Der Batzen Geld würde immerhin etwas Zeitgewinn für die über-

Wer auf frischen Wind hofft, darf nicht verschnupft sein, wenn er kommt.
Helmut Qualtinger

fällige Rentenreform schaffen und somit sehr reizvoll für die neue Koalition sein. Schlimm für uns wäre dabei, daß die Zahlungen der letzten Beitragsjahre eines Berufsleben einen größeren Hebelarm für die Versorgungsansprüche haben als die Anfangsbeiträge. Da werden wir in der nächsten Zeit bestimmt einiges zu lesen bekommen. Nebeneffekt: hier würden einige Posten auf unserer Seite wegfallen.

1. Kein Vertragswettbewerb und keine Einzelverträge (GRÜNE).

Mit Vertragswettbewerb ist wohl der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gemeint. Soweit ich das beurteilen kann, hat der Werbeaufwand bei den Versicherten wohl einige Arbeitsplätze bei PR-Agenturen erhalten und den Krankenkassen frischen Wind ins Hirn gepustet. Eine nachhaltige Leistungsmotivation für Kassenleute kommt aber bestimmt nicht zustande, wenn sie wissen, daß die Ergebnisse ihrer Anstrengungen durch den systemwidrigen Strukturausgleich wieder zunichte gemacht werden.

Einzelverträge (wohl mit einzelnen 'Leistungsanbietern') wären weder logisch noch systemtreu, wenn man vorhat, daß alle Anbieter von medizinischen Dienstleistungen sich um ein Gesamtbudget prügeln sollen. Immerhin würde das heißen, daß es auch keine 'Lieblinge' geben würde. Während ich der Koalition die Einführung eines Gesamtbudgets durchaus zutraue, will ich nicht recht glauben, daß sie der Versuchung widerstehen könnte, der einen oder anderen Sonderklientel ein paar Bonbons zuzustecken. Noch einmal: ein Gesamtbudget wäre der GAU! Das widerliche Tricksen und Gaunern, das heute schon

von einzelnen anstelle von Medizinbetrieben wird, würde zum Massensport ganzer Dienstleistergruppen werden. Patienten passen in dieses System nicht mehr.

Wird es für uns also jetzt erst richtig mies? Okay - Zahnarzt muß man in den neuen Zeiten nicht unbedingt sein. Schafft die neue Regierung die Wende auf dem Arbeitsmarkt, bringt sie mehr als nur ein Steuerreformchen zustande, dann muß es auch für Zahnärzte nicht so übel kommen. Mehr Arbeit bringt mehr Einnahmen für die Sozialversicherung und damit ein höheres Budget. Mehr Gehaltsempfänger und weniger Steuerlast bringen mehr Liquidität für unsere Patienten. Das ist alles, was mir einfällt, wenn ich die Zukunft aus unserer beruflichen Perspektive anschau. Was sonst an Verbesserung entstehen mag, hat sich der größere Teil der Wählerschaft ja in der Wahlzelle noch einmal überlegt.

*Dr. Kai Müller
Seefeld*

Realisierung eines DAZ-Essentials in der Schweiz

Prof. Felix Lutz u. a. informieren in der »Schweiz. Monatsschrift für Zahnmedizin« (Nr. 1/1998) über den geplanten Erlass von Standards in der Zahnmedizin. Bis 1999 wird die Zahnärzteschaft Standards formulieren müssen, »dies als Gegenleistung für den geltenden grosszügigen Zeittarif für die in der Schweiz zu 95% privat finanzierte Zahnmedizin«.

GPI Nr.1/98 März '98

Aus dem Netz gefischt

Der folgende Beitrag ist Teil einer schriftlichen Diskussion aus einer Maillist¹ für Menschen, die beruflich mit Zahnheilkunde zu tun haben. Er steht hier, weil wir's nicht besser hätten sagen können.

»...die Therapiefreiheit hört da auf, wo die strafbare Körperverletzung anfängt. Wenn wider besseres Wissen vom Zahnarzt in eine Therapie eingewilligt wird, die nicht dem Stand der Wissenschaft entspricht, ist das bereits eine Fehlbehandlung. Die Amis z. B. schmeißen wohl überwiegend ihre Patienten raus, wenn diese nicht ins Röntgen einwilligen. Ohne Röntgenunterlagen zu behandeln wäre nämlich auch bei Einwilligung des Patienten kunstfehlerhaft. Auch unterhalb der Schwelle der Körperverletzung müssen in der Kassenzahnheilkunde Regeln festgelegt werden. Schließlich haben wir Planwirtschaft, also ein System, das zur Fehlallokation neigt. Dem läßt sich nur durch verbindliche Regeln begegnen. Beispiel Compomer: Der Kollege spart sich das Preisgespräch und macht alle 2 Jahre eine neue, "kostenlose" Füllung. Ich führe das Preisgespräch und darf mich dafür rechtfertigen, daß bei mir Composite so DM 40 bis DM 80 extra kostet. Meine Konkurrenzfähigkeit ist dadurch beeinträchtigt. Wenn der Patient alles selbst bezahlen müßte (freie Marktwirtschaft), würde er ziemlich schnell merken, daß die billige Compomerfüllung, die häufig ersetzt werden muß, teurer ist als die Kompositfüllung, die länger hält. Weil der Markt durch politischen Willen ausgeschaltet wurde, muß er durch Regeln

ersetzt werden: Kein Compomer in bleibenden Zähnen. Man kann das als Eingriff in die Therapiefreiheit auffassen. Oder als Preis, den man für 20 Jahre opulente gesellschaftliche Alimentierung nachträglich entrichten muß. Es ist Unsinn, das System durch Nichtkooperation an die Wand fahren zu wollen, solange man noch im System drinsitzt. Dann wird man Unfallopfer. Die Schweiz oder auch Holland haben vorgemacht, wie man in ein privatisiertes System kommt. Die Gruppenprophylaxe muß viele Jahre funktioniert haben, die Morbidität deutlich rückläufig sein und Ihren Schrecken verloren haben, und das Bewußtsein in der Gesamtgesellschaft und bei den politischen Entscheidungsträgern muß so aussehen, daß Karies und Parodontitis als selbstverschuldet akzeptiert werden. Nur dann wird man die Zahnärzte aus staatlicher Aufsicht entlassen oder doch die Fesseln lockern.

Wer in der Vergangenheit Gruppenprophylaxe blockiert hat, hat die Privatisierung der Zahnheilkunde für heute verhindert. (Hervorhebung durch Red.)

Von daher stelle ich mich auf die nächsten 5 bis 10 Jahre Kassenzahnheilkunde ein.«

Presseerklärung

Aufruf zahnärztlicher Verbände

Seit Einführung des Festzuschußsystems für zahnprothetische Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung haben kontroverse Gesetzesauslegungen und juristische Auseinandersetzungen zu großer Verunsicherung bei den Patienten geführt.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund, die Interessengemeinschaft zahnärztlicher Verbände in Deutschland (IGZ) und die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) rufen die deutschen Vertragszahnärzte bis zu einer Entscheidung im Hauptsacheverfahren, längstens bis zum 31.12.1999 (SGBV § 87a), bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherungen zu folgendem Vorgehen auf:

- 1) Sowohl bei kunststoff- als auch bei metallkeramisch-verblendeten Kronen und Brücken soll innerhalb der auch über den 31.12.1997 hinaus geltenden Zahnersatz-Richtlinien freiwillig maximal der 1,7-fache GOZ-Steigerungsfaktor in Ansatz gebracht werden.
2. Heil- und Kostenpläne, die Vertragsleistungen enthalten, sollen freiwillig kostenfrei für den Patienten erstellt werden.

Diese Aktion der deutschen Zahnärzteschaft dient der Beseitigung der Unsi-

cherheit unserer Patienten bei Fragen der Abrechnung von Zahnersatzleistungen auf dem Wege der Kostenersatzung. Wir Zahnärzte verzichten bis zu einer abschließenden juristischen Klärung auf die Anwendung von strittigen Abrechnungsbestimmungen.

Wir Zahnärzte wollen mit dieser freiwilligen Maßnahme verhindern, daß unsere Patienten durch das Aufschieben dringend erforderlicher zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen Schaden erleiden.

Für die beteiligten Verbände:

Wolfram Kolossa,
*Vorsitzender des DAZ
 im NAV-Virchow-Bund*
 Dr. Eric Banthien,
Vorsitzender der IGZ
 Dr. Angela Demmer,
Vorsitzende der VDZM

Umstellung auf den EURO

Aus gegebenem Anlaß weisen wir darauf hin, daß bei der Abrechnung der DAZ-Mitgliedsbeiträge der Übergang von der DM auf den EURO wegen des gemeinsamen Beitragsinkassos in Abstimmung mit dem NAV-Virchow-Bund erst im Jahr 2002 erfolgt.

Schluß mit der Manipulation! Wir brauchen wieder eine Standespolitik für uns Praktiker!

Das Ergebnis der Bundestagswahl hat den einzigen noch verbliebenen Ansprechpartner der Zahnärzte in der Bonner Regierung in der Versenkung verschwinden lassen. Mit dem unverantwortlich kurzsichtigen Selbst-Anketten der KZBV an das politische Schicksal der Möllemann-Fraktion der FDP steht nach deren Verschwinden von der politischen Bühne die Zahnärzteschaft am äußersten Rand des sozialpolitischen Spektrums und bemerkt voller Entsetzen, daß alle Türen verschlossen sind, hinter denen nun ganz Andere über Gedeih und Verderb der Praxen bestimmen und neue Rahmenbedingungen definieren. Klassischer kann man den Auftrag zur Interessenvertretung nicht gegen die Wand fahren. Stiller Rückzug der Verantwortlichen aus allen Ämtern wäre in einer solchen Situation das normalste von der Welt.

Auf Bundesebene hat KZV-Chef Dr. Schirbort ein Mißtrauensvotum gerade noch abwehren können, weil die von ihm geschaffenen autoritären Strukturen einer Opposition keine Entwicklungsmöglichkeiten gelassen haben.

Auf welcher diffizilen Weise in Schirborts eigentlichem Machtbereich Niedersachsen die Kollegenschaft manipuliert und hintergangen wird, um ihr die Arbeit im Krankenkassensystem zu erschweren oder ganz unmöglich zu machen, das zeigt der folgende Bericht von Dr. Ernst, Oldenburg. Dort organisieren vom Freien Verband straff geführte Kreisstellen »Kassenspartage«, bei denen Busladungen voller Zahnärzte die örtlichen Krankenkassenzweigstellen »aufsuchen«. In Rundschreiben werden Kollegen aufgefordert, Nachbarkollegen »weiterzumelden«, die »kassenkonform« arbeiten wollen, damit dann »möglichst kurzfristig gegen dieses gesetzwidrige Verhalten vorgegangen« werden kann. Selbst Herr Pischel von der DZW, dem ja nicht gerade Schirbort-Ferne vorgeworfen werden kann, nennt solche Kollegen »zahnärztliche Blockwarte«.

Viele Kollegen ertragen bei Versammlungen das Suchen nach Feindbildern, die für diesen Zustand verantwortlich sind, nicht. Das vielleicht gruppendynamisch erklärliche Hochgefühl nach deftigen Worten des Vorsitzenden verschwindet spätestens nach dem nächsten Politik-Nackenschlag oder der nächsten Medien-Rüpelei eines hohen Krankenkassenfunktionärs. Unsere Isola-

tion in der Gesellschaft wächst. Unsere Patienten und unsere Helferinnen, bisher unsere sichersten Verbündeten, stehen vor der Aussperrung. Uns fällt nichts Besseres ein, als uns nahestehende Personen unter unseren eigenen wirtschaftlichen Engpässen leiden zu lassen und erwarten uns davon auch noch, daß jemand Verständnis dafür aufbringt - wie ein trotziges Kind, das erwartet, daß sich

seine Mutter ärgert, wenn ihm die Hände frieren, weil sie vergessen hat, ihm Handschuhe anzuziehen!

Nirgends auf der Welt wird soviel Geld für Zahnheilkunde ausgegeben wie in Deutschland. Vermutlich wird auch nirgendwo für vergleichbare Preise soviel Qualität produziert. Als die Selbstverwaltung der Zahnärzteschaft noch einigermaßen seriös betrieben wurde, also in den siebziger und achtziger Jahren, hat dieses jetzt so verhaßte »System« zu einem in der Geschichte beispiellosen Wohlstand einer Berufsgruppe - uns Zahnärzten in Deutschland - geführt.

Auf seinem legendären Höhepunkt, Ende der siebziger Jahre, hat sich eine kleine Gruppe von Kollegen im DAZ (Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde im NAV-Virchow-Bund) zusammengefunden, die sehr genau sah, daß die Gesellschaft solche Privilegien nur einräumt, wenn sie einen Nutzen davon hat, d.h., daß die Milliarden, die sie für Zahnheilkunde ausgibt, zuerst der Zahngesundheit der Menschen zugute kommen und erst in zweiter Linie dem wirtschaftlichen Wohlergehen der Zahnärzte.

In dem Maße aber, wie unsere Standesführung in Verkennung der eigenen Stärke ausschließlich wirtschaftliche Interessen verfolgte und gesundheitspolitische oder gesundheitsökonomische Rahmenvorgaben mit Füßen trat, kippte der Erfolg, um jetzt, nach beispielloser Talfahrt und Vertrauensverlust bis in unsere Praxen hinein, ins Bodenlose zu fallen.

Zum ersten Mal erleben wir ja jetzt in unseren Praxen, daß uns unsere Patien-

ten ihr Vertrauen entziehen. Daß sie unsere Funktionäre nicht mögen, konnten wir verstehen, sie wurden ja schließlich nicht wegen ihres sanften Wesens in ihre Ämter gewählt.

Was der Mehrheit der Zahnärzteschaft leider über 1¹/₂ Jahrzehnte entgangen ist, war der Umstand, daß sich der Staat, der uns alle Selbstgestaltungsspielräume in der Körperschaft eingeräumt hatte, sie uns in dem Maße wieder genommen hat, wie sie von unserer eigenen Standesführung verspielt worden sind:

1. Die gerechte Honorarverteilung - seit jeher satzungsgemäße Pflicht der KZVen, nie ernsthaft genutzt und darum zum Schluß zur reinen Mangelverwaltung verkommen.
2. Die Gruppenprophylaxe - wann zum letzten Mal in Hannover davon gehört?
3. Das Gutachterwesen - wichtige interne Clearingstelle, gerade im letzten Jahr mit allen Anzeichen des Ekels abgestreift und jetzt als MdK in den Händen der Krankenkasse (MdK)...
4. Qualitätssicherung, unverzichtbar, um seriöse berufsinterne Standards zu definieren, bevor es andere von außen tun - und und und...

Alles, was nicht nur und ausschließlich mit der Forderung nach mehr Geld zu tun hatte, wurde als sozialistisch, standesfeindlich abgetan oder wurde, wie in den letzten Jahren des rasantesten Niedergangs, schlicht totgeschwiegen.

Der Mißbrauch des Verhandlungsauftrages zur schieren Zerstörungs- und Konfrontationspolitik mit völlig leeren Schubladen auf der Angebotsseite ist

ein speziell niedersächsisches Problem. Wer die z.T. sehr konstruktiven und kreativen Modelle einiger anderer KZV-en z.B. in Brandenburg oder in Baden-Württemberg kennenlernen möchte, kann sich gern mit uns in Verbindung setzen!

Der Porzellanladen der Sozialpolitik in Zeiten leerer Kassen ist kein Tummelplatz für Elefanten vom Schlage unserer Niedersachsen vom Ammerland bis Hannover.

Die KZVN hat uns erklärt, daß die Kassen in diesem Jahr ab Oktober leer seien, und uns vorgeschlagen, unsere Praxen zu schließen. Die resignative Gelassenheit, mit der viele Kollegen offenbar bereit sind, wie die Lemminge ihren Vordermännern ins Verderben hinterherzulaufen, teilen wir nicht. Warum akzeptieren so viele Kollegen Zustände, die außerhalb unseres Bundeslandes mitleidvoll-spöttisch »niedersächsische Verhältnisse« genannt werden?

Warum jagt man eine Standesführung nicht davon, die über Jahre so jämmerlich in Honorar- und Schiedsamtverhandlungen versagt? Welch übermenschliche Kräfte dichtet man den Krankenkassen an, daß sie eine solche Machtfülle auf sich vereinigen könnten, ein so gut funktionierendes System zu zerstören?

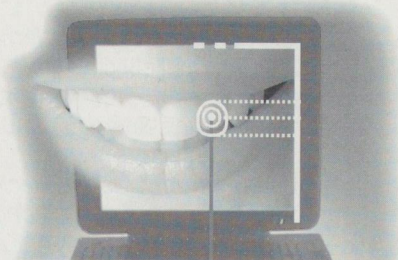
Warum lassen wir uns an jedem Jahresende aus unseren eigenen Praxen jagen, lassen zu, daß uns unsere eigenen Vertreter unsere Existenzgrundlagen abgraben? Wir kennen die Gründe, wir wissen um ihre Ziele. Darum werden wir

uns an diesen gegen uns selbst gerichteten Aktionen nicht beteiligen, solange uns unsere KZV nicht die von uns seit Jahren geforderten Daten vorlegt:

1. Wir wollen wissen, wieviel Geld seit 1993 von den Kassen an die KZVN überwiesen worden ist.
2. Wir wollen wissen, wieviele Leistungen die Kollegen in Niedersachsen abgerechnet haben.
3. Wir wollen wissen, wieviel die KZVN an die Kollegen ausgezahlt hat.
4. Wir wollen wissen, wieviel von dem von den Kassen von 1993 bis heute gezahlten Geld von der KZVN einbehalten wurde und aus welchem Grunde.

Es gibt noch viel mehr zu fragen, Fragen, die wache und mutige Delegierte in der Vertreterversammlung längst gestellt haben müßten. Zum Beispiel:

1. Nach welchen Kriterien hat ein hinter verschlossenen Türen tagender HVM-Ausschuß Gelder verteilt und an wen? Immerhin ca. 100 Mio. DM in den drei Jahren '93 - '95!!!
2. Wieviel Honorar ist an die Rechtsanwältinnen geflossen, um Hunderte von Kollegen gerichtlich um ihre rechtmäßigen Ansprüche zu bringen?
3. Warum hat die KZVN als - unseres Wissens einzige - KZV darauf verzichtet, mit den Kassen Verträge zu schließen, die die Budgets ausschöpfen, wenn - wie geschehen - die abgerechneten Leistungen die Budgetgrenzen gar nicht erreichen?
4. Warum hat die KZVN den VdAK-Schiedsspruch nicht beklagt, der uns - offenbar gesetzeswidrig - 3,95% Punktwertabzug diktiert hat?



Die HighTech-Krone IN-CERAM DCS

Hervorragend biokompatibel

Die neue HighTech-Krone von Zahntechnik Scharl ist nicht nur für Patienten mit Metallunverträglichkeit eine echte Alternative. Bei diesen Kronen wird der Kronenkern nicht aus Metall, sondern aus der besonders harten Keramik IN-CERAM gefertigt.

Besondere Zahnfleischverträglichkeit und eine äußerst geringe Plaquebildung sind die weiteren Pluspunkte.

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

Fragen über Fragen, die außer Resignation und Aktionen, die ausschließlich gegen uns selbst gerichtet sind, vielleicht den einen oder anderen in seinem Verdacht bestärken, daß **der gegenwärtige Zustand hausgemacht ist und es sich nicht um das Ergebnis einer Verschwörung von Sozialgerichten, Kassen und Aufsichtsbehörden gegen uns fleißige Zahnärzte handelt.**

Von unserem KZV-Vorsitzenden Schirbort stammt der Satz: *»Die KZVen müssen reinen Dienst nach Vorschrift machen, auch wenn es den Kollegen nichts hilft.«* Er folgte damit dem Verdikt seines damaligen Vorsitzenden Gutmann, der gefordert hatte: *»Die KZV muß solange opponieren, bis sie abgeschafft ist«* und weiter: *»Kamikazeflug ist der moderne Auftrag an die KZV.«*

Wie der Kamikazeflug dann konkret aussieht, ist in einem uns vorliegenden Aktenvermerk des VdAK aus diesem Jahr zu lesen, der hier im Folgenden leicht gekürzt wiedergegeben werden soll. Er stammt von der »Gegenseite«, über seinen Wahrheitsgehalt können wir uns kein Urteil bilden.

»Im Zusammenhang mit den anstehenden Honorarauseinandersetzungen werden von der KZVN immer wieder falsche Behauptungen aufgestellt:

- 1. die Ersatzkassen hätten den Zahnärzten in 1994 ca. 30 Millionen DM an Honorar vorenthalten*
- 2. dieser Effekt würde sich in den Folgejahren vervielfachen*
- 3. für 1995 bis 1998 würden die Ersatzkassen Gelder von der KZVN zurückfor-*

dern, was dazu beitrage, daß in 1998 jeder Zahnarzt in Niedersachsen durchschnittlich 40.000 DM Rückzahlungsforderungen zu befürchten hätte.

Nachfolgend wird dargelegt, wie sich die Honorarsituation 1994 ff darstellt, wobei nur auf den konservierend-chirurgischen Bereich eingegangen wird, da sich die Auseinandersetzung hauptsächlich um die Gesamtvergütung für die Gebührentarife A,B und E dreht.

1994

Die Ersatzkassen hatten im Schiedsverfahren die Festlegung einer quartalsweisen Pauschalvergütung auf Basis mitgliederbezogener Kopfpauschalen angeboten, wie sie das SGB V als eine Variante vorsieht. Für die Ersatzkassen hätte eine solche Honorarform den Vorteil gehabt, daß die Versorgung der Versicherten mit vertragszahnärztlichen Leistungen auch unter den gesetzlich vorgeschriebenen Honorarbudgets über das gesamte Jahr hinweg sichergestellt gewesen wäre (Floatender Punktwert). Überproportionale Mengenentwicklungen hätten zu Punktwertabsenkungen geführt. Im Gegenzug wäre es allerdings bei zurückgehender Leistungsmenge zu höheren Verteilungspunktwerten gekommen. Die KZVN hat sich in dem Schiedsamtsverfahren vehement gegen die Vereinbarung einer Pauschalvergütung ausgesprochen und auf Festlegung der Einzelleistungsvergütung bestanden. Das Landesschiedsamt ist dem Antrag der KZVN gefolgt. Zum Zeitpunkt der Schiedsamtsverhandlung (November) lagen den Ersatzkassen die Abrechnungs-

daten der ersten beiden Quartale vor. Hiernach war eine neunprozentige Mengenentwicklung zu verzeichnen. Gleichzeitig hatten KZVN und KZBV öffentlichkeitswirksam erklärt, die gesetzlich eingeführte Budgetierung führe dazu, daß zum Ende des Jahres 1994 keine vertragszahnärztlichen Leistungen mehr erbracht werden könnten, da die Gelder aufgebraucht seien. Die Zahnärzte wurden aufgefordert, ihr Leistungsverhalten anzupassen, im Klartext Verweigerung der Behandlung »auf KV-Karte«. Unter diesen Voraussetzungen sah sich das Landesschiedsamt genötigt, die Punktwerte abzusenken, um sicherzustellen, daß die vertragszahnärztliche Versorgung bei Festlegung der Einzelleistungsvergütung über das gesamte Jahr hinweg sichergestellt ist. Wenige Tage nach der Schiedsamtverhandlung erhielten die Mitgliedschaften die Honorarabrechnung für das III. Quartal. Hierbei stellte sich heraus, daß die Mengenentwicklung in diesem Quartal stagnierte. Zum Zeitpunkt der Schiedsamtverhandlung hätte diese Tatsache der KZVN bereits bewußt sein müssen. Der Unterzeichner geht davon aus, daß für den Fall, daß die KZVN diese Daten in das Schiedsamtverfahren eingebracht hätte, das Landesschiedsamt die vorgenommene Punktwertabsenkung um 3,95% nicht vorgenommen hätte. Im IV. Quartal sank die Menge sogar - Auswirkung der Aufforderung zur Leistungsverweigerung durch die KZVN!

Im Ergebnis läßt sich feststellen:

Durch das Verhalten der KZVN, einerseits die Festsetzung einer Pauschalvergütung abzulehnen, andererseits

öffentlich zu erklären, daß das bisherige Vergütungssystem unter der gesetzlich vorgeschriebenen Budgetierung eine ausreichende Versorgung mit vertragszahnärztlichen Leistungen nicht sicherstelle, provozierte die KZVN die Punktwertabsenkung. Hierdurch und durch die Behandlungsverweigerung im IV. Quartal kam es in 1994 zu einer Unterschreitung der höchstzulässigen Gesamtvergütung in Niedersachsen in Höhe von ca. 31 Millionen DM. Die Annahme des Angebotes der Ersatzkassen hätte zu einer Vollausschöpfung der höchstzulässigen Gesamtvergütung geführt.

1995

Im Jahre 1995 provozierte die KZVN durch die Ausrufung des »vertragsgebührenfreien Zustandes« die Einsetzung des Staatskommissares. Mit diesem haben die Verbände der GKV in Niedersachsen Honorarverträge abgeschlossen. Im Ersatzkassenbereich wurde der Punktwert um 3% angehoben, obwohl die seinerzeit geschätzte Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen lediglich eine Anhebung um 1,7% ermöglicht hätte (Tatsächliche GLS-Entwicklung nur 0,7%). Dieser Vertragsabschluß konnte nur deshalb erfolgen, weil als Basis nicht die gezahlte Gesamtvergütung des Jahres 94 (435.400.000 DM), sondern die höchstzulässige Gesamtvergütung (466.700.000 DM) für die Budgetermittlung herangezogen wurde. Der Vertrag war mit einer Klausel versehen, wonach vorläufig eine 98%ige Ausschöpfung der höchstzulässigen Gesamtvergütung angestrebt wurde. Für den Fall, daß diese

Grenze nicht erreicht würde, wäre eine nochmalige Aufstockung des Punktwertes möglich gewesen. Tatsächlich wurde die höchstzulässige Gesamtvergütung nicht in dem Umfang ausgeschöpft, was maßgeblich durch die Boykottmaßnahmen der KZVN begründet war, die zur Einsetzung des Staatskommissars geführt hatten.

Auf der Verwaltungsebene wurden mit der KZVN die Daten abgestimmt. Es wurde Einvernehmen hergestellt. Aus Sicht der VdAK/AEV-Landesvertretung bestand allerdings die Notwendigkeit, diese Abstimmung in Form eines Nachtrages zum Honorarvertrag rechtskräftig werden zu lassen. Die KZVN weigerte sich, einen entsprechenden Nachtrag zu unterzeichnen, so daß keine Basis für die Ersatzkassen zur Leistung der theoretisch möglichen Nachzahlung in Höhe von ca. 8 Millionen DM für das Jahr 1995 bestand. Außerdem hielt die KZVN vertraglich festgelegte Fristen nicht ein.

Die Weigerung der KZVN aus dem Jahr 1994 zum Abschluß einer Pauschalvergütung, kombiniert mit den Boykottmaßnahmen im Sommer 1995 und der Verweigerungshaltung hinsichtlich des Nachtrages zum Honorarvertrag, führte somit auch im Jahr 1995 zu einer Unteraussschöpfung der höchstzulässigen Gesamtvergütung in Höhe von ca. 20 Mio DM.

1996

Unter dem Vorsitz des ehemaligen Staatskommissars Herrn Jung Lundberg hatte das Landesschiedsamt für das

Jahr 1996 ursprünglich die Gesamtvergütung ausschließlich auf Basis der Einzelleistungsvergütung festgesetzt und den Punktwert um 4,5% angehoben. Bei der vorliegenden Mengenentwicklung führte dies zu einer mitgliederbereinigten Ausgabensteigerung in Höhe von ca. 10%. Demgegenüber hätte unter Berücksichtigung der Mitgliederentwicklung und der Grundlohnsteigerung lediglich eine Ausgabensteigerung von 1,1% erfolgen dürfen. Aus diesem Grund sahen sich die Ersatzkassen gezwungen, gegen den Schiedsspruch zu klagen. Das Sozialgericht Hannover bestätigte die aufschiebende Wirkung der Klage. Gleichzeitig beanstandete das Niedersächsische Sozialministerium den Schiedsspruch und ordnete sofortige Vollziehung an. Somit galt der Honorarvertrag aus dem Jahre 1995 weiter, weshalb die Ersatzkassen ihre Zahlungen vorerst auf die Gesamtvergütung des Vorjahres beschränkten.

Aufgrund der eindeutigen Feststellungen des LSG Celle zur Rechtswidrigkeit des ursprünglichen Schiedsspruches für das Jahr 96 setzte das Landesschiedsamt am 10.06.98 die Gesamtvergütung für das Jahr 96 neu fest. Zwar behielt das Landesschiedsamt die überhöhten Punktwerte bei, begrenzte allerdings die höchstzulässige Gesamtvergütung auf 481.000.000 DM.

Somit haben die Ersatzkassen an die KZVN für das Jahr 1996 noch Nachzahlungen in Höhe von ca. 25 Millionen DM zu leisten. Die Behauptung der KZVN, für 1996 seien Rückforderungen zu befürchten, trifft zumindest für die Ersatzkassen definitiv nicht zu.

1997

Trotz der zwischenzeitlich erfolgten Beanstandung des Schiedsspruches aus dem Jahr 1996 und der Feststellung der aufschiebenden Wirkung der Klage der Ersatzkassen gegen diesen Schiedsspruch hat das Landesschiedsamt in seiner Sitzung am 26.11.97 die Gesamtvergütung des Jahres 1997 auf Basis des ursprünglichen rechtswidrigen Schiedsspruches des Jahres 1996 festgesetzt. Somit entfaltete der vom LSG Celle als rechtswidrig eingeschätzte Schiedsspruch des Jahres 1996 seine beitragsatzgefährdende Wirkung auch in 1997 und in 1998. Aus diesem Grund haben die Ersatzkassen auch gegen den Schiedsspruch 1997 Klage eingereicht. In diesem Fall hat das Sozialgericht Hannover allerdings die aufschiebende Wirkung nicht festgestellt. Das LSG Celle unterbreitete den Ersatzkassen und dem Landesschiedsamt im Verfahren zum vorläufigen Rechtsschutz folgenden Vergleichsvorschlag:

Das Landesschiedsamt setzt eine vorläufige neue Gesamtvergütung für das Jahr 1997 fest, die als Basis für die Gesamtvergütung des Jahres 1998 herangezogen wird. Dabei setzt das Schiedsamt die Gesamtvergütung 1997 in der Höhe der Gesamtvergütung des Jahres 1996 fest. Im Gegenzug verzichten die Ersatzkassen ebenfalls vorläufig auf die Geltungsmachung von Rückzahlungsanforderungen in Höhe von circa 52 Millionen DM aus dem Jahre 1997. Der Vergleich gilt bis zum Abschluß des Hauptsacheverfahrens hinsichtlich der Gesamtvergütung 1997. Mit diesem Vergleichsvorschlag strebte das LSG einer-

seits an, daß Ruhe in die laufenden Hauptsacheverfahren einzieht. Andererseits sollte für die nachfolgenden Honorarverträge eine verlässliche vorläufige Basis gefunden werden, um zu verhindern, daß auch die Honorarverträge/Schiedssprüche der Jahre 1998 ff von einer der beiden Vertragsparteien beklagt würden.

Dies würde - so die Überzeugung des LSG - auf Dauer zu nicht mehr handhabbaren Problemen mit Rückzahlungs- bzw. Nachforderungsverpflichtungen führen, deren Höhe erst in mehreren Jahren feststünde. Die KZVN hat sich in dem Verfahren gegen einen solchen Vergleich ausgesprochen und ist damit ganz bewußt das Risiko eingegangen, sofort Rückzahlungsansprüchen der Ersatzkassen für das Jahr 1997 in Höhe von ca. 52 Millionen DM ausgesetzt zu sein. Da allerdings Kläger und Beklagte, nämlich Ersatzkassen und Landesschiedsamt, dem Vergleichsvorschlag zugestimmt haben, kann das Veto der lediglich beteiligten KZVN den Vergleich nicht verhindern. Da das Hauptsacheverfahren für 1997 bisher noch nicht terminiert wurde, ist im Jahr 1998 keinesfalls mit einer rechtskräftigen Entscheidung in der Sache zu rechnen, so daß für 1998 auch keinerlei Rückzahlungsanforderungen für die Vertragszahnärzte in Niedersachsen aus dem Ersatzkassenbereich zu befürchten sind. Zusammenfassend ist festzustellen, daß für die Jahre 1994 und 1995 die Verantwortung für die Unterausschöpfung der höchstzulässigen Gesamtvergütung allein bei der KZVN liegt. Bei Annahme des Angebotes einer Pauschalvergütung wären die Beträge vollständig an die niedersächsischen Vertrags-

zahnärzte ausgeschüttet worden. Im Jahre 1996 besteht zwischen der maximal möglichen und der tatsächlich ausgeschütteten Gesamtvergütung kein Unterschied mehr, so daß die Effekte der Vorjahre ab diesem Zeitraum nicht mehr eintreten.«

Was haben wir also zu erwarten? Die Prügel, die wir in diesem Jahr von Seehofer und der Öffentlichkeit bezogen haben, haben uns nicht nur blaue Flecken, sondern auch leere Praxen beschert. Und im November und Dezember schließen wir dann die Praxen ab. Es werden Behandlungsengpässe entstehen, die Reaktionen hervorrufen. Glaubt jemand ernsthaft, daß wir dann mehr Geld bekommen? Wer sollte Herrn Schirbort mehr Geld geben wollen? Die Kassen, die Aufsichtsbehörde, die Sozialgerichte? Wohl eher weniger! Was erwartet uns also?

Bei nüchterner Überlegung gibt es drei verschiedene Optionen:

1. erneut der Staatskommissar - der als erstes den floatenden Punktwert einführt, die Schiedsamtsergebnisse anerkennt und wieder verschwindet.
2. der Sicherstellungsauftrag geht an die Krankenkassen, und die KZV ist am Ziel: sie hat sich selbst zerstört, und damit auch die Existenz eines Teils der Kollegenschaft, denn die Kassen brauchen zur Sicherstellung der Versorgung nicht alle Zahnärzte!
3. Wer es sich nicht leisten kann oder will, sich von seiner eigenen KZV vor die eigene Praxistür setzen zu lassen, schnallt den Gürtel enger und steigt um auf Kostenerstattung - für die Patienten

natürlich auf freiwilliger Basis. Jeder von uns ist aufgerufen, in dieser prekären Situation verantwortungsvoll mit seinem eigenen Ruf und dem des ganzen Standes umzugehen. Denn einige haben es immer noch nicht begriffen: Herr Dr. Ebeling (Kreisstellenvorsitzender in Rastede) schreibt z.B. immer noch (!) am 26.08.98:

»Dennoch ist die KZBV-Führung wie bisher um erträgliche Kompromisse bemüht, die allerdings nicht so weit gehen können, daß die grundlegenden Positionen des NOG vollends der willkürlichen Uminterpretation durch Ministerien und Krankenkassen anheimfallen.«

Er schreibt dies einen Monat, nachdem ein deutsches Landes-Sozial-Gericht der KZBV in einem vernichtenden Gerichtsurteil folgenden Satz ins Stammbuch geschrieben hat: *»Der Senat hat erwogen, der Antragstellerin (Anm: der KZBV) gem. §192 SGB Mutwillenskosten aufzuerlegen. Mutwillen liegt vor, wenn ein Beteiligter einen Prozeß betreibt, obwohl die Rechtsverfolgung objektiv aussichtslos ist, der Beteiligte dies weiß und gegen bessere Einsicht zu weiterer Prozeßführung keinen Abstand nimmt.«* Dies war der Tenor des Urteils, auf den uns diese Standesführung monatelang Hoffnungen geweckt hatte, daß man es damit Seehofer mal so richtig zeigen könnte, wer denn das Gesetz richtig auslegt.

Der Rechtsprofessor Zuck schreibt in der »Neuen Juristischen Wochenschrift« (NJW 37/98): *»Die Zahnarztseite ihrerseits hat die Situation völlig falsch eingeschätzt, und damit ist nicht in erster Li-*

nie die Beurteilung der Rechtslage gemeint (manche Gewerbe- und Standesführer haben ein eher instrumentales Verhältnis zum Recht), sondern die Beurteilung der Chancen auf dem Markt. Solche Fehleinschätzungen kommen überall vor. Sie rechtfertigen kaum Kritik, denn man weiß doch erst hinterher alles besser. Dennoch bleibt das Vorgehen der Zahnarztorganisationen, betrachtet man es insgesamt, für den außenstehenden Betrachter kaum erklärlich. Es ist schwer verständlich, warum man, nach dem man politisch gescheitert war, das verlässlich Errungene (Festzuschüsse) aufs Spiel gesetzt, eine für die Zahnärzte blamable Aufsichtsordnung provoziert und sich dann noch, bei erkennbar dürrtigen Rechtspositionen (nimmt man alles zusammen), in nutzlose Rechtsstreitigkeiten verstrickt hat. Minister müssen in vergleichbaren Fällen ihren Hut nehmen. Anwälte verlieren das Mandat und zahlen für falsche Beratung, Standesführer machen einfach weiter.« (Lassen sich für ihre Fehler sogar noch honorieren, s.S 24, Anm. d. Red.)

Um es deutlich zu sagen: diese Standesführung ist politikunfähig, weil sie kompromißunfähig ist. Was uns Schirbort heute als Kompromiß verkaufen will, ist Niederlage an Niederlage. Wir stehen heute weit hinter den Vor-NOG-Regelungen, dazu ist die Demontage der GOZ im vollem Gange.

Vor diesem Hintergrund nach dem Wiederöffnen des Korbes zu rufen, ist in seiner Hilflosigkeit schon mitleiderregend. Der Schlachtruf »Freiheit für die Pinguine, nieder mit dem Packeis« mag zwar

ein paar chronisch Fußkalten imponieren, der Gesamtheit entzieht er aber die ökologische Lebensgrundlage. Der Niedergang zahnärztlichen Ansehens und die Abkopplung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sind seit 20 Jahren untrennbar verbunden mit der Politikunfähigkeit des Freien Verbandes. Wir brauchen eine ehrliche Bilanz - angefangen mit der Offenlegung der Zahlen der letzten fünf Jahre in Niedersachsen.

Die Verzichtspolitik dieses Verbandes (»Verlassen der GKV«) hat dazu geführt, daß der Anteil der Ausgaben für Zahnmedizin in der GKV von 1981 bis heute von 15,2% auf unter 9% zurückgegangen ist, ohne daß nennenswerte private Äquivalente geschaffen worden sind.

Wie sagte noch Herr Keck als Ex-Landesvorsitzender des FVDZ-Niedersachsen; »Die Zahnärzte haben die Standesführung, die sie verdienen.« Das haben wir nicht verdient. Wir stimmen eher dem ehemaligen KZV-Chef von Westfalen-Lippe, Willy Stühr zu, der schon 1975 sagte: »Entweder wir zerstören den Freien Verband, oder der Freie Verband zerstört uns.«

Standespolitik hat die Aufgabe, die Interessen aller Zahnärzte zu vertreten. Das gilt besonders gegenüber der neuen Bonner Regierungskoalition - ob wir sie mögen oder nicht. Das Festhalten an gescheiterten Konzepten hilft niemandem. Wir brauchen Kreativität am Runden Tisch mit allen Verbänden.

Machen Sie mit!

Dr. Roland Ernst, Edeweicht

Wahlen in Bayern Erhebliche Einbußen des Freien Verbandes

Alle vier Jahre wieder findet in der Zahnärzteschaft in Bayern die Wahl der Delegierten für die Bayerische Landes Zahnärztkammer (BLZK) statt, versetzt um zwei Jahre jeweils alternierend die zur Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB).

Da der DAZ im Jahre 1989 hauptsächlich von Zahnärzten aus München und Regensburg gegründet wurde, nahm er erstmals 1982 zur Kammerwahl nur in den Bezirksverbänden München-Stadt- und Land und Oberpfalz teil. Bis dahin war es ein weiter Weg, der auch später steinig und facettenhaft blieb. Drei Jahre lang wurde diskutiert, ob und wenn wie man den Marsch durch die Institutionen gehen sollte, da man sich doch als das etwas elitäre Ferment im Einheitsbrei empfand.

Jedenfalls wurde damals eine Kandidatenliste und mit Mühe eine Unterstützerliste erstellt; die fehlenden Unterschriften für die Wahlzulassung (5% der Wahlberechtigten) wurden am letzten Tag per Taxi eingesammelt. Als diese Liste erleichtert eingereicht wurde, stellte sich heraus, daß der FVDZ seinerseits eine schlampige und unvollständige Liste vorgelegt hatte. »Die fehlenden Unterschriften können wir ja durch einen Rundgang durch das Zahnärztheaus besorgen« - und das nach der Frist, was aber juristisch als behebbare Mangel angesehen wurde.

Am Abend während der Wahlausschußsitzung befanden sich im Zahnärztheaus gerade mal so viele Kollegen, daß

mit der letzten Unterschrift das Quorum erreicht wurde. So hatte die jahrzehntelange Alleinvertretung des Freien Verbandes in den Körperschaften dazu geführt, daß das notwendige Bewußtsein für demokratische Vorgänge verloren ging. Daß der DAZ es wagte, sich als kleines Häuflein zur Wahl zu stellen, wurde geradezu als Unverschämtheit aufgefaßt und entsprechend behandelt.

Nach dieser notwendigerweise nicht sehr erfolgreichen, aber befreienden Wahl nahm der DAZ an allen kommenden Wahlen ohne weitere Diskussion mit ertrotztem Selbstverständnis teil.

Nun wandte man sogar (legale!) Wahltaktiken an: Versand der gemeinsam verfassten, gefalteten, zugeklebten und frankierten Wahlauftrufe »just in time« zu den Wahlunterlagen, Sonderbriefmarken aus Berlin, Frauenquote von 50%, mal nur zwei Kandidaten (50% Frauen), mal die volle Zahl der Plätze und schließlich sogar Portaitaufnahmen vom Fotoatelier. Während außerhalb Bayerns später bereits deutliche Erfolge erzielt wurden, blieb in München die Zahl der gewählten Mitglieder gering.

Wenn der DAZ 1988 auch etwa 20% der Stimmen erreichte, so kam dennoch kein Kandidat in die KZVB, da ein reines Persönlichkeitswahlrecht dies verhinderte. Außerdem wird das passive Wahlrecht erheblich behindert: das Medienmonopol liegt in der Hand des FVDZ=Körperschaften, die Adressen der Wahlberechtigten werden nicht herausgegeben, DAZ-Mitglieder wurden als Kommunisten und Verursacher der Budgetierung diffamiert, so z.B. mehrfach im redaktionellen Teil des offiziellen »Zahnärztlichen Anzeiger« so kurz vor der Wahl, daß wegen »Friedenszeit« oder

wegen Redaktionsschluß keine Entgegnung mehr möglich war.

Gerichtliche Auseinandersetzungen und Versuche, die Wahlordnung zu ändern, brachten nicht den gewünschten Erfolg, so daß die Bereitschaft zur Kandidatur beim DAZ nachließ.

So kam es, daß der DAZ 1992 mit den inzwischen etablierten Unabhängigen Zahnärzten in Bayern (UZB) für die KZVB-Wahl eine gemeinsame paritätische Liste aufstellte; man war sich persönlich und auf der standespolitischen Ebene nähergekommen und erhoffte sich Synergie-Effekte.

Im Jahre 1994 war der DAZ nicht mehr Mitglied in der Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände in Deutschland (IGZ), die UZB aber weiterhin. Außerdem befürchtete man damals, durch eine Listenverbindung mit dem DAZ, dem ja noch der Hautgout der Nestbeschmutzung anhaften sollte, Stimmen zu verlieren. Erstmals kam es so zu einer Wahl unter drei Listen. Als Ergebnis rangierten die DAZ-Mitglieder weit hinten unter den Ersatzmännern, wenn es auch Frauen waren, die sonst generell relativ viel Stimmen bekommen..

Endlich im Jahr 1998 tat sich etwas »dank« der bekannten Strategie der FVDZ-Hardliner und der Umwandlung der »freien Zweierbeziehung« in eine Einerbeziehung durch die Patienten. Bei der Wahl zur 60-köpfigen BLZK traten in allen Bezirksverbänden außer in Schwaben zum FVDZ konkurrierende Listen zur Kammerwahl an. Diese wurden eingereicht außer von den bekannten UZB von neuen Gruppen, die sich vom harten FVDZ gelöst hatten.

Ihr Erfolg ist geradezu sensationell: z.B wurde in Unterfranken kein einziger

Kandidat vom Alt-FVDZ gewählt, in Oberbayern nur drei Delegierte vom Alt-FVDZ unter vierzehn, wobei der Vater des Korbes Löffler vom gesetzten zweiten Platz auf den neunten abrutschte, in München aber elf vom Alt-FVDZ und vier von den UZB nominiert wurden.

Welche Konstellationen, welche Beschlüsse für eine abgefederte Liberalisierung sich durch die neue, noch unbestimmte BLZK ergeben können, muß die sicher sehr interessante konstituierende Vollversammlung am 5. Dezember 1998 zeigen.

Weil der Zahnärztliche Bezirksverband (ZBV) München-Stadt-und-Land 1990 die Mitgliederzahl von 2000 erstmals überschritten hat, muß er seitdem nach gesetzlicher Vorgabe eine 40-köpfige Delegiertenversammlung wählen, die ihrerseits den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter wählt.

Bei der Wahl für den ZBV in diesem Jahr (gleichzeitig mit der Kammerwahl) kandidierten wiederum DAZ-Mitglieder auf der Liste der UZB, und zwar 15 unter 35; es wurden 16 gewählt, davon vier DAZ Mitglieder. Ein schöner Erfolg, denn vor vier Jahren hatten die UZB nur neun Kandidaten durchgebracht.

Dieser Erfolg zählt umso mehr, als es wieder zu Behinderungen durch den Freien Verband gekommen war.

Der Vorsitzende des ZVB München-Stadt-und-Land hatte eine bezahlte Wahlanzeige der UZB im offiziellen »Zahnärztlicher Anzeiger« nach Vorlage durch den Schriftleiter selbstherrlich zensiert, indem er sie um vier Sätze kürzte und die Genehmigung für die Veröffentlichung von dieser Streichung abhängig machte. Dieser Vorgang ist unglaublich und bedarf einer Korrektur. Die ersten drei Sät-

ze stellen fest, daß Adressen nicht herausgegeben worden sind und daß Beilagen genehmigungspflichtig seien. Der vierte Satz, der erzwungenermaßen gestrichen wurde lautet: »Informieren Sie sich anderweitig, zum Beispiel in der relativ neutralen DZW und nicht nur in unserer einseitig von den Hardlinern des

Freien Verbandes dominierten Standespresse.« Sollte vielleicht diese Tatsachenbehauptung gestrichen werden, weil in Wirklichkeit bereits die realistischen Softliner den FVDZ in Bayern dominieren?

Dr. Hannes Brosch, Neuried / München

Vergoldeter Knast

Daß aus Bayern öfter Besonderes kommt, ist bekannt. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung München macht da keine Ausnahme. Seit die Herren Löffler (genau, das ist der, der mit dem Korb tanzt) und Kinner dort den Ton angeben, wird Landespolitik á la Niedersachsen betrieben, mit den dazugehörigen sozialpolitischen Rundumschlägen. Dazu gehörte z.B. die Aufforderung an die bayerischen Kassenzahnärzte, alle Sachleistungen bei VdAK - Patienten strikt auf das unbedingt Erforderliche zu begrenzen und Patienten nur noch per Kostenerstattung zu behandeln. Oder die Behauptung, Zahnbehandlungen würden 1998 bei Ersatzkassenpatienten rationiert. Außerdem forderte die KZV-Führung die Kollegenschaft auf, die Helferinnen dazu zu motivieren, ihre Ersatzkassen - Mitgliedschaft zu kündigen.

Natürlich rief diese Hau-Drauf-Strategie, die immer die Privatisierung aller zahnärztlichen Leistungen zum Ziel hatte, Regierung und Justiz auf den Plan: Vom Sozialministerium kam eine offizielle Abmahnung (der eigenen CSU-Parteigenossen!), vom Sozialgericht München

(AZ S42 ka 5175/98 ER) eine Verurteilung mit der Androhung eines Zwangsgeldes von 500000 DM, ersatzweise Ordnungshaft.

Wer mit dem Kopf durch die Wand will, sucht nicht nach der Tür - die KZV Bayern wäre nicht die KZV Bayern, wenn sie eine Fehlbeurteilung der Lage einräumen würde. Im Gegenteil: Der KZV-Vorstand läßt sich von der Vertreterversammlung bestätigen, um »die Öffentlichkeit über die tatsächlichen Begebenheiten aufzuklären« (KZV-Rundschreiben 5/98). Weiterhin läßt er sich »eine Entschädigung für jeden evtl. in Ordnungshaft verbrachten Tag in Höhe des 4-fachen Höchstsatzes der Reisekostenordnung« genehmigen - das sind 4500 DM.

Facit: Da wird mit dem Vorschlaghammer im sozialpolitischen Porzellanladen der letzte Rest unseres Ansehens zerschlagen, das Sie und ich bei den Patienten dann wieder mühsam aufbauen müssen - und dafür verlangen die Herren von uns via Mitgliedsbeitrag, daß wir das noch fürstlich honorieren.

Sie sagen, diese Mentalität kennen Sie? Mir ist das in dieser Dreistigkeit unter Kollegen aber wirklich neu. Wie sagte Max Liebermann: Ich kann gar nicht so viel fressen wie ich kotzen möchte. - Wie wahr!
H.Hey

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

Junges forum Junges forum Junges forum

Betriebswirtschaftliche Aspekte zur Kosten- / Nutzenanalyse mehrerer Sprechzimmer und der Personalstärke einer Praxis.

Dieser Beitrag dürfte gerade für junge Kollegen von Interesse sein, die bzgl. ihrer Praxisgründung noch in der Planungsphase sind. Aber auch für alle anderen Zahnärzte kann das Zahlenmaterial für eine aktuelle betriebswirtschaftliche Bestandsaufnahme von Nutzen sein.

Die Investition für Praxisneugründungen betrug in den alten Bundesländern im Jahre 1997 ca DM 550 000, für Praxisübernahmen knapp über DM 500 000. In Anbetracht der Entwicklung zahnärztlicher Einkommen - seit 1976 nominaler Stillstand bei DM 200000 vor Steuern - muß man sich wundern über die Blauäugigkeit der jungen Kollegen wie über die fragwürdige Beratertätigkeit der Kreditinstitute. Ein Ende der Talfahrt zahnärztlicher Einkommen wie auch die der anderen Heilberufsgruppen ist nicht abzusehen. Nicht die Wunschvorstellung der zahnärztlichen Standesführung nach einem zahnärztlichen Mindest-

einkommen vergleichbar dem eines A16 ers (betriebswirtschaftlich bei 180 000 DM), sondern eher das eines A14ers (nach derzeitigem Steuerrecht betriebswirtschaftlich in etwa DM 140 000 entsprechend) scheint dem Autoren langfristig die Zukunftsaussicht.

Zur Frage des betriebswirtschaftlichen Nutzens mehrerer Sprechzimmer gab Referent Pillwein im Jahre 1970 folgende Daten aus den USA wieder:

Mehr Honorarumsatz in derselben Zeiteinheit:

- 65% bei Tätigkeit in 2 Sprechzimmern
- 87% bei Tätigkeit in 3 Sprechzimmern

Im Kimmel - Schön - Buch »Ergonomie in der zahnärztlichen Praxis« (Quintessenz 1968) findet man auf Seite 255 die Passage:

Arbeitsleistungssteigerung und damit Einnahmensteigerung des Zahnarztes bei gleicher Arbeitszeit:

- 1 Arbeitsplatz - keine Helferin - bei 8-stündiger Arbeitszeit produktive Zeit: 4,5 unproduktive Zeit: 3,5 Stunden
- 1 Arbeitsplatz - eine Helferin produktive Zeit: 5,75 Stunden
- 2 Arbeitsplätze - eine Helferin produktive Zeit: 6,5 Stunden
- 3 Arbeitsplätze - eine Helferin, eine Sekretärin, eine Hygienistin bei 8-stündiger Arbeitszeit produktive Zeit: 7 Stunden

Für die Durchschnittspraxis - Zahnarzt mit 400 Scheinen, 10% privat, 36 Std. behandelnde Tätigkeit, 724 000 Umsatz (alte Bundesländer 1996) 200 000 zu versteuern - hält der Autor folgendes für optimal:

2 Sprechzimmer
2 ausgebildete Helferinnen,
1 Azubi

Die über dem Durchschnitt liegende Praxis benötigt ein 3. Sprechzimmer und hierzu 1 weitere ausgebildete Kraft, die als Prophylaxehelferin eingesetzt werden kann. Eine ZMF wird eigentlich nicht mehr benötigt, seitdem der BDZ den neuen Tätigkeitsrahmen für eine Helferin abgesteckt hat.

Zur Kostensituation eines Sprechzimmers: Die Zahnärzte der alten Generation verschlissen während eines 36jährigen Berufslebens 2 Einheiten, d.h. Neueinrichtung nach 18 Jahren. Zur Einkommenshochkonjunktur 1980-83 war in der BRD ein neues Behandlungsgerät nach 10 Jahren fällig. Aus Kostenersparnisgründen wird man heute ein Gerät erst nach ca. 14 Jahren austauschen. Investitionskosten: DM 100 000. Auf der Bank angelegt, würde diese unterlassene Investition mit Zins und Zinseszins nach 14 Jahren ca. 250 000 DM vor Steuern bringen. 250 000 verteilt auf 14 Jahre = ca. 18 000 DM pro Jahr.

Die Sprechzimmerinvestition wird demnach folgende Kosten verursachen:
Miete: $12 \text{ m}^2 \text{ a } 18 = 216,--\text{DM/Monat}$
Raum: Strom, H_2O , Heizung, Reinigung, Handwerker
 $12 \text{ m}^2 \text{ a } 10 \text{ DM} = 120 \text{ DM/Monat}$
Fixkosten insgesamt: 336 DM/Monat
 $= 4032 \text{ DM /Jahr}$, $22.032 \text{ DM totale Kosten /Jahr}$
Einrichtungskosten 18000 DM/Jahr
Handelt es sich um ein Zweit- oder Dritt-

sprechzimmer, müssen diese Kosten erst mal zusätzlich verdient werden. Eine weitere Kraft ist dabei noch nicht berücksichtigt. Bei einem Bruttolohn von DM 2800/Monat kostet die Helferin den Arbeitgeber ca. 50.000 DM/Jahr: 13 Monatsgehälter plus Arbeitgeberanteile plus Berufswäsche plus Zuwendungen (Geburtstag, Weihnachten, Betriebsessen).

Der Durchschnittszahnarzt erwirtschaftet in 2 Sprechzimmern ein zu versteuerndes Einkommen von ca DM 200.000. Wenn der Behandler ein 3. Sprechzimmer nur nutzt, um die Behandlungszeit am Stuhl zu reduzieren, wird sein Einkommen um DM 22.032 bzw. DM 72.032 geschmälert. Ist der Behandler in der Lage, seine Arbeitszeit zu intensivieren und mehr Patienten zu behandeln, ist bei gleicher Arbeitszeit folgendes Einkommen zu erwarten:

- Mehrleistung in derselben Arbeitszeit mit Helferin 22%
- Mehrleistung in derselben Arbeitszeit ohne Helferin 14%

Im Praxisumsatz von DM 724 000 DM sind ca DM 180 000 Fremdlaborkosten als durchlaufender Posten enthalten. Um das Bruttohonorar zu ermitteln, müßte der Umsatz zunächst um diesen Betrag bereinigt werden. Es verbleiben also 544.000 DM Honorarumsatz. Bei vermehrter Patientenzahl oder bei Ausbau des Leistungsangebotes wäre jetzt unser Durchschnittszahnarzt in der Lage, im 3. Sprechzimmer ein Umsatzplus zu erwirtschaften:

- mit Helferin + 22% = DM 119.700
abziehen die Zusatzkosten in Höhe von DM 72.032. Somit verbleibt per Saldo ein zusätzliches Einkommen von ca 47.668 DM brutto vor Steuern
- ohne Helferin + 14% = DM 76.160
abziehen die Zusatzkosten in Höhe von ca DM 22.032. Somit verbleibt per Saldo ein zusätzliches Einkommen von 54.128 brutto vor Steuern.
Ohne zusätzliche Helferin verbleibt dem Zahnarzt damit mehr.

In dieser Beispielrechnung ist nicht berücksichtigt die Durchführung von Prophylaxeleistungen durch eine fortgebildete Helferin, die ohne Vorhandensein einer weiteren Behandlungseinrichtung möglicherweise unterbleiben würde. Die Erbringung von Prophylaxeleistungen allein rechtfertigt jedoch für die Durchschnittspraxis nicht die Zuverfügungstellung eines weiteren Sprechzimmers - auch dann nicht, wenn ein eigenes Prophylaxezimmer zur Hälfte der Kosten eingerichtet wird. Man frage sich, fließen die 59.000. DM Zusatzkosten (Helferin und billige Prophylaxe Einrichtung) jemals durch Prophylaxe zurück?

Betriebswirtschaftlich einigermaßen ausgelastet wird ein weiteres Sprechzimmer aber erst in einer Großpraxis mit 3 Behandlern, die dann insgesamt über 7 Sprechzimmer verfügen sollte. Jeder der 3 macht im 3. (bzw. 7.) bei optimaler Praxisorganisation einen zusätzlichen Honorarumsatz von 22%, sodaß sich ein Gesamtplus von 66% ergibt. Das entspricht dem Um-

satzplus eines zweiten Sprechzimmers durch einen Einzelbehandler.

Schon jetzt ist es schwierig geworden, den Patientstamm zu erhalten, geschweige auszubauen. Die Devise heißt: besserer und aufwendigerer Service bei geringeren Verdienstmöglichkeiten.

Bei entsprechendem Patientenaufkommen wird das 3. Sprechzimmer in Zukunft notwendiger sein denn je aus verschiedenen Gründen:

- besserer Service gegenüber dem Patienten. Wenn der Patient schon mal auf dem Stuhl sitzt, fällt ihm das Warten leichter als im Wartezimmer. Wie wär's mit der Installation eine Klein-TV-Gerätes (zur Verkürzung der Wartezeit), welches gleichzeitig als Monitor für digitale Geräte dient.

- Einsatz z.T. für die ZMF bzw. fortgebildete Helferin zum Zwecke der Prophylaxe, der PA-Vorbehandlung und des Recalls - alles Tätigkeiten, die zwar durch den Zahnarzt angeordnet werden, aber nicht von ihm selbst erbracht werden sollten, da die Honorierung zu niedrig ist. Wenn der Praxisinhaber Glück hat, heben sich dann die Kosten des 3. Sprechzimmers (+ Helferin) gegen das vereinbarte Honorar auf.

- Aus forensischen Gründen ist das 3. Sprechzimmer zwingend. Die vorgenannten Leistungen ist der Zahnarzt heutzutage verpflichtet zu erbringen. Allerorten wartet noch auf die Klage eines Patienten auf unterlassene PA (Vor-) Behandlung. Werden aber die delegierten Leistungen erbracht, ist ein Sprechzim-

mer für diese Zwecke täglich viele Stunden blockiert, da für einen PA-Recalltermin mit Scaling durch die ausgebildete Hilfskraft 45 Minuten anzusetzen sind.

Der Praxisinhaber hat hinsichtlich der Personalkräfte die Wahl zwischen verschiedenen Praxiskonzepten: in jedem Sprechzimmer 2 Assistenzhelferinnen bei konsequenter Durchführung der 4-Hand-Technik oder nur 1 Helferin für 2 Sprechzimmer. Letzteres setzt voraus, daß der Zahnarzt in der Lage ist, partiell ohne Assistenz zu arbeiten. Dem kommen bestimmte Sprechzimmerkonzepte entgegen. Praxen, deren Schwerpunkt bei Kfo und PA liegt, benötigen wegen der vermehrten Delegationsfähigkeit von Leistungen mehr Personal. Eine solche Schwerpunktbildung zeichnet die Praxis des Autors nicht aus. Den Personalbestand hat der Autor in der Regel eher knapp gehalten. Leerlauf wirkt auch auf das Personal eher demotivierend mit den entsprechenden Folgen: der Krankenstand erhöht sich. Eine knappe Personalstärke bedingt natürlich automatisch übertarifliche Bezahlung.

In der unserer Praxis notieren die Helferinnen persönlich in einer offen geführten Kartei Überstunden. Die Damen kontrollieren sich gegenseitig. Die Überstunden (> 38 Std/Woche) werden auf Wunsch der Damen in zusätzlicher Freizeit abgegolten. Die Vollzeitkräfte bleiben stets bis zum Schluß. Zur Kompensation erhalten sie neben dem freien Mittwochnachmittag einen zusätzlichen freien halben Tag.

Angesichts neuer gesetzlicher und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen ist vermehrt auf Sparmaßnahmen zu achten. Zunächst sind geplante Investitionen auf Rentabilität zu überprüfen. Bei entsprechendem Patientenaufkommen sind als erste Maßnahmen nur die Maschinenlaufzeiten des vorhandenen Equipments zu verlängern bei gleicher Personalstärke. Eine Aufstockung des Personals sollte die letzte Maßnahme darstellen so wie umgekehrt bei Nachlassen der Praxisfrequenz als Erstmaßnahme die Personalzahl zurückgeführt werden muß - eine Kopfbzahlreduzierung immer, eine Gehaltskürzung niemals. Eine voll motivierte gut bezahlte Kraft ist immer ihr Geld wert.

Optimum der Zukunft: Gemeinschaftspraxis

- bei gleicher Verfügbarkeit:

3 Behandler, 7 Sprechzimmer, wie dargestellt

- bei zeitversetzter Behandlungsweise (Verfügbarkeit z.B. von 7.00-20.00 Uhr)

3 Behandler, 5 Sprechzimmer

*Dr. Robert Teeuwen,
Geilenkirchen*

*Lesen Sie einen weiteren Beitrag des
Jungen forum auf Seite 70.*

Auch eine Karriere aus der Reihe "Abgezockt"

Verschiedene Zähne waren bei Frau W. eigentlich ganz ordentlich mit einer Amalgam-Füllung versorgt (siehe Röntgenabb. 1 aus dem



Abb. 1

Abb. 1 aus dem Jahre 1990), diese Versorgung erfüllte ihre Funktionen und machte der Patientin keine Probleme bis- ja bis nach einem Zahnarztwechsel 1995 der nachfolgende Kollege in seiner neuen Praxis bei der Füllung 17 einen Bruchspalt entdeckte und meinte, diese wie auch andere Amalgam-Füllungen seien zu ersetzen, da für den Körper ungesund und nicht mehr optimal. Die modernen Kunststoff-Füllungen böten die gleiche Haltbarkeit und seien sowieso viel besser. Ein Austausch der Füllungen sollte jeweils ca. DM 30 (die im Nachhinein nicht berechnet wurden) kosten. Es wurde also eine Amalgam-Sanierung mit geringer Eigenbeteiligung für ein Mitglied der TKK vorgeschlagen. Welcher Patient kann diesem Angebot, das bei geringer finanzieller Belastung offenbar nur Vorteile bietet, widerstehen?

Für 16 und 17 begann nun eine Zahn-Karriere, vor der im DAZ-forum im Zusammenhang mit der Amalgam-Hysterie

wiederholt gewarnt wurde. Das Amalgam wurde 1996 bei diesen wie auch bei dem vorher schon endodontisch versorgten 15 entfernt und durch Kunststoff ersetzt, der dem natürlichen Zahn zwar in Farbe und Form nicht entsprach, funktionell aber seine Aufgaben hinreichend erfüllen konnte - wenn nicht nach einiger Zeit die Schmerzen im rechten OK aufgetreten wären. Hypersensibilitäten nach Kunststoff-Füllungen wurden in der Literatur oft beschrieben und fast jeder von uns hat sie in der Praxis erlebt.

Nun scheint man den Grund dafür zu kennen: der Klebeverbund der Füllung mit der Zahnwand nach der Säure-Ätz-Technik scheint bei den anfänglichen Materialien ein Schwachpunkt der Kunststoff-Fülltechnik gewesen zu sein. Auch bei den anspruchsvollen modernen Bonding-Materialien können uns leicht Fehler und damit Mißerfolge in Form von Randspalten unterlaufen. Diese Patientin bekam (als Folge des Füllungsaustausches zugunsten des Kunststoffes?) eine Pulpitis am Zahn 17 und später auch an 16, sodaß endodontische Behandlungen notwendig wurden. Das endodontische Füllen der Kronenpulpa und Teile der Wurzelpulpa machten Zahn 17 beschwerdefrei. Bei Zahn 16 ergab jedoch 1998 die Kontrollaufnahme (Abb. 2) neben einer kronennahen via falsa eine umfangreiche periapikale Verschattung um die palatinale Wurzelspitze. Die Patientin



Abb. 2

tin wurde zur Wurzelspitzenresektion an Zahn 16 zum Kieferchirurgen überwiesen. Nach diesem operativen Eingriff und längerer schmerzhafter Heilungsphase hatte die Patientin erst einmal salopp gesagt die Schnauze voll. Sie ging erst nach 7 Monaten wieder mit schlechtem Gewissen zu ihrem Zahnarzt, um den Zahn definitiv versorgen zu lassen, weil nun zusätzlich noch die vestibuläre Wand des Zahnes subgingival frakturiert war (dafür fühlte sie sich dem Zahnarzt gegenüber schuldig).

Ohne Information bzw. Aufklärung über die vorgeschlagene Behandlung oder Beratung über Alternativen erhielt die Patientin jetzt einen Heil- und Kostenplan mit folgendem Inhalt:

Zahn 16 GOZ 227 prov. Krone Faktor 4.5 = DM 133,65 und GOZ 222 Teilkrone Faktor 4.5 = DM 767,25. Geschätzte Material- und Laborkosten DM 1.050, zusammen also DM 1.950,90.

Dieser Preis sowie insbesondere der Nachsatz: »Nicht vorhersehbare Umstände bei der Behandlung sowie im Laufe der Behandlung zusätzlich notwendige Leistungen werden gesondert berechnet« verunsicherten die Patientin. Die ihr ebenfalls zur Unterzeichnung mitgegebene »Vereinbarung nach §2 GOZ« zur Anwendung des Faktors 4.5 enthält die nicht richtige Bemerkung »Der Höchstsatz für übliche Leistungen entspricht dem 3.5fachen Satz der GOZ« (als üblicher Höchstsatz ist nach meinem Vertragswissen der 2.3fache Satz vorgesehen, darüber hinaus muß begründet und ab 3.5fach vom Patienten eingewilligt werden) sowie die platte Lüge: »Möglicherweise ist eine Erstattung der Vergütung durch die Kranken-

versicherung bzw. Beihilfe nicht in vollem Umfang gewährleistet.« Wir befinden uns ist der Zeit der Festzuschüsse für GKV-Versicherte! Dieser Festzuschuß wurde ihr von der Krankenkasse auch zugesichert (DM 306.-) und sie wurde auf die recht hohe Preisgestaltung des Zahnarztes hingewiesen.

So wurde ich von der Patientin um eine Zweitmeinung gebeten. Zur Planungsunterstützung forderte ich vom Zahnarzt die Röntgenbilder an und erhielt die ältere Aufnahme Abb.2, die keine Planung zuließ. Eine aktuelle, von uns gefertigte Aufnahme (Abb.3) zeigte eine gut abgeheilte Knochenwunde nach WR, aber leider röntgenologisch unvollständige Wurzelfüllungen in den buccalen Kanälen - ein kaum auszuwertendes Rö-Ergebnis nach WR (da sollte man doch besser ein Material mit Kontrastmittel verwenden...).



Abb.3

Subjektiv ist der Zahn beschwerdefrei. Das Röntgenbild belegt auch den oralen Befund, daß die Zahnkrone mit Ausnahme einer palatinalen Wand fast vollständig zerstört ist. Warum war nicht eine normale statt einer Teilkrone geplant, verstärkt vielleicht mit einem Stiftaufbau?

Die Patientin konnte mangels Aufklärung nicht weiterhelfen. Ein erneuter Blick auf den HKP fiel auf die zusätzliche Bemerkung: Targis-Vectris Versorgung. Da sollte also ein schon einmal erfolglos direkt mit einem Komposit zu Kassensätzen

gefüllter Molar nun noch einmal mit einem an der Basis faserverstärkten Komposit als Teilkrone mit dem Faktor 4.5 sowie horrenden Laborkosten abgezockt werden, obwohl der Zahn inzwischen durch Materialverlust und WR erheblich geschwächt ist. Neben den finanziellen Bedenken kommen mir erhebliche Zweifel zur Indikation: ist denn bei diesem Befund überhaupt ein Adhäsivmaterial indikationsgerecht? Von Wissenschaft und Forschung werden doch möglichst schmelzbegrenzte Kavitäten zur Ädhäsivtechnik gefordert, da Dentin-Bonding eine geringere Haftfähigkeit verspricht. In diesem Falle ist die teilweise subgingival gelegene Dentinfläche durch die Behandlung des Endodonts zusätzlich stark reduziert. Wäre hier nicht ein weiterer Mißerfolg vorprogrammiert?

Ich bin gespannt, Ihre Diskussionsbeiträge und Erfahrungen aus der Praxis zu

den verschiedenen Problemen dieses Falles im nächsten DAZ-forum zu lesen.

Dr. U. Happ, Hamburg

P.S. Mit Kollegen habe ich diesen Fall diskutiert und bekam die naheliegende Antwort: Ex von 16 und Brücke 15-17 - das käme die Patientin kaum teurer als die vorgeschlagene Targis-Vectris Versorgung. Trotz starker Bedenken mochte ich die Patientin nach der Vorgeschichte und dem nun schmerzfreien Zahn nicht nahelegen, die Zahnkarriere nun so abrupt zu beenden. Mein Vorschlag war... nein, den werde ich jetzt nicht nennen. Er soll Bestandteil der Diskussion im nächsten DAZ-forum sein. Zu diskutieren wäre im Sinne der Überschrift: Was halten Sie, werter Leser, von Targis-Vectris, insbesondere in diesem Fall, von dieser Aufklärung der GKV-Versicherten und von dieser Preisgestaltung?

Info zur Beitragsänderung

Lt. Beschluß der DAZ-Mitgliederversammlung am 10.10.1998 gelten ab 1.1.1999 folgende Jahres-Mitgliedsbeiträge:

Studenten/innen, Arbeitslose	12 DM	
Fördermitglieder	12 DM	
Zahnärzte/innen im Ruhestand	60 DM	
Angestellte Zahnärzte/innen	180 DM	bisher 120 DM
Niedergelassene Zahnärzte/innen	360 DM	bisher 300 DM neue Bundesl.
Mitglieder des NAV-Virchow-Bundes	0 DM	

Es gibt keine Differenzierung zwischen den neuen und alten Bundesländern mehr. In besonderen Fällen kann der Vorstand Ausnahmeregelungen treffen. Die Mitgliedsbeiträge sind steuerlich absetzbar als Werbungskosten oder Betriebsausgaben. Der Übergang auf Euro erfolgt wegen des gemeinsamen Beitragsinkassos in Abstimmung mit dem NAV-Virchow-Bund. Dieser plant, erst im Jahr 2002 auf Euro umzustellen.

Kunststoffspritzguß

Eine vorteilhafte Technik zur Herstellung von Prothesenbasen?

Herstellerangaben

Wenn man die Tabellen mit den Materialeigenschaften der Prothesenbasis-Kunststoffe betrachtet, findet man folgendes:

Gruppe der Prothesenbasis-Kunststoffe	Biegefestigkeit [N/mm ²]	E-Modul [N/mm ²]	Wasseraufnahme [$\mu\text{g}/\text{mm}^3$]
Kaltpolymerisierende	59 - 100	1800 - 3300	1,18(?) - 26
Heißpolymerisierende	64 - 106	2150 - 3100*	11 - 23
Licht/Mikrowellenpolymerisierende	83 - 125	3000 - 3500	0,67 - 32
Thermoplastisch verformbare (für Spritzgußverfahren)	145	3000 - -3200	0,4

* für Weiton Rapid von Weithas wird ein E-Modul von 215000 N/mm² angegeben, was ein Druckfehler sein dürfte.

Quelle [1]: **Institut der Deutschen Zahnärzte: Das Dental Vademekum. 6. Auflg., Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1998.**

Die Angaben in dieser Tabelle beruhen auf Herstellerangaben und könnten geschönt sein. Es wurde jeweils nach dem größten und dem kleinsten Wert gesucht. Die mittlere Wasseraufnahme der heiß- und kaltpolymerisierenden Kunststoffe beträgt ca. 20 $\mu\text{g}/\text{mm}^3$. Quintessenz der Tabelle ist, daß die thermoplastisch verformbaren Prothesenbasiskunststoffe eine deutlich höhere Biegefestigkeit und eine geringere Wasseraufnahme aufweisen, während sie mit Blick auf das E-Modul zu den besten der verfügbaren Kunststoffe zählen.

	Chemoplast PMMA	Thermoplast Polyan (ist auch PMMA)
Biegefestigkeit N/m ²	800	1450
Dauer-Biegetest (bie 10°)	200	400
Schlagzähigkeit (DIN 43453)	9 - 12	23 - 29
Schrumpfung	5 - 7%	0,2%
Wasseraufnahme	2%	< 2%
Restmonomer	2 - 7%	0,2%

Quelle [2]: **Girrbach: Katalog - Dental Systeme, 1998.**

Einer der beiden deutschen Anbieter, Girrbach, hat die nebenstehende Vergleichstabelle.

Polyapress listet in einer Werbebroschüre fast die gleichen Werte auf. Unterschied ist nur, daß die Wasseraufnahme dort mit 0,35% beziffert wird.

Abgesehen von der von beiden deutschen Anbietern besonders hervorgehobenen (besseren) Verträglichkeit für Allergiekranke, sind thermoplastische Kunststoffe zumindest auf den ersten Blick interessant, wenn

es darum geht, die Reparaturanfälligkeit von Prothesen zu reduzieren und Passgenauigkeit zu verbessern.

Literatur?

In der Literatur findet sich wenig zum Thema Spritzguß für Prothesenbasen. Eine Medline-Recherche mit »Polyan« führte zu keinem Ergebnis. Eine unter der Internetadresse www.ncbi.nlm.nih.gov/pubMed mit +denture +injection am Praxis-PC durchgeführte Medline-Recherche ergab jedoch 51 Treffer, die hier aber aus Zeitgründen nicht mehr in der Bibliothek überprüft und ausgewertet werden konnten. Ferner sollte eine herkömmliche Literatursuche in einem großen Archiv noch einiges zu Tage fördern, da es sich um eine Technologie handelt, die in den 50er und 60er Jahren entwickelt wurde. In [3] wird auf S. 118 - 119 und in [4], Bd. 1, auf S. 312 - 316 kurz auf die Möglichkeit der Verwendung von Thermoplasten eingegangen. Caesar [4] möchte wegen sehr unterschiedlicher Lehrmeinungen kein Urteil abgeben. Als Vorteil des Spritzgusses nennt er den Zeitgewinn bei der Herstellung. Der Zeitbedarf, vom Einbetten der Wachsmodellation bis zum Ausbetten der fertigen Prothese sei beim thermoplastischen Spritzguß gegenüber allen anderen Verfahren extrem kurz (Ausbetten 15 Minuten nach dem Spritzvorgang). Mit Hinweis auf die gute Paßgenauigkeit am Modell zeigt er eine transversal auf dem Modell durchgesägte Oberkieferprothese. Marxkors und Meiners [3] meinen, daß sich das Spritzgußverfahren wegen der relativ aufwendigen Verarbeitungstechnik trotz der erheblich besseren Materialeigenschaften nicht durchgesetzt habe. Die Paßgenau-

igkeit von im Spritzgußverfahren mit Thermoplasten gefertigten Prothesen soll nach Marxkors und Meiners [3] nicht besser als bei den üblichen Chemoplasten sein, weil die hohe Verarbeitungstemperatur von bis 250°C angeblich zu einer hohen thermischen Kontraktion führen würde. Sie führen allerdings keine vergleichenden Messungen an, die diese Aussage belegen.

Auch Prothesenkunststoff ist komprimierbar

Das pvt-Diagramm

Theoretisch kann die Aussage von [3] zur Paßgenauigkeit jedenfalls nicht zutreffen, weil z.B. die Anlage von Polyapress einen Spritzdruck von ca. 300 bar aufbaut, der mindestens eine Minute gehalten werden muß, bis das Material erstarrt ist. Bis ca. 100° C ist PMMA (Polymethylmethacrylat) aber auch nach [3] verformbar, so daß die thermische Schrumpfung von 250 bis hinunter zu ca. 100°C durch den hohen Spritzdruck kompensiert werden dürfte. Bei Dominghaus [5], S. 316, findet man das Druck-Volumen-Temperatur-Diagramm (pvt-Diagramm) von PMMA. Diesem kann man entnehmen, daß PMMA bei 100°C und 300 bar Druck das gleiche spezifische Volumen hat wie bei etwas unter 70° und 1 bar Druck. Dabei ist noch nicht berücksichtigt, daß z.B. die Prothesenzähne und möglicherweise auch der Gips, die Küvette und deren Verschraubung bei einem Druck von 300 bar geringfügig elastisch nachgeben und die thermische Kontraktion beim Abkühlen teilweise kompensieren.

Nach Dominghaus [5], S.320, liegt die Schwindung oder Schrumpfung beim industriellen Spritzguß mit PMMA bei 0,1

„Meine Amalgam-Oldies waren
ruckzuck draußen“

Amalgamentferner H32

Damit reduzieren Sie Quecksilber-
Freisetzung und Behandlungszeit
deutlich.

Reduzieren Sie die Hg-Dampf-Freisetzung
beim Ausbohren von Amalgamfüllungen mit
dem neuen Amalgamentferner
von KOMET. Auch bei hohen
Touren bewahrt der innovative
H32 einen kühlen Kopf und
zeigt eine hohe Schneidleistung
bei geringer Wärmeentwicklung
mit gutem Spantransport ohne
Schmiereffekte. Verkürzen Sie
die Behandlungszeit und Bela-
stung für den Patienten und das
Praxisteam – mit KOMET.
Ihr Fachberater informiert Sie
gern.



Liebe zum Detail



GEBR. BRASSELER GmbH & Co. KG
Postfach 160 · 32631 Lemgo

Tel. (052 61) 701-0 · Fax (052 61) 701-289

e-mail: info@brasseler.de

<http://www.kometdental.de>

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!**

bis 0,8%. Allerdings wird dabei ein Spritzdruck von 500 bis 1200 bar angewendet. Der beim Spritzguß mit Thermoplasten in der Zahntechnik angewandte Spritzdruck von ca. 300 bar entspricht in etwa der Druckfestigkeit des als Einbettmasse verwendeten Hartgipses (ca. 30 N/mm²). Würde man Superhartgips mit einer Druckfestigkeit von 60 und mehr N/mm² verwenden, so könnte man den Spritzdruck auch bei der zahntechnischen Anwendung noch deutlich erhöhen. Das Ausbetten der Prothesen wäre dann allerdings noch um einiges schwieriger. Auch ist nicht klar, wie weit der höhere Druck den Prothesenzähnen bekommen würde. Die Anwendung derart hoher Drucke zur Prothesenherstellung wäre aber ein interessanter Versuch. Auch wenn der Spritzguß, wie nach Herstellerangaben und obiger Darstellung zu erwarten, zu einer wesentlich besseren Passgenauigkeit führen sollte, ist deren Relevanz vielleicht doch zweitrangig: Einer der derzeitigen Vollprothesen-Gurus, dessen Vorträge man z.Z. auf den verschiedenen großen amerikanischen Fortbildungsveranstaltungen hören kann, läßt seine Prothesen auch nur mit dem Ivocap-System herstellen. Nur, wenn sie dann endlich perfekt angepaßt sind, wenn die Okklusion (mit Hilfe eines intraoralen »Balancer«) eingeschliffen ist und stimmt, dann schleift er die Basis der neuen Prothese wieder einen Millimeter tief aus und unterfüttert diese unter Druck neu [6]. Wie genau ist die Basis einer solchen, zum Schluß noch einmal unterfütterten Prothese im Vergleich zu einer konventionell, etwa in einem Gießverfahren hergestellten neuen Prothese und im Vergleich zu einer im

Spritzguß aus thermoplastischem Material hergestellten?

Kann man das bei herkömmlichen Verfahren verwendete PMMA nicht durch entsprechende Behandlung (höhere Drucke und Temperaturen) nach der Herstellung der Prothese nicht ähnlich gut werden lassen wie das beim Spritzguß verwendete PMMA? Oder, wie und wie weit kann man Prothesen aus herkömmlichen Kalt- und Heißpolymerisaten verbessern, indem man Druck, Temperatur und Zeit bei der Polymerisation über die von den Herstellern empfohlenen Mindestwerte hinaus erhöht?

Praktische Einsetzbarkeit und Erfahrung mit dem Spritzguß

Anrufe bei je einem Referenzlabor von GIRRACH und Polyapress ergaben ein uneinheitliches Bild. Ein Labor konnte offenbar nur Vollprothesen im Spritzguß herstellen und hatte selbst dabei noch Probleme wegen des hohen Spritzdruckes. Ein anderes Labor kam mit dem Spritzguß sehr gut zurecht und fertigte damit außer Vollprothesen auch Teilprothesen und sogar monomerfreie Provisoren für festen Zahnersatz. Die eigene Erfahrung im Eigenlabor ist, daß man damit neue Vollprothesen wirklich problemlos herstellen kann. Die Passgenauigkeit ist subjektiv in der Regel gut, obwohl ein objektiver, meßtechnischer Vergleich bisher fehlt.

Beeindruckend war unter anderem die Neuanfertigung einer totalen Oberkieferprothese auf Kulanzbasis, die einige Monate vorher von einem Fremdlabor im Gießverfahren hergestellt worden war. Hauptursache für die Neuanfertigung war wohl eine von der Patientin behauptete Mittellinienabweichung der

OK-Front. Daneben gab es aber bei der in Gießtechnik gefertigten Prothese auch laufend Druckstellen im Bereich des Palatums und der Sitz der Prothese war deutlich schlechter als der einige Jahre vorher, von einem anderen Fremdlabor mit dem Ivocap gefertigten Prothese. Die Aufstellung der Seitenzähne paßte bei der in Gießtechnik gefertigten Prothese nicht so recht. Die mit thermoplastischem Basismaterial Polyan per Spritzguß im Eigenlabor in Kulanz neu gefertigte Prothese war ein voller Erfolg, auch in Bezug auf die Paßgenauigkeit. Dies paßt zu dem, was Marxkors und Meiners in [3] zur Genauigkeit von Prothesen schreiben, die per Gießtechnik hergestellt werden. Der Unterschied kann in diesem Einzelfall aber auch eine Vielzahl anderer Ursachen haben.

Es gab wohl einige Reparaturen wegen nach Wochen bis Monaten herausgebrochener Zähne. Die mechanische Retention und/oder die Vorbereitung der Zähne mit Vitacol war wohl nicht gut genug. Der chemische Verbund zwischen Basismaterial und Zähnen ist beim Spritzguß offenbar ein Problem. Mechanische Retentionen und ein 5-minütiges Anlösen der Zähne mit Vitacol werden daher von beiden Herstellern empfohlen. Das Rebasen von bestehenden, zu unterfütternden Prothesen ist möglich aber sehr mühsam. Ein Unterfüttern und die Reparatur mit kaltpolymerisierendem Kunststoff ist möglich. Modellgußprothesen und andere Teilprothesen kann man per Spritzguß mit einer (neuen) Basis versehen. Man muß dabei alle Vorwälle aus Hartgips fertigen und der Modellguß muß gut fixiert werden. Das erfordert etwas Nachdenken und der Aufwand ist sehr viel höher als bei An-

wendung der üblichen Methode mit Silikonvorwällen. Inwieweit Randspalte zwischen Modellguß und Kunststoff entstehen, wurde hier nicht untersucht. Bei Polyapress behauptet man, es gäbe keine Randspalte.

Für lange Zahnhäse - Klammern für Teilprothesen aus rosa Kunststoff?

Es ist auch möglich, unter Ausnutzung der höheren Biegefestigkeit Teilprothesen mit gespritzten Klammern herzustellen, wie sie im Internet mit dem Suchbegriff »Flexible partial« oder »Flexible partial Denture« bei Valplast und einigen amerikanischen Labors gefunden werden können. Valplast ist allerdings kein PMMA, sondern ein Polyamid (eher als Nylon bekannt). Polyapress hat auch einen solchen sehr flexiblen Kunststoff im Angebot (Flexiplast), der Versuch, damit eine Teilprothese herzustellen, war nicht sehr erfolgreich. Wohl war der Versuch einigermaßen erfolgreich, eine bestehende alte Modellgußprothese durch Anpritzen mit Flexiplast mit einer weichen Kunststofffassung für einen Zahn mit mäßiger Prognose zu versehen.

Eine Alternative für Allergiekranke

Die Verwendung von »Nylon«-Prothesen mag wegen des geringen E-Moduls zahnmedizinisch-technisch wenig sinnvoll und überholt erscheinen [4]. Vor dem Hintergrund von Symptomen und Phänomenen, die man schon vom Amalgam her gewöhnt ist, kann die Möglichkeit einer Versorgung mit Spritzgußprothesen aus absolut monomerfreien Materialien die einzige Behandlungsmöglichkeit sein. Das geringe E-Modul solcher Kunststoffe auf Polyamidbasis kann dabei mit Metallgerüsten, etwa aus Reintitan mehr

als kompensiert werden. Die Anfertigung von »Bio Prothesen«, als konsequente letzte Antwort für die »Amalgam«-Opfer, ist vielleicht die beste und sinnvollste Einsatzmöglichkeit für den thermoplastischen Spritzguß in der Prothetik. Das mit den »Amalgam«-Opfern kann man als Zahnarzt zynisch-ironisch sehen. Man muß allerdings auch zur Kenntnis nehmen, daß es wirklich Leute gibt, die seltsame Symptome haben, die vielleicht tatsächlich durch ein vom Zahnarzt verarbeitetes Material verursacht wurden. Dr. Wirz, der Besitzer von Polyapress und Erfinder des thermoplastischen Spritzgusses, im Kartuschenverfahren, das heute ausschließlich von allen Herstellern in Deutschland und den USA angeboten wird, hat mir auch von solchen unheimlichen Symptomen erzählt, wie sie gelegentlich von alternativer Seite dem Amalgam zugeschrieben werden. Symptomen hier allerdings, die mit dem Tragen der Prothese kamen und ziemlich zeitnah mit dem Auslassen der Prothese wieder verschwanden. Symptome zudem, die offenbar bei einer Prothese aus im Spritzguß mit innerem Material hergestellten Prothese auch nicht auftraten. Allerdings war das eine Geschichte aus den 50er Jahren und es könnte sein, daß die Probleme verursachende konventionelle Prothese nicht korrekt verarbeitet war.

Zusammenfassung

Spritzguß mit Thermoplasten ermöglicht den Einsatz von Prothesenbasismaterialien, die anders nicht, oder nicht in gleicher Qualität verarbeitet werden können. Passgenauigkeit, sowie Biege- und Bruchfestigkeit sollen besser als bei herkömmlichen Materialien sein und

sind es zumindest auch rein subjektiv. Der Aufwand für Material und Geräte ist beim Spritzguß allerdings wesentlich höher als bei herkömmlichen Verfahren. Der Zeitaufwand ist zumindest bei der Fertigung von Teilprothesen und bei der Erneuerung der Basis bestehender Prothesen deutlich größer als bei den sonst üblichen Verfahren. Bei Vollprothesen kann der Spritzguß trotz besserer Materialqualität zu einer Verkürzung der Lieferzeit genutzt werden. Der wesentliche Vorteil des Spritzgusses mit Thermoplasten dürfte darin liegen, daß er eine Möglichkeit zur ganz oder weitestgehend monomerfreien prothetischen Versorgung der verschiedenen Arten von Allergie-Patienten gibt. Selbst in extremen Fällen sollte man damit, z.B. durch die Kombination von einem Reintitanagerüst mit einer Prothesenbasis aus einem fast oder ganz monomerfreien Thermoplast, ein auch für sehr empfindliche Patienten akzeptables Behandlungskonzept anbieten können. Interessant ist auch die Möglichkeit, im Spritzguß absolut monomerfreie Schienen sowie Provisorien für festen Zahnersatz herstellen zu können.

[3] Marxkors, R.; Meiners, H.: Taschenbuch der zahnärztlichen Werkstoffkunde. 4. Aufl., Hanser Verlag, München, 1993

[4] Caesar, H.: Die Ausbildung zum Zahntechniker. Verlag Neuer Merkur, München, 1996

[5] Dominghaus, H.: Die Kunststoffe und ihre Eigenschaften. 4. Aufl., VDI-Verlag, Düsseldorf, 1992

[6] Massad, J.: What's new in removable dentures. Persönliche Seminarnotiz, Greater New York Dental Meeting, 30.11.1997

Suche im Internet:

In <http://www.altavista.com> findet man jeweils mit den Suchbegriffen »Valplast« und »Flexite« einige Beispiele für mögliche Anwendungen von im Spritzgußverfahren zu verarbeitenden Thermoplasten in der Zahnmedizin.

ZA, Dipl. Ing. Christoph Becker, Kelberg

»Unsern Lehrling versichern wir natürlich preiswert im Ausland...«

Die zahnärztliche Standespolitik hat sich selbst wiederholt als »nicht sozialverträglich« geoutet. Jetzt nehmen sich einige Krankenkassen daran ein schlechtes Beispiel. Sie fordern für ihre Versicherten Zahnersatz billig im Ausland einzukaufen. Billigend nehmen sie dabei in Kauf, daß dies einem Boycottauf Ruf gegen Zahntechniker und Dentalhandel in Deutschland gleichkommt. Mit welchem Recht erlauben sich das einige Krankenkassen? Die Leiter ihrer Geschäftsstellen müssen sich doch die Frage gefallen lassen, ob ihnen bewußt ist, wer ihre Gehälter aufbringt und wo diese Leistungen erbracht werden. Es wäre doch folgerichtig, wenn die für GKV-Patienten produzierenden ausländischen Dental Labore zumindest anstandshalber die Gehälter derjenigen Kassenfunktionäre zahlten, die sich eher solidarisch den Zahn Technikern in Fernost zeigten als mit ihren hierzulande in der Dentalbranche tätigen Mitgliedern. Dies sei eine unzulässige Vereinfachung? Keineswegs!! Es geht um erhebliche schädliche Folgen für die Solidargemeinschaft, die es zu vermeiden gilt. Das Gesundheitswesen kämpft mit dem finanziellen Kollaps. Der Gesundheitsminister mußt zwangsweise zum Konkursverwalter im Ressort Krankenkassenwesen. Unbestreitbar ist die Krise im Gesundheitswesen primär eine Finanzierungs-krise, die Strukturschwächen, Wildwuchs und Mißbrauch offengelegt hat. Ausgelöst ist sie durch eine vor Jahren

noch unerwartete, hohe Arbeitslosigkeit mit entsprechend drastischen Ausfällen von Beitragszahlungen bei den Sozialversicherungen. In diese Situation hinein provozieren einige Krankenkassen mit ihrer Forderung nach »Zahnersatz aus dem Ausland« weitere Arbeitslosigkeit: »Ende Juni 1998 waren in Deutschland 7294 Zahn Techniker arbeitslos gemeldet, das sind 3100 mehr als im Juni 1997« schreibt der WIESBADENER KURIER am 1.8.1998.

Offenbar haben einige Kassenfunktionäre ihre eigene Identifikation mit dem Solidaritätsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgegeben. Die Beiträge, aus denen man auch die Festzuschüsse für Zahnersatz schöpft, werden immer noch ausschließlich hier in Deutschland erwirtschaftet. Pflichtversicherten - und dabei besonders den Zahn Technikern darunter - muß es wie blanker Hohn und Zynismus erscheinen, wenn Krankenkassen einerseits deren Arbeitsplätze gefährden und im gleichen Atemzug ausbleibende Beiträge beklagen.

Wie konnte es zu solcher Entgleisung kommen? Die Krankenkassen suchten nach Wegen, der offenkundig unsozial handelnden zahnärztliche Standespolitik zu begegnen. Erfolglos hatte man sich von Kassenseite vehement gegen die ZE-Neuregelungen des Gesundheits-Neuordnungs-Gesetzes gestemmt. Be-

rechtigerweise, wie wir heute eingestehen müssen (siehe das Thema Keramikverblendung!), befürchtete man die Entrechtung der Patienten gegenüber den Zahnärzten. Die interpretationsbedürftigen Regelungen des GNG haben unter dem Vorwand einer angeblichen »Stärkung der Arzt-Patienten-Beziehung« dazu geführt, daß die Krankenkassen ihrer Schutz- und Fürsorgemöglichkeiten für ihre Mitglieder faktisch beraubt sind. Das Gutachterwesen für Zahnersatz ist per Gesetz schlagartig erloschen. Der Patient muß sich künftig ohne Rückendeckung seiner Kasse privat rechtlich behelfen. Krankenkassen dürfen lediglich Festzuschüsse ausschütten. Diese Entwurzelung bewährter Kassenstrukturen haben zahnärztliche Standesführung (aber nicht alle Zahnärztinnen und Zahnärzte!) und die FDP als »Paradigmenwechsel« gerühmt. (Der Spott hat bisweilen diese Partei wegen ihres unverblühten Lobbyismus in »Freie-Dentisten-Partei« umgetauft...)

Diese Situation war verschärft dadurch, daß ein in Rücksicht auf den Koalitions »partner« gebundener Bundesgesundheitsminister diesem Ungleichgewicht nichts entgegensetzen konnte. Das Pendel war völlig auf die Seite der Zahnärzte ausgeschlagen.

Diese prekäre Situation für die Krankenkassen macht deren Forderung nach »ZE aus dem Ausland« verständlich, rechtfertigt sie aber nicht. Man will mit billiger Zahntechnik aus dem Ausland dem Kassenmitglied helfen, Zahnersatzkosten zu senken. Hauptsächlich sucht man jedoch Wirkung auf zahnärztliche Honorarforderungen zu erzielen. Es war

aber von Anfang an illusorisch, auf eine solche Hoffnung zu setzen. Die Zahnärzte erreichte man nicht - der Schuß trifft die Zahntechniker und in gleicher Weise mit etwas zeitlicher Verzögerung den Dentalhandel. Die erheblichen Zusatzbelastungen für die Sozialversicherungen durch Arbeitslosigkeit in der Dentalbranche wären vermeidbar, werden aber aus mangelnder Weitsicht billigend in Kauf genommen. »Zahntechnik aus dem Ausland« hat zudem durch das Festzuschußsystem keine entlastende Wirkung auf die Finanzen der Krankenkassen. Das Buhlen um die Gunst der Mitglieder zeigt bei den Krankenkassen so manchen grotesken Zug. Die Sponsorschaft einer Kasse bei einer Trabbi-Ralley hat zumindest keine Arbeitsplätze gefordert. Wenn Urlaubsreisen nach Ischia mit kurativen Anwendungen verbunden werden - bitte sehr, jeder darf das. Wenn aber dann eine Krankenkasse hier diese Anwendungen bezahlt, bedroht sie Arbeitsplätze in Bad Ems, Bad Kissingen oder Sonthofen. Gleichzeitig forciert sie den möglichen Ausfall von Beiträgen in die Sozialversicherungen. Das Dentallabor in Warschau kann auch nur deshalb so viel billiger seine Leistungen anbieten, weil dort keine Sozialabgaben im hier üblichen Umfang entrichtet werden müssen. Es ist weiterhin zu unterstellen, daß kein nennenswerter Materialexport hiesiger Dentaldepots ins Ausland existiert an Labors, die GKV-Versorgungen nach Deutschland liefern.

Solange in den Sozialversicherungssystemen Europas noch so erhebliche Unterschiede in Leistungen und Zahlungspflichten bestehen, sind die Systeme nicht ohne weiteres kompatibel.

- Man kann darüber diskutieren, ob Leistungen wie die genannten Kuraufwendungen oder der Zahnersatz nur dann pflichtbezuschußt werden dürfen, wenn sie auch hier in Deutschland unter den Bedingungen der hiesigen Sozialgesetzgebung entstanden sind. - Es muß andererseits gefragt werden, warum eine Krankenkasse - und damit die Solidargemeinschaft - nicht auch am Preisvorteil fernöstlichen Zahnersatzes partizipieren darf, etwa durch reduzierte Festzuschüsse (die vergangene prozentuale Bezuschussung regelte dies problemlos).

Der Versuch der Krankenkassen durch die Forderung »Zahnersatz aus dem Ausland« gesundheitspolitisches Terrain wiederzugewinnen, wirkt sich unsozial aus, denn er torpediert das Solidaritätsprinzip doppelt. Der Protest muß erhoben werden für ein sozialverpflichtetes Handeln aller Partner im Gesundheitswesen. John Boycott würde dazu raten, nur die Krankenkassen zu wählen, die ausdrücklich Zahnersatz aus inländischer Fertigung für ihre Mitglieder fordern (z.Zt. Techniker, Schwäb. Gmünder). Als konzertierte Aktion der Zahn-techniker und des Dentalhandels in Deutschland hätte dies erhebliche Wirkung. Weiterhin solle man sich, so Boycott weiter, geschlossen die Option der preiswerten Sozialversicherung im Ausland offen halten - für den Fall, daß solche Versicherungsformen etwa im Zuge der EU-Angleichungen als gesetzliche Pflichtversicherung in Deutschland anerkannt würden. Der freundlichen Dame von der AOK oder der Barmer, die sich erkundigt, ob man für den neuen Auszubildenden schon eine Sozialversiche-

rung habe, könnte man dann höflich mitteilen: »Unsern Lehrling, den versichern wir preiswert im Ausland...«

*Fr. S. Halbgewachs - Rohjans
H.Halbgewachs,
Dentaldepot Neustadt a.d.Weinstraße*

*Fr. U. A. Mohr
Achenbach & Nothacker,
Zahntechnik Wiesbaden*

*Dr. A. Vahlenkamp
Zahnarzt Mainz*

Zahl der Ausbildungsverträge rutscht in den Keller

Nach ersten Auswertungen der Erhebungen bei 18 von 24 Innungen ist die Zahl der Ausbildungsverträge innerhalb nur eines Jahres um 40% abgesunken. Wurden im Jahr 1997 noch rund 3000 Verträge zwischen den Betrieben und Auszubildenden abgeschlossen, rutschte die Zahl in diesem Jahr auf etwa 1800 ab.

Diese negative Bilanz dokumentiert einmal mehr die ruinöse Wirtschaftssituation im zahntechnischen Handwerk. Im Sinne der Ausbildung junger Menschen am Wirtschaftsstandort Deutschland ist auf eine schnelle Lösung der Umsetzungsprobleme zu hoffen, die im Rahmen der Neuordnung des Gesundheitswesens entstanden sind.

Quelle: VDZI

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



SIRONA
Dental-Depot
Ihr Partner



A91100-M4-2054-02

DAZ will berufspolitische Sackgasse überwinden: »Wir Zahnärzte sitzen in der Mitte der Gesellschaft an der Seite unserer Patienten«

Daß die Einführung der Festzuschüsse mit einigen Schwierigkeiten und Konflikten verbunden sein würde, damit hatten wahrscheinlich viele Zahnärzte gerechnet. Aber daß die Neuregelung und ihre Handhabung über kurz oder lang zu einem zentralen Wahlkampfthema werden würde, mit dem sich sowohl Regierung als auch Opposition zu Lasten der Zahnärzte zu profilieren suchten, das war eine Überraschung - und zwar eine böse. Inzwischen sind die Würfel gefallen, die Ergebnisse von Wahlen und Koalitionsgesprächen stehen fest, und der zahnärztliche Bereich erhält die Chance, unbeeinträchtigt von Wahlkampfgetöse neu mit konstruktiven Kontakten zu beginnen.

DAZ-Jahrestagung in Berlin - zwei Wochen nach dem Wechsel

Die Jahrestagung am 10.10.1998 lag diesmal ausgesprochen günstig: Man brauchte sich nicht länger mit bundespolitischen Wenn-Dann-Szenarien aufzuhalten, sondern konnte, kurz vor Abschluß der Koalitionsverhandlungen, einigermaßen verlässliche Aussagen zu den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen der nächsten Monate zugrundelegen. Wie vorgesehen startete die Jahrestagung in Berlin mit einer Fortbildungsveranstaltung zur Gebißregistrierung, die trotz einiger technischer

Schwierigkeiten von den teilnehmenden Zahnärzten mit großem Interesse aufgenommen wurde (*Bericht s.S.46*).

In der anschließenden Mitgliederversammlung ging es zunächst zwangsläufig um die Frage, wie die vom DAZ im Prinzip mitgetragene Festzuschußregelung zu so massiver Rufschädigung der Zahnärzte, zu Vertrauensverlusten bei den Patienten und empfindlichen Umsatzrückgängen hatte führen können. Der DAZ hat die Entwicklung aufmerksam beobachtet und nach außen hin zunächst nur in sehr moderater Form Kritik an der zahnärztlichen Standesführung geübt. Inzwischen muß jedoch konstatiert werden, daß die obersten Zahnärzte Vertreter die eigenen Kollegen bewußt ins Messer laufen ließen und dadurch klar mit dafür verantwortlich sind, wenn demnächst Kostenerstattung und evt. auch das Festzuschußsystem wieder zurückgenommen werden. Ebenfalls mit auf ihr Konto geht es, wenn für den GOZ-Bereich statt überfälliger Anhebungen jetzt eher eine weitere Beschneidung der zahnärztlichen Handlungsspielräume ansteht.

Zahnärzte sind da für ihre Patienten

Die Diskussionen bei der Mitgliederversammlung erschöpften sich jedoch nicht in der Negativbilanz des zuende gehenden Jahres. Der Vorstand berichtete über

Initiativen während der letzten Monate und zeigte Perspektiven für die zukünftige Arbeit auf. "Wir Zahnärzte sitzen in der Mitte der Gesellschaft an der Seite unserer Patienten!" Diese Aussage des Vorsitzenden Wolfram Kolossa beschreibt, wie man im DAZ trotz vielfältiger Veränderungen in den Rahmenbedingungen die eigene Rolle und Ausgangsposition sieht. Genau dieses, daß ein Zahnarzt für seine Patienten da ist, muß - darin war man sich einig - neu ins Bewußtsein gerückt und glaubwürdig vorgelebt werden. Zahnärzte erbringen medizinische Leistungen, die von den Patienten, von der Gesellschaft gebraucht, nachgefragt und auch geschätzt werden, und die meisten von ihnen erbringen sie nicht unter dem Primat von Marketing und Gewinnmaximierung, sondern zum Wohl ihrer Patienten.

DAZ macht sich stark für vertrauensbildende Maßnahmen

Um die richtige Versorgung und das Vertrauen ihrer Patienten haben sich trotz wiederholter Abzocker-Vorwürfe in den vergangenen Monaten - viele Zahnärzte in ihren Praxen intensiv und mit individuellen Methoden bemüht, sich dabei allerdings oft allein gelassen gefühlt von Körperschaften und Verbänden. Im DAZ wurde beschlossen, eine gemeinsame Aktion mehrerer Organisationen zu initiieren, um von der Bundesebene aus ein vertrauensbildendes Signal an Öffentlichkeit, Politik und Vertragspartner zu senden und gleichzeitig verunsicherten Zahnärzten eine Orientierungshilfe zu geben (Text auf Seite 9). Mehrere kleinere Verbände schlossen sich dem DAZ-Vorschlag an; von seiten einiger KZV'en

gab es ähnliche Bemühungen, Kompromisse für die Auslegung der Festzuschuß-Vorschriften zu erarbeiten und dem Vertrauensverlust entgegenzutreten.

Aktion lücken-los und andere Initiativen zugunsten von GKV-Patienten

Schon vorher hatte der DAZ mit Stellungnahmen zu verschiedenen Einzelthemen zum Ausdruck gebracht, daß er die Aussage »Zahnärzte stehen an der Seite ihrer Patienten« ernst meint. Wie im Vorjahr war die Forderung nach Rücknahme der Zahnersatz-Ausgrenzung für nach 1978 Geborene ein zentrales Thema. Der DAZ äußerte sich hierzu in verschiedenen Veröffentlichungen; er führte zusammen mit anderen Verbänden zu dieser Problem eine Veranstaltung im Rahmen eines gesundheitspolitischen Kongresses durch und gab schließlich Starthilfe für einen breiten Zusammenschluß von Organisationen vornehmlich aus dem Verbraucher Patientenschutz-Bereich. Dieser Zusammenschluß, das »Aktionsbündnis lückenlos«, engagiert sich schwerpunktmäßig für die Gleichstellung der jüngeren Zahnpatienten. Gleichzeitig war der DAZ Anlaufstelle für zahlreiche ratsuchende Patienten. Sie wurden je nach Fragestellung weiterverwiesen an Stellen, die fachliche Beratung anbieten, oder sie erhielten Informationen zu zahnmedizinischen Methoden und zu Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung usw. Nicht zuletzt wurden sie auf die Möglichkeiten moderner oralprophylaktischer Betreuung und auf die Chancen jedes Einzelnen hingewiesen, seine Zähne gesund zu halten bzw. seine orale Situation zu verbessern. Gera-

de nach den ersten Erfahrungen mit einem stärker liberalisierten Versorgungssystem läßt sich ein hoher und inhaltlich weit gefächerter Beratungsbedarf seitens der Patienten feststellen, der sowohl aus Zeitgründen wie auch wegen der wünschenswerten Neutralität nicht in allen Fällen von den behandelnden Zahnärzten abgedeckt werden kann.

Konstruktive Kritik und Verbesserungsvorschläge

Wie regelmäßige Forum-Leser/innen wissen, wurden vom DAZ auch noch verschiedene weitere Patienten-Anliegen aufgegriffen. So forderte der Verband die Umsetzung der NOG-Prophylaxe-Regelungen, die mehr als ein Jahr nach Inkrafttreten den Patienten noch immer nicht zugute kommen, obwohl längst Geld zu ihrer Finanzierung einbehalten wird. Ebenso machte er sich stark für Menschen mit schwer atrophiertem Unterkiefer, deren Zahnersatz nur mit Hilfe von Implantaten verankert werden kann und die bisher keinerlei Zuschuß erhalten dürfen, auch nicht für die prothetische Konstruktion. Auf die bald nach Einführung zutage tretenden Mängel des Festzuschußsystems, das z.B. bei Stiftaufbauten und bestimmten Reparaturen viele Härtefallpatienten und ihre Zahnärzte in Schwierigkeiten bringt, reagierte der DAZ mit Nachbesserungs Forderungen an den Bundesausschuß. Mit Blick auf Niedersachsen, wo Praxen und Patienten seit Jahren unter konflikträchtigen Entscheidungen von Schiedsämtern, Gerichten und Honorarverteilungs-Gremien der KZV zu leiden haben und wo ab November 1998 kein Geld mehr für Kassenbehandlung zur Verfügung

steht, bat der DAZ um Vermittlung des Kanzlerkandidaten, um Härten für Patienten und Praxismitarbeiter/innen zu vermeiden.

Zahlreiche Anträge zur DAZ-Mitgliederversammlung 1998

Da ein Teil der in der letzten Zeit verfolgten DAZ-Initiativen weiterhin aktuell ist, wurden entsprechende Anträge für die DAZ-Mitgliederversammlung vorbereitet und von dieser diskutiert. Die meisten Anträge wurden unverändert oder mit Ergänzungen verabschiedet - den Wortlaut der Beschlüsse finden Sie in diesem Heft. Zurückgezogen wurde die alte DAZ-Forderung nach Zuordnung der Einzelzahnkronen zur Zahnerhaltung statt zum Zahnersatz. Hinter ihr stand vor allem der Wunsch, den ausgegrenzten jüngeren Versicherten eine elementare Versorgungsmöglichkeit zu erhalten - ein Anliegen, das sich nach Rücknahme der Ausgrenzung zum Glück erübrigt. Die inhaltlich sinnvolle Einbeziehung der Einzelkronen in zahnerhaltende Maßnahmen sollte bei Planungen zur Neustrukturierung des BEMA berücksichtigt werden.

Des weiteren wurden Überlegungen zur Abkoppelung des zahnmedizinischen Gesamtvolumens von der Grundlohnsummenentwicklung sowie zu seinem Erhalt und seiner gerechten Verteilung diskutiert und nach intensivem Austausch mehrheitlich abgelehnt. Ebenfalls nur bedingte Zustimmung fand ein Antrag zu Patienten-Beratungsstellen. Trotz grundsätzlicher Aufgeschlossenheit für solche Angebote gab es keine einhellige Meinung zu Fragen der Anbindung, Finanzierung und Kompetenzen von Zahn-

patienten - Beratungsstellen und den Wunsch, die sich derzeit entwickelnden Ansätze auf seiten der zahnärztlichen Kammern nicht zu beeinträchtigen, so daß dieser Antrag auf eine spätere Sitzung vertagt wurde. Vertagt aus Zeitgründen wurden ebenfalls einige Anträge zu DAZ-internen Anliegen, die insbesondere die Verbesserung der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zum Ziel hatten.

Ab 1999 wirksam: Erhöhung des Mitgliedsbeitrags in zwei Beitragsgruppen

Ein von der Mitgliederversammlung gefaßter DAZ-interner Beschluß soll hier explizit aufgeführt werden: der Beschluß über die Anpassung der Beitragsordnung. Entsprechend der vom NAV-Virchow-Bund bereits ab 1998 praktizierten Änderung (der wir uns nach unserer Satzung anschließen müssen) wurde entschieden, den Beitrag für niedergelassene Zahnärzte/innen im Osten von bisher 300 DM jährlich an den Beitrag der West-Zahnärzte/innen von 360 DM anzugleichen. Für angestellte Zahnärzte/innen wurde der Beitrag von 120 DM auf 180 DM jährlich erhöht. In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, daß der Vorstand in »Härtefällen« über individuelle Beitragsregelungen entscheiden kann. Davon abgesehen können wir nur noch einmal alle Mitglieder ermuntern, die ihnen offenstehenden und zum Teil geldwerten Angebote des DAZ und des NAV-Virchow-Bundes in Anspruch zu nehmen. Eine besonders wichtige Leistung ist die kostenlose Rechtsberatung durch in arztrechtlichen Fragen bewanderte Juristen. Insbesondere am Beginn des Berufslebens und beim Start in die Niederlassung kann es

hilfreich sein, sich für die nötig werdenden Verträge juristische Hilfe zu holen. Zu den von der Mitgliederversammlung abzuarbeitenden vereinsrechtlichen Notwendigkeiten gehörten neben dem Beschluß über die Beitragsordnung die Berichte von Vorstand, einzelnen Arbeitsbereichen, Kassiererin und Kassenprüfern. Besonderer Dank galt dem Forum-Chefredakteur Dr. Hanns Werner Hey und seiner Frau Karla Hey, die mit unermüdlichem Einsatz für eine ausgeglichene Finanzsituation des DAZ-Forum gesorgt hatten, sowie den aktiven Mitgliedern, die viele für die Verbandsarbeit entstehende Unkosten aus der eigenen Tasche bezahlen. Auf diese Weise verfügt der DAZ trotz der Preis- und damit Ausgabensteigerungen in einzelnen Bereichen weiterhin über ein solides finanzielles Fundament. Der DAZ-Vorstand wurde entlastet und ein Haushaltsplan für 1999 verabschiedet, der wie in den Vorjahren Raum läßt für Fortbildungsveranstaltungen und politische Aktivitäten.

Nächste Jahrestagung am 9.10.1999 in Köln

Einer der letzten Punkte bei der Mitgliederversammlung war der Beschluß über die Jahrestagung 1999. Sie soll - nach drei Tagungen am Standort Berlin - mal wieder in Köln stattfinden, und zwar am Samstag, dem 9.10.1998. Wenn wir nach der bisherigen Systematik verfahren, ist bei dem Hauptvortrag ein gesundheits- oder berufspolitisches Thema an der Reihe - Anregungen sind herzlich willkommen. Wie meist lief uns bei der Mitgliederversammlung die Zeit davon, so daß längst nicht alle Stellungnahmen und Vorschlä-

ge zum Zuge kamen. Insofern möchte ich die Teilnehmer/innen unserer Sitzung wie auch diejenigen, die nicht dabei waren, herzlich auffordern, ihre Kritik und Ideen schriftlich oder telefonisch an den Vorstand oder die Geschäftsstelle heranzutragen, Leserbriefe fürs forum zu schicken, Material für das interne Mediurn DAZ-Aktiv zu liefern und zur nächsten Zusammenkunft zu erscheinen.

Mit einem Kneipenabend und einem Museumsbesuch am Sonntagvormittag klang die Jahrestagung 1998 aus. Leider hatte uns das Regenwetter kaum von der herrlichen Lage unseres Tagungshotels direkt am Müggelsee profitieren lassen. Im Museum allerdings, eingerichtet in dem ältesten Wasserwerk Berlins, konnten wir uns trockenen Hauptes und Fußes umfassend darüber informieren, was es mit dem kühlen Naß in Berlin so auf sich hatte und hat.

Frühjahrstagung am 8./9.5.1999 in Frankfurt

Wer das Zusammensein mit den Kolleginnen und Kollegen gern noch länger genossen hätte, sei schon jetzt auf unsere Frühjahrstagung verwiesen. Sie wird am 8./9.5.1999 wieder im Bürgerhaus Frankfurt-Bornheim stattfinden und uns hoffentlich wie in den Vorjahren mit herrlicher Frühsommerstimmung und milden Biergarten-Abenden verwöhnen. Unser Fachreferent wird Prof. Dr. Georg Meyer von der Universität Greifswald sein, der bereits 1991 in Göttingen mit einem hochinteressanten Vortrag unsere Jahrestagung bereichert hat und vielen durch seine Arbeiten aus Zahnerhaltung und Funktionslehre ein Begriff ist. Sein Vortrag über »Dysfunktionsbeding-

te Erkrankungen des Kauorgans - Diagnostik, okklusale Initialtherapie, Aufbißbeihilfe« wird sicher auch erfahrenen Praktikern noch die eine oder andere Anregung geben. Für unseren traditionellen gesundheitspolitischen Vormittag am 8.5.1999 möchten wir einen der »Neuen« aus dem in diesen Tagen von wahren Umzugswellen gekennzeichneten Bundesgesundheitsministerium gewinnen: Dr. Hermann Schulte-Sasse, Leiter der Abteilung Krankenversicherung. Bitte merken Sie den Termin schon jetzt vor - es wird sich lohnen!

Es grüßt Sie
Irmgard Berger-Orsag,
DAZ-Geschäftsführerin

»Die Rekonstruktion der BiBlage unter Einsatz des Intraoral Pressuredependent Registration (IPR-System)«

*Bericht über das Fachreferat von PD Dr.
A. Vogel bei der DAZ-Jahreshauptver-
sammlung*

Vogel war bis 1992 an der Universität Leipzig in der Prothetischen Klinik tätig, wo ihm die Leitung der Abteilung zur Erforschung der Funktionsanalytik im oralen System übertragen wurde. Parallel dazu hat er ca. 10 Jahre Versuche mit Minischweinen durchgeführt, um im Tierexperiment nachzuweisen, welchen Irritationen die Muskulatur bei Okklusionsstörungen ausgesetzt ist, was wissenschaftlich noch nie bearbeitet wurde. Für diese Versuche wurden von 70 Minischweinen ca. 9000 Biopsieproben erstellt

Die Ergebnisse aus diesen Versuchsreihen waren die Grundlage für die Entwicklung der elektronischen Stützstiftregistrierung (IPR-System). Es wurde ein Sensor entwickelt, der das intraorale Registriergerät über einen Computer auf einen Bildschirm aufzeichnet und gleichzeitig die Kraftkomponente registriert. Die Kraft-Registrierung ist das Neue an diesem System, weil Muskelkraft den entscheidenden Einfluß auf die Positionierung des UK hat. Je mehr Kraft vom Patienten bei der Bißnahme aufgewendet wird, um so mehr schiebt er den UK nach ventral.

Das IPR-System ermöglicht eine Zentrikbestimmung des UK bei gleicher Positionierung beider Kondylen zur Gelenkpfanne, die einer harmonischen Lage im neuromuskulären System entspricht. Die Bißlagebestimmung mit dem IPR-System zeigt außerdem direkt auf dem Bildschirm die momentane Anspannung des Patienten. Die Ergebnisse sind vor allem deshalb beeindruckend, weil man mit diesem Gerät einen direkten Einblick in das neuromuskuläre Geschehen bekommt.

Ca. 15 Millionen Menschen leiden am sogenannten chronischen Kopf-Gesichtsschmerz-Syndrom, davon werden die wenigsten in Zusammenhang mit einer falschen UK-Position gebracht. Die durch Fehleinstellungen gefundene UK-Position oder erst nach prothetischer Rekonstruktion manifestierten klinischen Symptome wie Gelenkgeräusche, Muskelschmerzen, halbseitige Migräne, Mundöffnungsbehinderungen usw., werden in der zahnärztlichen Praxis oft nicht erkannt. Dadurch werden Fachärzte aus den Ge-

bieten Neurologie, Orthopädie, HNO usw. zu Therapieversuchen veranlaßt, und die Fehleinstellung der UK-Position wird als eigentliche und oft einzige Ursache im Therapiekonzept nicht berücksichtigt. Vogel behauptet, daß die Bißregistrierung mit Hilfe des IPR-Systems bei der Anfertigung einer totalen Prothese keine Druckstellen hervorruft, weil die Muskulatur sich in einer harmonischen Lage befindet. Vogel gab an, daß von Lotzmann an der Marburger und Meyer an der Greifswalder Universität übereinstimmend der Auffassung sind, daß das IPR-System als ausgereift und präzise anzusehen ist. Die 160 Zahnärzte, die schon im Besitz eines solchen Gerätes sind, bescheinigen Praxisrelevanz, weil dieses System nicht nur von einem ausgewählten Kreis bestimmter Funktionsanalytiker genutzt werden kann. Mit dem Einsatz des neuen IPR-Systems wird der Zahnärzteschaft eine Methode in die Hand gegeben, die Transparenz und Sicherheit beim Auffinden einer physiologischen Zentrik schafft und dem praktizierenden Zahnarzt sowie dem zahn-technischen Labor eine einfache Handhabung ermöglicht. Als Resümee stellte Vogel fest, daß der UK nicht gelenkbezogen fungiert, sondern ein muskelgeführter Knochen ist und die Bißnahme nicht die Zahnärzte ausführen. Vielmehr liegt die Entscheidung für das Auffinden der richtigen UK-Position beim Patienten. In der Zukunft wird das neuentwickelte IPR-System wahrscheinlich einen solchen Stellenwert erreichen, daß der manuelle Funktionsanalytiker das IPR-System nicht mehr ignorieren kann.

ZA Steffen Schmidt,
Burghausen

Beschluß zu Antrag 1

Erhalt der solidarischen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung muß als gutes Modell einer solidarischen Grundversorgung erhalten und weiter verbessert werden.

Die Finanzierungsbasis muß verbreitert werden, ohne neue Begehrlichkeiten zu wecken.

Der Sicherstellungsauftrag muß bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV'en) bleiben.

Begründung:

Eine neue Bundesregierung sollte erkennen, daß die Zahnmedizin ein moderner Dienstleistungsberuf zum Wohle und im vorrangigen Interesse der Menschen ist. Unsere Branche ist zukunftssträchtig, innovativ, arbeitsplatzintensiv und im internationalen Vergleich preisgünstig.

Ohne Sicherstellungsauftrag würden die KZV'en zu Inkassostellen und Verwaltungseinheiten von Staatsaufgaben ohne jede Verbindlichkeit degradiert werden.

Beschluß zu DAZ-Antrag 2

Bundesregierung muß vermitteln

Der DAZ im NAV-Virchow-Bund fordert die neue Bundesregierung auf, als Vermittler zwischen Zahnärzteschaft und Krankenkassen eine Atmosphäre der Gesprächsbereitschaft zum Wohle der Patienten wiederherzustellen.

Begründung:

Ein großer Teil der Zahnärzteschaft leidet unter ihren Standesführern genauso wie die Öffentlichkeit.

Die Interessen der Patienten müssen in den Mittelpunkt rücken, ohne die berechtigten Interessen der anderen Beteiligten zu vernachlässigen.

Selbststeuernde Elemente des Systems müssen gegenüber staatlich dirigistischen Eingriffen ausgebaut werden.

Die Ministerialbürokratie des alten Gesundheitsministers hat in der jüngeren Vergangenheit subjektiv und emotional die Zahnärzteschaft für die Handlungen ihrer Standesführer abgestraft und wurde so Teilnehmer der Auseinandersetzungen.

Beschluß zu Antrag 3

Kostenerstattung mit Festzuschüssen erhalten!

Der DAZ im NAV-Virchow-Bund fordert die neue Bundesregierung auf, das Festzuschußsystem mit Kostenerstattung auf der Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) für den Bereich Zahnersatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erhalten.

Der Bundesausschuß ist zu beauftragen, die Festzuschüsse befundbezogener und weniger dem jeweiligen Therapieaufwand folgend zu gestalten.

Begründung:

Die Grundidee des Festzuschußsystems besteht darin, in der GKV einen funktionell ausreichenden Zahnersatz hoch zu bezuschussen und die Versicherten für noch komfortablere Versorgungen entsprechend höhere Eigenleistungen erbringen zu lassen (Indemnitätsstarife).

So läßt sich ein Lückengebiß mit einem einfachen Modellguß, mit kombiniert festsitzendem Zahnersatz, aber auch mit Implantaten versorgen. Dazu bekommt der Patient unterschiedliche Zuschüsse

bzw. im Fall der Implantate gar keinen Zuschuß von seiner Krankenkasse.

Totalprothesenträger mit hochgradig atrophiertem Unterkiefer, die ihre desolate Situation mit Implantaten funktionell verbessern lassen wollen, gehen bisher völlig leer aus. Ihnen sollte wenigstens der Festzuschuß für die Suprakonstruktion zustehen.

Die unerfreulichen Turbulenzen nach Einführung des Festzuschußsystems dürfen nicht dazu führen, daß die ihm zugrunde liegende gute Idee aufgegeben und die Rückkehr zum durchaus nicht für alle Leistungsbereiche adäquaten Sachleistungssystem eingeleitet wird.

Beschluß zu Antrag 4a

BEMA-Neustrukturierung

Der DAZ im NAV-Virchowbund fordert, den zahnmedizinischen Leistungskatalog für gesetzlich Versicherte (BEMA) strukturell und von den Bewertungen der einzelnen Leistungen her zu überarbeiten.

Begründung:

Bereits seit Jahren hat es nur marginale Korrekturen im BEMA gegeben. Sie tragen weder der rasanten fachlichen noch der betriebswirtschaftlichen Entwicklung Rechnung.

Dringend notwendig ist eine Umstrukturierung des gesetzlichen Leistungskataloges derge stalt, daß bewährte präventive Leistungen neu aufgenommen und prophylaktische und zahnerhaltende Maßnahmen sowie generell gering-invasive (und dennoch effektive) Maßnahmen aufgewertet werden sollten.

Verstärkte Aufmerksamkeit sollte auf

die Vorbeugung und Früherkennung parodontaler Erkrankungen sowie krankhafter Veränderungen des oralen Systems bei älteren Menschen gerichtet werden.

Aufgrund der schwierigen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung werden nicht alle wünschenswerten Leistungen zu 100% über die Kassen finanzierbar sein. Vielmehr wird es darum gehen, durch Übernahme von Grundleistungen und ggf. verhaltensabhängig steuerbare Zuschüsse (Bonussystem) den Patienten den Einstieg in Eigenvorsorge und sinnvolle individualprophylaktische Betreuung zu erleichtern.

Grundvoraussetzung für eine wirkliche Reform des BEMA ist die Abkehr vom bisherigen Prinzip, für das gleiche Geld immer mehr Leistung zu fordern. Die Bewertung der Leistungen muß sich nach dem Aufwand für ihre Erbringung richten und endlich die gestiegenen Betriebskosten der Praxen und den z.T. erhöhten Aufwand für moderne Therapieformen berücksichtigen. Eine BEMA-Reform unter gedeckelten Bedingungen scheint aus zahnärztlicher Sicht wenig aussichtsreich und Kostenneutralität nur erreichbar, wenn zugunsten neuer und aufgewerteter Leistungen bei anderen die Zuschußhöhen reduziert werden.

Beschluß zu DAZ-Antrag 7

Anpassung der GOZ

Die GOZ muß endlich nach fachlichen und wirtschaftlichen Notwendigkeiten aktualisiert werden.

Dabei darf das staatliche Eigeninteresse nicht maßgebend sein (Beihilfe).


Der »GOZ-Abschlag Ost« muß entfallen.

Begründung:

Seit 1988 ist die GOZ inhaltlich und von der Gebührenhöhe her unverändert und wurde schon damals »aufwandsneutral« gestaltet.

Die betriebswirtschaftlichen Gegebenheiten haben sich erheblich zu Ungunsten der Leistungserbringer verändert. Eine Anpassung Ost / West wurde kürzlich im Gegensatz zur Situation bei der GOÄ verhindert. Eine Gleichbehandlung ist unabdingbar.

Der Versuch der öffentlichen Hände, ihre Finanzprobleme bei der Beihilfe per Dekret zu Lasten der Leistungserbringer zu verringern, ist unmoralisch und gesetzeswidrig.

 **Beschluß zu DAZ-Antrag 8**

Kostenausgleich für gesetzliche Auflagen

Der DAZ im NAV-Virchow-Bund fordert die Gesetzgeber und Aufsichtsbehörden dazu auf, für eine Kostenausgleichsmöglichkeit für erlassene Gesetze und Verordnungen zu sorgen. Eine Kostenübernahme durch die Verursacher oder Leistungsnutznießer muß sichergestellt sein. Der DAZ im NAV fordert die Kammern dazu auf, eine Aussetzung dieser Gesetze und Verordnungen anzustreben, bis eine angemessene Kostenregulierung vereinbart werden konnte.

Begründung:

Seit 1993 ist die Beitragssatzstabilität in der Sozialversicherung die höchste Prämisse in jeder Entscheidung der Gesetzgeber und Aufsichtsbehörden bei der Honorargestaltung für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Die

zahnärztlichen Praxen wurden wiederholt von gesetzlichen Regulierungen finanziell erheblich gefordert. Erinnert sei nur an die Röntgenverordnung, die Abwasserverordnung (Amalgamabscheidung) und die Hygieneverordnung.

Diese Belastungen schlagen sich durch erheblichen Material- und Personaleinsatz auf der Kostenseite nieder, ohne eine Anpassung auf der Einnahmenseite gefunden zu haben. Vielmehr wird dieser Kostenfaktor durch neuerliche Auflagen wie z.B. das Medizinproduktegesetz, den BUS-Dienst usw. weiter ausgebaut, ohne eine wie sonst in der Wirtschaft übliche Ausgleichsmöglichkeit (z. B. Kostenweitergabe durch Gebührenanpassung bei der Abfallbeseitigung, Preiserhöhung bei der Wertstoff-Verordnung bzw. Kostenerstattung durch Steuerbefreiung/-reduzierung beim Kfz-Katalysator oder Subventionen bei Energiesparmaßnahmen im Wohnungsbau).

Die Ertragssituation der Zahnarztpraxis läßt es nicht mehr zu, daß dieser fremdbestimmte Kostenaufwand ohne Ausgleich erfüllt wird. Der Kostendruck läßt die freiwillige Motivation zur Durchführung von Arbeits- und Umweltschutzmaßnahmen auf Null sinken.

Liebe Freunde und Kollegen,

das bei der DAZ-Jahreshauptversammlung in Berlin besprochene Projekt einer DAZ-Skiwoche hat sich konkretisiert, und zwar sehr positiv: Wir haben - gemäß Vorschlag des Vorstandes - vom

27. Februar bis zum 6. März 1999

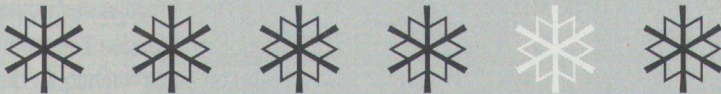
zwei nebeneinanderliegende Komforthütten für je 12 Personen reserviert, und zwar im Almdorf Feuerkogel (Ebensee am Traunsee) auf **1590m Höhe**. Die gut ausgestatteten Hütten (je 4 x DZ, 1 x 4Bett, 3 WC, 3 Duschen, Sauna, 150m² Wohnfläche) liegen mitten im (auto-freien) Skigebiet und sind nur per Seilbahn zu erreichen - 2 Gasthäuser in unmittelbarer Nähe, wenn's an Kochlust mangelt. Das Gebiet liegt ca. 45 Autominuten östlich von Salzburg und so hoch, daß wir mit ziemlicher Sicherheit keinen Schneemangel haben werden. Da jede Hütte pro Woche 2800 DM kostet, kommen wir bei Vollbelegung beider Hütten auf einen Preis von **240 DM pro Person und Woche**, bei geringerer Belegung entsprechend mehr.

In den ersten 3 Tagen findet halbtags ein **Rhetorik-Seminar** mit dem Thema »Macht und Struktur der freien Rede« statt, Referent: Dr. Xaver Brenner, München. Preis hierfür 200 DM pro Teilnehmer.

Wir erwarten großes Interesse und bitten Euch um entsprechend **baldige Anmeldung bei der DAZ-Geschäftsstelle Köln.**

(Fax 0221-7391239)

Mit freundlichen Grüßen, Hannes Hey und Steffen Wander



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.

Zahnbürsten: elektrisch oder von Hand?

Viele Jahre gab es einen unumstößlichen Standard bei Zahnbürsten. Die Handzahnbürste wurde als das Nonplusultra angesehen. Elektrische Zahnbürsten wurden bestenfalls für manuell Ungeschickte, Kinder, alte Menschen und Behinderte als nützlich betrachtet. In den letzten Jahren hat sich jedoch auf dem Zahnbürstenmarkt einiges getan. Bei den Handzahnbürsten, vor allem aber bei den elektrischen, gibt es eine Vielzahl neuer Produkte, die eine Neubewertung der alten Grundsätze erforderlich machen.

Handzahnbürsten - eben oder Wellenschliff, parallel oder divergierend? Ebenes Borstenfeld, parallel stehende endgerundete Kunststoffborsten und kurzer Kopf, diese Konstruktionsmerkmale galten lange als Kriterien für eine gute Zahnbürste. Der schlechte Ruf der V-Borsten war vor allem darauf zurückzuführen, daß es technisch nicht möglich war, deren Borstenenden abzurunden. Die Rundung erfolgte auf einer Polierscheibe, nachdem die Borsten in den Bürstenkopf gesteckt worden waren. Bei V-Borsten konnten demzufolge lediglich die Borstenenden an den Spitzen des Vs poliert werden. Vor ein paar Jahren feierten die V-Borsten eine Renaissance als »Wellenschliff«. Nachdem man jetzt imstande war, die Borsten zuerst zu runden und erst dann das Borstenfeld zu bestecken, waren die grundsätzlichen Bedenken gegen V-Borsten ausgeräumt. Es zeigte sich bald, daß die neuen Wellenschliff-Zahnbürsten (Beispiel: Blend-a-med Professional) hinsichtlich ihrer Reinigungswirkung gegenüber den konventionellen Bürsten mit ebenem Borstenfeld zumindest nicht schlechter waren. Dasselbe gilt für die Colgate Total mit ihren divergieren-

den Borsten. Das alte Dogma von der Zahnbürste mit ebenem Borstenfeld und parallel stehenden Borsten ist also heute überholt, was geblieben ist, ist lediglich die Forderung nach abgerundeten Kunststoffborsten und einem kurzen Bürstenkopf. Es kann allerdings kritisch angemerkt werden, daß die Forderung nach endgerundeten Borsten rein theoretischen Erwägungen entspringt. Bis heute gibt es keine klinische Studie, die diese Forderung wissenschaftlich untermauern würde.

Wenn auch anerkannt werden muß, daß es heute etliche Zahnbürsten unterschiedlichster Formgebungen gibt, die der konventionellen Zahnbürste absolut gleichwertig sind, so ist nicht automatisch jedes neue Bürstendesign gutzuheißen. Beispielsweise ist der Nutzen des sogenannten »Power-Tips« bei Oral-B-Zahnbürsten der Marke »Advantage« nur schwer nachvollziehbar. Diese schnabelformige Verlängerung der Borstenbüschel an der Spitze des Borstenfeldes soll einer verbesserten Reinigung der distalen Fläche des endständigen Zahnes dienen. Bei allen anderen Zähnen scheint der Power-Tip indes eher hinderlich zu sein.

Superbrush - die dreiköpfige Zahnbürste

Eine Besonderheit unter den Handzahnbürsten ist die Superbrush. Sie verfügt über drei Köpfe, die die Zahnreihe gleichzeitig von oral, vestibulär und okklusal

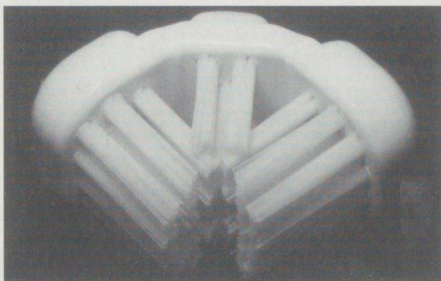


Abb.1 Die Superbrush besitzt drei Köpfe mit denen die Zähne gleichzeitig von oral, okklusal und vestibulär geputzt werden.

reinigen. Eigene klinische Studien haben gezeigt, daß die Superbrush nicht nur erheblich besser als eine konventionelle

schen der Braun Plak Control und der konventionellen Handzahnbürste wurde kein Unterschied gefunden (Abb.1 und 2). In der Studie wurde die Effektivität der Superbrush bei sechs- bis zwölfjährigen Kindern und bei Erwachsenen untersucht. In beiden Altersgruppen war die Superbrush ihren Konkurrenten deutlich überlegen. Interessanterweise zeigte die dreiköpfige Zahnbürste auch bei den Zahnmedizinstudenten, die an der Studie teilgenommen hatten, eine deutliche Überlegenheit gegenüber der Handzahnbürste und der Braun Plak Control. Vor der Studie war davon ausgegangen worden, daß die Studenten, die gerade einen Kurs in Präventivzahnmedizin absolviert hatten, bereits mit der »normalen« Handzahnbürste optimale Mundhygieneverhältnisse sicherstellen können. Die Überlegenheit der Superbrush hat mehrere Gründe. Erstens lassen sich mit der dreiköpfigen Bürste drei Zahnflächen auf einmal putzen, wodurch sich bei gleicher Putzzeit eine bessere Sauberkeit

	Plaque Index (QUIGLEY-HEIN)			Papillen Blutungs Index (MÜHLEMANN)		
	E39	PC	SB	E39	PC	SB
Kinder (6-12 Jahre, n=12)	2,25	2,12	1,39	0,41	0,40	0,30
ZM-Studenten (23-35 Jahre, n=12)	1,19	1,31	0,62	0,57	0,52	0,29
Erwachsene (37-60 Jahre, n=12)	1,55	1,44	0,81	0,67	0,65	0,43

Abb.2 Ergebnisse der Vergleichsstudie Handzahnbürste (E39), Braun Plak Control (PC) und Superbrush (SB). Die Tabelle zeigt den Plaque-Index nach Quigley-Hein und den Papillen-Blutungs-Index nach Mühlemann, jeweils zur Abschlußuntersuchung. Die horizontalen Balken verbinden jeweils statistisch signifikant unterschiedliche Werte ($p < 0,05$). Demnach ist die Superbrush den beiden anderen Zahnbürsten bei beiden Indizes und in allen Altersgruppen signifikant überlegen.

Handzahnbürste reinigt, sondern in demselben Maße auch der elektrischen Braun Plak Control überlegen war. Zwi-

erzielen läßt. Darüber hinaus kann man bei Verwendung der Superbrush keinen Fehler machen. Indem man die Zahnbür-

ste auf den Zahn aufsetzt, nehmen die äußeren und inneren Borstenbüschel automatisch einen Winkel von 45° zur Zahnachse ein. Das entspricht dem bei der BASS-Technik empfohlenen Anstellwinkel. Die Superbrush ist in drei Größen erhältlich, eine vierte mit besonders langen Borsten für Parodontitis-Patienten ist derzeit in Entwicklung.

Elektrische Zahnbürsten

Die elektrischen Zahnbürsten lassen sich in drei Generationen einteilen. Die erste Generation hatte einen Kopf mit einem konventionellen Borstenfeld. Die Bürste vollführte Schwenkbewegungen, die die Fegetechnik (Stillman-Technik) nachahmen sollten. Über die Reinigungswirkung dieser Zahnbürsten liegen keine Erkenntnisse vor. Auf dem Markt spielen sie heute keine Rolle mehr und sind nur noch vereinzelt erhältlich. Die zweite Generation elektrischer Zahnbürsten brach mit Entwicklung der Braun Plak Control an. Diese Zahnbürste hat einen kleinen runden Kopf, der in einem Winkel von 60° oszilliert. Die Plak Control zeichnet sich durch einen raschen Produktwechsel aus. Mittlerweile ist bereits die vierte Version, die 3 D auf dem Markt. Über die verschiedenen Versionen der Braun Plak Control liegen sehr viele Studien vor. Etliche davon belegen eine Überlegenheit gegenüber der konventionellen Handzahnbürsten. In unseren eigenen Untersuchungen konnte dies jedoch nicht bestätigt werden. Die möglichen Ursachen für diese Diskrepanz sollen kurz beleuchtet werden. Um mit der Plak Control seine Zähne gut zu reinigen, ist es wichtig, die Bürste präzise

am Gingivalsaum entlang zu führen und jeweils im Approximalraum etwas zu schwenken, so daß auch die approximalen Zahnflächen gut erreicht werden können. Für einen engagierten und sorgfältigen Putzer dürfte die Plak Control demnach ein gutes Hilfsmittel sein, nicht jedoch für jemanden, der weniger sorgfältig ist. Leider ist wohl der letztgenannte Typus der häufigere. Die Braun Plak Control war ein so großer wirtschaftlicher Erfolg, daß viele andere Hersteller dieses Konzept imitiert haben. Mittlerweile gibt es elektrische Zahnbürsten mit runden oszillierenden Köpfen auch von den Firmen Krups, Rowenta und Philipps. Im wesentlichen dürften bezüglich der Reinigungskraft zwischen all diesen Geräten keine großen Unterschiede bestehen. Allerdings hat sich in eigenen Untersuchungen die Krups Biocare Program einer Handzahnbürste und der Braun Plak Control gegenüber bezüglich Reinigung auf bukkalen Glattflächen und Bekämpfung einer Gingivitis (gemessen durch den PBI nach Mühlemann) als überlegen erwiesen. Die Biocare Program hat gegenüber der Braun Plak Control einen größeren Oszillationswinkel (110° vs. 60°) und längere Borsten. Außerdem hat sie einen Timer, der nach drei Minuten Putzzeit die Bürste ausschaltet. Die Plak Control hat hingegen einen Timer, der bereits nach zwei Minuten das Ende der Putzzeit durch Stottern des Motors signalisiert. Es ist nicht nachvollziehbar, warum der Timer der Braun-Zahnbürste auf zwei statt drei Minuten eingestellt ist. In unseren Untersuchungen wurden alle Probanden instruiert, ihre Zähne drei Minuten zu putzen. Zusammen mit der Krups Biocare Program wurde auch ein baugleiches Produkt,

aber ohne Timer getestet. Bei Einhalten unserer Vorschrift, die dreiminütige Dauer des Zähneputzens mit einer Eieruhr zu kontrollieren, hätten beide Produkte gleich gut abschneiden müssen. Dies war jedoch nicht der Fall: Die Zahnbürste mit Timer schnitt erheblich besser ab. Diese Beobachtung läßt nur den Schluß zu, daß zumindest manche Testpersonen sich nicht an die Vorgaben gehalten haben. Wahrscheinlich haben sie in dem Glauben, eine dreiminütige Putzdauer auch ohne Kontrolle durch eine Uhr sicherstellen zu können, mit der Bürste ohne Timer kürzer als mit der Biocare Program geputzt. Diese Vermutung wird durch eine Untersuchung von Prof. Saxer aus Zürich gestützt. Er hatte herausgefunden, daß Testpersonen, die ohne Kontrolle durch eine Uhr der Meinung waren, ihre Zähne drei Minuten lang geputzt zu haben, in Wirklichkeit durchschnittlich nur eine Minute geputzt hatten. Wie bei allen unangenehmen Tätigkeiten empfindet man die Dauer des Zähneputzens offenbar erheblich länger als sie wirklich ist. Ein Timer, der auf drei Minuten eingestellt ist, scheint also bei elektrischen Zahnbürsten sehr nützlich zu sein.

Bei der Entscheidung für eine elektrische Zahnbürste sollte man neben der Reinigungswirkung und dem Preis noch berücksichtigen, was eine Ersatzbürste kostet und ob der Akku des Gerätes austauschbar ist.

Die jüngste, aber auch teuerste Generation elektrischer Zahnbürsten sind die schallaktiven Zahnbürsten, deren Vertreter Sonicare und Water Pik Sonic Speed heißen. Sie dürfen nicht mit Ultraschallzahnbürsten verwechselt werden. Bei der Sonicare vibrieren die Bor-

sten mit einer Frequenz von 250 Hertz und bei der Water pik mit 500 Hertz. Der Ultraschallbereich beginnt bei 20.000 Hertz. Bei derart hohen Frequenzen scheinen die Schwingungen nicht mehr von den flexiblen Kunststoffborsten einer Zahnbürste weitergeleitet werden zu können. Studienergebnisse bescheinigen daher der weltweit einzigen Ultraschallzahnbürste, der Ultra Sonex, auch keine gute Reinigungswirkung.

Die schallaktiven Zahnbürsten haben hingegen in eigenen Untersuchungen eine Reinigungswirkung gezeigt, die derjenigen einer Handzahnbürste weit überlegen ist (Abb. 3 und 4). Sie scheinen imstande zu sein, Mikrozirkulationen auf der Zahnoberfläche zu erzeugen, die Plaque auch noch in gewissem Abstand von der Borstenspitze wegspülen können. Dadurch ist eine sehr präzise An-

Verbesserung des Quigley-Hein-Index (Median)

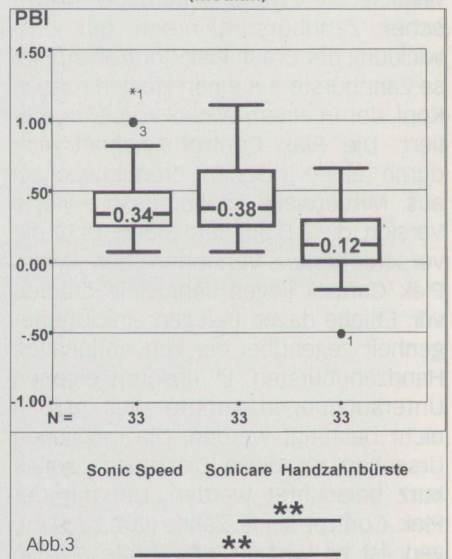


Abb.3



High-Tech gegen Plaque

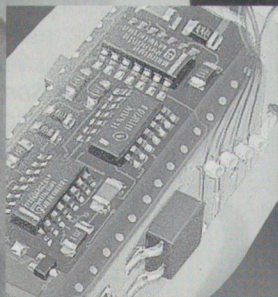
Eine völlig neuartige Zahnbürste: Water Pik[®] Sonic Speed. Sie arbeitet mit Schallenergie und liefert dank dieser neuen Technologie 30.000 Bürstenbewegungen pro Minute. Damit ist sie 10 mal schneller als herkömmliche elektrische Zahnbürsten. Wirksame Plaqueentfernung in kurzer Zeit! Reduziert selbst hartnäckige Beläge und Zahnstein. Verwandelt Zahnpasta in Aktivschaum. Kräftigt und festigt das Zahnfleisch.

Water Pik

**SONIC SPEED
PLAQUE REMOVER**

Nehmen Sie sich noch heute die Zeit, die schallaktive High-Tech Zahnbürste Water Pik Sonic Speed kennenzulernen und fragen Sie nach den günstigen Zahnarzt-Sonderpreisen.

Weitere Auskünfte,
klinische Studien
und Patienten-
informationen von:



intersanté[®]
Wellness, Health & Beauty

Berliner Ring 163 B, 64625 Bensheim

Telefon 06251-9328-10

Telefax 06251-9328-93

E-mail intersante@t-online.de

Internet <http://www.intersante.dsn.de>

wendung wie bei den Bürsten mit runden oszillierenden Köpfen nicht erforderlich. Bei den schallaktiven Zahnbürsten reicht es aus, wenn sie gerade eben mit der Zahnoberfläche in Kontakt gebracht werden. Es muß und soll keinerlei Druck ausgeübt werden. Dadurch

quenten Schwingungen verursachen bei den ersten Benutzungen ein Kitzeln am Zahnfleischsaum, an das man sich allerdings rasch gewöhnt.

Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

Bei Handzahnbürsten ist das alte Dogma von der Zahnbürste mit ebenem Borstenfeld und parallel stehenden Borsten gefallen. Die auf dem Markt befindlichen Zahnbürsten mit anders gestaltetem Borstenfeld scheinen überwiegend eine vergleichbare Reinigungswirkung zu besitzen.

Nach eigenen Forschungsergebnissen scheint die dreiköpfige Superbrush die bei weitem effektivste Handzahnbürste zu sein. Sie ist insbesondere auch für Kinder zu empfehlen, da eine fehlerhafte Anwendung nahezu auszuschließen ist. Besonders gut eignet sie sich auch zum Nachreinigen der Zähne bei Kindern und Behinderten. Die Superbrush ist in Apotheken und über den Dentalfachhandel erhältlich und kostet etwa 6,50 DM.

Wenn man alle wissenschaftlichen Erkenntnisse zu elektrischen Zahnbürsten berücksichtigt, so scheinen die beiden schallaktiven Bürsten Sonicare und Water Pik Sonic Speed die besten derzeit erhältlichen Produkte zu sein. Sie sind mit 289 DM (Sonicare) bzw. 249 DM (Water Pik) allerdings auch die teuersten und werden apothekenexklusiv vertrieben. Eine Ersatzbürste für die Sonicare kostet je nach Größe zwischen 30,00 und 40,00 DM, für die Water Pik 12,50 DM. Preisgünstiger gibt es beide Zahnbürsten über den Dentalfachhandel oder den Importeur.

Dr. Stefan Zimmer, Berlin

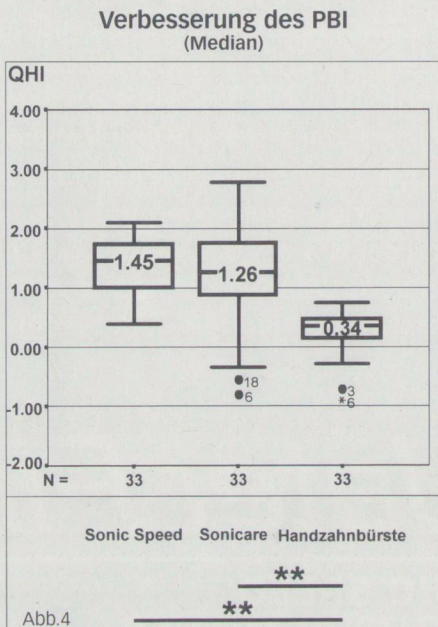


Abb. 3 und 4 Die Grafiken zeigen die Verbesserungen des Plaque-Index nach Quigley-Hein (Abb. 3) sowie des Papillen-Blutungs-Index nach Mühlemann (Abb. 4) von der Eingangs zur Abschlußuntersuchung für die drei getesteten Zahnbürsten Water Pik Sonic Speed, Sonicare und Handzahnbürste. Die horizontalen Balken verbinden jeweils statistisch signifikant unterschiedliche Werte ($p < 0,01$). Die Ergebnisse zeigen, daß die beiden schallaktiven Zahnbürsten der Handzahnbürste signifikant überlegen sind.

sind diese Zahnbürsten auch besonders schonend zu Zahn und Zahnfleisch. Allerdings sind sie auch ein klein wenig gewöhnungsbedürftig: Die hochfre-

**Beschluß zum Antrag 9 bei der
DAZ-Mitgliederversammlung am
10.10.98 in Berlin**

Ausbau der Prophylaxe

Die DAZ-Mitgliederversammlung hat beschlossen:

Die Gruppenprophylaxe muß ausgebaut werden.

Die Individualprophylaxe (IP) soll über die Leistungen für 6-18Jährige hinaus in den Erwachsenenbereich ausgedehnt werden - unter Einsatz von im Leistungssektor eingesparten Mitteln.

Eigenleistungen der Patienten müssen in der Erwachsenenprophylaxe belohnt werden.

Begründung:

Rechnerisch werden durch die Definition von Kunststoffverblendungen als Regelleistungen seit 1998 (bzw. seit Inkrafttreten des 2. NOG) jährlich 290 Millionen Mark von den Gesetzlichen Krankenkassen zur Finanzierung der Prophylaxe einbehalten. Dieser Betrag verschwindet zur Zeit in den Etats der Krankenkassen und wird nicht durch den Bundesausschuß Zahnärzte / Krankenkassen einer sinnvollen Verwendung zugeführt.

Die IP-Leistungen für Erwachsene sollen aus DAZ-Sicht Maßnahmen zur Verbesserung der häuslichen Mundhygiene sowie zur Lokalfluoridierung umfassen. Weiterführende Maßnahmen (wie z.B. die professionelle Zahnreinigung) gehören nicht in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung.

**Fruchtsäfte beliebt wie nie -
Zahnärzte sehen den Trend mit
Besorgnis**

Zahngesunde Ernährung bester Schutz vor Karies - Experten empfehlen fluoridiertes Speisesalz

Daß Süßes schlecht für die Zähne ist, ist längstens bekannt. Doch auch Saures setzt den Zähnen zu. Darauf verwies Zahnärztin Lydia Lindner vom Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universitätsklinik Marburg auf der 6. Aachener Diätetik-Fortbildung, die vom Verein zur Förderung der gesunden Ernährung und Diätetik (VFED) in Aachen veranstaltet wurde.

In den letzten Jahren stieg der Absatz an Fruchtsäften kontinuierlich an. Ein zu hohes Säureangebot, wie es in Fruchtsäften vorhanden ist, kann der Speichel jedoch auf Dauer nicht mehr neutralisieren. Die Folge können massive Schäden an den Glattflächen der Zähne sein. Die Expertin empfiehlt deshalb den Mund nach dem Trinken von Fruchtsäften mit Wasser zu spülen. Auf keinen Fall sollte man sofort zur Zahnbürste greifen, damit der demineralisierte Schmelz nicht noch weiteren Substanzverlust erfährt und genug Zeit gegeben ist, den Schmelz durch die Nährstoffe im Speichel wieder zu regenerieren. Auch zuckerfreie Kaugummis sind in der Lage, den Säuregehalt des Speichels schnellstmöglich zu neutralisieren. Sie bieten sich auch als Alternative zur Zahnbürste nach Zwischenmahlzeiten an.

Häufige, insbesondere zuckerhaltige Snacks wie Riegel - auch Müsliriegel - gezuckerte Milchprodukte, Schokolade

oder Eis sind aus zahnmedizinischer Sicht nicht gerade günstig. Denn sie verlängern immer wieder die sogenannte »oral sugar clearance«, die Zeit, die nach Verzehr einer zuckerhaltigen Mahlzeit vergeht, bis die letzten Zuckerreste aus der Mundhöhle verschwunden sind. Bakterien steht so ständig Zucker zur Bildung kariesfördernder Säuren zur Verfügung.

Wichtig zu wissen: Auch andere Zuckerarten wie Ahornsirup, brauner Zucker und Traubenzucker fördern die Karies, ebenso Honig. Aus diesem Grund »sollte die selbstverständliche Beimengung von immer mehr Zucker, vor allem zu Fertiggerichten«, so fordert Lindner, »kritisch betrachtet werden.« Möglichst zuckerarm ernähren, so die Devise der Zahnärztin, ist der beste Schutz vor Karies. Mit Zuckeraustausch- oder Süßstoffen gesüßte Nahrungsmittel sind beispielsweise eine zahnfreundliche Alternative. Daneben fördert eine mineralstoff- und vitaminreiche Ernährung die Gesunderhaltung von Zähnen wie Zahnfleisch.

Da selbst bei ausgewogener Ernährung zu wenig Fluoride zum Schutz vor Karies aufgenommen werden, empfiehlt sich zudem die konsequente Verwendung von fluoridiertem Jodsalz im Haushalt. Diese Vorbeugungsmaßnahme ist äußerst wirksam und zudem profitiert die ganze Familie davon.

Gute Nachricht für Kantinenesser: Das Bundesgesundheitsministerium beabsichtigt, demnächst Jodsalz mit Fluorid auf der Basis von Ausnahmegenehmigungen auch für Einrichtungen der Ge-

meinschaftsverpflegung zuzulassen. Damit ist über dieses Salz ein noch wirksamerer Kariesschutz möglich. Mindestens zweimal pro Tag mit fluoridhaltiger Zahnpaste die Zähne putzen und regelmäßige Kontrollen beim Zahnarzt ergänzen die Vorsorgemaßnahmen.

Presse-Info der VFED

Twist & brush - Zahnbürste und Zahngel in einem

Dreimal täglich Zähne putzen! Der wirksame Schutz gegen Karies und Parodontitis. Die neue Taschen-Zahnbürste Twist & Brush macht nun die regelmäßige Mundhygiene leicht - denn sie ist Zahnbürste und Zahngel in einem. In ihrem Griff verbirgt sich fluorhaltiges Zahngel für ca. 30 Anwendungen. Ob auf Reisen, im Büro, in der Schule oder im Restaurant - Twist & Brush ist die ideale Begleiterin durch den Tag. Freiwillich vom TÜV geprüft. In Apotheken erhältlich.





Danke

Ihrer Hilfe verdanken wir
den Seenotkreuzer
VORMANN STEFFENS.

Das sind 3500 PS Leistung und 27 Meter Länge, die
unsere 600 freiwilligen und 180 festangestellten
Rettungsmännern helfen auf dem
„**Kurs Menschen retten**“.

Bitte unterstützen Sie mit Ihrer Spende auch weiterhin
die Einsatzbereitschaft unserer Rettungsmänner auf
ihrem High-tech-Arbeitsplatz für die Seenotrettung.



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

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin entsetzt, eine Werbung der Firma Dental Import Nord GmbH in der DAZ-Post vorzufinden. Diese Firma läßt ihren Zahnersatz in Hongkong herstellen und ist über Dumpingpreise bemüht, deutsche Zahntechniker in die Arbeitslosigkeit zu führen.

Setzt sich der DAZ jetzt für einen absolut freien Gesundheitsmarkt ein? Ist das DAZ-Politik?

Mit kollegialen Grüßen

Christian Keil, Berlin

Sehr geehrter Herr Kollege,

Frau Berger-Orsag hat Ihnen ja schon inhaltlich ausführlich geantwortet mit Hinweis auf die Globalisierung in der gesamten Wirtschaft, die politisch gewollt und (wie der EURO) nicht auf kleine nationale Einheiten zurückzuführen ist. Auch wird unseren Patienten öffentlich empfohlen, diese Möglichkeiten zu nutzen und sich im Ausland mit preiswerterem ZE zu versorgen. Wie Frau Berger-Orsag schreibt, ist u.A. die qualitativ hochwertige zahnärztliche Versorgung ein Anliegen des DAZ. Diese ist bei Behandlung im Ausland von uns in keiner Weise beeinflussbar, importierter ZE hingegen unterliegt der verantwortlichen

Kontrolle von in Deutschland niedergelassenen Kollegen.

Auf dem freien Markt entsteht durch günstige Anbieter ein Regulativ, das von der Politik gewollt ist, dem Patienten Vorteile bringt und eigentlich auch in unserem Sinne ist (z.B. geringeres Ausfallrisiko, geringere Differenz zwischen zä. Honorar und Laborkosten). Die allgemeine wirtschaftliche Lage und das NOG haben die Nachfrage nach ZE gebremst, wie wir in unseren Praxen spüren. Ursache sind nicht die Importe. Vielmehr konnte dadurch noch ZE eingegliedert werden, den sich diese Patienten sonst nicht geleistet hätten. Der Bürger, der z.B. einen BMW (oder VW) haben will, kauft ihn sich. Kann er sich keinen BMW (oder VW) leisten, kauft er sich lieber einen Honda (oder Fiat) als zu Fuß zu laufen - und das ist doch nicht verwerflich?? Das sind meine Erfahrungen, die mir auch von zwei hiesigen Zahntechnikern bestätigt worden sind. Und der wohlhabende Patient leistet sich weiterhin teuren ZE. Daß hiesige Laboratorien z.T. selbst importierten Zahnersatz im »Graubereich« weiter verarbeiten und mit ihren (Auf)-Preisen an uns weiterleiten, sollte Ihnen bekannt sein (siehe auch meinen Artikel im forum 61, 2/98). Damit zerstören sie ihre eigenen Arbeitsplätze und tun weder den Patienten noch uns einen Gefallen.

Mit einem ganz anderen Gedanken möchte ich zum Schluß kommen: die

Veröffentlichung einer Anzeige oder Beilage stellt keine redaktionelle Stellungnahme zu einem Produkt dar. Nach dem Presserecht sind wir sogar mit ganz wenigen Ausnahmen zur Annahme verpflichtet und nach der finanziellen Lage des forum freuen wir uns auch über jede bezahlte Anzeige. Und wenn unsere Rundschreiben durch eine Beilage subventioniert werden, freuen wir uns natürlich auch über diese Unterstützung. Ich selbst freue mich auch sehr, daß diese Beilage zu einer thematischen Auseinandersetzung führt wie in Ihrem Falle.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Ulrich Happ, Hamburg

Dr. Jürgen Bäumler schickt uns diese Pressemeldung zum Beitrag »Endodontische Ärgernisse«, forum 62, S.28

Ärzte dürfen Leistung nicht verweigern

HANDELSBLATT, Mittwoch, 21.10.98 us DÜSSELDORF. Ärzte sind verpflichtet, gesetzlich Versicherten alle Leistungen tatsächlich anzubieten, die zum Kernbereich ihrer Praxis gehören. Nicht zulässig ist, einzelne Leistungen mit der Begründung zu verweigern, sie könnten nicht kostendeckend erbracht werden. Das hat das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen gestern entschieden (Az.: L 11 B-KA 35/98). Es erklärte eine Satzungsbestimmung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein für nichtig, die festlegt, daß ein Vertragsarzt solche Leistungen nicht anbieten muß, die von

ihm nicht kostendeckend erbracht werden können.

Das Gericht erklärte weiter, daß ein Vertragsarzt lediglich solche Leistungen nicht anbieten müsse, die besondere Erfahrungen, Fähigkeiten oder Einrichtungen verlangten. Ein Arzt handele jedoch »grob pflichtwidrig«, wenn er solche Leistungen gegenüber Versicherten der Krankenkassen nur privatärztlich anbiete.

Paternal, Benevolent

Ein Plädoyer für eine menschliche Medizin, mit schönen Grüßen an die Gesundheitspolitiker der neuen Regierung von Dr. Till Ropers, Steinkirchen

Nach Einschätzung von Medizinexperten bei Verbraucherschutzorganisationen ist hier ein Paradigmenwechsel bitter nötig: Ärzte, die in väterlicher Grundhaltung Gutes tun wollen - welch ein Anachronismus! Wo bleibt denn da die Überprüfbarkeit, wo der Ansatz für Effektivitätssteigerung, für Rationalisierung? Mit einem benevolenten Pater als Medizinmann kann ein Patient nur schwerlich symmetrisch kommunizieren.

Die säkularisierte, merkantilisierte Welt findet besonderen Gefallen daran, die Weißkittel zu entmythologisieren. Da verzichtet ein Yuppie schon mal bei der Anrede auf den »Doktor« (Nicht, daß ich mir auf meinen irgendetwas einbildete, aber eine gezielt eingesetzte kleine Respektlosigkeit ist es doch!), da werden forsch Ansprüche auf Zeit- und Heilungs-

abläufe gestellt fußend auf neuesten Erkenntnissen aus dem deutschen medizinischen Wochenblatt »Der Stern«, so, als hätte ein Arzt zu agieren wie ein Techniker und des Patienten Organismus zu reagieren wie eine Maschine.

Gern wird man als Arzt auch bedrängt, ganz bestimmte (moderne!) Wege in Diagnostik und Therapie zu beschreiten. Hier ist anzumerken, daß es nicht a priori als Beweis für die Schlechtigkeit der Medizin gelten darf, wenn der Satz »Vier Ärzte - fünf Meinungen« sich tatsächlich gelegentlich als zutreffend erweist. Je nach seiner unterschiedlichen Aus- und Weiterbildung, vor allem aber nach seiner Erfahrung bevorzugt der eine Arzt diesen, der andere jenen Weg. Und es darf einfach einmal angenommen werden, daß wirklich kein Arzt böswillig etwas falsches oder schlechtes tun will, denn jeder braucht den Behandlungserfolg um seines Selbstwertgefühls, besonders aber um seiner Akzeptanz durch die Patienten willen. So hat jeder Arzt »sein« Repertoire, mit dem er besonders gute Erfahrungen gemacht hat, und das er besonders gut und routiniert beherrscht. Natürlich hat jeder Arzt die Pflicht, sein Repertoire täglich dem Stand der Wissenschaft und seinen dazugewonnenen Erfahrungen anzupassen. Drängt ein Patient den Arzt auf einen ihm ungeläufigen Weg, wird damit der Behandlungserfolg zwangsläufig unwahrscheinlicher. Als Arzt sollte man hier also nicht nachgeben, sondern Überzeugungsarbeit leisten oder an einen Kollegen mit einem besser zu dem Patienten passenden Repertoire überweisen. Notwendiger Hinweis dabei: Kombinationen von Teilaspekten aus

unterschiedlichen Repertoires können schlimmste Folgen haben.

In der hiesigen IPPNW - Gruppe haben wir diskutiert, ob man als Arzt seine Patienten anfassen, körperlich berühren darf oder nicht. Nein, darf man nicht: als Anfasser subordiniert man den Angefaßten und verhindert so eine symmetrische Gesprächsbasis. Doch, muß man: Nähe, Trost, nicht Mitleid zwar, aber Anteilnahme bei den oft unangenehmen Manipulationen muß der Patient erfahren.

In Situationen ernster Besorgnis um den Gesundheitszustand benötigt auch der dynamische, emanzipierte Patient nicht eine in Symmetrie durchgeführte Fachdiskussion über technische Details von organischen Störungen, sondern eher den freundschaftlichen Rat einer kompetenten Vertrauensperson. Aus dem Zustand der Gesundheit heraus wünscht sich der aufgeklärte Patient einen Arzt, der gründlich, nachdenklich, mit Skrupeln auch sehr entlegene Wahrscheinlichkeiten bedenkt und verfolgt. Im Zustand gesundheitlicher Verunsicherung möchte aber ebendieser Patient von seinem besonders kritischen Arzt nichts sehnlicher hören als das mit Sicherheit vorgetragene Statement: »Was Sie haben, kenne ich. Bei dieser Diagnose werde ich auf jene Weise therapieren, und bald werden Sie wieder gesund sein!«

Ein Arzt muß willens und in der Lage sein, Verantwortung zu übernehmen - eine Tugend, die immer mehr zurückgedrängt wird, je mehr Kontrollen etabliert werden, je mehr uns amerikanische Verhältnisse ins Haus stehen, wo sich vor

den Praxiseingängen arbeitslose Juristen andienen, um nach Kunstfehlern zu forschen. Ein oft praktizierter Weg, die Verantwortung für einen komplizierten »Fall« abzustreifen, ist die Überweisung. Findet man als Stomatologe in seinem Fachbereich keine Ursache für unklare Symptome eines Patienten, kann man zum HNO - Kollegen überweisen. Findet er auch nichts, geht es weiter zum Neurologen, von dort vielleicht zur »Schmerzsprechstunde«. Dort kann der Patient durchaus den Rat bekommen, es doch einmal beim Zahnarzt zu versuchen. Dieser absurde Kreisverkehr kann nur vermieden werden, wenn Transparenz über die Behandlungsführung besteht. Dies erfordert Verantwortungsbereitschaft.

Für Ärzte der meisten Fachgebiete erscheint die Berufsausübung in einer Sozietät als besonders vorteilhaft: Kollegialer Austausch, gegenseitige Vertretung und Hoffnung auf verbesserte Wirtschaftlichkeit sprechen sehr dafür. Sozietäten funktionieren aber nur in einem Klima gegenseitiger Großzügigkeit. Fängt einer an, erbsenzählerisch den Einsatz und den Gewinn der Sozii zu vergleichen, wird sich zwangsläufig binnen kurzem jeder als das ausgebeutete Opfer des anderen empfinden. Wenn nach Aufzehrung der letzten Wirtschaftlichkeitsreserven für Großzügigkeit kein Raum mehr da ist, zerbrechen die Sozietäten im Streit. Schaut Euch um: In dieser Phase leben wir schon.

Also, liebe Politiker:

Mäßigt Eure Regelungs- und Kontrollambitionen, damit die Medizinfrauen und -männer neue Freiräume gewin-

nen, um wieder eine Kultur ärztlicher Verantwortungsbereitschaft entwickeln zu können.

Auch Ihr werdet in Zeiten der Sorge oder Not nicht dem medizintechnischen Apparatschik, sondern lieber dem freien, verantwortungsbereiten Arzt vertrauen.

Unter dem seit Jahren wachsenden wirtschaftlichen Druck ist diese Spezies vom Aussterben bedroht.

Es stand in der Märzausgabe der Zeitschrift des »Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte«, welche auch den bisher noch nicht so freien Kollegen stets un- aufgefördert zugeschickt wird:

»Wie der Staat die Familien schwächt«.

Der Gastautor Dr. Gerd Habermann, seines Zeichens Leiter des Unternehmerinstituts der Arbeitsgemeinschaft selbständiger Unternehmer (ASU), schreibt darin, es »wäre keine Familienpolitik [des Staates, d.A.] die beste!«.

Ist das nur ein gelungener stilistischer Gag, um den flüchtigen Leser zur genaueren Lektüre zu verleiten? Genau dies nahm ich an und las das »Statement« auf S.18 nun vollständig. Und dort heißt es dann, die Regierung hielte sich zwar viel auf ihre Familienförderung zugute, zerstöre in Wahrheit aber mit ihrer Politik, was zu erhalten sie vorgäbe. Nun, daß man mit Regierungen und ihrer Familienpolitik durchaus auch unzufrieden sein kann, ist zunächst nichts Aufregendes. Die Schlußfolgerungen des Dr. Habermann dagegen sind es dann doch.

Zunächst beklagt er, der Staat würde Kinder zuallererst als materiellen Schadensfall für die Eltern betrachten und deswegen Erziehungs- und Ausbildungskosten sozialisieren. Schlimmer noch, der Staat sehe gar die Erziehungsleistung durch die Familie als Leistung für die »Gesellschaft« an (die Anführungszeichen für *Gesellschaft* stammen von Dr. Habermann!), weshalb der Staat diese Leistung monetär abgelte. Dadurch würden dann Kinder nichts kosten und wären Familien nicht zum Verzicht auf andere Güter gezwungen. Und das findet Dr. Habermann offenbar nicht so gut. Als Beweis seiner These führt er an, daß sogar *»Universitäten und andere Hochschulen in Deutschland ihre Leistungen zum Nulltarif«* anböten, ja selbst die Kindergartenkosten seien *»schon zum überwiegenden Teil sozialisiert«*. Und schließlich deckt Dr. Habermann schonungslos den eigentlichen familienpolitischen Skandal in Deutschland auf. Zitat: *»Dann gibt es Kindergelder, Erziehungsgelder, selbst Baukindergelder auf allen staatlichen Ebenen... Für Kindererziehung gibt es seit 1986 sogar -ohne Einzahlung- Staatsrenten (noch im Aufbau). Hier werden die Eltern mehr und mehr zu staatlich besoldeten Erziehungsfunktionären«*. Der Leser ist ehrlich geschockt: die Regierung Kohl war offenbar schon einheitskommunistisch unterwandert?! Aber die (hier vergaß Dr. Habermann vermutlich den Zusatz »sogenannten«) Sozialpolitiker betreiben ja die Zerstörung aller bisherigen Werte auf eine noch perfidere Weise. Denn: Sie *»machen laut Reklame für die Erwerbstätigkeit aller Frauen«*. Jawohl, das schlägt dem Faß nun wirklich den Boden aus. Wenn nämlich diese

blöden Frauen nicht alle arbeiten würden, bräuchten wir gar keine Kindergärten, dann könnten auch die Steuern ganz doll gesenkt werden. Und dann würde der Papi so viel mehr im Monat verdienen, daß die Mami auch später keine Rente bräuchte und die beiden Kleinen ganz locker nach der Privatschule auch noch die Privatuniversität belegen könnten. Hätten nämlich *»die Privathaushalte mehr netto, wären sie auch in der Lage, für alle wesentlichen Lebensrisiken selbst aufzukommen«* (Zitat Dr. Habermann). Ach je, da hat der Leiter des ASU versehentlich das Kinderhaben doch als »Lebensrisiko« eingeordnet, hatte er nicht eben erst erklärt, dies täte nur der böse Staat? Man fragt sich nun, ob in der Welt des Dr. Habermann irgendwo auch die Menschen vorkommen, deren Steuersatz ein klein wenig unter dem Höchstsatz liegt. Wieviel weniger Steuern muß denn Otto Normalverbraucher mit zwei Kindern und dazugehöriger Frau zahlen, damit nicht nur das gleichzeitig zu streichende Kindergeld, sondern auch noch die vielen endlich nicht mehr »sozialisierten Kosten für Kindergärten, Universitäten und andere Hochschulen« ausgeglichen werden? Und würde darüber hinaus die Steuer-senkung sogar noch für eine private Altersvorsorge der arbeitswütigen Ehefrauen reichen? Aber man fragt sich auch, ob denn ein solcher Aufsatz im Zentralorgan des Freien Verbandes konform zur Politik dieses Verbandes ist. Das Impressum meldet immerhin, gezeichnete Artikel gäben »nicht unbedingt« die Meinung der Redaktion wieder. Das wäre ja auch noch schöner, würde der Freie Verband etwa seinen weiblichen Mitgliedern vorwerfen, sie

wären durch ihren unverantwortlichen Drang, Kinder zu bekommen und trotzdem als Zahnärztinnen arbeiten zu wollen, mitschuldig an der drückend hohen Steuerlast der vernünftigeren Bürger dieses Landes. Andererseits fand sich aber auch kein klarstellender Kommentar der freiverbandlichen Redaktion unter diesem Statement. Also fragte ich nach und erhielt Antwort vom Chefredakteur Dr. Peter Kind: »Die Intention des Autors [Dr. Habermann] trifft meines Erachtens auch die des Freien Verbandes, der das Subsidiaritäts- gegenüber dem Solidaritätsprinzip in den Vordergrund stellt.«

Lieber Kollege Dr. Kind, wie wäre es mit einem neuen Namen:

»Freier Verband Reicher, Männlicher und Deutscher Zahnärzte (FVRMDZ)«

Dr. Felix Blankenstein, Berlin

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) informiert:

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) hat vom 15. 10. bis 17. 10. 1998 ihre 122. Wissenschaftliche Jahrestagung in Bremen gemeinsam mit der 12. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) durchgeführt.

Die Fortschritte bei der Wurzelkanalbehandlung (Endodontie) haben in den letzten Jahren nicht nur das Behandlungsspektrum des Zahnarztes erweitert, sondern auch die Erfolgsquoten zur Erhaltung eigener Zähne für den Patienten verbessert.

Die langfristige Prognose von wurzelkanalbehandelten, eigenen Zähnen liegt immer noch höher als die von replantierten Zähnen. Ein Problembereich in der Endodontie ist die Gefahr von Frakturen der sehr dünnen und grazilen Wurzelkanalinstrumente, die oft nur Millimeterbruchteile stark sind. Durch Einführung neuer Speziallegierungen und Schneiden konnte diese schwierige Wurzelkanalaufbereitung auch bei engen gekrümmten Wurzelkanälen verbessert werden. Darüber hinaus sind mittlerweile mehrere neue maschinelle Systeme am Markt, die die schwierige Arbeit für den Zahnarzt erleichtern sollen.

Entscheidend für den Behandlungserfolg ist eine exakte Aufbereitung des Wurzelkanals mit anschließendem dichtem Verschuß. Bei vorhandener Entzündung des Knochens im Bereich der Wurzelspitze muß durch medikamentöse Einlagen vor der Wurzelkanalfüllung diese reduziert bzw. ausgeheilt werden.

Bei Problemfällen können, bevor der Zahn u.U. komplett entfernt werden muß, noch andere Verfahren wie Wurzelspitzenresektion oder Zahnteilungen in Erwägung gezogen werden, um damit den Zahn, z.B. als Stützpfeiler für eine Brücke etc., zu erhalten.

Durch Lupenbrille oder Operationsmikroskop ist heute der Zahnarzt in der Lage, insbesondere anatomische Abweichungen, z. B. zusätzliche Wurzelkanäle oder atypische Lokalisation, zu erkennen und dadurch den Patienten Schmerzen zu ersparen und die Zahl der Revisionen bzw. Mißerfolge zu verringern. Für welche Fälle diese technische Ausstattung sinnvoll eingesetzt wird, wurde in einem Seminar ausführlich besprochen.

DGZMK, Düsseldorf

Junges forum Junges forum Junges forum

Affirmative Action

Seit paar Wochen bin ich zurück vom schönsten Ende der Welt. In Kapstadt wollte ich als letzte Möglichkeit vor der finanziellen Bindung für ein Jahr ausspannen und gleichzeitig Erfahrungen in Zahnmedizin sammeln. Beides ist sehr gut gelungen. Über den Umweg eines Referenten bei der Berliner Gesellschaft für Parodontologie bekam ich Kontakt zum Dekan des Department of Dentistry, University of Stellenbosch in Südafrika, Professor Dreyer. Nach persönlicher Vorstellung ein Jahr vor dem geplanten Aufenthalt organisierte er für mich die Zulassung als Zahnarzt in Südafrika, um in seiner Klinik nicht nur zu sehen zu dürfen. Das klingt sehr einfach, stellt aber das Ergebnis eines sehr harten und steinigen Weges dar. Nach dem Vorstellungsgespräch vor drei Jahren gingen meine Unterlagen auf dem Postweg innerhalb Kapstadts verloren, obwohl sie per Einschreiben geschickt waren. Eine langjährige Freundin von mir, die in Kapstadt ein Zahntechniklabor betreibt, hatte Kopien und sorgte für den erneuten Transport. Fortan kommunizierte ich mit Prof. Dreyer per E-Mail. Drei Wochen vor Abfahrt verweigerte mir das South African Medical and Dental Council die Zulassung. Ich bekam

sie schließlich doch, da Prof. Dreyer selbst in Council saß. Ich sollte im Department of Maxillo-Facial-Surgery unter Prof. Grootepas unterkommen, da die Parodontologie keinen Platz für mich hatte.

Der Umzug nach Kapstadt mit Freundin und ihrem 7-jährigen Sohn erforderte einen Container, der mit unserem vollgepackten Auto und meinem Motorrad im Hamburger Hafen beladen wurde. Über eine Anzeige an der Deutschen Schule Kapstadt hatten wir ein Haus gemietet, das uns genügend Platz auch für Gäste, einen Swimmingpool und 300m Entfernung zum Strand bot. Der Mietpreis entsprach einer 3-Zimmer-Altbauwohnung in Berlin Zentrum. Die Klinik ist an ein großes Krankenhaus angeschlossen und befindet sich etwa 30km außerhalb von Kapstadt. Da ich keine Bezahlung zu erwarten hatte, war Benzin ein echter Kostenfaktor, obwohl der Liter Super nur etwa 80 Pfennig kostet.

Der erste Schock für mich war die Kleiderordnung, als Arzt hatte ich einen Schlips zu tragen. Die Auswahl in meinem Gepäck an dieser Art Kleidungsstück war sehr gering, nach einer Woche waren alle durchgeschwitzt. Obwohl zugelassener Arzt, stand ich in der Hierarchie unter den Studenten und durfte im OP nicht mal Haken halten. Auf meiner dringenden Suche nach Betätigung organisierte ich mir Patienten für Osteotomien der Weisheitszähne unter Lokalanästhesie. Das war nicht einfach, da die Abteilung so etwas eigentlich im OP unter Vollnarkose machte. Die Warteliste von 6 - 8 Monaten stärkte mir aber den Rücken. Ein Hängebohrmotor stand mir zur Verfügung und ein Student, der mit dem Gummiball Kochsalzlösung über

mein Arbeitsfeld verteilte, sie aber auch gleichzeitig wieder absaugen mußte. Der Schlips machte die Sache nicht einfacher. Das staatliche Gesundheitswesen leidet seit 1994 unter ständigen Kürzungen. Einst gehörte das Tygerberg Hospital der University of Stellenbosch zu den bekanntesten in der Welt. Heute ist es auf einen 3. Welt-Status abgerutscht. Private Patienten lassen sich dort nur noch beim Professor sehen, der sie zur OP in sein privates Krankenhaus umleitet. 95% der im Hospital behandelten Patienten sind Traumapatienten, Durchschüsse des Gesichts, Machetenschläge bis durch den Schädelknochen und ähnliche Zeugnisse der Nächstenliebe. Besonders Montag morgens nimmt die Reihe der gebrochenen Kiefer kein Ende mehr. In der Mehrzahl Frauen, die von ihrem Mann und Täter begleitet werden, dem sein Suf und Zorn vom Freitag jetzt leid tut. Die allgemeine Umgangssprache ist Afrikaans, die auch in meinem Beisein nicht verlassen wird, obwohl jeder der Ärzte auch Englisch spricht. So stehe ich bei Unterhaltungen fast immer abseits.

Kurz gesagt, mein Elan ließ schnell nach und ich konzentrierte mich mehr auf die Arbeit als Keramiktechniker im Labor meiner Freunde, die außerdem bezahlt wurde. Schwarz natürlich, denn auch als Zahntechniker hätte ich noch einmal zur Prüfung gemußt. Und dazu kann man sich nicht einfach anmelden. Im Falle meiner Freundin dauerte es 10 Jahre, bis es ihr erlaubt wurde. Da war sie bereits seit neun Jahren mit einem Südafrikaner verheiratet und hatte ihr eigenes Labor unter dem Namen eines Strohmannes. Dort wird nach deutschem Standard Zahntechnik gemacht,

was in erster Linie ausgesuchtes Klientel anzieht. Es werden viele Suprakonstruktionen für Implantate angefertigt, verblendet wird grundsätzlich alles. Als Metall wird fast ausschließlich Nichtedelmetall verwendet. Die drei Techniker haben sich auf diese Technik sehr gut eingeschossen und erzielen eine beachtliche Präzision. Nichtedelmetall zu verwenden beschert dem Labor den einzigen ausgewiesenen Gewinn. Er besteht in der Differenz zwischen dem Verkauf der fertigen Einheit für ca. 40,- Rand und dem Einkauf des Metalls für ca. 2,- Rand. Bei der Verwendung von Edelmetall wäre das Material ein durchlaufender Posten. Das Ambiente erinnert an ein Designerstudio und die Atmosphäre ist ausgesprochen entspannt. Wenn Rugby im Fernsehen läuft, werden auch schon mal Termine verschoben. In der Regel kommen die Patienten nicht nur zur Farbbestimmung ins Labor, sondern die Arbeit wird vor der Fertigstellung auch vom Techniker im Labor eingepaßt, sowohl farblich wie auch im eigentlichen Sinne des Wortes. Dafür steht eine Behandlungseinheit aus den 60er Jahren zur Verfügung. Das ist natürlich nicht erlaubt, da die Techniker die Provisorien entfernen und wieder einsetzen müssen. Es trotzdem zu tun und privat nach Zeitaufwand zu berechnen aber ist für die Zahnärzte ein gefragter Service und läuft unter Affirmative Action. Viele Patienten kommen aus Europa, manche wohnen in Kapstadt, aber viele verbinden auch einen Urlaub mit ihrer Gebißrestaurierung und kommen dann zum Einsetzen wieder. Der Verfall der südafrikanischen Währung leistet dem deutlich Vorschub. Das ist zugleich Ergebnis und Motor einer Entwicklung zu

einem weitgehend rechtlosen Zustand in der Republik, in dem Mörder mit einer Geldstrafe davonkommen und Korruption für unterbezahlte Polizisten eine Frage des Überlebens ist.

Daß sich dem Labors gegenüber mitten in der Stadt auf einem unbebauten Grundstück sich eine Gruppe dunkler Gestal-



ten samt Familie in einer Burg aus gestohlenen Mülleimern niederläßt, kann die Polizei nicht verhindern, selbst nachdem dort alle Autos aufgebrochen wurden und ein englisches Touristenpaar Mitglieder der Gruppe als Täter eines Überfalls identifizieren konnte. Auch das ist Affirmative Action.

Ein wesentlicher Kunde des Labors, der sich auf Implantologie spezialisiert hat, bot mir an, ich könne seinen zweiten Stuhl benutzen, wenn ich Patienten hätte. Und ich könne ihm beim Implantieren assistieren, wenn ich Lust hätte. Sehr gerne nahm ich das Angebot an. Endlich gab es was zu lernen, was mir auch in einer eigenen Praxis nützen könnte. Seine Praxis ist mit digitalem Röntgen, intraoraler Kamera und verschiedenen Implantatsystemen ausgestattet, die er selbst nach Afrika importiert. Daß ich außerhalb des Tygerberg Hospitals nicht arbeiten durfte, er es mir

aber trotzdem in seiner Praxis erlaubte, ist Affirmative Action. Ich rechnete privat ab und zahlte einen Anteil an die Praxis. Das Abrechnungssystem ist ähnlich dem deutschen. Es gibt die Masse der Kassenpatienten und andere. Die Preise in der jährlich angepaßten Liste der privaten Leistungen liegen bei etwa dem doppelten der Medical-Aid Preise. Eine Einzelkrone privat schlägt z.Zt. fest mit 1299,- Rand zu Buche, was umgerechnet etwa unserem 3,2 fachen Satz entspricht. Die Lebenshaltungskosten lassen aber einen Rand so etwa wie 0,80 DM scheinen, was dem Zahnarzt genügend Zeit beschert, mit dem Patienten auch ein persönliches Wort zu wechseln. Preise für Füllungen richten sich nach dem verwendeten Material. Die jährliche Erneuerung der Liste ermöglicht eine Anpassung des Leistungskatalogs an Entwicklungen auf dem Dentalmarkt. Die Sätze der Medical-Aid liegen bei etwa der Hälfte der privaten Leistungen und es sind auch nicht alle Leistungen darüber abrechenbar. Es besteht aber weitgehende Freiheit der Kombination mit privaten Leistungen.

Auf die Empfehlung des Implantologen hin habe ich mich dann im April 98 an die University of the Western Cape (UWC) gewandt. Dort hätte man nicht das Benehmen einer »gealterten Primadonna« wie in Tygerberg. Deren Dental Department ist im Zentrum von Mitchels Plain untergebracht. Mitchels Plain ist wohl das größte zu Kapstadt gehörende Siedlungsgebiet für die schwarze und farbige Bevölkerung. Auf dem Weg dorthin kommt man an den Brettersiedlungen der Townships vorbei, durchfährt auf breiten Teerstraßen große Areale von flachen Einzelhäusern mit winzigen

Corona Dental

**Fachlabor für Funkenerosion und
Kopierfräs-Technik**

Wir stellen hochwertigen Zahnersatz
zu moderaten Preisen her

z.B.

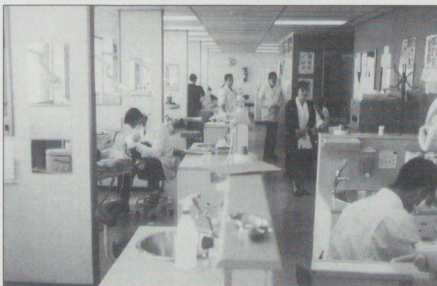
Celay Keramik-Inlay **DM 290.-**
inkl. Modelle

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

Gärten hinter Mauern und steuert auf das kilometerweit einzige Hochhaus in Zentrum zu. Es enthält ein kleines Krankenhaus und das Department of Oral Health der UWC, umgeben von einem Einkaufszentrum. Es begegnet mir kein einziges weißes Gesicht. Professor Osman empfängt mich sehr freundlich und führt mich persönlich herum im 5. und 6. Geschoß des Gebäudes, in denen auf engstem Raum eine ganze Zahnklinik untergebracht ist. Er selbst ist ein klei-



ner dunkelhäutiger Mann, der mir mit einem verschmitzen Lächeln erzählt, daß man auch ihm als Nichtweißem während der Apartheid die Einreise nach Mexiko zu einem Kongress verweigert hat. Vom Büro des Dekans über Behandlungssäle aller Fachrichtungen, einem hauseigenen Labor mit angestellten Technikern, Studentenlabors und Seminarräumen bis zu winzigen Forschungslabors ist alles vorhanden. Eine Mensa und eine kleine Bibliothek mit Computerraum befinden sich im 1. Stock. Von dem technischen Standard bin ich überrascht. Die ganze Klinik ist mit neuerem deutschen Material der späten 80er Jahre ausgestattet, von den Behandlungsstühlen über Instrumente

bis zu den Füllungsmaterialien. Jeder Student muß in seiner Ausbildung eine Marylandbrücke und Veneers präparieren und eingliedern. Die Studenten kommen sowohl aus der indischen und farbigen Mittelschicht wie auch ein vergleichsweise kleiner Anteil aus der schwarzen Mehrheit. Einige sind zum Studium aus afrikanischen Nachbarstaaten wie Zimbabwe, Tanzania oder Kenia mit Stipendien versehen. Die Umgangssprache ist Englisch, dafür aber in sehr verschiedenen Dialekten zu hören. Weit und breit sehe ich kein weißes Gesicht, dafür ist die Atmosphäre sehr persönlich und freundschaftlich. Moslems arbeiten Seite an Seite mit Christen und Hindus, es gibt keine Ausgrenzung. Außer, daß dies die Universität für Nichtweiße war und ist, während Tygerberg nur weiße Studenten aufnimmt, das auch nach dem Ende der Apartheid.

Von Prof. Osman werde ich herzlich eingeladen, in seiner Abteilung für Kons und Kronen- und Brückenprothetik in der Studentenausbildung mitzuarbeiten. Begeistert nehme ich an und verbringe fortan mindestens drei Tage der Woche dort, helfe den Studenten beim Legen von Kofferdam, zeige Abdrucktechniken, beurteile Präparationen und darf schließlich eigenverantwortlich Arbeiten abnehmen. Meine Zulassung war auf das Tygerberg Hospital beschränkt, aber das ist eben Affirmative Action. Und Schlips tragen muß ich auch nicht.

Entsprechend dem Patientenaufkommen aus der Umgebung der Klinik werden massenhaft Extraktionen durchgeführt. Dem Wunsch des Patienten nach einer Totalprothese wird auch dann entsprochen, wenn er noch 8 und mehr Zähne hat. Im hauseigenen Labor stütze

ich erstmal über die 2,5 Meter dicht an dicht stehender Artikulatoren mit OK - UK - Totalen, die zur Ausarbeitung bereitstehen. Das, was in meiner Ausbildung an der FU - Berlin kaum geboten werden konnte, kann man dort üben bis zur Perfektion. Es gibt sogar einen zahnärztliche Eisenbahnzug der Uni, der wochenweise ländliche Gebiete Südafrikas besucht. In ihm werden die Studenten auf den harten Einsatz außerhalb der Metropolen vorbereitet. Andererseits unterscheidet sich der Anspruch an die Ausbildung in der Zahnerhaltung kaum von dem meiner eigenen an der Zahnklinik Nord der FU-Berlin vor 6 - 8 Jahren. Durch die Integration von Kronen und Brückenprothetik in die Kons ist es sogar gelungen, das Behandlungskonzept für den einzelnen Patienten von einem behandelnden Studenten umsetzen zu lassen. Wie überall ist auch dort die Finanzierung des laufenden Betriebs das größte Problem. Für die meisten Patienten ist die Behandlung auch mit Zahnersatz kostenlos. Darunter zu leiden haben die Studenten und teilweise auch die Umsetzung des Anspruchs. In den Bohrersätzen für Kons befindet sich kein einziger Diamant und das Studentenlabor hat für 40 Studenten nur 8 Laborhandstücke zu bieten. Die anderen sind kaputt, aber auch nicht leicht zu reparieren, da es elektronische Handstücke sind, die eben neuerem deutschen Standart entsprechen. Ein gutes Beispiel für die Kurzsichtigkeit mancher Entwicklungshilfe.

Nach wie vor verlassen viele gut ausgebildete Menschen Südafrika aus Angst um Ihre Zukunft und vor allem die ihrer Kinder. Mittlerweile dehnt sich diese

Sorge von der weißen Bevölkerung auf den Anteil der Farbigen aus, der während der Apartheid noch Privilegien gegenüber der schwarzen Mehrheit besaß. Nun sind die Coloureds ans Ende der Scala gerutscht, da sie weder die ökonomische Macht der Weißen besitzen noch die Privilegien der schwarzen Mehrheit. Zum Auswandern fehlen der Mittelschicht jedoch in der Regel die Mittel. Selbst England hat die Hürde zur Einwanderung jetzt hoch gesteckt. Früher wurde das südafrikanische Examen dort anerkannt, heute muß eine Prüfung abgelegt werden. Die Gebühr dafür wird zum Jahreswechsel 99 um das Zehnfache auf 1500 Pfund steigen. Das South African Medical and Dental Council macht es Ausländern sehr schwer, in Südafrika einen medizinischen Beruf auszuüben. Um in freier Praxis arbeiten zu können, muß das südafrikanische Examen an einer Universität ablegen werden. Um dafür zugelassen zu werden, muß man mindestens ein Jahr an einer solchen Universität studieren oder arbeiten. Um als ausländi-



scher Zahnarzt dort arbeiten zu dürfen, wird das Ablegen einer kleineren Prüfung verlangt, aber zu der wird momen-

tan niemand zugelassen. Besonders keine weißen Europäer. Seit Juli 98 gibt es ein neu gewähltes Medical and Dental Council, daß die alten Regeln überarbeiten will, aber das kann dauern und viel wird sich voraussichtlich nicht ändern. Als Austauschstudent oder zur Famulatur dorthin zu kommen, ist kein großes Problem. Jeder, der nicht auf Dauer in Südafrika bleiben will, ist gerne willkommen, vor allem wenn er harte Währung mitbringt. Angesichts der atemberaubenden Landschaft und dem angenehmen Klima verbunden mit einer für Europäer sehr ansprechenden Infrastruktur ist es verständlich, daß der ungebremsten Zuwanderung Einhalt geboten wird. Weiße Strände, Wale, Pinguine, immergrünes Hinterland mit ausgezeichneten Weinbaugebieten und viel unbebautes Land klingen für uns wie das Paradies. Daß es das nicht ist, merkt man erst, wenn man länger als zu einem dreiwöchigen Urlaub dort ist. Bei mir ist trotzdem die Faszination ungebrochen und ich werde sehr bald wieder dort sein, allerdings nur zu Besuch.

Mathias Jancke, Berlin

Reform des Studiums und Senkung der Studentenzahlen

Eine Reform des Hochschulstudiums ist vorrangig. Eine bessere und praxisnähere Ausbildung einer geringeren Zahl von Studierenden ist angezeigt.

Begründung:

Über eine Änderung der AOZ (Approbationsordnung für Zahnärzte) besteht

überwiegende Einigkeit zwischen Studierenden, Lehrenden und den Berufsverbänden.

Es werden zur Zeit mit zu geringen Ausbildungsmöglichkeiten eine zu große Zahl von Zahnärzten mit fraglichen Berufschancen ausgebildet.

An den deutschen Universitäten wird mittels schon jetzt sehr teurer Zahnmedizinischen Studienplätze zu viel Quantität statt Qualität produziert.

Angestellte Zahnärzte

Der DAZ im NAV-Virchow-Bund fordert den Gesetzgeber auf, dem Bundesausschuß Zahnärzte/Krankenkassen umgehend Rahmenbedingungen vorzugeben, um das Berufsbild "angestellter Zahnarzt" realitätsnah zu definieren.

Begründung:

In der augenblicklich schwierigen betriebswirtschaftlichen Situation vieler Zahnarztpraxen ist für viele Zahnärzte die Niederlassung in eigener Praxis nicht erstrebenswert.

Verlangt werden intelligente Arbeitszeitmodelle in angestellter zahnärztlicher Tätigkeit (z.B. in Teilzeitarbeit).

Die augenblicklichen Möglichkeiten (Ausbildungs-, Weiterbildungs- oder Entlastungsassistenten) werden dem nicht gerecht.

Die Bundesregierung sollte die gesetzlichen Voraussetzungen dazu schaffen und so für neue Arbeitsplätze sorgen.

Der Bundesausschuß Zahnärzte/Krankenkassen sollte seine Mitarbeit nicht verweigern, wie zuletzt bei der Ausgestaltung des im SGB V vorgesehenen "Angestellten Zahnarztes".

Gesucht / Gefunden... Gesucht / Gefunden

Praxis-Suche

Zahnmediziner sucht kurzfristig in Leipzig und Umgebung Praxis zur Übernahme.

Infos an NAV-Wirtschaftsdienst, Florian Stiegler, Tel/Fax 03935-213902

Praxis-Suche

Junges, kompetentes Zahnärzteeaar (Examen Hannover) mit Freude am Beruf sucht Praxis (mindestens 4 Behandlungszimmer) zur Übernahme ab Jan. 1999.

Nilaplan Hannover, Christiane Krefeld, Tel 0511-954660

Praxisräume-Angebot

Praxisräume, 154 qm, 15/DM/qm + ca. 150 DM NK, für Zahnarzt zu vermieten in Kölner Umland.

NAV-Wirtschaftsdienst, Harald Lohse, Tel/Fax 0221-8460281

Praxis-Übergabe

Zahnarzt-Praxis mit 3 Behandlungszimmern, Röntgengerät u. kompletter Ausstattung abzugeben. Langjähriger Mietvertrag möglich, kein Patientenstamm. Nur Ablösung für Inventar + Mietvertrag.

NAV-Wirtschaftsdienst, Harald Lohse, Tel/Fax 0221-8460281

Praxis-Übergabe

Biete Zahnarztpraxis in Castrop-Rauxel, 2 Behandlungszimmer, OPG, EDV, 80 qm, Jahresumsatz durchschnittlich 540.000 DM.

Abgabegrund: Ortswechsel. Tel. 02591-78135

Gruppenpraxis/Kooperation

Zahnarzt im Südwesten Berlins sucht Partner bzw. Stellvertreter für seine Praxis.

NAV-Wirtschaftsdienst, Mario Leser, Tel. 030-47750297

Stellen-Gesuch

Studentin mit praktischer Erfahrung in Stuhlassistenz und Anmeldung sucht stundenweise Aushilfsjob in Zahnarzt- oder Arztpraxis im Raum Köln/Bonn. Tel. 02635-920676

**Nächster Redaktionsschluß:
10.1.1999**

BUCHBESPRECHUNGEN

EDV-Jahrbuch '98

Computer in Zahnarztpraxis und Dentallabor

ZWR-Spezial

1998. XII., 999 Seiten.

Hüthig GmbH, Heidelberg

ISBN 3-7785-2546-8, DM 59,-

Internet: <http://www.huethig.de>

In weit über 80% der deutschen Zahnarztpraxen stehen Computer. Ob Bolide oder Trabi - die Fahrerlaubnis für diese Maschinen besitzen meist unsere Assistentinnen, die mit heimlichem Grauen zusehen, wenn Chefin oder Chef mal selbst ans Steuer wollen. Unsere Zeitschriften beharken uns derweil mit Angeboten aus der schönen neuen Welt der Informations- und Kommunikationsgesellschaft. Ein kurzes, präzises Handbuch wäre hilfreich, das einem zu schnellem Durchblick verhilft.

Wer das vom EDV-Jahrbuch '98 erwartet, geht fehl. Das liegt aber nicht an dem Buch, das liegt daran, daß seriöse, lesbare Informationen zu diesem Thema schon die rund 450 Seiten in Anspruch nehmen, die da geliefert werden. Schon eine Inhaltsangabe wäre für diesen Bericht zu viel. Also kurz: In dem Buch steht alles drin, was man braucht. Es ist gut gegliedert, flüssig und lesbar geschrieben. Man muß nicht das ganze Buch lesen, aber der Appetit wächst mit dem Essen. Abbildungen und Tabellen sind reichhaltig in einem ansprechenden Layout zu finden. Der Preis von DM 59.- ab Verlag ist mehr als angemessen.

Der nächste Kurzurlaub darf ruhig etwas verregnet sein. Das Buch ist ein wirksames und verdauliches Mittel gegen Computerphobie. Note: 1

Dr. Kai Müller, Seefeld

Hermanns, P.M., Roscher, B.; Ascher, W.

Alternative Medizin

Abrechnung nach GOÄ und EBM für Ärzte und Zahnärzte

ecomед Verlagsgesellschaft

Kommentierte Ausgabe, 1998

Paperback, 240 Seiten, Preis DM 48,-

ISBN 3-609-51410-8

Das vorgelegte Buch bietet eine hilfreiche Anleitung für die Abrechnung naturheilkundlicher Methoden und anderer heilender Alternativen durch Ärzte und Zahnärzte. In dem Buch sind alle diesbezüglichen Abrechnungsziffern mit entsprechenden Punktwerten, sowohl für die kassenärztliche, als auch für die privatärztliche Abrechnung zusammengestellt. Die Broschüre bietet auch einen guten Überblick über die derzeit angewandten alternativen Heilmethoden. Für Zahnärzte ist jedoch zu beachten, daß aufgrund der berufsrechtlichen Bestimmungen alternative Heilverfahren im Zusammenhang mit der Behandlung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen stehen müssen.

Ggf. sind auch die Bestimmungen des § 2/3 GOZ zu beachten, also die Bestimmungen über eine sogenannte Behandlung auf Verlangen. Wenn Zahnärzte alternative Heilverfahren anwenden, so ist

es in jedem Fall sinnvoll, vorher einen entsprechenden Kostenplan aufzustellen, damit der Patient die Möglichkeit hat, sich über die Erstattung dieser Behandlungskosten zu informieren.

Dr. Gerd Ebenbeck, Regensburg

Christoph Kranich, Jan Böcken (Hrsg.)

Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa

Anregungen und Ideen für Deutschland
Nomos Verlag Baden-Baden 1997,
216 Seiten, DM 34

Patienten werden Kunden. Leidende und Abhängige wollen selbstbewußte Nutzer von Gesundheitsdienstleistungen werden »Wer zahlt, bestimmt«, lautet das Motto.

Diese Trends der Gesundheitspolitik, die sich inzwischen auch in Deutschland ausbreiten, erfordern einen Paradigmenwechsel in der Position der Patienten, individuell gegenüber dem Arzt wie auch kollektiv gegenüber der Politik. Patienten wollen sich nicht länger fremdbestimmen lassen. Sie wollen mündige Partner eines Arztes werden, der nicht mehr die herkömmliche paternalistische Medizin verkörpert, sondern der als Berater an ihre Seite tritt. Und sie wollen die Gestaltung der Gesundheitspolitik nicht mehr nur Politikern und Parteien überlassen, die im Zweifel doch der stärkeren Lobby der Ärzte und der Industrie folgen.

Deutschlands Patientenrechte weisen inhaltlich durchaus Substanz auf. Jedoch können oft nur Gutsituierte und Rechtsschutzversicherte diese Rechte auch in Anspruch nehmen. Institutionen, die Beratung und Unterstützung

anbieten, sind Mangelware, obwohl sie vom Patienten dringend gebraucht werden - sei es bei der Suche nach einem guten Arzt, Krankenhaus oder Pflegedienst, sei es beim Verdacht auf Behandlungsfehler.

Da hilft ein Blick über den deutschen Gartenzaun. Manche Länder, die an Deutschland grenzen, haben erstaunliche Unterstützungsstrukturen für Patienten entwickelt: etwa die Patientenanwaltschaft in Österreich oder die Vereinigung der Patienten- und Verbraucherverbände in den Niederlanden. Viele Staaten sind auch bei der Patientenunterstützung im Krankenhaus sehr viel weiter, die Niederlande etwa mit den unabhängigen Patientenvertrauenspersonen und Beschwerdebeauftragten.

Dieses Buch gibt in seinem ersten Teil einen Überblick über Patientenrechte und wichtige Institutionen der Patientenunterstützung in ausgewählten Staaten Europas. Im zweiten Teil werden einige Themen genauer beleuchtet:

Wie wird Patientinnen und Patienten in anderen Ländern geholfen, eine begründete Wahl zwischen den unübersichtlichen Angeboten des Gesundheitsmarktes zu treffen!

Die verschiedenen Themen sind verbunden durch die Absicht, Anstöße zu geben für eine Weiterentwicklung der deutschen Gesundheitspolitik: Gefordert wird vor allem eine stärkere Beteiligung der Patienten und Versicherten an den Entscheidungsstrukturen des Gesundheitswesens, wenn Deutschland den Anschluß finden will an fortschrittlichere Entwicklungen in Europa.

*Verbraucher Zentrale, Hamburg
Kirchenallee 22, D-20099 Hamburg*

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

28.11.1998, 10-14 Uhr, Köln/DAZ-Geschäftsstelle, Belfortstr.9: **DAZ-Ratssitzung** zur Diskussion neuer Initiativen nach dem Regierungswechsel

3./4.12.1998, Berlin: Kongreß **»Armut und Gesundheit«** (Tel. 030-25888338 o. 86413014)

16.12.1998, 20 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes: Treffen der DAZ-Studiengruppe Berlin/Brandenburg zum Thema **»Mundgeruch - Ursachen und Bekämpfung«**, Referent: Dr. Rainer Seemann

17.12.1998: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg

1.1.1999: Nach 1978 geborene sozialversicherte Patienten haben wieder Anspruch auf Zahnersatzzuschüsse!

13.1.1999, 20 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes: Treffen der DAZ-Studiengruppe Berlin/Brandenburg zum Thema **»Kompositmaterialien und ihre Adhäsivsysteme - Neuentwicklungen«**, Referent: Dr. Uwe Blunck

3.2.1999, 20 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes: Treffen der DAZ-Studiengruppe Berlin/Brandenburg zum Thema **»Dentinhaftmittel und Versorgung der Dentinwunden«**, Referent: Dr. Uwe Blunck

5.-7.2.1999, Berlin/ICC: Internationales

Forum der Zahnmedizin (incl. Berliner Zahnärztetag) mit Fachveranstaltungen und Dentalausstellung (Tel. 030-76180-630, Fax 030-76180-691, E-Mail: kongresse@quinline.com)

27.2.-6.3.1999, Feuerkogel/Oberösterreich: **DAZ-Skifreizeit mit Rhetorikseminar**, Info und Anmeldung s.S. 53.

8./9.5.1998, Frankfurt/Bürgerhaus Bornheim: DAZ-VDZM-Frühjahrestagung mit Fachvortrag von Prof. Dr. Georg Meyer, Universität Greifswald, zum Thema **»Dysfunktionsbedingte Erkrankungen des Kauorgans - Diagnostik, okklusale Initialtherapie, Aufbißbehelfe«** und gesundheitspolitischem Vortrag von Dr. Hermann Schulte-Sasse, Leiter der Abt. Krankenversicherung im Bundesgesundheitsministerium (angefragt)

17.-21.5.1999, Westerland: Fortbildungstagung zum Thema **»Zahnheilkunde 2000«** der ZÄK Schleswig-Holstein mit integrierter Helferinnen-Fortbildung und Dentalausstellung (Tel. 0431-3897280)

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

Das nächste DAZ-forum erscheint im Februar 1999, Redaktionsschluß: 10.1.99

Der DAZ stellt sich vor



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

Kooperation mit dem NAV-Virchow-Bund

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

Studiengruppen

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

Informationen

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

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

Hilfe für den Zahnarzt-Alltag

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

Standespolitik

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

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

Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinistudiums mit folgenden Veränderungen:

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

-Verkürzung der vorklinischen Ausbildung bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums

-Einbindung qualifizierter Praktiker in die Universitätsausbildung.

Delegation

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

Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

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

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz

- Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal

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

Qualität

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

- vermünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die KVZen

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

Impressum

Herausgeber: Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde DAZ im NAV-Virchow-Bund, Belfortstr.9, 50668 Köln. Tel. 0221 973005-45, Fax 0221 7391239
E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de

Redaktion, Irmgard Berger- Orsag, Dr. Roland Ernst, Dr. Ulrich Happ, Dr. Hanns-W. Hey, ZÄ Silke Lange, Dr. Eberhard Riedel, Dr. Till Ropers, Dr. 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 MEINDL-DRUCK GmbH, Gewerbestraße 72 82211 Herrsching



**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 4012228, Fax 4028686
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. H. Brosch, Ammerseestr.6,

82061 Neuried, Tel./Fax 089 7556341
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
Rheinhausen, Dr. Andreas Vahlenkamp,
Betzelstr.27, 55116 Mainz,
Tel. 06131 222218, Fax 06131 237294
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

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 DAZ-Frühjahrstagung

von DAZ und VDZM in Frankfurt/Main, Bürgerhaus Bornheim

Hiermit melde ich mich zur Tagung von DAZ und VDZM am 8./9. Mai 1999 an

- Ich bin niedergelassener Zahnarzt.....
- angestellter Zahnarzt.....
- Student.....
- Ich nehme am 8.5. teil.....
- Ich nehme an der DAZ-Ratssitzung, 9.5. teil.....
- Ich würde gerne Infos über den DAZ erhalten.....

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

Meine Adresse/ Tel./Fax

Belfortstraße 9
50668 Köln

Fax 0221 7391239

DIE NEUE ZAHNBÜRSTENGENERATION

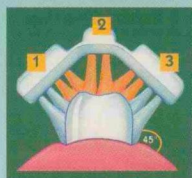
2 Neuheiten in der Prophylaxe :

SUPERBRUSH

Sie hat Köpfchen !



Sie reinigt
die 3 Zahnflächen
gleichzeitig



- Erhöhte und umfassendere Plaquerreduzierung (21 bis 27 %)¹
- Reinigung des Gingivalsaumes
- Einfache und schnelle Putztechnik

¹ Studie durchgeführt durch Dr. S. Zimmer, Zentrum für Zahnmedizin der Humboldt-Universität zu Berlin

Diese und weitere Prophylaxeprodukte sind erhältlich in Apotheken, Zahnfachgeschäften oder direkt bei uns :

Bestellung von mind. 24 Stück :

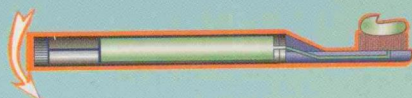
	Nettoeinkaufspreis zzgl. MWSt	Endverbraucherpreis	Bestellmenge
SUPERBRUSH	3,85 DM	6,95 DM	
TWIST&BRUSH	4,75 DM	8,20 DM	

TWIST&BRUSH 2 in 1

Ihre Taschenzahnbürste
ist immer dabei !



Mit
Zahngelpatrone
für 30 Anwendungen



Griff mit fluorhaltigem Zahngel für 30 Anwendungen

Bürstkopf mit abgerundeten Nylonborsten

Belüftete Kappe für eine perfekte Hygiene

- Praktisch für unterwegs
- Diskret in jeder Tasche
- Ideal für die Kieferorthopädie

Name + Adresse + Telefon bitte deutlich angeben !

DECTRA PHARM
Postfach 1138
77729 WILLSTÄTT



EINSETZEN UND PASST !

DIE PERFEKTE BISSNAHME MIT DEM IPR-SYSTEM.

COMPUTERGENAU UND REPRODUZIERBAR.



Mit dem IPR-System erweitern Sie den Leistungsbereich Ihrer Praxis und bekommen völlig neue funktionsdiagnostische und therapeutische Möglichkeiten.

KOSTENREDUZIERUNG:

Durch die exakte Vermessung der Kondylenposition im neuromuskulären Gleichgewicht stellen sich sehr schnell Erfolgserlebnisse auch bei komplizierten ZE-Arbeiten ein:

Einsetzen & paßt!

UMSATZSTEIGERUNG:

Durch die exakte, reproduzierbare Bestimmung der physiologischen Zentrik erhalten Sie therapeutische Möglichkeiten zur erfolgreichen Behandlung von:

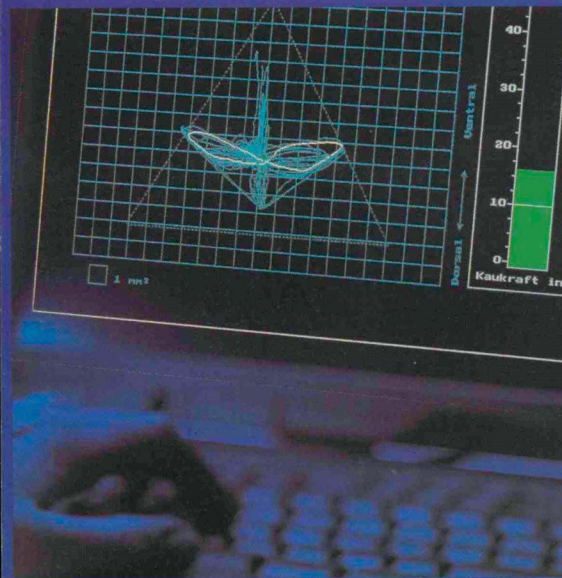
- Gelenkknacken
- Knirschen
- Tinnitus
- Spannungskopfschmerz
- Migräne

Für weitere Informationen:

Tel.: 04321-885-90

Fax: 04321-885-99

eMail: info@ipr-systems.com



GYSI - GANZ EASY



**INTRAORAL
PRESSUREDEPENDENT
REGISTRATION**