

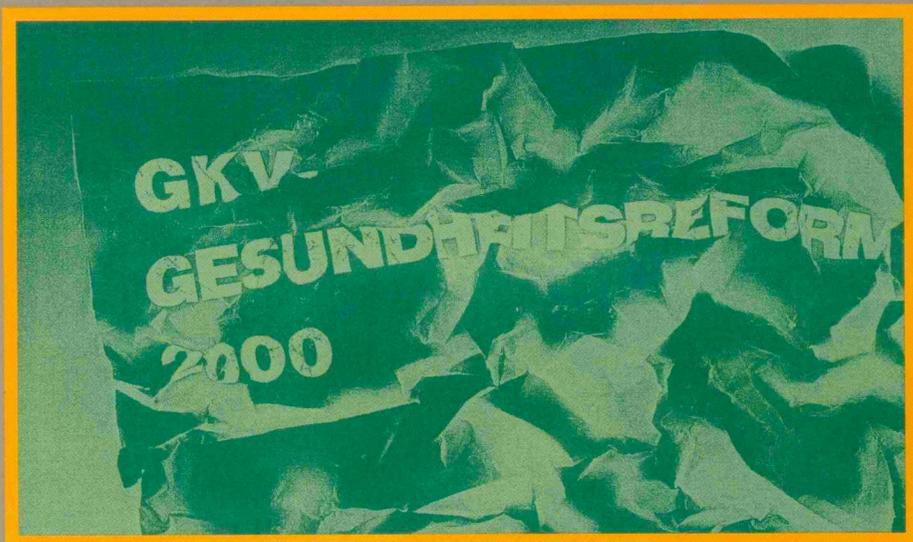
65

von Zahnärzten für Zahnärzte

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

**DAZ**  
**forum**

18. Jahrgang 2. Quartal 1999 Herausgeber DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde  
im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands



**Zahnärzte in Geiselhaft?**

**Niedersächsische  
Verhältnisse**

**Wie man in den Wald ruft...**

**Wieviel Betreuung  
braucht ein Patient?**

**Mit 2600kmh  
über die A 8**

**Stellungnahme zum  
Arbeitsentwurf**

**»GKV-Gesundheitsreform 2000«**

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

5 x

22397 Hamburg  
Thomas Murphy  
Poppenbütteler Chaussee45



# 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

---

<b>Editorial</b>	Zahnärzte in Geiselhaft?	2
<b>Gesundheitspolitik</b>	Gemeinsame Stellungnahme von DAZ - VDZM zu ausgewählten Paragraphen des Arbeitsentwurfes »GKV-Gesundheitsreform 2000« des BMG	5
	Frühjahrstagung DAZ - VDZM	
	Standespolitischer Teil: Die letzte Reform...	14
	Dysfunktionsbedingte Erkrankungen...	18
	Niedersächsische Verhältnisse	22
	Wie man in den Wald ruft	27
	Karibische Träume - ein Nachruf	30
<b>Prophylaxe</b>	Wieviel Betreuung braucht ein Patient?	34
	Mit einem Drittel des Aufwandes ...	40
	Kein Rückgang der Zahnkaries ohne Fluorid	43
	PsyDentNet	46
<b>Aus der Praxis</b>	Verhütung von Überempfindlichkeit	48
	Akupunktur aufs Praxisschild	50
<b>Aus Wissenschaft und Forschung</b>	Mit 2600 kmh über die A8	52
<b>Buchbesprechungen</b>		56
<b>Leserbriefe</b>		60
<b>Aus der Literatur</b>	Dichters Zahnweh	64
<b>Verbandsnachrichten</b>	Gesundheitsreform 2000	67
<b>Kleinanzeigen</b>		55,74
<b>Termine</b>		75
<b>Der DAZ stellt sich vor</b>		77
<b>Impressum</b>		78

---

## Zahnärzte in Geiselhaft?

### Zuallererst: Qualitätssicherung in die Gesundheitspolitik!

Das war ganz sicher kein verbaler Ausrutscher, was der Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium (BMG) Dr. Schulte-Sasse während der Frühjahrstagung von DAZ und VDZM am 8. Mai in Frankfurt verlauten ließ: Die Zahnärzte müssen sich von der Regierung als in Geiselhaft genommen betrachten. Dieses schlimme Bild paßt nahtlos zum Spruch des Bundesumweltministers Trittin: Die Zahnärzte müssen bluten wie das Zahnfleisch!

Ist das der neue Umgangston der Regierung mit uns? Was bilden sich eigentlich die frisch installierten Herren der Administration ein, wie man mit einem ganzen Berufsstand, mit Bürgern dieses Staates umgehen kann? Wieviel Neutralität und Sachlichkeit kann man von Leuten mit dieser arroganten Mentalität bei der Gestaltung sachgerechter Problemlösungen im Gesundheitswesen erwarten?

Andererseits kommen diese Verbalattacken nicht aus dem luftleeren Raum, sondern entstanden vor dem Hintergrund von Erfahrungen, die die Politik in den letzten Jahren mit der Zahnärzteschaft machen mußte: von Ehrenberg über Blüm und Hasselfeld bis Seehofer und Fischer wurden alle Gesundheitsminister mit einem immer aggressiveren zahnärztlichen Lobbyismus und herabsetzenden Verbalattacken konfrontiert, vor allem von Seiten der radikalen Repräsentanten des Freien Verbandes (FVDZ) (siehe hierzu S.27).

So verständlich deshalb das Bedürfnis der Politiker erscheinen mag, der unbotmäßigen Zahnärzteschaft kräftig zurückzugeben und den groben Klotz mit einem groben Keil zu bearbeiten - so sehr müssen Politiker und Staatsorgane davor gewarnt werden, die Entgleisungen weniger mit einer Pauschal-Disziplinierung aller Zahnärzte abzustrafen. Wenn es wahr ist, daß sich 30% der Kollegenschaft 1998 nicht an vereinbarte Honorarbegrenzungen gehalten haben, dann ist auch wahr, daß 70% (und das ist schließlich sogar mehr als die absolute Mehrheit) den vorgegebenen Rahmen eingehalten und sich damit sogar entgegen den Empfehlungen eigener Spitzenfunktionäre systemkonform und verantwortungsbewußt gezeigt haben.

Wer, wie die jetzige Regierung, immer wieder Qualitätssicherung in der Medizin einfordert, der muß bei der Formulierung neuer Gesetze selbst mit gutem Beispiel voran gehen. Bislang ist davon wenig zu erkennen: wie ist es z.B. zu erklären, daß das BMG den Zahnersatz noch immer für überbewertet hält? Die 1-2 Ministerialbeamten, die in das kasenzahnärztliche Leistungsgeschehen halbwegs eingearbeitet sind, müßten wissen, daß unsere Vergütungen seit 10 Jahren um 30% abgewertet worden sind, bei gleichzeitig stetig gestiegenen Betriebskosten! Wie kann es sein, daß dieses Ministerium jetzt die Gebühren für Tierärzte »der aktuellen Entwicklung anpassen wird, um der wissenschaftli-

chen, technischen und wirtschaftlichen Entwicklung im tierärztlichen Bereich Rechnung zu tragen« (siehe Kasten), dem zahnärztlichen Bereich, auf den

diese Begründungen identisch zutreffen, aber »die überfällige Anpassung« verweigert?

*Pressemitteilung des BMG, 28. April '99*

### **Gebühren für tierärztliche Leistungen werden der aktuellen Entwicklung angepaßt**

Die Bundesregierung wird die Gebühren für tierärztliche Leistungen der aktuellen Entwicklung anpassen. Das sieht der Entwurf der Gebührenordnung für Tierärzte vor, dem das Kabinett heute zugestimmt hat. In der neuen Gebührenordnung für Tierärzte wird der wissenschaftlichen, technischen und wirtschaftlichen Entwicklung im veterinärmedizinischen Bereich Rechnung getragen. Die derzeitige Fassung der Gebührenordnung für Tierärzte ist seit dem 01. April 1988 in Kraft. In den vergangenen 11 Jahren sind die Praxiskosten, vor allem auch die Personalkosten, erheblich gestiegen, so daß eine Anpassung überfällig war...

...Grundsätzlich gelten die einfachen bis dreifachen Sätze des Gebührenverzeichnisses. Ein zusätzliches, neues Kostenregulativ wird dadurch eingeführt, daß künftig sowohl die Überschreitung als auch die Unterschreitung dieses Gebührenrahmens nur im begründeten Einzelfall möglich sein soll. Dies muß vorher schriftlich vereinbart und begründet werden. Damit wird sowohl ungerechtfertigten Gebührenforderungen als auch einem ruinösen Wettbewerb zwischen tierärztlichen Praxen ein Riegel vorgeschoben...

Geiselhaftmentalität, Inkompetenz und Desinteresse sind, wie es scheint, auch der Hintergrund bei der generellen Bewertung zahnärztlicher Leistungen: Da ist selbst auf höchster Ebene im BMG unbekannt, daß der 1,7fache GO-Z Satz eben nicht 70% mehr ist als der Kassensatz, sondern sogar darunter liegt, z.B.:

**Untersuchung:** Bema 21.33 DM, GOZ 1,7 18.70 DM

**Am-Füllung 2-ft:** Bema 45.94 DM, GOZ 1,7 39.27 DM

**Stufenkrone:** Bema 244.09 DM, GOZ 1,7 243.10 DM

Wenn trotzdem der zuständige Ministerialbeamte - ein Volkswirt - »das Gefühl hat, daß der 1,7fache Satz hinkommt«, fließt dieses Gefühl qua Referentenentwurf möglicherweise in ein Gesetz - die Abgeordneten des Bundestags gehen schließlich davon aus, daß dieser Entwurf von Fachleuten erstellt ist.

Das Gesundheitsministerium ist aber nur ein Teil des Problems. Der andere besteht darin, daß sich die Universitäten betriebswirtschaftlich oder gar kassenwirtschaftlich geradezu autistisch verhalten. So erklärte ein Endodontie-Spezialist anläßlich eines Seminars: Man brauche für die lege artis Wurzelbehandlung eines 2-wurzigen Zahnes eben 2-3 Stunden. Man fragte ihn, wie man das als Kassenzahnarzt mit einem Festhonorar von 229.69 DM bei mind. 250 DM Betriebskosten pro Stunde realisieren soll. Der Professor: »betriebswirtschaftliche Aspekte interessieren mich nicht - das ist Ihr Problem«! So ist es...

Was haben Diskussionen über Budgets, Punktwerte und Komplexhonorare für

einen Sinn, bevor nicht die entscheidenden Fragen beantwortet sind?

**Wieviel wert ist jede einzelne zahnärztliche Leistung?**

**Und wieviel ist die Gesellschaft dafür zu zahlen bereit?**

Die erste Frage muß von Kassenzahnärzten und Hochschullehrern gemeinsam beantwortet werden, damit die Ansprüche der Wissenschaft den Realitäten der zahnärztlichen Normalpraxis angepaßt werden.

Die zweite Frage müssen Sozialpolitiker und Krankenkassen beantworten. Es ist ein beispielloser Skandal, daß die durch medizinische Fortschritte verursachten Kostensteigerungen einerseits und die Mindereinnahmen der Krankenkassen durch die Arbeitslosigkeit andererseits allein durch die Beschneidung ärztlicher Vergütungen und Budgets kompensiert werden, während die Verwaltungskosten der Krankenkassen inzwischen auf mehr als 10 Milliarden DM pro Jahr angestiegen sind.

In dieser Atmosphäre und unter diesen Voraussetzungen die notwendige Qualitätssicherung auch noch von uns selbst bezahlen zu lassen, ist absurd. Mit solcherlei Programm verliert die Administration auch die letzten gutwilligen Ärzte und Zahnärzte und treibt sie den Scharfmachern weiter in die Hände.

Dem Desinteresse der Politik an zahnmedizinischen Fragen, gepaart mit konzeptionsloser, aber immer hektischerer Regelungswut der Ministerialbürokratie und dem aufgeblähten Verwaltungsapparat der Krankenkassen mit einer gigantischen Formularflut stehen resignierte und hilflose Ärzte gegenüber. Dazwischen die ratlosen und verunsicherten Patienten, die den vielen Papie-

ren, die sie in die Hand bekommen, kaum noch etwas Nachvollziehbares entnehmen können.

Gute medizinische Leistungen können nicht unter Rahmenbedingungen erbracht werden, die von kollektivem Mißtrauen geprägt sind. Wenn das Gesundheitsministerium gesetzliche Vorgaben veröffentlicht, die in Diktion und Inhalt keinerlei Vertrauen in die Kompetenz und das Verantwortungsbewußtsein der Zahnärzte erkennen lassen, dann wird in Zukunft kein Behandler wesentlich mehr als das absolute Muß tun. Eine »Lex Schirbort« darf es deshalb nicht geben!

Andererseits müssen auch die Zahnärzte begreifen, daß die Behandlung der gesetzlich Versicherten nicht am Staat vorbei im rechtsfreien Raum stattfinden kann. Der Berufsstand braucht für diese gedankliche Neuorientierung eine neue Standesführung, die in konstruktiver Zusammenarbeit mit den Sozialpartnern die Interessen der Normalpraxis vertritt. Dr. Schirbort ist dafür ebenso ungeeignet wie der Vorstand der bayerischen KZV. Die Kritik des ehemaligen DAZ-Vorsitzenden an Schirborts niedersächsischem Sumpf hat diesen dazu veranlaßt, dem Kollegen Ernst eine Unterlassungsklage anzudrohen. Daß dessen Vorwürfe jedoch der Wahrheit entsprechen, zeigt noch einmal die detaillierte Darstellung der »Niedersächsischen Verhältnisse« auf Seite 22.

Eine Neuorientierung weg von Schirborts Radikalkurs ist jedoch nur dann möglich, wenn die Regierung den Zahnärzten vernünftige Arbeitsbedingungen gewährt, statt sie in Geiselhaft zu nehmen.

*Dr. H.-W. Hey, München*

**Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde  
im NAV-Virchow-Bund, Belfortstr. 9,  
50668 Köln**, Tel. 0221-97300545, Fax -7391239

**Vereinigung Demokratische Zahnmedizin  
Adenauerallee 51, 53113 Bonn**  
Tel. 0228-211296, Fax -2420754

*Der Vorstand des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, hat beschlossen, umfassend über seine Positionen im aktuellen politischen Geschehen zu informieren. Im folgenden veröffentlichen wir ungekürzt die:*

## Gemeinsame Stellungnahme zu ausgewählten Paragraphen des Arbeitsentwurfes »GKV-Gesundheitsreform 2000« des BMG vom 30.4.1999\*

### Bereich Vertragszahnärztliche Versorgung

#### Vorbemerkung

Der aktuelle Arbeitsentwurf des Bundesministeriums ist getragen von der Absicht, Prävention, Frühbehandlung und Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde größeres Gewicht zu verleihen. Diese Zielsetzungen werden auch von der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e.V. (VDZM) und dem Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund seit langem propagiert und darum sehr begrüßt.

Wenn der Entwurf dennoch schon jetzt, bevor die Diskussion um Inhalte überhaupt begonnen hat, unter Zahnärzten auf erheblichen emotionalen Widerstand stößt, dann deswegen, weil es so erscheint, als könnte darin in verschiedenen Einzelheiten eine Nachreaktion

in Fortsetzung der unerfreulichen Auseinandersetzungen des vergangenen Jahres zu erkennen sein (»**Lex Schirbort**«).

DAZ und VDZM appellieren an den Gesetzgeber, die in der folgenden gemeinsamen Stellungnahme angeführten sachlichen Gesichtspunkte zu berücksichtigen sowie einige angesprochene Regelungen zu überdenken, um die **Akzeptanz** des gesamten Reformwerkes bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten, die dies schließlich in ihrem Bereich umsetzen müssen, nicht unnötig zu gefährden. Die Mehrheit der gutwilligen Zahnärzte und damit auch ihre Patienten dürfen nicht bestraft werden für politisch instinktlose Aktivitäten der zahnärztlichen Standesführung in der Vergangenheit. Vielmehr gilt es, durchaus vorhandene konstruktive Ansätze in der Zahnärzteschaft zu unterstützen. Wir wollen dazu beitragen, ein **positives Reformklima** zu schaffen und in einen **fairen Prozeß** der Auseinandersetzung und Konsensfindung einzutreten.

\* Abrufbar im Internet unter:  
(<http://www.bmggesundheit.de>)

## § 21 Gruppenprophylaxe

Positiv zu werten ist, daß die Gruppenprophylaxe ausgeweitet werden soll auf bis zu 16jährige Jugendliche in Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist. Auf diese Weise kann »aufsuchende«, strukturierte und zielorientierte Prophylaxe organisiert werden. Das ist bei den Jugendlichen sicherlich anspruchsvoller als bei den Kindern, ist aber umsetzbar und sehr notwendig.

Die vorgesehene Verpflichtung der Krankenkassen auf »Flächendeckung« der Gruppenprophylaxe könnte in vielen Fällen zu reinen Alibi-Betätigungen ohne Präventionseffekt führen. DAZ und VDZM schlagen dagegen eine **Verpflichtung der Beteiligten auf Ziele, Qualität und Professionalität der Gruppenprophylaxe** vor. Wichtig ist, Rechtssicherheit für den besonders effizienten Einsatz von Hilfspersonal zu schaffen.

Außerdem sprechen sich DAZ und VDZM dafür aus, weitere präventionsbedürftige Gruppen einzubeziehen. Deren Betreuung kann effizient durchgeführt werden. So sollte eine aufsuchende Prophylaxe auch in Seniorenheimen und anderen Einrichtungen stattfinden und weitgehend von Prophylaxepersonal durchgeführt werden. Eine im Vergleich zur Gruppenprophylaxe ineffiziente Individualprophylaxe kann dort entfallen.

Am wesentlichsten ist jedoch die Forderung nach einer zusätzlichen Schwerpunktsetzung, nämlich die Gruppenprophylaxe analog § 20 SGB V zur umfassenden Mundgesundheits-Förderung zu erweitern und damit nicht mehr nur »Krankheitsverhütung« anzustreben,

sondern einen neuen Akzent in der »Verhaltensprävention« zu setzen.

### **Vorschlag: § 21 Absatz 1 wird wie folgt geändert:**

a) In Satz 1 entfällt die Altersbeschränkung.  
b) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

»Die Maßnahmen werden bedarfsgerecht und zielorientiert in Gruppen, vorrangig bei Versicherten, die das **sechzehnte Lebensjahr** noch nicht vollendet haben, in Tageseinrichtungen, Kindergärten und Schulen durchgeführt. Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, sollen besonders betreut werden. Darüber hinaus können die Maßnahmen auch bei Versicherten **anderer Altersgruppen** in Seniorenheimen und anderen betreuten Wohn- und Tageseinrichtungen sowie in Betrieben und vergleichbaren Einrichtungen durchgeführt werden. Die Maßnahmen haben sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung und Mundgesundheits-erziehung zu erstrecken. Für Zahnschmelzhärtung und Mundgesundheits-erziehung können Fachhilfskräfte unter zahnärztlicher Leitung eingesetzt werden. Die Maßnahmen der Mundgesundheitsförderung haben auf die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse und die Vernetzung bestehender Strukturen sowie die Einbeziehung von Berufs- und Personengruppen, welche zur Förderung der Zahngesundheit beitragen können, hinzuführen. Darüber hinaus sind örtliche Bedarfsermittlung, Zielplanung, Gesundheitsberichterstattung und Auswertung vorzunehmen. Die örtli-

che Abstimmung über die zu treffenden Maßnahmen ist zu fördern.

Eine umfassende Begründung dieser Gesetzesvorschläge findet sich in der Zeitschrift »der artikulatur« Nr. 67, 2/99.

## § 22 Individualprophylaxe

Um eine ineffiziente »Gießkannen-Prophylaxe« im Erwachsenenbereich zu vermeiden, sollte der Bundesausschuß beauftragt werden, eine Einführung von Erwachsenenprophylaxe unter besonderer Berücksichtigung der Anspruchsbeziehung und des Leistungsinhalts nach evidenzbasierten und sozialmedizinischen Gesichtspunkten vorzunehmen.

**Vorschlag: § 22 wird in Absatz 4, Satz 1 wie folgt gefaßt:**

»(4) Versicherte, die das 16. Lebensjahr vollendet haben und ein besonders hohes Karies- oder Parodontitisrisiko aufweisen, haben bis zur **Vollendung des 21. Lebensjahres Anspruch auf individualprophylaktische Leistungen.**«

## § 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

Im Arbeitsentwurf bleibt die geltende Formulierung zur Mehrkostenregelung bei Zahnfüllungen richtigerweise erhalten. Sie wird aber durch § 87 b (s. unten!) mit der **Begrenzung** der Mehrkosten für Mehraufwand auf den **1,7fachen** GOZ-Satz zumindestens für geschichtete Kunststofffüllungen in Säure-Ätztechnik **ad absurdum** geführt. Die Regelung des § 87 b nach dem Arbeitsentwurf würde diese Honorare im Vergleich zum heutigen Status ungerechtfertigterweise **halbieren(!)**. Immerhin

basiert die heutige Honorarhöhe bereits auf analogen BEMA-Positionen (13e bis 13g), die aufwandsgerecht durch Schiedsgerichtsentscheidung unter neutralem Vorsitz festgelegt wurden.

**Vorschlag: § 28 Absatz 2 Satz 2-8 in bisheriger Gesetzesfassung belassen, § 87b ändern, (siehe unten).**

## § 29 Kieferorthopädische Behandlung

Die Ergänzungen sind zu begrüßen.

## § 30 Zahnersatz

Große Teile der Zahnärzteschaft haben in der Vergangenheit zurecht kritisiert, daß bei außervertraglichen Implantatversorgungen auch die Suprakonstruktion von den Krankenkassen nicht bezuschußt werden konnte. Die vorgesehene Regelung bietet dem Bundesausschuß die Chance, diesem unbefriedigenden Zustand abzuweichen. Um einer Kostenlawine vorzubeugen, sollten die Richtlinien für eine Bezuschussung hier die in dieser Situation in Frage kommende konventionelle Zahnersatzversorgung zugrunde legen (z. B. Totalprothese bei zahnlosem Kiefer) und dabei auch die Gewährleistung regeln.

**Vorschlag: In § 30 Absatz 4 wird als Satz 6 angefügt:**

»Für eine Bezuschussung von Suprakonstruktionen ist die für diese Situation herkömmliche Versorgungsform ohne Implantatpfeiler zu Grunde zu legen nach Richtlinien, die der Bundesausschuß erstellt.«

## § 79 »Professionalisierung« der zahnärztlichen Selbstverwaltung

**Die Einführung des Verhältniswahlrechts wird** als überfällige Demokratisierung der zahnärztlichen Körperschaften **begrüßt**.

Wenn mit der »Professionalisierung« eine bessere **Disziplinierung** von als »unbotmäßig« empfundenen ehrenamtlichen KZVen beabsichtigt ist, sollte man das auch sagen. Allerdings stellt sich die nüchterne Frage, worin der Effizienzgewinn der vorgesehenen weitreichenden Umstrukturierung tatsächlich liegen soll, bzw. ob nicht die große Gefahr besteht, daß eher genau das Gegenteil erreicht wird.

Für die Zahnärzteschaft gilt, daß berufsintern bereits heute die geplanten »hauptamtlichen« KZVen vorrangig als ein verlängerter Arm der Aufsichtsbehörden gesehen und empfunden werden, die keinesfalls mehr die Interessen der zahnärztlichen Basis vertreten.

Der erweiterte Bundesvorstand des Freien Verbandes (FVDZ) hat am 27.3.99 einen Unvereinbarkeitsbeschluß gefaßt, der eine hauptamtliche Tätigkeit in einer KZV und eine Mitgliedschaft im FVDZ für ausgeschlossen erklärt. Überall sprießen eingetragene Vereine aus dem Boden, die vorwiegend von den sogenannten Hardlinern der Zahnärzteschaft initiiert werden, aber auch bei moderaten Kolleginnen und Kollegen Anklang finden durch den Hinweis auf die von Rot-Grün vorgesehene »Entmachtung der Selbstverwaltung« und die daraus resultierende Notwendigkeit zum Aufbau von »Gegenstrukturen«.

Bei den immensen Aufgaben, die das Reformgesetz begrüßenswerterweise in die Hände der Selbstverwaltung delegieren will, halten wir die absehbare Isolierung und damit Blockade der

**»professionalisierten« KZVen, die jegliche Akzeptanz in der Kollegenschaft verlieren werden, für absolut kontraproduktiv.** Alle moderaten Ansätze, die sich zur Zeit und zum ersten Mal nach vielen Jahren ideologischer Verkrustung in etlichen »ehrenamtlichen« KZV-Bereichen herausbilden, würden auf einen Schlag beendet sein. Eine Umsetzung des kommenden Gesetzes würde sich in einer Flut von Ersatzvorhaben und endlosen Streitereien verlieren.

Entgegen den bei Bündnis 90/Die Grünen und der SPD vorherrschenden Auffassungen sind übrigens auch bei den Ärzten mehr Skepsis und Widerstände als Unterstützung für eine »Professionalisierung« in deren Bereich zu erkennen. Das im ärztlichen Bereich bestehende Problem gelegentlicher Lähmung der Körperschaften durch widerstrebende Partikularinteressen wird durch hauptamtliche Vertreter bestenfalls zementiert. Befürworter dürften selbst wiederum partikularistisch motiviert sein.

Im übrigen sei darauf verwiesen, daß anders als bei den Krankenkassen, wo die Vertreterversammlung (VV) jeweils nur eine Institution vertritt, die VV bei den Zahnärzten die Interessen von jeweils bis zu mehreren tausend Einzelpraxen vertritt. Die heute vorhandene und wahrgenommene **parlamentarische Funktion der KZVen, auseinanderstrebende Meinungen innerhalb der Vertragszahnärzteschaft auszugleichen, einzubinden und auch zu disziplinieren**, würde nur noch eine sehr begrenzte Wirkung entfalten können, wenn die durch ehrenamtliche Vorstände und repräsentative Vertreterversammlungen garantierte Meinungsviel-

falt sowie Orts- und Praxisnähe der Funktionsträgerinnen nicht mehr gegeben wäre.

**Vorschlag: § 79 wird gestrichen oder abgeändert:**

*Die entsprechenden Vorschriften über die »Hauptamtlichkeit« und damit verbundene Verkleinerung der Vorstände sind zu streichen oder es sind zumindest weitgehende, eventuell fachspezifische, jedenfalls durch die Satzungen der Körperschaften selbst zu regelnde Abweichungen zuzulassen.*

**§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab**

Die Neuformulierung des BEMA nach dem Kriterium der für die einzelnen Leistungen **erforderlichen Arbeitszeit** ist zu begrüßen und entspricht Regelungen, die z.B. in der Schweiz und in den Niederlanden bereits seit längerem existieren. Das Zeitziel ist mit 18 Monaten realistisch definiert unter der Voraussetzung einer konstruktiven Arbeit im Bundesausschuß.

Was nicht den Regelungen in den genannten Nachbarländern entspricht, ist die fehlende Berücksichtigung einer ausreichenden **betriebswirtschaftlichen Basis zahnärztlicher Praxen**, z.B. orientiert an einer Modellpraxis. Stimmige Zeitrelationen bestimmter Leistungen zueinander bleiben solange ein Muster ohne Wert, wie die nach Budgets ausgerichteten Honorare eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung **unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten** nicht erlauben.

Zusammenfassungen zu Leistungskomplexen können sinnvoll sein, dürfen aber

nur dort Anwendung finden, wo wichtige qualitätssichernde Einzelleistungen nicht verloren gehen. Auf jeden Fall sind **detaillierte Leistungsbeschreibungen unabdingbar**.

**Vorschlag: In § 87 wird in dem neu vorgesehenen Absatz 2c Satz 1 wie folgt formuliert:**

*»(2c) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen können zu Leistungskomplexen zusammengefaßt werden, sofern damit nicht die Qualitätssicherung gefährdet wird.«*

Satz 3 wie folgt:

*»Bei der Festlegung der Bewertungsrelationen ist wissenschaftlicher Sachverstand einzubeziehen und die betriebswirtschaftliche Angemessenheit zu berücksichtigen.«*

**§ 87 a Honorarverteilungsmaßstab**

Die Regelungen zum Honorarverteilungsmaßstab sind eindeutig auf Budgets abgestellt, die als strukturelle Maßnahme abzulehnen sind, ja sogar sinnvolle Strukturänderungen blockieren.

Ansonsten spiegeln die vorgesehenen Maßnahmen die heute in vielen KZV-Bereichen praktizierte Honorarverteilungsrealität wider. Zu begrüßen ist, daß **Regelleistungsvolumina zu festen Punktwerten** vergütet werden sollen, was im Gegensatz zu floatenden Punktwerten eine gewisse Planungssicherheit schafft.

Nicht einsehbar ist, daß die **Kostenträger** ein Mitspracherecht bei der Honorarverteilung erhalten sollen. Das schafft nur böses Blut. Bei der weitgehenden Regulierung durch den vorlie-

genden Entwurf reicht es aus, wenn die Krankenkassen »ins **Benehmen** zu setzen« sind.

**Vorschlag: § 87a Absatz 1. ändern:**

*Im Absatz 1 sind diejenigen Passagen zu streichen, die eine »einheitliche und gemeinsame Vereinbarung« über die Honorarverteilung mit den Krankenkassen fordern. Die Krankenkassen sind von den KZVen »ins Benehmen zu setzen«.*

**§ 87 b Zahlungsanspruch bei Mehrkosten**

Die Begrenzung für Mehrkosten bei Mehraufwand auf den 1,7fachen GOZ-Satz bedeutet praktisch, daß vom Gesetzgeber die Existenz von Mehrleistungen über den BEMA hinaus negiert wird.

Da inzwischen als bekannt vorausgesetzt werden kann, daß aufwendigere, aber durchaus sinnvolle und versicherten- und präventionsorientierte Leistungen außerhalb des BEMA Bestandteil einer zeitgemäßen zahnärztlichen Versorgung sind, wird mit einer Honorarlimitierung für solche Mehrleistungen auf den **1,7fachen GOZ-Satz, der weitgehend dem BEMA-Niveau entspricht**, deren Erbringung zum Wohle der Versicherten betriebswirtschaftlich unmöglich gemacht.

Insgesamt wird erneut angeregt, die Kombination von vertraglichen und außervertraglichen Versorgungsleistungen durch **Komplexzuschüsse** zu vereinfachen.

**Vorschlag: In dem neuen § 87 b werden die Sätze 2 und 3 wie folgt formuliert:**

»Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicher-

ten ist bei den für diese Mehrkosten zugrunde liegenden Leistungen solange auf die Regelsatz-Regularien der Gebührenordnung für Zahnärzte begrenzt, bis der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen differenzierte Mehrkosten-Obergrenzen für verschiedene Leistungskomplexe festgelegt hat«.

**§ 92 Richtlinien der Bundesausschüsse**

Die Ergänzung ist zu begrüßen.

**§ 103 Zulassungsbeschränkungen**

Die Idee, Praxen in zulassungsbeschränkten Regionen bei Erreichen der Altersgrenze, Tod des Praxisinhabers, Verzicht usw. auf Antrag z.B. der Krankenkassen zu schließen und an den ehemaligen Inhaber/die Erben eine »am Verkehrswert bemessene Entschädigung« zu zahlen, mag unter der Voraussetzung einer objektiven Praxiswertermittlung diskutabel sein. Durch eine Praxisschließung werden jedoch zweifellos und ausschließlich die Kostenträger begünstigt. Es entbehrt daher jeder Logik, wenn die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen über die Beiträge ihrer (zahn)ärztlichen Zwangsmitglieder die Hälfte dieser Entschädigung finanzieren sollen.

**Vorschlag: § 103 insgesamt streichen oder zumindest Absatz 4 Satz 2 ändern:**

»Die Kosten werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen getragen«.

**§ 106 Wirtschaftlichkeitsprüfung**

Zahnersatzversorgungen und kieferorthopädische Behandlung sind vor Be-

handlungsbeginn genehmigungsbedürftig. Der Kostenträger hat alle Möglichkeiten, Indikation und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen oder im Rahmen des Begutachtungsverfahrens überprüfen zu lassen. **Die Genehmigung des Heil- und Kostenplans mit Zuschußfestlegung beinhaltet demzufolge die Anerkennung der Indikation.** Eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung ist damit systemwidrig und abzulehnen.

#### **Vorschlag: zu § 106:**

*In § 106 ist klarzustellen, daß bei genehmigungspflichtigen Versorgungslösungen wie Zahnersatz und Kieferorthopädie die Indikation und Wirtschaftlichkeit im Verfahren der Genehmigung zu klären ist und nicht der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegt.*

#### **§ 106 a Abrechnungsprüfung**

Die unter dem Begriff »Tagesprofile« zu subsummierenden Arbeitsentwürfe kollidieren für den zahnärztlichen Bereich mit den vorgesehenen Bestimmungen des neuen Absatzes 2c des § 87. Dort ist eine Neufassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gefordert. Dieser begrüßenswerte Ansatz ist mit einem realistischen Zeitziel von 18 Monaten, also dem 30.6.2001, versehen.

Dagegen soll der § 106 a mit seinen Überprüfungen plausibler Leistungsmengen pro Tag bereits zum 30.3.2000 greifen.

Die Bestimmung »**plausibler Leistungsmengen**« zu diesem Zeitpunkt kann

daher nur nach **subjektiven Einschätzungen einzelner** Beteiligter oder Institutionen vorgenommen werden, was sich bei seriöser Herangehensweise verbieten sollte.

#### **Vorschlag: im § 106a Absatz 2 die Befristungswidersprüche bereinigen:**

*Im § 106a ist der Befristungszeitpunkt realistischerweise auf den 30.12.2001 zu legen oder entsprechende Ausnahmeregelungen zu formulieren für diejenigen Bereiche, die mit anderen Befristungen kollidieren (s. § 87 2c).*

#### **§ 135 Qualitätssicherung**

Die Neufassung ist grundsätzlich zu begrüßen.

Eine mögliche Mängelbegutachtung über den zweijährigen Gewährleistungszeitraum hinaus trägt der Tatsache Rechnung, daß sich auch grundlegende Mängel an Zahnersatz häufig erst nach Ablauf der zweijährigen Gewährleistungspflicht subjektiv manifestieren. In diesen Situationen blieb den Versicherten bisher nur der bekanntermaßen ausgesprochen hindernisreiche Weg einer privatrechtlichen Auseinandersetzung oder die resignative Einwilligung in eine ggf. kostenträchtige Erneuerung des Zahnersatzes.

Die Neuregelung ermöglicht den Krankenkassen eine längerfristige Schutzfunktion für ihre Versicherten und reduziert im Konfliktfall unbürokratisch und im Rahmen des vertraglichen Gutachterwesens aufwendige, juristisch initiierte Beweissicherungsverfahren.

Die Förderung von vertraglichen Vereinbarungen mit definierten Qualitätszielen zwischen Krankenkassen und Zahnärz-

ten (Stichwort: Verlängerung der Gewährleistung) bietet Möglichkeiten für neue Strukturen. Ausdrücklich sind als primäre Vertragspartner die Landesverbände der Krankenkassen und die entsprechenden KZVen benannt und erst in zweiter Linie auf zahnärztlicher Seite Gruppen oder Einzelpersonen, was das Streben einiger Krankenkassenverbände nach Einzelverträgen deutlich relativiert. Die **Mitwirkungspflicht der Versicherten** bei solcherart Verträgen müßte eindeutig geregelt werden, nicht zuletzt um Mechanismen der Patienten-selektion zu vermeiden.

**Vorschlag: § 135 Absatz 2 als vorletzter Satz wäre einzufügen:**

*Die Mitwirkung der Versicherten ist dabei zu beschreiben und auf freiwilliger Basis zu verwirklichen.*

### § 142 Globalbudget

Prinzipiell ist eine Budgetierung abzulehnen, da sie bereits durch ihre Existenz jegliches wirtschaftliche Interesse der Krankenkassen, bei den dringend notwendigen zielgerichteten Strukturveränderungen mitzuwirken, weitgehend reduziert. Das gilt auch für das neue Element »Globalbudget«.

Darüber hinaus liegt der gesamte Gestaltungsspielraum für das Globalbudget bei den Krankenkassen, was zu sehr einseitig motivierten und wenig kontrollierbaren Veränderungen der »Unterbudgets« für bestimmte Leistungsbereiche führen kann.

Als zentrales gesetzgeberisches Motiv für das Globalbudget wird genannt, es ginge darum, die Kooperation zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen

zu verbessern und dafür zu sorgen, daß »das Geld der Leistung folgt«. Die Zahnmedizin bildet allerdings einen weitgehend separaten Block innerhalb des Gesundheitswesens mit wenig kostenrelevanten Überschneidungen zu anderen ärztlichen Fachrichtungen, Kliniken und Ordnungsstrukturen. Von daher wäre - wenn denn ein Globalbudget realisiert werden sollte - ein **sektorales (Global)budget Zahnmedizin** die dafür angemessene Struktur. Dieses sollte in toto zur Verfügung gestellt und auf die **einzelnen Länder-KZVen** heruntergebrochen werden, da konstruktive Ansätze zur **Steuerung des Leistungsge-schehens am ehesten auf dezentraler Ebene zu erwarten sind.**

Grundsätzlich gilt: anstatt Budgets zu etablieren und vermutlich zu zementieren, sollte der **gemeinsamen Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen** besser ausdrücklich die gemeinschaftliche Verantwortung für die **Steuerung der Leistungsmenge** übertragen werden, was durchaus auch zu einer einverständlichen Neudefinierung der Leistungskataloge und verbesserten Honorarverteilung führen kann.

**Vorschlag: § 142 streichen oder Zielsetzung ändern:**

*Anstelle von § 142 »Globalbudget« wäre allenfalls ein § xxy »Mengensteuerung« denkbar, der die Vertragsparteien zur Beobachtung und gemeinschaftlichen Verantwortung für die Mengenentwicklung sowie zu deren sachgerechter Steuerung unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten des Vertragsrechts, insbesondere der Leistungsbeschreibung und der Honorarverteilung, verpflichtet.*

## § 275 a Medizinischer Dienst

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) wird durch die Erweiterungen des § 275 a, besonders aber auch durch den neu formulierten § 275 b, der umfangreiche Datensammlungen durch den MDK vorsieht, zu einer **bürokratischen Mammutbehörde**.

Mit dem deutlich erweiterten Aufgabebereich des MDK wird etlichen Zuständigkeiten der gemeinsamen Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen der Boden entzogen.

VDZM und DAZ plädieren dafür, daß der MDK nur dort Aufgaben von der gemeinsamen Selbstverwaltung übernehmen soll, wo sich diese Selbstverwaltung nicht in der Lage zeigt, ihren Aufgaben im gegenseitigen Einvernehmen nachzukommen.

Exemplarisch zu erwähnen sind hier die Wirtschaftlichkeitsprüfungen und besonders das vertragliche Gutachterwesen, das zwar in der weiteren Vergangenheit nicht besonders effizient gewesen ist, sich in vielen KZV-Bereichen aber eindeutig auf dem Weg der Besserung befindet, beispielsweise in der Beschreibung der erforderlichen Gutachterqualifikation.

Gesichert ist im Vergleich zum MDK, der eine bessere Qualifikation seiner Gutachter bisher auch noch nicht nachgewiesen hat, daß das vertragliche Gutachter- und Schlichtungswesen durch seine »kurzen Wege«, unkomplizierten Verfahren und preiswerten Abläufe nicht nur dem Patientenschutz am ehesten nützt, sondern aufgrund der unbedingt notwendigen Praxishöhe der Gutachterinnen, dokumentiert durch langjährige und aktuelle eigene Praxistätig-

keit, auch eine hohe Akzeptanz in der Kollegenschaft und bei den Krankenkassen findet.

### **Vorschlag: Änderungen im § 275 vornehmen:**

Für die **Regelbegutachtung** unkomplizierter Fälle insbesondere im Bereich Zahnersatz und Kieferorthopädie ist das **vertragliche Gutachterwesen** zu bevorzugen, während der **MDK** durchaus einen Beitrag bei der Beurteilung **sozialmedizinisch komplexer Fälle** leisten kann. Nur wo das Gutachterwesen der gemeinsamen Selbstverwaltung die zu begutachtenden Fälle nicht im Hinblick auf die medizinische Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit beurteilen kann oder will oder die Qualität der Gutachten zu wünschen übrig läßt, sollte der Medizinische Dienst diese Aufgaben übernehmen. An dessen Gutachter sind die **gleichen Qualifikationsanforderungen wie beim Vertragsgutachterwesen** im Hinblick auf **langjährige Praxistätigkeit, nachgewiesene Fortbildung, sozialmedizinische Kenntnisse und Erfahrungen auf dem zu beurteilenden Gebiet** zu stellen.

Mai 1999

Wolfram Kolossa,  
Vorsitzender des DAZ

Dr. Angela Demmer,  
Vorsitzende der VDZM

## Die letzte Reform - in diesem Jahrtausend

**Am 8. Mai fand in Frankfurt / Main die traditionelle gemeinsame Frühjahrstagung des DAZ im NAV-Virchow-Bund und der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin VDZM statt. Wir berichten im Folgenden zunächst vom berufspolitischen Teil der Veranstaltung.**

Zum 6. Mal trafen sich am 8. Mai 1999 in Frankfurt Mitglieder von DAZ im NAV-Virchow-Bund, Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) und weitere Zahnärzte und Nichtzahnärzte zur traditionellen gemeinsamen Frühjahrstagung beider Verbände. Während nachmittags fachliche Highlights auf die Teilnehmer warten, ist der Vormittag meist einem politischen Thema gewidmet. In diesem Jahr stand die geplante Strukturreform auf dem Programm.

Das Timing der Tagung hätte besser nicht sein können. Nach soeben erfolgter Veröffentlichung des ministeriellen Arbeitsentwurfes stand Dr. med. Schulte-Sasse als Referent zur Verfügung, seit dem Regierungswechsel Abteilungsleiter Krankenversicherung im Bundesgesundheitsministerium (BMG). Er war vielen Teilnehmern noch aus früheren Funktionen (u.a. Stabsabteilung Politik beim AOK-Bundesverband, Gesundheitsreferat Stadt München) oder als aktives Mitglied der Vereinigung Demokratischer Ärztinnen und Ärzte bekannt. Mit Befriedigung stellte der DAZ-Vorsitzende Wolfram Kolossa bei der Begrüßung fest, daß bei der Berufung des Internisten Schulte-Sasse das Ministerium endlich einmal der Aufforderung gefolgt sei, ärztlichen Sachverstand auf höheren Ebenen zu beteiligen.

### **Globalbudget soll mehr Flexibilität bringen**

Schulte-Sasse skizzierte zunächst grundlegende Positionen des neuen Gesetzes. Die Regierung geht davon aus, daß die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf absehbare Zeit zur Realisierung einer Versorgung auf hohem Qualitätsniveau ausreichen müssen. Vor Erschließung neuer Geldquellen müßten zunächst die Ineffizienzen im System beseitigt werden; Instrument hierzu ist das von den Kassen zu verantwortende Globalbudget (Ausgaben  $\leq$  Einnahmen). Erreicht werden soll mit dem Globalbudget mehr Flexibilität in der Zuweisung der Mittel zu den einzelnen Bereichen. Bezogen auf die reale deutsche Gesundheitslandschaft muß der seit Jahren finanziell expandierende stationäre Sektor gebremst und sein GKV-Anteil zugunsten der übrigen Bereiche, u.a. zugunsten des neu entstehenden Integrationssektors, verringert werden.

Neben dem Abbau unnötiger Leistungen durch bessere Verzahnung will die Koalition mit ihrem Gesetz generell die medizinische Qualität verbessern. Als wichtigen Schritt hierzu sieht sie die Entwicklung von Leitlinien, mit denen die Leistungen stärker als bisher am „state of

the art“ orientiert und Prozeß- und Ergebnisqualität erfaßbar gemacht werden sollen.

### **Neue Regelungen für die Zahnmedizin**

Besondere Aufmerksamkeit erregte bei den überwiegend zahnärztlichen Hörern der Abriß der die Zahnmedizin betreffenden Paragraphen des BMG-Arbeitsentwurfes. Mit dem Bekenntnis zur Prophylaxe, den begrenzten Erweiterungen im Implantatbereich, der Absicht, neue Verfahren automatisch durch die Bundesausschüsse prüfen zu lassen, der geplanten stärkeren Befund- und Richtlinienorientierung in der Kieferorthopädie stieß der Ministeriumsvertreter auf positive Resonanz. Als besonders bedeutsam angesehen wurde das Vorhaben der Regierung, den gesamten Kassenkatalog (BEMA) zu überarbeiten und neue Leistungsbewertungen aufgrund wissenschaftlich fundierter Zeitmeß- und Aufwandsstudien zu entwickeln – Vorstellungen, die seit Jahren von DAZ und VDZM vertreten und in den letzten Monaten wiederholt an das Ministerium herangetragen wurden.

Zu hoffen ist, daß diese Studien u.a. mit dazu beitragen, hartnäckige Vorurteile abzubauen: Ministerin Andrea Fischer oder in Frankfurt auch Dr. Schulte-Sasse behaupteten mehr als einmal, daß Zahnersatz und Kieferorthopädie erheblich überbewertet seien.

### **GOZ-Begrenzung auf 1,7 – völlig beliebig?**

Auf Vorurteile trifft man auch bei Diskussionen über die private Gebühren-

ordnung GOZ. Immer wieder wird von Außenstehenden fälschlicherweise angenommen, der GOZ-Faktor 1,0 sei der Normalfall und entspreche dem Kassenhonorar (siehe Beispiele im Editorial). Dr. Schulte-Sasse und der für die Zahnversorgung zuständige Ministerialrat Rüdiger Saekel kennen die Bedeutung der GOZ-Faktoren. Sie wissen, was sie tun, wenn sie im neuen Gesetz beim Thema Mehrkostenregelung und bei der Honorarfestlegung für Standardtarif-Versicherung (PKV) genau die magische 1,7-GOZ-Begrenzung wählen, die im letzten Jahr schon zu heftigen Auseinandersetzungen geführt hat. Beim unter Seehofer beschlossenen Festzuschußsystem hatte die zahnärztliche Seite (die KZBV) diese Begrenzung vorgeschlagen – allerdings nur als Übergangslösung für zwei Jahre. Denn – und dies wurde Dr. Schulte-Sasse in Frankfurt von verschiedenen Diskutanden entgegengehalten – 1,7 GOZ bedeutet eine Honorierung teils auf BEMA-Niveau, teils aber auch darunter. Die Festschreibung dieses GOZ-Faktors ist insbesondere dann nicht hinnehmbar für die Zahnärzte, wenn die GOZ weiterhin wie im vergangenen Jahrzehnt durch Nicht-Anpassung einer schleichenden Abwertung unterliegt.

Offensichtlich ist bei diesem Thema noch nicht das letzte Wort gefallen. Dr. Schulte-Sasse machte mit sehr plastischen Worten klar, daß es dem Ministerium nur darauf ankomme, eine „Sicherheitslinie“ einzuziehen. Berechenbarkeit für Patienten und Versicherungen sei das Ziel; die genaue Höhe der Grenze sei ihm völlig egal (nämlich „so wichtig, wie wenn in Peking ein Besenstiel um-

fällt“). Er forderte dazu auf, gute Argumente für einen höheren Faktor zu liefern. Dies läßt auf der einen Seite die Zahnärzte hoffen – auf der anderen Seite haben viele Zuhörer den Hinweis auf die Beliebigkeit der Grenze 1,7 mit diesem Ingrimme registriert. Befindet man sich bei der Diskussion zahnärztlicher Honorare neuerdings auf einem orientalischen Basar? Muß man hier mit überzogenen Forderungen in die Auseinandersetzung gehen, um überhaupt etwas zu erreichen? Wobei man für Außenstehende erklären sollte, daß die Vergütungen der Zahnärzte keineswegs in einer Art Tarifverhandlung zwischen gleichberechtigten Partnern ausgehandelt werden.

### **BMG möchte GOZ-Verantwortung loswerden**

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es – wie schon der Name sagt – bei der Honorargestaltung vielfältige Einflußnahmen durch den Gesetzgeber selbst. Bei den privaten Gebühren legt bisher das Gesundheitsministerium die Gebührenpositionen und deren konkrete Höhe fest. Das BMG als Verordnungsgeber ist – wegen der engen Verquickung zwischen der Beihilfe für öffentlich Bedienstete und der GOZ – selbst in höchstem Maße befangen. Es schiebt die längst überfällige Aktualisierung der zuletzt 1988 novellierten privaten Gebührenordnung seit Jahren vor sich her. Immerhin hat Dr. Schulte-Sasse bei der Frühjahrstagung hierzu Farbe bekannt: Das BMG fühlt sich der Aufgabenstellung nicht gewachsen und tendiert zu einer Vertragsgebührenlösung. Das heißt, perspektivisch sollen die Bun-

deszahnärztekammer und die PKV'en miteinander die Konditionen aushandeln. Im Zweifelsfall soll ein noch zu schaffendes Schiedsamt entscheiden.

Die Beihilfe, den größten Partner in diesem Geschäft (hier geht es um ca. 60 % des Honorarvolumens), erwähnte der Ministeriumsvertreter nicht.

### **Koalition gibt engen Rahmen vor**

Die neue Regierung will grundsätzlich mehr Aufgaben und Verantwortung an die unteren Ebenen, insbesondere die Selbstverwaltung im Bereich der GKV, delegieren. Unter den Zuhörern befanden sich viele, die in Verbänden und Körperschaften aktiv sind und ihre konkreten Erfahrungen einbringen würden. Jedoch war die Botschaft aus dem Ministerium eher zwiespältig. Neben dem Appell zu konstruktiver Mitarbeit artikuliert Dr. Schulte Sasse ganz eindeutig, daß allein die Koalition die Marschrichtung vorgibt. Diskutiert werden solle – aber nur im Rahmen der Philosophie des Gesetzentwurfes. Ein renommierter Standespolitiker wie der Vorsitzende des Ärzteverbandes NAV-Virchow-Bund Dr. Maximilian Zollner konnte zwar in seinem Statement durchaus alternativ zum BMG-Papier argumentieren und z.B. die Veränderung der GKV-Einnahmen durch eine Reform der Beitragsbemessung, durch Abschied von der ausschließlichen Lohnbezogenheit der Beiträge fordern. Der Referent stellte jedoch unmißverständlich klar, daß im Rahmen des aktuellen Gesetzgebungsverfahrens weder solche Optionen, noch substantielle Änderungen in den die Zahnmedizin betreffenden Regelungen zu erwarten

seien. Es ginge in allen hier diskutierten Fragen keineswegs mehr um das „Ob“ sondern höchstens noch um das „Wie“.

### Zahnärzte in „Geiselhaft“?

Wenig Raum für Diskussion scheint es auch bei einem Vorhaben der Regierung zu geben, das offensichtlich bei keiner zahnärztlichen Gruppierung auf Gegenliebe stößt: bei der „Professionalisierung“ der zahnärztlichen Selbstverwaltung. Die Stellungnahme des DAZ dazu (gemeinsam mit VDZM) ist der Seite 30 zu entnehmen. Die Autoren des Gesetzesentwurfes erwarten eine Effizienzsteigerung durch die Verkleinerung der KZV-Vorstände und durch ihre Besetzung mit Hauptamtlern. Wie bei der Detailfrage GOZ-Faktor-Begrenzung spielt auch hier das Mißtrauen gegenüber der zahnärztlichen Führung eine Rolle. Laut Schulte-Sasse ist „Vorschußvertrauen“ gegenüber Zahnärzten nicht mehr vorhanden. Aufgrund der Erfahrungen der letzten Jahre sieht er eine „Bringschuld“ der Zahnärzteschaft insgesamt. Noch krasser brachte er die Situation auf den Punkt mit seiner Aussage über die für ihre Führung „in Geiselhaft genommenen Zahnärzte“. Eine solche Äußerung aus dem Munde eines BMG-Vertreters macht betroffen. Ist sie der Versuch einer neutralen Situationsbeschreibung, oder charakterisiert sie die Haltung des Ministeriums gegenüber den Zahnärzten? Trotz des Konfliktkurses zahlreicher Zahnärztesfunktionäre im vergangenen Jahr ist meines Erachtens niemand berechtigt, **alle** Zahnärzte dafür verantwortlich zu machen. Die Regierung sollte pauschale Verurteilungen weder billigen noch sich daran beteiligen. Wenn

auch vielleicht das direkt nach dem Regierungswechsel verabschiedete Vorschalt-Gesetz in Teilen noch Reaktion auf die Auseinandersetzungen der Vergangenheit war, dann sollte jedenfalls das neue Gesetz, die Reform 2000, positiv in die Zukunft weisen und darauf angelegt sein, die Zahnärzte, die auf das Wohl ihrer Patienten orientiert sind, für konstruktive Mitarbeit zu gewinnen.

### Interessengruppen-übergreifende Verständigung nötig

Hoffen wir, daß das gelingt. Andrea Fischer hat bei ihrem Besuch beim Kölner Zahnärztetag zu intensivem Dialog eingeladen. Der DAZ nimmt dieses Angebot an – so mit der Stellungnahme zum Arbeitsentwurf (s. Seite 5), weitere werden folgen. Besonders gespannt sind wir auf das Gespräch mit der Ministerin bei unserer Jahrestagung am 2. Oktober 1999. Es ist zu begrüßen, wenn sich die politisch Verantwortlichen der Diskussion stellen – wie Dr. Schulte-Sasse bei der Frühjahrstagung. Auch wenn natürlich nicht alle Einwände Eingang in die Gesetzgebung finden, wächst durch solche Kontakte das Verständnis für die Sichtweise der jeweils anderen Seite. Dieses ist über die Detailpunkte hinaus wichtig. Ein gutes Gesundheitswesen ist angewiesen auf Bereitschaft zu Kompromiß und Konsens. Und die wird man brauchen. Denn es geht um die letzte Reform – aber nur in diesem Jahrtausend.

Und das nächste beginnt schon in einem Jahr ...

*Irmgard Berger-Orsag,  
DAZ im NAV-Virchow-Bund*

Zum Vortrag von Prof. G. Meyer, Greifswald bei der DAZ / VDZM Frühjahrstagung

## Dysfunktionsbedingte Erkrankungen des Kauorgans

### Diagnostik, okklusale Initialtherapie, Aufbißbehelfe

Wenn's denn stimmt, daß Karies und Parodontitis auf dem Rückzug sind, dann werden Kapazitäten frei für eine andere Zahnmedizin.

Berufskollegen früherer Generationen fühlten sich ja schon immer der Ästhetik und Kosmetik verpflichtet, kamen damals ihren beruflichen Neigungen auch mit Rasierschaum und Schere nach. Der andere Wurzelstamm unseres Berufsstandes übte sein Gewerbe eher blutig als Feldscher und schröpfender Bader aus.

Georg Meyer stellt das Ärztliche unseres Handwerks in den Vordergrund.

Aus der Göttinger Schule des im letzten Jahr verstorbenen A. Motsch stammend, befaßt er sich seit langem mit dem stomathognathen System unter funktionellen Gesichtspunkten. In räumlicher und fachlicher Nähe zu Kubein-Meesenburg, Lotzmann, außeruniversitär Bücking, praktisch-zahntechnisch Asselmeyer, entwickelte er - immer auf anspruchsvollem, im besten Sinne solidem handwerklichen Boden fußend- eine praxisnahe zahn-ärztliche Sichtweise des Metiers, die in Greifswald unter anderen als westdeutschen Umständen zu einer Ausprägung der Funktionslehre in der Zahnheilkunde führte, die sich auch als Teil einer community dentistry versteht. Das heißt ganz praktisch: einerseits Lu-

penbrille vom 1. Semester an, andererseits - wo sinnvoll - elektronische Aufzeichnung von UK-Bewegungen. Wenn denn gilt, daß der "Sinn" des Kausystems vor allem in seiner Funktion liegt (worin sonst?), dann gilt auch: form follows function.

Daß Zähne Höcker haben, legt den Vergleich mit Zahnrädern nahe. Getriebe-mechanik (Kubein-Meesenburg hat auch Maschinenbau gelernt) kann einen wissenschaftlich fundierten alternativen Blickwinkel in funktionelle Zusammenhänge liefern. Die Bedeutung der geometrischen Parameter im Kauorgan (Gelenkbahnen, Frontzahnführung) in einem sich bewegenden, eben nicht statischen System ist einerseits aus der alltäglichen Praxis bekannt, der Zugang zu ihrer erfolgreichen Umsetzung in zahnärztliches Handeln ist andererseits durch ehrfurchtfordernde Begriffe wie extraorale polygraphische Gelenkbahnaufzeichnung, magnetresonanztomographische Darstellung des superioren Gelenkspaltes, Gnathosophie eingeeengt.

Ohne deren Bedeutung an richtiger Stelle verneinen zu wollen, liegt die Einstiegsschwelle deutlich niedriger. Durch einfaches Hinsehen erkennbare zentrische oder exzentrische Vorkontakte an zahnärztlichen Restaurationen, Asymmetrien in Bewegungsabläufen, anam-

nestisch geäußerte Schmerzen im Bereich der Kaumuskulatur sollten auch den Zahn-Arzt berühren.

Basisdiagnostik ist mit dem bloßen Auge, mit der Lupenbrille, mit 10 Fingern möglich. Basistherapie ist - wenn gesunde Zahnschubstanz nicht tangiert wird - reversibel und somit risikoarm. Aufbißbehelfe/Schienen sind - überlegt eingesetzt - dabei auch mehr als nur Erste Hilfe.

Streßverarbeitung im stomathognathen System ist wahrscheinlich eine physiologische Art der Daseinsbewältigung, scheint entwicklungs geschichtlich durchaus favorisiert zu sein. Epidemiologische Untersuchungen aus den USA scheinen nahe zulegen, daß - wer unter "KG-Beschwerden leidet" - auch sonst mehr ärztlicher Hilfe bedarf. Andersherum: wessen Kausystem in der Lage ist, Streß zu verarbeiten, der ist auch sonst gesünder, belastungsfähiger.

Unter finanziellen Gesichtspunkten könnte das für Kostenträger interessant sein - Zahnmedizin (Funktionslehre) im gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang.

Meyers Vortrag zeigte, was in der Praxis machbar ist, gemacht werden sollte. Gnathologie ist weder akademischer Unfug noch Geheimwissenschaft. Gnathologie ist ganzheitliches, ist zahnärztliches Handeln. Ein Vortrag ohne schriftliches Konzept vorgetragen, aber mit überzeugender Konzeption.

N.B. Die Ausführungen stießen auf großes Interesse; wer - trotz oder gerade unter den gegenwärtigen berufspolitischen Bedingungen - das Thema ver-

tiefen möchte, findet einen ersten -seriösen- Einstieg z.B. in der APW

#### APW

Akademie Praxis und Wissenschaft  
Lindemannstr.96, 40237 Düsseldorf  
Tel: 0211 - 68 22 96

oder für Fortgeschrittene :

#### Arbeitsgemeinschaft für Funktionslehre in der DGZMK

c/o Prof. Dr. H.Ch. Lauer  
Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik

#### Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde "Carolinum"

Theodor-Stern-Kai 7. 60590 Frankfurt

auch der Autor hilft gern weiter  
w.-g. esders  
stephanienstr.10, 76133 karlsruhe  
tel 0721 - 22 110 fax 0721 - 23 208  
esders@ilk.de

## Gesucht - gefunden

### Partner gesucht:

Wer macht mit mir in Karlsruhe  
GRÜNE Zahnmedizin: nachhaltig,  
ressourcenschonend, auf das  
Individuum bezogen,  
sozial verantwortlich.  
Ob im Rahmen der GKV, wird sich  
zeigen.  
Eigenkapital erforderlich.  
Tel. 0721-23204, Fax 0721-23208

w.-g.esders  
stephanienstr.10  
76133 karlsruhe

DAZ PRESSE-INFORMATION

## DAZ-fordert fairen Umgang mit Zahnärzten - Gebührenordnung (GOZ)

### Gesundheitsministerin bald nicht mehr zuständig für private Zahnarzt Honorare?

18. Mai '99 Anlässlich der gemeinsamen Frühjahrstagung des Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund und der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) erklärte der Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium Dr. med. Schulte-Sasse, sein Ministerium wolle die Verordnungskompetenz für die zahnärztliche Gebührenordnung (GOZ) in Zukunft aufgeben. Sein Haus sei mit der Bearbeitung vordringlicher Aufgaben so überlastet, daß für die GOZ keine Zeit bliebe. Er könne sich eine Gebührenordnung vorstellen, die ausschließlich zwischen den Vertragspartnern (private Krankenversicherer und Zahnärzten) ausgehandelt werde. Dazu stellt der DAZ fest:

- Die GOZ wurde in den letzten 11 Jahren nicht mehr an den wissenschaftlich-fachlichen Stand angepaßt. Sie ist veraltet.
- Eine Anpassung an die Kostenentwicklung fand seit 1988 nicht mehr statt.
- Das Bundesgesundheitsministerium hat - trotz Überlastung - vor kurzem die Gebührenordnung für Tierärzte in Inhalten und Honoraren neu gefaßt. Nach welchen Prioritäten ist das Ministerium vorgegangen? Ist die ärztliche Betreuung von Tieren wichtiger als die Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten bei Menschen?

- Im Referentenentwurf für die Strukturreform 2000, die die Bedingungen für die kassen(zahn)ärztliche Tätigkeit neu regeln soll, wird für außervertragliche Leistungen der Honorarrahmen 'zum Versicherungerschutz' auf den 1,7fachen GOZ-Satz halbiert. Wird dieser 'Schutz', der eine wirtschaftliche Erbringung dieser Leistungen verhindert, in Zukunft auch von den Privatversicherern und Beihilfeträgern eingefordert werden?

- Die Absichten sind unlauter. Die öffentliche Hand (60% der Privatpatienten sind im öffentlichen Dienst tätig) steuert die Preise zu ihren Gunsten ohne Rücksicht auf das wirtschaftliche Überleben der niedergelassenen ZahnärztInnen herunter.

Laut Schulte-Sasse müssen die Zahnärztinnen hinnehmen, daß sie angesichts des Verhaltens der Zahnärzteschaft im Jahre 1998 nunmehr 'in Geiselschaft' genommen werden. Dieses kann nur als Willkür und Arroganz der Macht verstanden werden.

Der DAZ fordert das Bundesgesundheitsministerium auf, umgehend eine Aktualisierung der GOZ nach fachlichen und betriebswirtschaftlichen Kriterien vorzunehmen.

Mit einer Analogie zu den Tierärzten wäre bereits sehr geholfen.

# SIRONA

## Dental-Depot

# Weil es sich lohnt, etwas zu verändern. CEREC 2

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

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

### Das Resultat: CEREC 2

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

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

SIRONA Dental Depots:  
80337 München  
Lindwurmstr. 23

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

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



A91100-M4-Z054-02

## Niedersächsische Verhältnisse

Seit mehreren Jahren berichtet das DAZ-forum, wie die KZV Niedersachsen (KZVN) systematisch den FVDZ-Auftrag „Zerstörung der GKV“ auf dem Rücken der eigenen Kollegenschaft austrägt (siehe forum 55/96, „Millionenbetrug an Kollegen“, forum 63/98, „Schluß mit der Manipulation“). Auf keinen dieser Berichte erhielten wir eine Reaktion aus Hannover. Im letzten forum (Nr.64) stand im Beitrag „Von den Preußen lernen“ auf S.5 über die KZVN folgender Satz: „Auf zigmillionen Vergütungen durch fehlende Budgetausschöpfung verzichtet, weitere Millionen Ansprüche gar nicht erst abgerechnet, andere Zig-Millionen als KZV-Vermögen auf Halde liegen und nicht ausgezahlt.“ Dazu erreichte den Verfasser das Schreiben eines Anwaltes der KZVN vom 26.4.99, in dem u.a. ausgeführt wurde: „Die(se) Behauptungen sind rechtswidrig. Sie sind geeignet, meine Mandantin in ihrem allgemeinen Persönlichkeitsrecht zu verletzen und zudem unwahr“. Daran hing eine Unterlassungsanspruch-Verpflichtungserklärung, in der sich der Verfasser per Unterschrift verpflichten soll, es bei „Vermeidung einer Konventionalstrafe in Höhe von DM 20.000 für jeden Fall der Zuwiderhandlung“ usw. usw.

Es würde den Rahmen des DAZ-forum sprengen, in allen Einzelheiten die Macheschaften der KZVN aufzulisten, die zu den inzwischen bundesweit bekannten sogenannten »Niedersächsischen Verhältnissen« geführt haben. Darum soll hier nur kurz auf die o.g. drei Hauptvorwürfe eingegangen werden.

### 1. Behauptung: Fehlende Budgetausschöpfung:

Im Jahr 1994 hätten bei Ausschöpfung des aus 1991 hochgerechneten Ersatzkassen-Budgets DM 456 Mio an möglicher Gesamtvergütung zur Verfügung gestanden. Tatsächlich abgefordert wurden aber nur DM 435 Mio. Das Defizit von DM 21 Mio kam nicht zur Auszahlung. Im Jahr 1995, dem Jahr des Staatskommissars (der durch den Aufruf der KZVN zur Verweigerung der Abrechnung mit Chipkarte eingesetzt wurde), betrug das nicht ausgeschöpfte Ersatzkassen-Budgetvolumen DM 20 Mio. Allein aus diesen beiden Jahren 1994 und 1995 fehlen also zur Verteilung an die niedersächsischen Kollegen ca. 41 Mio DM. Aus diesem Betrag hätte die KZVN alle bis heute offe-

nen HVM-Forderungen der Kollegen aus 94 u. 95, die zu 1600 Widersprüchen und mehreren hundert Sozialgerichtsverfahren geführt haben, bezahlen können, ohne ihr riesiges Vermögen (s.u.) angreifen zu müssen. Stattdessen treibt sie die Kollegenschaft durch alle Instanzen bis zum Bundessozialgericht - Verfahren, die bis heute (Mai 99) nicht abgeschlossen sind.

Durch die -vorsichtig ausgedrückt- unübersichtliche Buchführung, die 1998 eine 25-tägige kostspielige Sonderprüfung seitens der KZBV erforderlich machte, liegen uns für die folgenden Jahre keine ausreichend zuverlässigen Daten vor. Nicht ohne Grund wird dieser Sonderprüfungsbericht auch vor den Delegierten der eigenen Vertreterversammlung, dem parlamentarischen Kontrollorgan

des Vorstandes, unter striktem Verschluß gehalten.

## **2. Behauptung: Millionen Ansprüche gar nicht erst abgerechnet:**

Im Prüfbericht der KZBV für das Rechnungsjahr 1997 ist Folgendes zu lesen: *„Forderungen an Krankenkassen: Die Forderungen und Verbindlichkeiten im Krankenkassenkontokorrent haben zwar gegenüber dem Vorjahr abgenommen, sind durch den nicht vollständig abgestimmten Budgetierungszeitraum 1994 und 1995 jedoch viel zu hoch. Weiterhin bestehen auf Grund der streitigen Höhe der Gesamtvergütung für 1996 und 1997 zahlreiche offene Forderungen...“*

Die Prüfstelle weist auf die bevorzugte Bearbeitung der von Verjährung bedrohten offenen Rechnungen hin....

Zum 7. Sept. 1998 sind von den... Forderungen und Verbindlichkeiten zum 31. Dez. 1997 noch offen...: DM 37.733.937,36. (37.7 Mio)...

Die Prüfstelle weist darauf hin, daß offene Beträge mit allem Nachdruck gemahnt und bei Nichtzahlung nach Fristsetzung beklagt werden müssen.

## **Forderungen an andere KZVen**

Bei den Fremdkassen, die über die KZVen abgerechnet werden, bestehen wie bei den eigenen niedersächsischen Krankenkassen zahlreiche offene Posten älteren Datums. Die Prüfstelle weist darauf hin, daß dort dringender Handlungsbedarf zur Klärung der offenen Posten besteht.“ Im Februar 1995 wurden dem Verfasser aus hier namentlich nicht genannter, aber sehr vertrauenswürdiger Quelle aus dem Umfeld der KZV Stutt-

gart, über die alle übrigen KZVen die Leistungen der Bundeskassen abrechnen, mitgeteilt, daß man sich dort darüber wundere, daß von der KZV Niedersachsen als einziger KZV keine Abrechnungen eingingen. Das bedeutet, daß die KZVN intern zwar die Leistungen der Kollegen abrechnet, sich das Geld aber von den Kassen nicht wiederholt und damit die hausgemachten Budgetzwänge der Kollegen zusätzlich fahrlässig oder absichtlich nochmals in Millionenhöhe verschärft und die angeblichen Budgetdefizite selbst künstlich aufbläht.

Dies sind nur zwei Beispiele, die die Richtigkeit der Behauptungen im o. g. forum-Beitrag belegen.

## **3. Behauptung: Zig-Millionen als KZV Vermögen auf Halde liegen und nicht ausgezahlt**

Vermögen:

Zum 31.12.97 verfügte die KZVN über ein Vermögen von DM 34.071.278,09 (34 Mio). Dazu schreibt der Prüfbericht:

*„Die Vermögenslage der KZV Niedersachsen ist ausgezeichnet. Zum Bilanzstichtag war das Vermögen in Festgeldern zu unterschiedlichen Fälligkeiten (März 1998 bis Oktober 2001) angelegt. Im März 1998 flossen DM 10 Mio auf das laufende Kontokorrentkonto... Bezogen auf den Jahresaufwand 1997... reicht das ungebundene Vermögen, den Haushalt ohne Einnahmen über 458 Tage (15 Monate) zu finanzieren“*

Rücklagen:.

Dazu verfügt die KZVN über Rücklagen unter der Rubrik „Öffentlichkeitsarbeit“ in Höhe von DM 9.340.373 (9.34 Mio)

Dieser letzte Posten hat in den vergangenen Jahren, in denen Jahr für Jahr Kollegen unter Zig-Millionen Verlusten aus angeblichen Budget-Defiziten zu leiden hatten, folgende Entwicklung genommen.

1993: DM 2,95 Mio    1996: DM 7,68 Mio  
1994: DM 4,41 Mio    1997: DM 9,34 Mio  
1995: DM 5,88 Mio

Ob wohl dies der Posten ist, mit dem sich der Schirbort-Vorstand seinen Ausstiegs-Verein VuV von allen Kollegen finanzieren läßt?

Der „Zweckgebundene Sonderverwaltungskostenbeitrag für die Öffentlichkeitsarbeit“ beträgt 0,1% auf alle abgerechneten Leistungen. Und bei „niedersächsischen Verhältnissen“ bezahlen die Kollegen Verwaltungskosten auch für diejenigen Leistungen, die sie zwar abrechnen, aber aus angeblichem Budgetdefizit gar nicht vergütet bekommen. Nach dem Prüfbericht der KZVN betrug diese „Verbindlichkeiten gegenüber Zahnärzten“ zum Stichtag 31.12.97 noch DM 53.264.914,49 (53 Mio) Die KZVN scheut sich also nicht einmal, Rücklagen aus Geldern anzuhäufen, die Kollegen als zusätzlichen Strafzoll zu ihren unbezahlten Leistungen aufgebürdet bekommen.

#### **Festgeld:**

Nicht unerwähnt bleiben sollten noch Festgeldkonten bei der APO-Bank, die gerade in den letzten Jahren, in denen die Kollegen unter den von der KZVN verordneten HVMs zu ächzen hatten, eine äußerst „erfreuliche“ Entwicklung genommen haben:

1994: DM 25 Mio.    1995: DM 35 Mio.

1996: DM 50 Mio.    1997: DM 50 Mio.  
Das sind im Schnitt mehr als DM 10.000 pro niedergelassenem Kollegen.

Diese Festgeldkonten waren wohl die Sicherheit für die großzügigen Kreditangebote, die die APO-Bank (Schirbort im Beirat) unter dem Stichwort „KZVN“ (Zinsen: 4.5%) den HVM-Opfern in den Budgetjahren unterbreitete.

Die Festgeldkonten sind also etwa um die Geldmengen angewachsen, die die KZVN über den HVM bei den Kollegen abkassiert hatte. Auch diese Summen reichen aus, um alle offenen HVM-Forderungen zu 100% zu begleichen.

1997 durfte sich die KZVN an einem Zinssegen in Höhe von DM 4,7 Mio aus ihren angehäuften Reichtümern erfreuen, davon allein über DM 3 Mio. aus Festgeldkonten.

Die KZVN ist nach dem Gesetzesauftrag Fremdgeldverwalterin. Sie hat die von den Kollegen abgerechneten Leistungen auf Wirtschaftlichkeit und Richtigkeit zu prüfen und bei den Krankenkassen abzufordern. Sie erfüllt damit eine Treuhandfunktion, bei der ihr der Gesetzgeber einen großen Gestaltungsspielraum einräumt, der verantwortungsbewußt im Interesse der Kollegenschaft zu erfüllen ist. Angesichts der o. g. Umlenkung von vielen Millionen DM Kollegeneigentum in kaum noch nachprüfbares KZVN-Vermögen mit zusätzlichen Zinsgewinnen in Millionenhöhe in den Händen des Schirbort-Vorstandes außerhalb der Kontrolle der Vertreterversammlung kann nur noch von Veruntreuung gesprochen werden. Dabei sei an dieser Stelle ausdrücklich betont, daß der Verfasser niemandem persönliche Bereicherung un-

terstellt. Die Wirkung für die dramatischen Liquiditätsengpässe der Kollegenschaft ist aber die gleiche.

Es steht hier nicht genug Raum zur Verfügung, den ganzen Sumpf des Prüfberichts der KZBV zu beschreiben, einer KZBV, deren Vorsitzender denselben Namen trägt wie der der KZVN - Dr. Schirbort.

Dieser Vorsitzende droht nun einen Kollegen durch den Kadi mundtot machen zu lassen, der lediglich dokumentiert, was Vertreterversammlungen, Aufsichtsbehörden, Sozialgerichte und eventuell sogar die Staatsanwaltschaft längst hätten aufgreifen und lösen müssen.

Er bedient sich damit wiederum aus dem Honorartopf der Kollegen.

Der beauftragte Rechtsanwalt wird honoriert aus dem Posten, Gerichts- und

Anwaltskosten, dessen Entwicklung das bezeichnendste Licht auf die Schirbort - Administration wirft:

1994: DM	27.341	1996: DM	169.809
1995: DM	96.053	1997: DM	178.071

Ach ja - und noch einen Haushaltsposten hatte die KZVN im Jahre 1997:

**„Förderung der Jugendzahnpflege: DM 0.0!**

Wann merkt eigentlich die deutsche Zahnärzteschaft, warum in Bonn (Berlin) niemand mehr mit diesem Schlag von „Standesvertretern“ reden will?

*Dr. Roland Ernst,  
Edeweicht*

### **Schnitger Zahntechnik seit 1978**

Pestalozzistraße 24 · 26131 Oldenburg

Tel/Fax 0441-502113

*Zahnersatz aus Deutschland zu erschwinglichen Preisen  
für Ihre Patienten.*

**Keramikverblendung 109 DM**

**Artglass Inlay 91 DM**

**Teleskopkrone 319 DM**

*(zzgl. 7% MwSt)*

*Bitte informieren Sie sich bei uns. Tel/Fax 0441-502113*

*Auf eine Probearbeit freut sich Ihre **Schnitger Zahntechnik***

## DAZ warnt: "Professionalisierung" der zahnärztlichen Körperschaften nicht über die Köpfe der Zahnärzte hinweg

25.5.99 Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund begrüßt das Vorhaben der Regierungskoalition, durch Einführung des Verhältniswahlrechts für die Wahlen zu den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV'en) eine bessere Repräsentation unterschiedlicher Gruppierungen zu ermöglichen.

Die gleichzeitig geplante "Professionalisierung" der Körperschaften nach dem Vorbild der Krankenkassen wird jedoch vom DAZ äußerst kritisch gesehen und als Schritt in Richtung Ent-Demokratisierung gewertet.

Ob durch die Verlagerung wichtiger Aufgaben weg von den gewählten zahnärztlichen Vertretern hin zu einem nur dreiköpfigen professionellen Vorstand ein Effizienzgewinn zu erzielen ist, scheint fraglich. Absehbar ist jedoch, daß die Mehrheit der Vertragszahnärzte diesen Vorstand nur als verlängerten Arm der Aufsichtsbehörde begreifen und den neu zu etablierenden, zahnärztlich besetzten, aber nur mit reduzierten Kompetenzen ausgestatteten "Verwaltungsrat" nicht als eigene Interessenvertretung akzeptieren wird. Stattdessen wird es vermehrt zur Gründung privater zahnärztlicher Vereine kommen, die sich - anders als die KZV'en - nicht mehr dem Gemeinwohl sondern nur den Eigen-

interessen ihrer Mitglieder verpflichtet fühlen.

Die Koalition sieht im Entwurf ihres Reformgesetzes vor, der Selbstverwaltung künftig erweiterte Aufgaben bei der Steuerung des Leistungsgeschehens zu übertragen. Gerade hierfür ist die Akzeptanz der zahnärztlichen Körperschaften durch ihre (Zwangs-)Mitglieder und ihre Fähigkeit, auseinanderstrebende Meinungen innerhalb der Zahnärzteschaft auszugleichen, einzubinden und auch zu disziplinieren, unabdingbar. Diese (nicht von allen, aber den meisten KZV'en) wahrgenommene integrative Funktion ist jedoch in starkem Maße gebunden an die heutigen Strukturen mit ehrenamtlichen Vorständen und repräsentativen Vertreterversammlungen und die damit gegebene Meinungsvielfalt sowie Orts- und Praxisnähe der Funktionsträger.

Der DAZ appelliert an die politisch Verantwortlichen, nicht durch eine von oben diktierte Strukturveränderung die Möglichkeiten der KZV'en als Instrument des Ausgleichs zwischen gesellschaftlichen Anforderungen und den Interessen einer Berufsgruppe zu verspielen. Dem Dialog über mögliche Maßnahmen zur Effektivierung der Arbeit ihrer Körperschaften wird sich die Zahnärzteschaft nicht verschließen.

## Wie man in den Wald ruft...

Natürlich war früher auch nicht immer eitel Sonnenschein. Aber aus dem Blickwinkel der aktuellen zahnärztlichen Situation erscheinen die 70er und 80er Jahre nahezu als Idylle: Normale Beziehungen zu Ministerien, Parteien und Krankenkassen, funktionierende KZVen und nicht üppige, aber ziemlich regelmäßig angepaßte Punktwerte. Die wurden z.B. in Bayern von den KZV- und Krankenkassenspitzen in kleinster Runde bei gutem Essen in einem noblen Hotel quasi nebenbei ausgehandelt.

Konstruktive Arbeit **im** System, Geduld, Beharrlichkeit, aber natürlich auch Kompromißbereitschaft kennzeichneten den Umgang der Sozial**partner** auf dem kurzen Dienstweg.

Wer sich in der augenblicklich emotionsgeladenen Situation darüber Gedanken macht, woher denn das kollektive Mißtrauen und die Herabsetzung der Zahnärzte durch Krankenkassen und Politik rühren, dem seien die folgenden »historischen« Abläufe in's Gedächtnis gerufen:

1975 wurde die Aufnahme von Zahnersatzleistungen in die gesetzliche Sachleistung von der Zahnärzteschaft einhellig begrüßt. Obwohl heute selbst die Hardliner im Freien Verband einräumen, daß die Zeit danach die goldenen Jahre des Berufsstands waren, begann sich gerade damals und gerade in der Spitze des Freien Verbands - der per Mehrheitswahlrecht alle Körperschaften majorisierte - die Tendenz von der Kassenpraxis zum Dentalstudio zu entwickeln.

Galt es in den 70er Jahren noch als unärztlich und unfein, bei einer Fortbildungsveranstaltung auch über die Abrechnung der Leistung zu sprechen, so bestimmten in den Folgejahren immer mehr Marketingseminare und Verkaufsstrategien den Umgang mit unseren »Klienten« oder »Kunden«. Die prioritäre Gewichtung auf die wirtschaftlichen Aspekte der Zahnmedizin war m.E. der gravierendste Fehler unserer Standespolitik. Er gipfelte bekanntlich in der sog. »Korbinitiative« mit dem Ziel, durch gleichzeitige gemeinsame Rückgabe der Kassenzulassung den Staat dazu zu nötigen, die private Liquidierung auch bei Kassenpatienten zuzulassen. Da für diesen Schritt aber keine Mehrheit zu finden war - mehr als 80% der Kollegenschaft hielten ihn wohl für zu riskant, verantwortungslos oder einfach ungeeignet - wurde, besonders unter Gutmann als FVDZ-Vorsitzendem, mit dem systematischen Hinausdefinieren von Leistungen aus dem BEMA begonnen mit dem Ziel, dort nur noch eine minimale Primitivmedizin zu belassen. Alles übrige sollte als Luxusleistung deklariert werden, die aber trotzdem noch medizinisch notwendig sein mußte, weil sie ja sonst nicht einmal mehr von Privatversicherern bezahlt worden wäre.

Dazu haben gerade Dr. Gutmann und sein Nachfolger Dr. Schirbort die konsequente Zerstörung der KZVen begonnen nach dem schlichten Motto: Wenn wir keine KZV mehr haben, können wir auch nicht mehr über die KZV abrechnen. Der

jedem Vernünftigen einsichtige Zusammenhang zwischen unserem Sicherstellungsauftrag für mehr als 90% gesetzlich Versicherte und der damit verknüpften Einhaltung bestimmter Rahmenbedingungen und Regeln sowie der für den einzelnen Zahnarzt unverzichtbaren Schutzfunktion der KZV wurde schlicht ignoriert nach der Devise »Kamikazeflug ist der moderne Auftrag der KZV«, auch wenn dabei 30% der Praxen auf der Strecke bleiben (Gutmann). Die Kollegen, die damals Beifall geklatscht haben - und das waren ziemlich viele - haben also gewußt, worauf man sich einläßt, wenn man sich von Leuten wie Gutmann führen läßt. Immerhin muß man ihm zugute halten, daß er mit offenen Karten gespielt hat und kein Blatt vor den Mund nahm:

»Die KZV muß solange opponieren, bis sie abgeschafft ist« (Gutmann, ZM 6/93).

»Wir werden immer Recht haben, ganz egal, was andere für Recht erklären« (Gutmann '93). »Rechtsmittel haben zwischen 1933 und 1945 auch nicht geholfen.« (Gutmann '93) »Die KZVen müssen reinen Dienst nach Vorschrift machen, auch wenn es den Kollegen nichts hilft« (Schirbort Davos '93). Letzteres ist ja dann auch geschehen bis heute.

Dazu kamen dann noch die diversen persönlichen Diffamierungen wie die von Dr. Keck über den KZVB-Vorsitzenden Schad: Der gehöre zu den »Schadstoffen, die schwer zu entsorgen sind« (NZB 10/91), über »die Mehrheit der deutschen Kassenzahnärzte, die sich wohl in ihrem Sachleistungsschlamm suhlt« (Keck, NZB 4/93) und über Minister Blüm, mit dem man sich schließlich nicht auf dem gleichen Niveau unterhalten könne.

Wer hat sich außer uns noch über diese Unverschämtheiten aufgeregt? Die meisten Kollegen fanden es doch richtig Klasse, daß mit denen von der Regierung (CDU, CSU, FDP) und mit denen von der Krankenkasse mal jemand richtig Schlitten fährt! Vielleicht hätte man das alles ja auch noch als Maulheldentum abhaken können, wenn es bei den Verbalattacken geblieben wäre. Dem war aber leider nicht so, wie der Blick nach Niedersachsen (S. 22) zeigt, wo die eigene Kollegenschaft systematisch geschädigt wurde, um auch dem letzten Gutwilligen die Arbeit im verhaßten System unmöglich zu machen. Auch in Bayern wurde die KZV von Hardlinern des Freien Verbandes übernommen und mit Dr. Löffler ausgerechnet der Mann an die KZV-Spitze berufen, der den »Korb« initiiert hat.

Wenn Funktionsträger der Zahnärzteschaft jahrelang Verhandlungen mit den Krankenkassen platzen ließen oder ganz boykottierten, Schiedsamtsbeschlüsse ignorierten und grundsätzlich alle wichtigen und weniger wichtigen Vorgänge in jahrelangen Prozessen durch die Sozialgerichtsinstanzen verschleppten, ausbezahlte Krankenkassengelder zurückhielten oder Körperschaftsmittel in private Abrechnungsgesellschaften verschoben - wir haben über diese Dinge im forum immer wieder berichtet - dann war das alles natürlich das Feuer, das auf dem sozialpolitischen Feld für unabsehbare Zeit nur noch verbrannte Erde hinterlassen hat.

Wenn nach all' diesen Vorgängen der 2. Vorsitzende der KZV Bayern Dr. Kinner in einem Sonderrundschreiben vom 18.03. 1999 betont: »weder der Vorstand der KZVB noch der Freie Verband haben in

der Vergangenheit die sinnlose Destruktion, das 'an die Wand fahren' in irgendeiner Weise betrieben!« - dann kann man entweder nur den Kopf schütteln über soviel standespolitische Selbstverleugnung, oder sich darüber ärgern, für wie dumm die Kollegenschaft gehalten wird.

Der Freie Verband mit Dr. Schirbort als einem seiner früheren Spitzenfunktionäre und jetzigem KZBV-Chef trägt die Hauptverantwortung dafür, daß die Kollegenschaft, die sich auf seriöse und realistische Informationen ihrer Standesführung verlassen können muß, bewußt über die tatsächlichen und juristischen Konsequenzen der berufspolitischen Entscheidungen im Unklaren gehalten wurde, um zu suggerieren, man könne alles auch gegen den Staat errei-

chen, wenn man nur fest genug zusammensteht.

Der Freie Verband trägt auch die Verantwortung dafür, daß die Zahnärzteschaft in ihrer Gesamtheit heute als asozialer und geldgieriger Berufsstand gilt, dessen Anliegen - selbst wenn sie berechtigt sind - weder von der Regierung oder den Krankenkassen noch der Öffentlichkeit ernst genommen werden.

Der einzige Weg aus diesem Dilemma kann deshalb nur sein, daß sich die Zahnärzteschaft neue, seriöse Führungspersönlichkeiten sucht, mit denen ein radikaler Neuanfang gesucht wird, der nur in Zusammenarbeit **mit** und nicht gegen die Sozialpartner gelingen kann.

Dr. Hanns-W. Hey, München

**Paro® BRUSH-STICK JETZT IM GROSSEN GRATISTEST:**

## EIN "GESCHENK" DES HIMMELS!

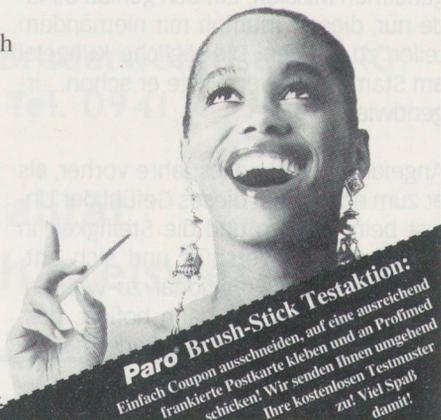
Die **Mikro-Zahnbürste** für "zwischen-durch"

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

**PROFIMED**

Dentalvertriebs- und Prophylaxe-GmbH

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



PZN 688682 6

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

## Karibische Träume - ein Nachruf

Zurückblickend auf den langen einsamen Weg, saß Horstl ein bißchen einsam, aber endlich zufrieden mit sich selbst auf der Terrasse seiner Villa, schlürfte seinen dritten Pinacolada und blickte verträumt über die unermeßliche Weite des Ozeans in die langsam versinkende karibische Sonne, die den schlanken Riss seiner Yacht noch viel grösser erscheinen und die Brillanten der ihm von den Vasallen für seine Selbstlosigkeit, Ehrenhaftigkeit und Kompromisslosigkeit verliehenen goldenen Ehrennadel sanft schimmern ließ.

Sicher, er hatte sie alle geleimt. Aber was waren schon Kollegialität und Moral im Vergleich zu Sonne, Meer und Freiheit? Und dem wohligh entspannenden Gefühl zwischen den Schulterblättern, nie mehr bohren zu müssen.

Bei dem Gedanken an die offizielle Geldübergabe konnte er sich ein heiteres Lächeln noch immer nicht ganz verkneifen. Der krönende Abschluß seiner geheimen Mission! Einfach genial! Schade nur, diesen Triumph mit niemandem teilen zu können. Die tägliche Kungelei am Stammtisch vermisste er schon... irgendwie.

Angefangen hatte alles Jahre vorher, als er zum ersten Mal dieses Gefühl der Unlust beim Bohren und die Steifigkeit in seinen Fingern verspürt und sich entschieden hatte, Funktionär zu werden. Damals hatte er Gutmann hofiert, dessen Bemühungen um die kadermäßige

Organisation des Kapitalismus aber im Stillen belächelt. Klar, Demokratie war überflüssig wie ein Kropf und vom Sozialismus lernen hieß siegen lernen. Da war Gutmann schließlich Experte von Geburt und hatte gute Vorarbeit geleistet. Aber diese spätpubertären Ideen von der Erschaffung einer neuen Gesellschaft voller Privatpatienten... Das konnte doch nicht klappen! Da waren doch schon ganz andere Genossen gescheitert.

Gutman zu beerben war nur eine Frage der Geduld, die Kollegen auf Konfrontation zum Rest der Welt zu bringen, die geschicktere Dämagogie. Der Vorstand? Dünnbrettbohrer! Die Redakteure der Standespresse? Warmduscher. Die Opposition? Eincremer! Seehofer war da schon schwieriger gewesen. Aber wozu hatten Männergespräche schließlich Tradition in der CSU?

Man hatte sich zuletzt so gut angefreundet, daß es ihm fast ein wenig schwer gefallen war, ihm den Dolch in den Rücken zu stoßen. Aber der Zweck heiligte schließlich die Mittel. Ihn dann so vorzuführen, daß er sich dazu hinreißen ließ, ihm die freie Meinungsäußerung zu verbieten, ein Kinderspiel. Der Strafvollzug war schließlich Horstl's Ziel, und Horsti schäumte vor Wut.

Wie es ihm praktisch mit links gelungen war, die Ergebnisse der eigenen Politik zu zerstören, indem er die Kollegen verführte, die zweijährige Schamfrist nach einer Woche aufzukündigen, hatte er bis

**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!**

heute nicht richtig verstanden. So mußten die Spätfolgen langjähriger Gehirnwäsche aussehen!

Die bedrückende Vorstellung, Ihren Führer an den Knast zu verlieren, raubte Ihnen das bißchen Restverstand, so daß sie seiner Aufwandsentschädigung von DM 10.000 pro Hafttag freudig erregt zustimmten. Sie hätten viel lieber 20 gegeben, was er natürlich entrüstet abgelehnt hatte.

Als die Zellentüre endlich hinter ihm zuschnappte, legte er sich entspannt auf die Pritsche und lauschte dem Minutensignal seiner Armbanduhr. Klick... Klick... Klick... Bei jedem Ton schlappe sieben Mark! Da ließ es sich entspannt ausruhen. Seine Anwälte verzögerten geschickt, und als er nach zehn Monaten gut gelaunt, erholt und als Märtyrer gefeiert ins Freie trat, wäre er eigentlich eine gute Partie gewesen... Wenn ihn noch eine gewollt hätte!

So fiel es ihm leicht, in seiner letzten großen Rede vor den beschämten Genossen die Krankenkassen, die Gewerkschaften, die neue Regierung und besonders die Weicheier in der Kollegenschaft verantwortlich zu machen und seine Kassenzulassung in einer grandiosen Geste niederzulegen. Ein wirklich bewegender Moment.

Wie sie gejohlt und gefeiert hatten. Wie die Kinder. In einem derart maroden System konnte schließlich niemand Zahnheilkunde betreiben! Mußten da nicht wenigstens die, die geerbt hatten, als leuchtendes Beispiel vorangehen? Ein klein wenig Leid taten sie ihm schon, die

armen Kollegen, als er beim Abheben der Concorde mit einem Auge die Gebührensätze der Leistungen innerhalb der verschiedenen Einkaufsmodelle überflog. Aber was bedeutete schließlich das bißchen schlechtes Gewissen im Vergleich zu Sonne, Meer und Freiheit? Und dem wohligh entspannenden Gefühl von vier Pinacoladas zwischen den Schulterblättern ... Scheiß Wecker! Zeit zum Bohren!

*Dr. Rüdiger Oswald,  
München*

*»Es gibt einen  
langsamen schrittweisen Weg zu  
Laster und Schurkenhaftigkeit  
jeder Art.  
Am Ende desselben  
haben den,  
welcher ihn geht,  
die Insektenschwärme  
des schlechten Gewissens  
völlig verlassen,  
und er wandelt,  
obschon ganz verrucht,  
doch in Unschuld.«*

Friedrich Nietzsche

## Bessere Jodversorgung in Deutschland

*Neue Studie zeigt aber auch Risikogruppen auf - Stillende Mütter besonders betroffen*

8. März '99 - Die Deutschen nehmen deutlich mehr Jod zu sich als noch vor 15 Jahren. Dies ist das erfreuliche Resümee der großangelegten Untersuchung »Jod-Monitoring 1996«, die vom Forschungsinstitut für Kinderernährung, Dortmund, in Zusammenarbeit mit verschiedenen Kliniken und Fachinstitutionen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wurde.

Den großen gesundheitspolitischen Erfolg der Jodmangelprophylaxe führen die Wissenschaftler der Studie und des Arbeitskreises Jodmangel auf die breite Akzeptanz von Jodsalz zurück: 75% der Befragten verwenden regelmäßig Jodsalz im Haushalt, 11 Prozent davon setzen auf Jodsalz mit Fluorid. Bei 95% der Bevölkerung findet das Thema Jod und Gesundheit großes Interesse, ihr diesbezüglicher Informationsstand ist somit entsprechend gut.

Die Studie zeigt allerdings auch, daß trotz der erfreulichen Verbesserung die optimale Jodzufuhr in Deutschland noch nicht erreicht ist. So liegt die durchschnittliche Jodzufuhr der über 14 Jahre alten Bevölkerung Deutschlands bei durchschnittlich 119 Mikrogramm pro Tag. Dieser Wert liegt unterhalb des von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geforderten untersten Grenzwertes von 150 Mikrogramm pro Tag. Legt man die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung empfohlene Jodaufnahme von 180 - 200 Mikrogramm pro Tag für Jugendliche und Erwachsene zugrunde, so fehlen bei dieser Altersgruppe derzeit täglich noch

etwa 60 - 80 Mikrogramm Jod in der Nahrung.

In Deutschland herrscht daher in der Gesamtbevölkerung immer noch ein Jodmangel. werdende bzw. stillende Mütter sowie Jugendliche und Wehrpflichtige gehören nach wie vor zu den Risikogruppen für jodmangelbedingte Schilddrüsenerkrankungen. Wehrpflichtige, stellvertretend für junge Erwachsene im Alter von 18 bis 22 Jahren, zeigen neben einer mangelnden Versorgung auch geringes Wissen bzw. wenig Interesse am Thema Jod.

Bei werdenden Müttern, Neugeborenen, stillenden Frauen und deren Babys wurde eine besonders niedrige Jodversorgung festgestellt, wenn zusätzlich keine Jodtabletten eingenommen wurden. Laut Studie greift nur jede fünfte stillende Frau zu Jodtabletten. Stillende Mütter, die keine Jodtabletten einnehmen, sind derzeit in Deutschland die Gruppe mit der ungünstigsten Jodversorgung. Von diesem Jodmangel sind auch die gestillten Säuglinge betroffen.

**Der Arbeitskreis Jodmangel** fordert deshalb vor allem für Risikogruppen eine verstärkte Aufklärung und die Durchsetzung von Maßnahmen, die zu einer besseren Jodversorgung dieser Menschen führen. Dazu gehört die ausschließliche Verwendung von Jodsalz im Haushalt und in der Gemeinschaftsverpflegung, die Bereitstellung eines möglichst breiten Angebotes von mit Jodsalz hergestellten Lebensmitteln und Fertiggerichten sowie der regelmäßige Verzehr von Seefisch und Milch, die von Natur aus Jod enthalten.

Zur optimalen Bedarfsdeckung sind auch Jodtabletten eine empfehlenswerte Alternative. Dies gilt besonders für Schwangere und Stillende, die einen erhöhten Jodbedarf haben, der derzeit in Deutschland über die Nahrung nur schwer zu decken ist.

## Wieviel Betreuung braucht ein Patient?

In der zahnmedizinischen Prophylaxe herrscht seit langem rege Diskussion über den richtigen Weg zur dauerhaften Gesunderhaltung von Zähnen und Zahnhalteapparat.

### »Oral self care« und Fremdvorsorge notwendig

Auf der einen Seite stehen die Befürworter der »oral self care«, auf der anderen die Anhänger der sogenannten Fremdvorsorge. Was ist unter diesen beiden Begriffen zu verstehen? »Oral self care« beschreibt eine Strategie, die das Ziel verfolgt, den Patienten in die Lage zu versetzen, selbst die Verantwortung für seine orale Gesundheit zu übernehmen. Dazu gehören vor allem Maßnahmen der Motivierung und Instruktion zur häuslichen Mundpflege. Die Strategie der Fremdvorsorge spricht dem gegenüber dem Patienten weitgehend die Fähigkeit ab, für seine Gesundheit selbst zu sorgen und setzt ganz auf professionelle Betreuung. Ein typisches Beispiel für Fremdvorsorge sind regelmäßige professionelle Zahnreinigungen.

Es ist nicht ganz nachzuvollziehen, warum sich die beiden Strategien zunehmend als konträre Positionen aufgebaut haben und zwischen ihren Protagonisten teilweise eine richtige Gegnerschaft entstand. Beide sind nämlich unverzichtbare und einander ergänzende Maßnahmen einer effektiven Prophylaxe. Wie groß der Anteil an »oral self care« und professioneller Prophylaxe jeweils ist,

hängt zunächst einmal von den Fähigkeiten des Anbieters der Prophylaxe ab. Wer als Zahnarzt, DH oder Prophylaxehelferin über eine gute pädagogische und psychologische Ausbildung verfügt und eine hohe Überzeugungskraft besitzt, der wird sehr erfolgreich in der Vermittlung der »oral self care« sein. Seine Patienten werden weniger professionelle Unterstützung brauchen als die Patienten, die auf einen weniger versierten »Prophylaxeberater« treffen. Die Anteile an »oral self care« und professioneller Prophylaxe hängen jedoch nicht nur von der Kompetenz der Prophylaxefachkraft ab. Sie sind natürlich auch in hohem Umfang von der Bereitschaft und der Fähigkeit eines Menschen abhängig, sich selbst um die Erhaltung seiner Gesundheit zu sorgen. Viele Menschen, vor allem Ältere und Behinderte, aber auch Kinder, sind gar nicht in der Lage, selbst für ihre Gesundheit zu sorgen. Sie brauchen professionelle Unterstützung in Form von Zahnreinigungen, subgingivalem Scaling oder Fissurenversiegelung, um nur die wichtigsten Beispiele zu nennen. Andere Menschen wären zwar vermutlich in der Lage, sich um ihre Mundgesundheit selbst zu kümmern, ziehen es aber bewußt vor, sich professionell betreuen zu lassen. Auch das ist nichts Verwerfliches und in einer Dienstleistungsgesellschaft eine durchaus akzeptable Haltung.

Immer stellt sich jedoch die Frage, wieviel professionelle Betreuung sein muß, damit das Gebiß eines Menschen ein Le-

ben lang gesund bleibt. Der vorliegende Beitrag versucht, darauf eine Antwort zu geben.

## Risikofaktoren

Das Ausmaß an professioneller Betreuung, das ein Mensch braucht, ist von seinen oralen Risikofaktoren abhängig. Es gibt diverse Ansätze, solche Risikofaktoren zu bestimmen. Die bekanntesten sind ohne Zweifel die Speicheltests zur Bestimmung des Kariesrisikos (Abb. 1). Entsprechende Tests gibt es auch zur Bestimmung des Parodontitis-Risikos. Diese sind jedoch sowohl von den wissenschaftlichen Grundlagen als auch in der praktischen Anwendung komplizierter als die Kariesrisiko-Tests. Beiden gemeinsam ist, daß sie zwar bakterielle Ri-



Abb. 1 Speicheltests zur Ermittlung mikrobieller Risikofaktoren

sikofaktoren ermitteln können, diese jedoch zur Risikoeinschätzung alleine noch nicht ausreichend sind. Die Diagnose des Krankheitsrisikos wird um so besser, je mehr Risikofaktoren erhoben werden. Diese müssen jedoch immer in Bezug zu einer bestehenden bzw. zu ver-

hütenden Krankheit gesehen werden. Bei Kindern und Jugendlichen steht die Karies im Vordergrund. Kariesrisikofaktoren sind insbesondere bestimmte Ernährungsgewohnheiten, vor allem häufiger Zuckerkonsum und schlechte Mundhygiene, aber auch das Tragen einer

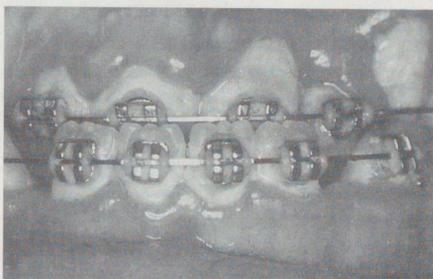


Abb. 2. Eine kieferorthopädische Behandlung mit festsitzenden Apparaturen kann ohne intensive prophylaktische Betreuung zu schwerwiegenden Problemen führen.

festsitzenden kieferorthopädischen Apparatur (Abb. 2). Wenn ein Kariesrisiko über einen längeren Zeitraum besteht, dann kommt es auf den Glattflächen der Zähne zu Kreideflecken (Abb. 3) und in

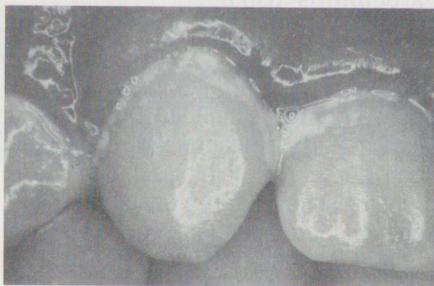


Abb. 3 Multiple Kreideflecken sind ein deutlicher Hinweis auf ein erhöhtes Kariesrisiko.

den Fissuren zu dunklen Verfärbungen. Diese beiden Veränderungen sind die wichtigsten Alarmsignale, die unbedingt zu verstärkten prophylaktischen Bemühungen führen müssen. Eine Verbesse-



Abb. 4 Wenn eine Zahnfleischtasche nach Sondierung mit einer Parodontalsonde blutet, ist dies ein deutliches Zeichen für eine aktive Parodontitis

rung der häuslichen Prophylaxe (»oral self care«: bessere Mundhygiene, gesündere Ernährung, Anwendung von Fluorid) muß angestrebt werden, wahrscheinlich ergänzt durch professionelle Prophylaxe.

### Parodontitis-Risiko

Bei Menschen, die 30 Jahre und älter sind, spielt neben der Karies verstärkt die Parodontitis eine Rolle. Deren Risiko wird neben schlechter Mundhygiene auch durch mikrobiologische und immunologische Faktoren bestimmt. Klinische Zeichen eines längere Zeit bestehenden Parodontitisrisikos sind Attachmentverlust und zunehmende Lockerung der Zähne. Zahnfleischtaschen, die bei Sondierung mit einer Parodontalsonde

bluten, sind ein weiterer wichtiger Hinweis auf eine aktive Parodontitis (Abb.4). Freiliegende Wurzeloberflächen sind meistens die Folge einer Parodontitis. Allerdings kommt es bei alten Menschen auch ohne eine entzündliche Erkrankung zu einem gewissen Abbau des Zahnhalteapparates und damit zur Entblößung von Wurzeloberflächen. Beide Fälle sind mit einem Risiko verbunden, an Wurzelkaries zu erkranken.

### Aussagekraft der Risikofaktoren

Die Ermittlung von Risikofaktoren ist für die prophylaktische Betreuung eines Menschen sehr wichtig. Bedarfsorientierte oder risikoorientierte Prophylaxe bedeutet schließlich nichts anderes, als daß Risikofaktoren ermittelt und bekämpft werden. Der Risikofaktor »zahnschädigende Ernährung« wird z.B. durch eine Beratung über zahnfreundliche Nahrung bekämpft, der Risikofaktor »schlechte Mundhygiene« durch Motivierung und Instruktion zu guter häuslicher Zahnpflege. Die Risikofaktoren bestimmen also ganz wesentlich den Inhalt einer Prophylaxesitzung.

### Inhalt und Häufigkeit der Prophylaxesitzungen

Auch die Häufigkeit, in der Prophylaxesitzungen stattfinden müssen, wird indirekt durch Risikofaktoren bestimmt, und zwar im wesentlichen dadurch, wie gut oder schlecht sich diese kontrollieren lassen. Ein Risikofaktor, der sich rasch und einfach abstellen läßt, erfordert keine hohe Frequenz an Prophylaxesitzungen. Ein Beispiel hierfür ist ein motivierter Patient, der seine Zähne nur deswe-



gen nicht gut geputzt hat, weil er die richtige Technik bisher nicht kannte. Nach Erklärung einer guten Technik pflegt er seine Zähne perfekt und hat diesen Risikofaktor ausgeschaltet. Andererseits erfordern Risikofaktoren, die »therapie-resistent« sind, oft eine hohe Betreuungsdichte. Solche Faktoren können z.B. zuckerreiche Ernährung bei Kindern oder mangelnder Gebrauch von Interdentalbürsten bei Parodontitis-Patienten sein.

### **Dynamische Erscheinungen, für die es keine Formeln gibt**

Den Inhalt einer Prophylaxesitzung festzulegen ist relativ einfach. Wo aktive Tassen sind, werden sie gereinigt, wo Plaque vorhanden ist, wird sie entfernt, wo Kreideflecken auftreten, werden sie fluoridiert usw. Viel schwieriger als die Festlegung des Inhalts einer Prophylaxesitzung ist jedoch die Bestimmung ihrer Wiederholungsfrequenz. Wie bereits dargelegt, können auch hierbei Risikofaktoren nützlich sein. Allerdings gibt es kein Verfahren, das durch mathematische Verknüpfung von Risikofaktoren eine Festlegung der Häufigkeit von Prophylaxesitzungen ermöglicht. Dazu sind die Umstände, die über Gesundheit und Krankheit entscheiden, zu komplex miteinander verknüpft. Außerdem sind Risikofaktoren keine statischen, sondern dynamische Erscheinungen. Manche Menschen pflegen etwa nur bei ganz bestimmten Gelegenheiten eine zuckerreiche Ernährung: z.B. zu Weihnachten und Ostern. Andere putzen nur zu bestimmten Zeiten ihre Zähne schlecht, etwa wenn besondere schulische oder berufliche Belastungen anstehen.

Bei der Festlegung der Recall-Frequenz muß auch bedacht werden, daß die meisten Erwachsenen ein kombiniertes zahnmedizinisches Problem haben. Sie haben ein parodontales und ein kariologisches Risiko (zunächst nur koronales, in höherem Alter auch noch Wurzelkaries). Manchmal kommt sogar noch ein weiteres hinzu: das Risiko von Erosionen durch zu säurereiche Ernährung. Mit welchem Anteil sollen alle diese Risiken in die Berechnung der Maschenweite, die das Prophylaxenetz haben soll, eingehen? Wir wissen es nicht.

### **Bestimmung der Recallfrequenz**

Wie aus den bisherigen Ausführungen hervorgeht, gibt es keine mathematische Formel, in die man die Risikofaktoren einsetzen kann und den Abstand zwischen den Prophylaxesitzungen in Monaten erhält. Da aber die Festlegung des korrekten Recallabstandes von großer Bedeutung ist, um die Gesundheit unserer Patienten sicher zu stellen, muß man einen anderen Weg finden. Hierzu bietet sich ein Verfahren an, das auch in der Therapieentscheidung zur Behandlung von Karies oder dem Ersatz von Füllungen immer größere Bedeutung gewinnt: die klinische Verlaufsbeobachtung. Für die Prophylaxe bedeutet dies, daß die Frequenz der Recalltermine für einen Patienten zunächst auf der Grundlage einer groben Schätzung festgelegt wird. Aufgrund der erhobenen Risikoparameter wird der Patient einer Risikogruppe zugeordnet.

- **Niedriges Risiko**  
1-2 Sitzungen pro Jahr
- **Mittleres Risiko**  
2-4 Sitzungen pro Jahr

## • Hohes Risiko 6 Sitzungen pro Jahr

Diese Einteilung ist aufgrund des bereits erläuterten Sachverhaltes nicht streng wissenschaftlich fundiert, sondern lediglich eine Schätzung, vor allem auf der Grundlage des klinischen Eindrucks. Wenn der Patient zu seiner ersten Wiederholungssitzung kommt, erfolgt eine Re-Evaluation seines Gesundheitszustandes. Im Vergleich mit den in der ersten Sitzung erhobenen Daten kann man nun entscheiden, ob die klinische Situation des Patienten stabil geblieben ist, ob sie sich verbessert oder vielleicht auch verschlechtert hat. Entsprechend wird der zeitliche Abstand zum nächsten Recalltermin beibehalten, verlängert oder verkürzt. Falls nach einer Sitzung noch keine Entscheidung getroffen werden kann, behält man den bisherigen Abstand bei. Nach spätestens einem Jahr ist es aber in aller Regel möglich, aufgrund der Entwicklung im zurückliegenden Jahr die Recallfrequenz für das kommende Jahr festzulegen. Dieses System erfordert eine ständiges Überdenken und Korrigieren des Recallabstandes. Es ist aber damit möglich, einer ungünstigen Entwicklung im Krankheitsverlauf entgegen zu steuern, bevor es zu schwerwiegenden irreversiblen Schäden gekommen ist. Da dieses Verfahren zur Festlegung der Häufigkeit der Prophylaxesitzungen eine engmaschige Diagnostik erfordert, ist eine gute Abstimmung zwischen Prophylaxehelferin bzw. DH und dem Zahnarzt erforderlich. Letztlich liegt es in der zahnärztlichen Verantwortung, die Recallfrequenz festzulegen. Diese Leistung ist nicht an Prophylaxepersonal delegierbar, weil sie ei-

ne Konsequenz aus der Diagnose ist, die wiederum eine originäre zahnärztliche Handlung darstellt.

### Schlußfolgerung

Die Beantwortung der Frage, wieviel Prophylaxe ein Patient braucht, um gesund zu bleiben, schließt sowohl den Inhalt von Prophylaxesitzungen als auch deren Wiederholungsfrequenz ein. Der Inhalt orientiert sich an den festgestellten Risikofaktoren. Hierzu ist eine gründliche Diagnostik erforderlich. Diese umfaßt vor allem klinische Parameter, kann aber durch mikrobiologische ergänzt werden. Die Wiederholungsfrequenz der Prophylaxesitzungen richtet sich nach dem Krankheitsverlauf. Zeigt der Patient nach erfolgter Therapie trotz prophylaktischer Betreuung eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes, so muß die Wiederholungsfrequenz erhöht werden. Bleibt der Zustand stabil oder bessert sich, so kann die Prophylaxefrequenz beibehalten oder sogar verringert werden.

*OA Dr. med. dent. Stefan Zimmer  
Zentrum für Zahnmedizin an der Charité  
Abt. für Zahnerhaltung und Präventivmedizin (Leiter: Prof. Dr. J.-F. Roulet)  
Föhler Straße 15, 13353 Berlin*

*Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors aus dem  
Quintessenz Team-Journal 29/99*

**Dem aufmerksamen Leser wird nicht entgangen sein, daß wir im forum 63, S.58 u. 59 die Bildüberschriften vertauscht haben.**

**Wir bitten um Nachsicht!**

## »Mit einem Drittel des Aufwandes doppelt so gute Ergebnisse«...

**Mit diesem Brief von Prof. Th. Marthaler, Zürich - der grauen Eminenz in Sachen Prophylaxe - an die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, setzen wir den Dialog über die Effizienz von Gruppen- und Individualprophylaxe fort, der im forum 60, S.12 begonnen wurde.**

### **Sehr geehrte Herren Kollegen aus Schleswig-Holstein,**

Sie haben mir in einem wohlformulierten längeren Brief vom 16. Juli 1998 auf 3 eng beschriebenen Seiten eingehend die Gründe dargelegt, um deretwegen die sofortige Einführung der Individualprophylaxe, IP, unter den Bedingungen von Schleswig-Holstein unverzichtbar sei. Sie bitten mich um ein Urteil darüber, was zum Beispiel die Abschaffung des Jugendzahnpflegegesetzes in Ihrem Lande bedeute. Ich kann unmöglich auf solche Details eingehen, möchte aber auf meine grundsätzlichen Ansichten zurückkommen. Ich bemühe mich stets, andere Standpunkte so ernst zu nehmen wie meine eigenen und habe deshalb mit meiner Antwort in Erwartung neuer Daten zugewartet.

Die letztes Jahr erschienenen "Epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 1997" (Pieper, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. [DAJ], Bonn 1998) berichten über einen deutlichen Kariesrückgang in nicht weniger als 13 Bundesländern. Das ist sehr erfreulich! Ein interessantes, aber schwieriges wissenschaftliches Problem stellt sich nun da-

rin, so schlüssig wie möglich zu eruieren, welche Faktoren hauptsächlich oder erst in zweiter Linie zu diesem Erfolg der Vorbeugung beigetragen haben. International wird die Schutzwirkung der Fluoride in den Zahnpasten als Hauptfaktor anerkannt, wie aus einer in Schweden durchgeführten Umfrage hervorgeht (Bratthall, European J of Oral Sciences 1996, Band 104, Nummer 4, Teil II, S. 415-491, zusammengefasst und besprochen in "Kariesdynamik und Kariesrisiko", Quintessenz Verlag, Berlin 1997, Beitrag von Marthaler, Seiten 37-45). Alle anderen Faktoren standen demgegenüber im Hintergrund, so auch die Fissurenversiegelung.

Auf Seite 100 des DAJ-Berichtes "Epidemiologische Begleituntersuchungen ..." sind die Aufwendungen für die Gruppenprophylaxe, GP, und die Individualprophylaxe, IP, genannt. Betreffend die GP werden für die Jahre 1991 bis 1996 Kosten von 212 Millionen DM angegeben. Weiter unten stehen Angaben über Versiegelungen, diesmal für die Jahre 1993 bis 1996. "In derselben Zeitspanne führten die Zahnärzte ca. 17 Millionen Lokalfluoridierungen durch, insgesamt wurden ca. 2 Milliarden DM für die IP aufgewendet."

Für die GP ergeben sich pro Jahr (nämlich 1991-1996)  $212/6 = 35$  Mio DM. Aus den 2 Milliarden für die IP von 1993 bis 1996 entfielen im Mittel somit 500 Millionen auf ein Jahr. Für die IP wurde also 14 Mal mehr aufgewendet als für die GP!

Auf die 7 Millionen-Bevölkerung der Schweiz umgerechnet ergäbe der jährliche deutsche Aufwand für GP etwas weniger als 3 Mio CHF. Tatsächlich werden in der Schweiz jährlich rund 12 Millionen CHF für die zahnmedizinische Vorbeugung in den Kindergärten (ab Alter 5 Jahre) und Schulen (Grundschule, zum Teil Weiterführung zu den 12-15jährigen) ausgegeben; der grösste Teil davon geht an die Stundenentschädigungen der rund 1000 in den Schulen tätigen Schulzahnpflege-Helferinnen, oder treffender Zahngesundheits-Erzieherinnen.

In Bezug auf die IP ergäben die jährlich mehr als 500 Mio DM rund 40 Mio CHF für die Schweiz. Neben den Kosten der GP in den Schweizer Schulen fallen die Kosten der IP nicht ins Gewicht, da die meisten Kinder keine IP in der Praxis erhalten (Zuzüger mit hohem Kariesbefall werden über intensivierte GP erfasst) und auch keine benötigen. Nimmt man 1,3 Mio Kosten für die IP in der Schweiz an, dann ergeben sich als gesamte Prophylaxekosten bis zum Ende des Schulalters  $12+1,3=13,3$  Mio CHF (GP+IP). Dies ist gerade ein Drittel der Kosten der IP in Deutschland (Mittel der Jahre 1993-1996, heute wohl schon höher).

Übrigens: Wenn sich die Schweizer Zahnärzte vor allem auf die Gruppen-

prophylaxe abstützten, ist es nicht so, dass die Zahnärzte in der Schweiz keine Intensivprophylaxe betreiben würden: das haben sie schon vor 20 Jahren getan, damals mit einfachen und billigen direkten Methoden und natürlich ohne die heute verfügbare teure Risikodiagnostik und Hilfsmittel wie die Versiegelung. Fast immer müssen die Schüler bzw deren Eltern die IP selber berappen. Einen statistisch bedeutenden Einfluss der Intensivprophylaxe gibt es bei der Jugend in der Schweiz aber nicht. Trotzdem war die Kariesprävalenz in DMF-Zählungen in den Jahren 1995-97 in der Schweiz deutlich niedriger als in Deutschland, nämlich bei rund 1,0 DMFT bei den 12jährigen; im Kanton Zürich 0,84 DMFT, bei den 14jährigen 1,53 DMFT.

Die Gesamtausgaben für die zahnmedizinische Vorbeugung bei der Jugend in der Schweiz, grösstenteils für die GP, waren und sind nur etwa ein Drittel der Aufwendungen in Deutschland. Jedoch: der Kariesbefall der Schweizer Schulkinder war noch anfangs der Neunzigerjahre nur halb so hoch wie in Deutschland; erfreulicherweise ist Deutschland jetzt am Aufholen! Es bleibt aber unbestreitbar: das in der Schweiz traditionelle Primat der GP hat mit höchstens einem Drittel des Aufwandes zu doppelt so guten Ergebnissen hinsichtlich Mundgesundheit geführt.

Wie ernst auch die Vorbeugung zu nehmen ist - eine Prise Humor kann nicht schaden. Die Apologie des Sokrates beginnt mit folgenden Worten: " Welchen Eindruck, ihr Männer von Athen [die Frauen sind nicht genannt], meine

Ankläger auf euch gemacht haben, das weiss ich nicht, hätte ich selbst doch bei ihren Worten beinahe mich selber vergessen - so überzeugend sprachen sie." Allerdings bin ich selber auch gelegentlich unsicher geworden, wenn ich mir die redengewandten Beteuerungen zur Unabdingbarkeit der Individualprophylaxe anhöre. Wobei es hier nicht um ein Todesurteil wie im alten Athen geht, sondern um die Verhütung des letztendlichen Verlustes von Zähnen durch fortschreitende kariöse Zerstörung von Zähnen.

Dass indessen schlechter Zahnzustand auch Nachteile für die Gesundheit des Gesamtorganismus mit sich bringt, ist in den letzten Jahren mehrfach nachgewiesen worden. Das wohl einmalig Positive an der Vorbeugung, ob vorwiegend durch IP oder GP umgesetzt, ist wohl, dass sie auf jeden Fall die Gesundheit befördert. Ob es etwas mehr oder weniger kosten darf - das hängt davon ab, was die Entscheidungsträger der Gesundheitspolitik beschliessen, wobei die Berufspolitik einflussreiche Grundlagen liefern kann. Bei offenkundigen "Preisdifferenzen" von einigen hundert Prozenten lohnt es sich allerdings, das Kosten-Nutzenverhältnis nicht aus den Augen zu verlieren.

Die IP, die Ihre Kammer anstrebt, muss gezielt die Risikokinder erfassen. Meine zugegebenermassen unvollständigen Kenntnisse der deutschen wissenschaftlichen Literatur lassen keine Arbeiten mit dieser Fragestellung erkennen. Indessen gibt es zu diesem Thema einen anekdotischen Hinweis (Oralprophylaxe 1998, Band 20, Seite 153, mitt-

lere Spalte unten): "... Es ist anzunehmen, dass diese Kinder (gemeint sind diejenigen mit Versiegelungen) auch Nutznießer übriger individualprophylaktischer Leistungen waren, wie der Gesundheitsaufklärung, Demonstration und Motivation zur Mundhygiene, Ernährungslenkung und individueller Fluoridierungsmassnahmen (IP1 bis 4). Gestützt wird diese Hypothese durch die ausschliessliche Konzentration der Glattflächenkaries auf die Gruppe von 8 Jährigen ohne Fissurenversiegelung. Da gerade der Kariesbefall der Glattflächen durch eine gute Mundhygiene eingegrenzt wird, könnte dieser Zusammenhang als ursächlich angenommen werden". Laut dieser Beobachtung kämen also ausgerechnet diejenigen Kinder nicht in den Genuss der Fissurenversiegelung, die so stark kariesaktiv sind, dass sie sogar Glattflächenkaries aufweisen. Ich würde mich auf eine wissenschaftliche Mitteilung freuen, welche belegen würde, dass sich die Individualprophylaxe tatsächlich auf Kinder mit erhöhtem Risiko konzentriert.

Mit dieser Feststellung findet der öffentlich mit Ihnen geführten Briefwechsel auf meiner Seite seinen Abschluss.

Ich möchte nochmals meiner Befriedigung darüber Ausdruck verleihen, dass die Kariesprävalenz bei der Jugend in Deutschland auf breiter Basis zurückgeht und verbleibe mit freundlichen kollegialen Grüssen.

*T. M. Marthaler, Zürich*

*Lesen Sie zu diesem Themenkomplex auch die Stellungnahme des DAZ zum aktuellen Gesetzentwurf der Regierung auf Seite 5.*

# Rückgang der Zahnkaries ohne Fluorid nicht denkbar

## Europäisches Parlament legt Expertenbericht zur Zahn- und Mundgesundheit vor

Die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen hat sich in den meisten europäischen Ländern erheblich verbessert. Dies geht aus dem Expertenbericht zur Zahn- und Mundgesundheit in Europa (EU-Mitglieds- und Nachbarländer) hervor, der im Oktober 1998 vom Europäischen Parlament vorgelegt wurde.

Belegt wird dies durch die in den letzten 5-10 Jahren ermittelten DMFT Durchschnittswerte. Die günstigsten DMFT-Werte für 5-7jährige und 12jährige Kinder (z.T. <1,0!) liegen in Skandinavien, den Niederlanden, Großbritannien, der Republik Irland und der Schweiz vor. Deutschland belegt einen Platz im "Mittelfeld" (DMFT-Index für 5-7jährige ~ 2,5). In vielen EU-Mitgliedsländern und EU-Nachbarländern hat demnach ein zunehmender Anteil der Heranwachsenden ein naturgesundes Gebiß bzw. ein Gebiß mit nur wenigen kariesbedingten Zahnfüllungen. Zahnverluste durch Karies sind inzwischen bei Kindern und Jugendlichen äußerst selten geworden.

Bei jungen Menschen (18-24jährigen) bzw. Erwachsenen mittleren Lebensalters zeichnet sich in den letzten Jahren ebenfalls ein Rückgang bzw. kein weiterer Anstieg von kariesbedingten Zahnschäden und -verlusten ab, so die Angaben des Berichts. Der Trend zur generell besseren Zahn- und Mundgesundheit

bestätigt nach Auffassung der Experten demnach die Effektivität der derzeitigen Präventionsmaßnahmen. Die besten Erfolge sind den Experten zufolge durch eine Kombination von Maßnahmen erzielbar. Dazu gehören die Erziehung zu einer effektiven Zahnpflege und Mundhygiene, die Ernährungsaufklärung, eine konsequente Fluoridanwendung und regelmäßige zahnärztliche Kontrollen.

Das bessere Bild der Zahngesundheit soll, so die Berichterstatter, jedoch nicht darüber hinweg täuschen, daß dies nicht einheitlich in allen europäischen Ländern und in allen Bevölkerungsgruppen anzutreffen ist. Es kristallisiert sich zunehmend ein Zusammenhang zwischen Zahngesundheit und sozialem Status bzw. wirtschaftlicher Situation heraus. Insgesamt ungünstig ist danach die Situation beispielsweise in Portugal, Polen, Litauen, Lettland oder Rumänien. Aber auch in den Ländern mit hohem Niveau der Zahngesundheit sind Problemgruppen erkennbar. Dazu zählen u.a. Bevölkerungsschichten mit niedrigem Einkommen, geringem Bildungsniveau, mit Kommunikationsproblemen (Ausländer, Asylanten), aber auch körperlich und geistig behinderte Menschen.

Der entscheidende Faktor für den Rückgang der Zahnkaries ist nach dem Resümee der Experten die Verwendung von

Fluorid durch individuelle häusliche Anwendung oder zahnärztliche Maßnahmen. Dabei ergänzen sich lokale und systemische Fluoridwirkungen am bzw. im Zahn(schmelz). Dem Bericht zufolge verwendet inzwischen die Mehrzahl der Menschen in Europa fluoridhaltige Zahnpasten. Außerdem steht 15,5 Mio Menschen fluoridhaltiges Trinkwasser zur Verfügung. Weitere 50 Mio Menschen in Europa verwenden fluoridiertes Speisesalz.

In der Schweiz verfügt man über die längste Erfahrung mit der Speisesalzfluoridierung als obligater Gruppenprophylaxemaßnahme. Seit der Einführung von fluoridiertem Speisesalz im Jahre 1955 ist der Kariesbefall in der Schweiz kontinuierlich zurückgegangen. 1983 wurde die Fluoridmenge im Speisesalz auf 250 mg/kg Speisesalz erhöht, was zu einem weiteren signifikanten Rückgang der Zahnkaries führte (z.B. bei 8-14jährigen Kindern um 83-90 Prozent). Hinsichtlich Effektivität und Effizienz hat sich die Speisesalzfluoridierung somit als die Alternative zur Trinkwasserfluoridierung erwiesen, möglicherweise ist sie zukünftig - bei rückläufigem Trinkwasserkonsum - sogar als prophylaktisch sinnvoller anzusehen.

Inzwischen steht fluoridiertes Speisesalz auch in Frankreich (seit 1986), in Belgien (seit 1991), der Tschechischen Republik (seit 1994) und Deutschland (seit 1991) zur Verfügung. In Deutschland machte 1998 der Anteil von fluoridiertem Jodsalz am gesamten Haushalts-Paketsalzabsatz (entspricht im wesentlichen der Privathaushaltsnachfrage) nahezu 30 Prozent aus.

Auf der Basis des Dentalberichts empfehlen die Berichtersteller folgende Strategien für die Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit der EU-Bevölkerung:

1. Überprüfung der jeweiligen staatlichen Maßnahmen auf Verbesserung von Effektivität und Erweiterung der Prävention durch
  - a) Einführung obligater Fluoridierung (Trinkwasser/Speisesalz),
  - b) Verbesserung/Vereinfachung der Lebensmitteldeklaration (gut sichtbar/verständlich z.B. durch Symbole); Kennzeichnung von "zahnfreundlichen" Süßwaren.
2. Verbesserung/ Intensivierung der Betreuung von Problemgruppen z.B. durch
  - a) regelmäßige, zeitlich engmaschigere zahnärztliche Betreuung,
  - b) gezielte Fluoridgaben und gezielte Zahnpfleges Schulungen in Kindergärten/ Schulen in sozial schwachen Gebieten.

*Pressemeldung der Informationsstelle für Kariesprophylaxe des DAZ*

## **Lyme-Borreliose-Infektionen auf dem Vormarsch**

Mehr als 30.000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland!

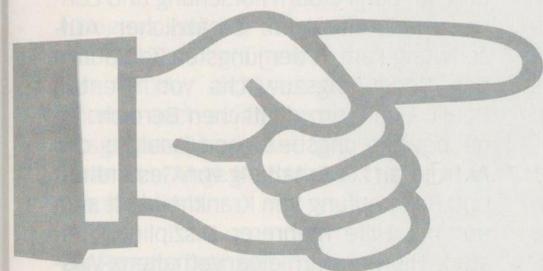
Ein Thema nicht nur für Betroffene!  
Aufklärung der Bevölkerung unzureichend! Bisher helfen nur Antibiotika!

### **Hinweis für Interessierte:**

Aktuelle Aspekte zur Diagnostik und Therapie der Lyme-Borreliose beim  
Grüenthal Satelliten-Symposium  
Mittwoch, 23. Juni '99, 17.30-19.30  
Hilton Hotel am Tucher-Park, München

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.**

## **PsyDentNet** - Netzwerk Psychologie und Zahnmedizin

Die Ansprüche an den Zahnarzt steigen nicht nur in zahnmedizinisch-fachlicher Hinsicht, sondern zugleich erhöhen sich auch die Anforderungen an seine kommunikativen Fähigkeiten, an sein pädagogisch-psychologisches Geschick. Nicht selten steht der Behandler vor der Aufgabe, sich mit den seelischen Schwierigkeiten des Patienten auseinanderzusetzen und psychopathologische Zusammenhänge berücksichtigen zu müssen, da sie massiven Einfluß auf das Verhalten des Gegenübers und auf den Therapieerfolg haben.

Dies führt zum einen zu Forderungen bzgl. der zahnärztlichen Ausbildung, wie sie der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund schon seit Jahren erhebt: psychologische Inhalte müssen weit stärker als bisher im Studium berücksichtigt werden, und zwar nicht nur in der Theorie, sondern auch bei der praktischen Arbeit mit Patienten.

Zum anderen haben Fachleute sowohl von Seiten der Zahnmedizin als auch von Seiten der Psychologie schon seit längerem Interesse an dem Grenzbe- reich beider Wissenschaften. Vornehmlich an einzelnen Universitätsinstituten entstanden Stützpunkte dieses interdisziplinären Bereiches. In Arbeitskreisen unter dem Dach von Fachgesellschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn- Mund-

und Kieferheilkunde (DGZMK) schlossen sich Wissenschaftler und Praktiker zusammen und tauschten bei gemeinsamen Tagungen und Arbeitskreis-Sitzungen nicht nur Erfahrungen aus, sondern bemühten sich, systematisch die Erkenntnisse des jungen Gebietes zu dokumentieren und offene Fragen bzw. Bedarf auf den Feldern Forschung und Lehre zu identifizieren. Zusätzlicher Aufschwung kam in der jüngsten Zeit durch den Bedeutungszuwachs von (Dental) Public Health im deutschen Bereich. Eine bevölkerungsbezogene Analyse der Aktivitäten zur Erhaltung von Gesundheit und Bekämpfung von Krankheit läßt sich nur mit Hilfe mehrerer Disziplinen leisten. Hierbei darf eine Verhaltenswissenschaft wie die Psychologie nicht fehlen.

Kooperation und Erfahrungsaustausch quer durch die Republik zu organisieren ist mit einigem Aufwand verbunden - davon weiß auch der DAZ ein Liedchen zu singen. Insofern ist es nicht verwunderlich, daß die verstreut im Bereich Psychologie und Zahnmedizin Tätigen sich von den neuen Kommunikationsmedien eine bessere "Vernetzung" im engeren Sinne des Wortes erhoffen. Sie präsentieren sich seit kurzem mit ihrer eigenen "PsyDentNet"-Homepage im Internet und wollen regelmäßig einen Rundbrief herausgeben, der u.a. über das Internet verbreitet wird. Bekanntlich braucht dergleichen keine Einweg-Kommunikation zu bleiben. Jeder Interessierte kann sich

per E-Mail an die Initiatoren des Psy DentNet wenden, problemlos lassen sich allgemein zugängliche Diskussionsforen oder interne Gruppen einrichten. Der 1. Rundbrief ist bereits erschienen, zum Schwerpunkt "Lehre und Fortbildung". Der nächste soll sich mit "Forschung im deutschsprachigen Raum" beschäftigen (Einsendeschluß 1.9.1999). Ständige Rubriken sind Veranstaltungshinweise, Kongreßberichte, Verweise auf für den interdisziplinären Bereich interessante Neuerscheinungen.

Übrigens werden Interessierte, die bisher nichts mit online-Kommunikation zu tun haben, nicht ausgegrenzt: Infos können auch auf Papier bzw. per Telefon ausgetauscht werden. Wer auf konventionellem Wege Kontakt aufnehmen will, wende sich an:

**Dr. Renate Deinzer, Institut für Medizinische Psychologie, Uni Düsseldorf, Postfach 101007, 40001 Düsseldorf, Tel. 0211-8113016, Fax 0211-8113015.**

Für elektronisch Vernetzte stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, wobei hier der Einfachheit halber nur erwähnt sei:

[www.uni-duesseldorf.de/PsyDent](http://www.uni-duesseldorf.de/PsyDent), E-Mail [renate.deinzer@uni-duesseldorf.de](mailto:renate.deinzer@uni-duesseldorf.de)

Das Netz steht allen Interessierten offen - zum Abrufen von Informationen wie auch zur aktiven Mitarbeit!

*Irmgard Berger-Orsag, Dipl.-Psych.,  
Magdalenenstr. 33, 53842 Troisdorf  
E-Mail [DAZ.Koeln@t-online.de](mailto:DAZ.Koeln@t-online.de)*

Bereits über 1200 Praxen arbeiten mit SEDAS, dem zentralen Amalgamabscheider ohne Stromanschluß, verschleißfrei und ökologisch- mit einem Wirkungsgrad von über 99,5%.

Wir  
klären das  
für  
Sie...

**SEDAS**

**Dental-Geräte-Technik  
Dr. Till Ropers GmbH**

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

**Veerenkamp 4  
21739 Dollern**

**Tel. 04163-4018 Fax 04163-6230**

## Verhütung von Überempfindlichkeit nach Klasse II-Komposit-Restaurationen

»Preventing Sensitivity in Class II Composite Resin Restorations«  
G.J. Christensen, JADA, Vol 129, Oktober 1998, 1469 - 1470

Christensen diskutiert in seinem Beitrag die verschiedenen Möglichkeiten, eine Überempfindlichkeit nach Klasse II-Komposit-Restaurationen zu vermeiden. Christensen betont ausdrücklich, daß er die Möglichkeiten nur diskutiert. Direkte wissenschaftliche Untersuchungen zum Nachweis von Ursachen lägen nicht vor.

Christensen spricht folgende Empfehlungen aus:

1. Feuchte Kavitäten-Präparation
2. Dehydration des Zahnes vermeiden
3. 0,5 - 1mm dicke Lage von RRGL (Resin-reinforced glass-ionomer - Liner) vor dem Ätzen auf leicht feuchtes pulpanahes Dentin und auf axiale Kavitätenwände aufbringen
4. dickflüssige Bonding-Flüssigkeit wählen oder dünnflüssige mehrfach auftragen
5. Komposit- Schichtdicken nur in 2 mm Lagen in Kavität
6. Aushärtungszeit jeder Fläche mit einer Halogenleuchte für 45-60 Sekunden, sodaß für die gesamte Klasse II-Komposit-Füllung 2 - 3 Minuten notwendig sind.
7. Lichtstärke der Lampe soll mind. 400 milliwatt/mm<sup>2</sup> betragen.

## Die Hochschullehrer zu posterioren Klasse I und II Komposit-Restaurationen in Nordamerika

»Teaching Class I and Class II direct Composite Restorations: results of a survey of Dental Schools« Mjör J.A., Wilson N.H-F., JADA, Vol 129, Okt. 1998, 1415 - 1421

65 nordamerikanische (USA, Kanada) Dental Schools wurden im Januar 1997 angeschrieben. Der Fragebogen wurde von 54 Schulen = 83% beantwortet. In einer Schule war die Behandlung des Themas nicht im Curriculum enthalten. Klasse I und II posteriore Komposit-Restaurationen wurden dort abgelehnt mit der Begründung einer hohen Mißerfolgsrate. Alle anderen Schulen hielten Klasse I und 2-flächige Klasse II Kavitäten für Komposit-Restaurationen für geeignet. 67% der Schulen lehrten auch 3-flächige Klasse II - Komposit - Restaurationen in Prämolaren. 2/3 der Schulen berichteten, daß sie 2-flächige Klasse II-Restaurationen in Molaren für geeignet hielten. Jedoch weniger als ein Drittel der Dental Schools konzidierten 3-flächige Komposit-Füllungen der Klasse II in Molaren.

94% der Dental Schools akzeptierten eine facio-linguale Kavitätenseite von einem Drittel oder weniger der Interenspidaldistanz als Indikation für eine Klasse I oder II-Komposit Füllung im Seitenzahnbereich, die restlichen auch breitere Kavitäten. 85% schränkten die Indikation weiterhin ein auf eine vollständige schmelzbegrenzte Kavität. Einige Schulen vertraten das Beveling der Kavitätenränder.

Mehr als 50% der Dental Schools gaben folgende Kontraindikationen für die Komposit Füllungen der Klasse I und II im Seitenzahnbereich an:

- Parafunktionen
- Pathologische Abrasio
- Schlechter Schmelz
- Pfeilerzahn für partielle Prothese
- Anbringen von Kofferdam unmöglich
- Ersatz großer Amalgam-Füllungen (zu 75% genannt)
- Allergie

Die Frage zur Gestaltung des Curriculums wurde von 48 Dental Schools beantwortet. Danach beschränkten sich die meisten Kliniken auf die theoretische Unterweisung. 23 = 43% vermitteln auch praktische Erfahrung - davon jedoch nur 11 mit einem Mindestmaß an Füllungen der Klasse I und II.

Im präklinischen Studium fordern die meisten Kliniken 1-4 Füllungen der Klasse I und II. Das klinische Studium sah in 9 Kliniken 1-8 Füllungen je Klasse I und II vor. Eine Klinik verlangte 20 Komposit-Füllungsflächen der Klasse I und II, eine andere 50 Komposit-Füllungsflächen in beliebiger Kombination (auch mit III und IV).

Die Frage zu Unterfüllungen /Linern unter posterioren Komposit-Restaurationen wurde wie folgt beantwortet:

- flache Kavitäten (Präparation innerhalb des äußeren Dentindrittels)
  - zu 90% keine Maßnahme
- mitteltiefe Kavitäten (Präparation bis ins mittlere Dentindrittels)
  - ca 57% keine Maßnahmen
  - ca ein Drittel GJZ

- tiefe Kavitäten (Präparation bis ins innere Dentindrittels)
  - ca 73% GJZ
  - ca 48% Ca(OH)<sub>2</sub>

Auch die Honorargestaltung durch die Kliniken wurde im Fragebogen angesprochen. Im arithmetischen Mittel wurde 29% mehr liquidiert als für eine entsprechende Amalgamfüllung. Die Variationsbreite betrug 0-150%.

Dieser Aspekt wird von den Autoren der Publikation besonders kommentiert. Sie betrachten den Honoraraufschlag als gering und führen das auf das besondere Dental-School-Klientel zurück, welches nicht so zahlungsfähig sei. Darüberhinaus liege das Honorar für die posteriore Klinik-Kompositfüllung leicht niedriger als das Honorar für die 1-flächige Amalgamfüllung in der freien Praxis in den USA.

Die Autoren weisen ferner auf die Empfehlung des angesehenen Forschers und Praktikers Gordon Christensen, der für die posteriore Kunststofffüllung ein um den Faktor 2,5 erhöhtes Honorar gegenüber der Amalgamfüllung für gerechtfertigt hält mit der Begründung eines erhöhten Zeitaufwandes für die Kompositfüllung und eines ohnehin zu niedrigen Honorars für die Amalgamfüllung.

*Übersetzt und zusammengefaßt von  
Dr. Robert Teeuwen, Geilenkirchen*

# Arzt darf Therapieschwerpunkt **Akupunktur** aufs Praxisschild schreiben

**Urteils-Serie dient dem Informationsinteresse der Patienten**

Ärzte dürfen künftig die Bezeichnung »Akupunktur« auf ihre Praxisschilder, Briefpapiere und Visitenkarten schreiben, obwohl es keine Gebiets- oder Zusatzbezeichnung der Weiterbildungsordnung ist. Das hat das Verwaltungsgericht Braunschweig in seinem jetzt veröffentlichten Urteil vom 25.11.1998 entschieden (AZ 1 A 1042/96).

Die Richter stellen in der Urteilsbegründung fest, daß für »interessengerechte und sachangemessene Informationen« Raum bleiben muß. Mit Verweis auf Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts stellten sie fest, daß den Ärzten nicht jede, sondern nur die berufswidrige Werbung verboten ist.

»Dieses Urteil steht in einer Reihe äquivalenter Entscheidungen, in denen dem Anspruch und dem Bedürfnis der Patienten auf Information Rechnung getragen wird«, sagte der Justitiar der Stiftung Gesundheit, Dr. Frank Stebner; »die Gerichte nehmen so die legitimen Interessen von Patienten wie auch Ärzten wahr. Und sie entsprechen mit diesen Urteilen der Standeswirklichkeit.«

Am 10.11.98 hatte bereits das Landgericht Kiel entschieden, daß Ärzte beim bundesweiten Arzt-Such-Service (ASS) der gemeinnützigen Stiftung Gesundheit Therapieschwerpunkte angeben dürfen. Unter der kostenlosen Telefon-

nummer 0130-739009 können sich Patienten seit 1997 Ärzte, Zahnärzte und Kliniken nennen lassen. Die Suche erfolgt anhand von Therapieschwerpunkten. In der mündlichen Verhandlung war bedeutsam, daß die Stiftung Gesundheit als gemeinnützige Einrichtung des Verbraucherschutzes nicht gewinnorientiert ist und durch das Finanzamt sowie die Stiftungsaufsichtsbehörde überwacht wird. Zudem wiesen auch die Kieler Richter auf das Informationsbedürfnis der Patienten hin (AZ 16 O 19/98).

In der Folge entschied auch das Landgericht München 1 zugunsten eines kommerziellen Informationsdienstes. Auch dort dürfen Ärzte und Zahnärzte genannt werden. Dagegen hatte die Bayerische Landesärztekammer erfolglos geklagt (AZ 4 HKO 16788/98).

Mit einer weiteren Klage war die Bayerische Landesärztekammer zuvor ebenfalls unterlegen: Die Ärzteliste des Nachrichtenmagazins »Focus« und die darin genannten Empfehlungen aus dem Jahr 1997 verstießen nicht gegen das Wettbewerbsrecht (OLG München, AZ 29 U 325/98).

*Presse-Information Stiftung Gesundheit*  
3. Februar '99

## Erhöht Kaffeetrinken das Cholesterin?

Studien über den Zusammenhang zwischen Kaffeetrinken und Serum-Cholesterin erbrachten zunächst durchaus widersprüchliche Ergebnisse. Mittlerweile ist das Geheimnis der kontroversen Resultate gelüftet: Positive Korrelationen finden sich in Ländern, in denen Kaffee aufgebrüht und ungefiltert getrunken wird - bei reichlichem Konsum können Gesamt- und LDL-Cholesterin um bis zu 15 Prozent ansteigen. Gefilterter Kaffee führt erst ab einem Liter täglich zu einem geringen Cholesterin-Anstieg von fünf Prozent. Grund: Verursacher der Cholesterin-Erhöhung ist das Cafestol aus der Lipidfraktion des Kaffees; Filterpapier hält diesen Stoff weitgehend zurück.

ÄP Nr.17, Februar '99

## Marathonlaufen

Der Energieverbrauch bei einem Marathonlauf beträgt je nach Körpergewicht etwa 2 200 bis 2 800 kcal. Die Energie wird dabei nahezu ausschließlich aerob bereitgestellt aus der Verbrennung von Glykogen und Fett. Aus der Länge der Strecke ergibt sich die besondere Schwierigkeit, daß die Glykogenvorräte des Sportlers normalerweise nicht für die gesamte Distanz ausreichen, so daß im letzten Viertel des Laufs der Energiestoffwechsel auf die Lipolyse umgestellt werden muß. Da diese weniger effektiv verläuft, muß der Läufer das Tempo reduzieren. Diesen Vorgang bei Kilometer 30 bis 35 bezeich-

nen die Läufer als »Wand«. Durch entsprechende Ernährung und geeignetes Training kann diese Schwierigkeit allerdings weitgehend überwunden werden. Ist der Fettstoffwechsel gut trainiert, kann nämlich auch bei hoher Laufgeschwindigkeit ein größerer Anteil der benötigten Energie aus der Lipolyse gewonnen werden, so daß der Glykogenverbrauch etwas niedriger wird und somit für die gesamte Laufstrecke ausreicht. Erreicht wird dies im Training durch eineinhalb- bis zweieinhalbstündige Läufe in sehr niedrigem, gleichmäßigem Tempo.

ÄP Nr.77, September '98

**Zahnverlust und Alveolarknochenverlust** sind größer bei Rauchern. Der Prozentsatz von interdentalem Knochenverlust (bei 40% Verlust der Knochenhöhe) war ca.16% für Zigarren- und Zigarettenraucher, ca.14% für Pfeifenraucher - verglichen mit 8% für Nichtraucher. Raucher weisen doppelt so viel Alveolarknochenverlust auf im Vergleich mit Nichtrauchern. Beunruhigend ist die Tatsache, daß sich seit 1993 die Verkaufszahlen von Zigarren verdoppelt haben (J. A. D. A. 130(1) : 57 1999).

Der Tabakkonsum kann für Parodontitis und andere krankhafte Veränderungen in der Mundhöhle verantwortlich gemacht werden.29% der Kanadier und 25,5% der Amerikaner in den U.S.A. rauchen. 58,5% der befragten Patienten waren der Meinung, daß Beratung zum Abgewöhnen des Rauchens in der zahnärztlichen Praxis angeboten werden sollte (J. A. D. A. 103(2) : 219 1999).

## Mit 2600 km/h über die A8

**Eine Rundfunk-Verkehrsmeldung könnte am Mittag des 11. August diesen Jahres etwa wie folgt lauten:**

»A8: Von Westen her kommend setzt entlang der gesamten Autobahn zwischen Baden Baden und Salzburg für ca. 5 Minuten tiefe Dunkelheit ein. Die Autofahrer werden aufgefordert, in der Zeit zwischen 12.30 Uhr und 12.50 Uhr unbedingt das Abblendlicht einzuschalten und nicht schneller als 100 km/h zu fahren. Mit ungewöhnlichem Fahrverhalten der übrigen Verkehrsteilnehmer und Staus wegen Schaulustiger muß entlang der gesamten Autobahn und auf den benachbarten Landstraßen gerechnet werden.«

Was sich hier so bedrohlich anhört, ist aber weder eine Unwetterwarnung noch die Ankündigung des Independence Day. Was da mit ca. 2600 km/h auf einer Linie Baden Baden, Pforzheim, Stuttgart, München in Richtung Salzburg und einem ca. 55 km breiten Streifen rechts wie links dieser Linie über die Erdoberfläche huscht, ist der Schatten des Erdmondes: Wir erleben am 11. August in Süddeutschland das grandiose Schauspiel einer totalen Sonnenfinsternis.

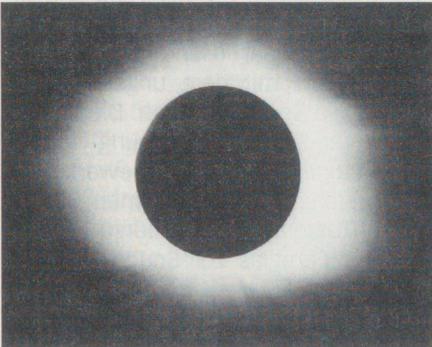
An diesem Tag läuft der Mond in seiner Neumondstellung derart zwischen uns und der Sonne vorbei, daß diese den Mond als verkleinerten Schatten auf die Erdoberfläche abbildet. Für uns erdgebundene Beobachter sieht es dann so aus, daß sich die Sonne am Mittagshimmel verfinstert, da sich der Mond von rechts nach links langsam über die Sonne hinweg schiebt. Nur für die Beobachter, die sich innerhalb des Gebietes be-

finden, über das der Kernschatten des Mondes streicht, läuft der Mond so zentral über die Sonnenscheibe, daß er diese für kurze Zeit total abdeckt. Diejenigen außerhalb des Schattenbereiches erleben lediglich eine partielle Abdeckung der Sonne durch den Mond, die aber selbst in Norddeutschland noch bis zu 85 % beträgt.

Dieses wohl großartigste Naturschauspiel überhaupt findet im Schnitt ein- bis zweimal jährlich statt, jedoch als totale Finsternis jeweils nur auf einem maximal 120 km breiten Streifen, der irgendwo über die Erde zieht. Eine einzelne Region der Erde kommt also höchst selten in den Genuß dieses Schauspiels: Die letzte totale Sonnenfinsternis in Deutschland war 1887, die nächste wird bei uns erst wieder im September 2081 stattfinden. Die eindrucksvollen Abläufe am Himmel und in der Natur veranlassen viele Menschen, teils strapaziöse Reisen in die entlegensten Winkel der Erde auf sich zu nehmen, um möglichst keine totale Sonnenfinsternis zu verpassen.

Beginnend mit dem 1. Kontakt zwischen Mond- und Sonnenrand, in München beispielsweise um 11.16 Uhr, ist zunächst die partielle Phase der Finsternis zu erleben. Etwa nach weiteren 75 Minuten wird es dann hochinteressant: Der Mond hat sich jetzt fast völlig der Sonne bemächtigt. Die Sonnenscheibe ist nur noch als sehr schmale Sichel erkennbar, und die Natur hüllt sich bereits in ein

seltensam fahles Licht. Wo das blasse Sonnenlicht durch kleine Öffnungen, z.B. den Blättern eines Busches, auf den Boden fällt, erscheint eine dutzendfache Abbildung vieler kleiner Sonnensichel



Zentrale Phase der totalen Sonnenfinsternis vom 26.2.1998 aufgenommen auf der Insel Aruba (Niederländische Antillen) von Friedhelm Dorst

nach dem Lochkameraprinzip. Am Erdboden, besonders an hellen Flächen oder Wänden, ist das Phänomen der »Fliegenden Schatten« zu sehen, das sind ca. 20 cm breite dunkle Linien im Abstand von wenigen Dezimetern bis zu einem Meter, die mit einigen Metern pro Sekunde über die Landschaft huschen, und deren Abstand sich vergrößert, je schmaler die Sonnensichel wird.

Natürlich sollte man den Blick von Sonne und Mond nie lange abwenden. Dort sind nun die letzten Anteile der Sonne neben der leicht größeren Mondscheibe zu erkennen. Da der Mondrand nicht kreisrund ist, sondern Berge und Täler aufweist, wird zuletzt der Sonnenrand in viele kleine Abschnitte und Punkte zerteilt, die wie funkelnde Edelsteine

aussehen. Diese Erscheinung wird »Perlschnureffekt« oder »Bailey's Beads« genannt. Nur wenige Sekunden später ist dann der allerletzte gleißende Punkt der obersten Sonnenschicht, die ein reichhaltiges Farbspektrum erzeugt, sichtbar, während gleichzeitig blasses Sonnenlicht die Zirkumferenz des Mondes erhellt. Dieser kurze Moment, bis sich der Mond restlos vor die Sonne geschoben hat, wird durch den Begriff »Diamantringeffekt« treffend umschrieben.

Je nach der eigenen Beobachtungsposition innerhalb der Mondschattnlinie dauert nun die totale Verfinsternung der Sonne vom 2. bis zum 3. Kontakt bis zu 2 Minuten und 20 Sekunden. Da der Mond während dieser kurzen Zeitspanne die extreme Lichtfülle der Sonnenoberfläche abdeckt, werden nun Strukturen der Sonnenatmosphäre sichtbar, die man normalerweise nie zu Gesicht bekommt (s. Abbildung). Die sogenannte innere Sonnenkorona kann über einen vollen Sonnendurchmesser im Umkreis der verfinsterten Sonne aufleuchten. Innerhalb dieses Strahlenkranzes sind auch mit bloßem Auge die Magnetfeldlinien der Sonne zu sehen, entlang derer sich die geladenen Teilchen der Sonnenatmosphäre anordnen. Bereits mit einem Fernglas sind Ausbrüche von Materie aus der Sonnenoberfläche erkennbar, die den untersten Anteil der Atmosphäre ausmachen und Protuberanzen genannt werden.

Während der totalen Phase einer Sonnenfinsternis ist es beim Blick in die Umgebung so, als ob die Natur eine Atempause einlegt. Sonne und Mond stehen zusammen etwa vollmondhell am Himmel, und wie während einer Vollmondnacht sind auch kurzzeitig die Beleuch-

tungsverhältnisse auf der Erde. Die belebte Natur verändert sich spürbar: Tiere verkriechen sich in ihre Behausungen, Vögel unterbrechen ihren Gesang, Fledermäuse verlassen ihre Schlafplätze und fliegen aufgeregt umher. Der Verkehr auf der A8 kommt möglicherweise tatsächlich zum Erliegen: Die Vorabinformationen der Medien werden vermutlich nicht ausgereicht haben, um der Mehrzahl der Autofahrer die tatsächlichen Auswirkungen des Ereignisses vor Augen zu führen. Viele werden ihren Wagen stehen lassen, um den Grund für die überraschende Dunkelheit zu überprüfen, die sich mitten am Tage in Abwesenheit finsterner Gewitterwolken nicht ohne weiteres erklären läßt. Während in der totalen Phase die Sonnenkorona alle Augen auf sich zieht, sollte man dennoch nicht versäumen, den Blick über den verdunkelten Mittagshimmel wandern zu lassen. Der Planet Venus, nur ein kurzes Stück links von der Sonne unterhalb des Sternbildes Löwe, wird als hellstes Gestirn am meisten Aufmerksamkeit erwecken. Merkur, der sonnennächste Planet, der sonst nur sehr schwierig und selten in Dämmerungsphasen zu sehen ist, steht deutlich sichtbar auf der rechten Seite der Sonne, zwischen den Sternbildern der Zwillinge mit den Hauptsternen Castor und Pollux sowie dem Kleinen Hund. Näher dem Südwesthorizont findet man (mitten im Sommer) das Wintersternbild Orion, und in nicht großer Entfernung auch den hellsten aller Fixsterne, Sirius.

Die totale Finsternisphase ist leider schneller vorüber als man glaubt. Im Moment des 3. Kontaktes gibt der Mond auf der gegenüberliegenden Seite den

allerersten Punkt des Sonnenrandes wieder frei. In umgekehrter Reihenfolge sind wiederum Diamantring- und Perlschnureffekt zu beobachten. Die Helligkeit in der Landschaft nimmt sehr schnell zu und nach weiteren ca. 75 Minuten ist auch die partielle Verfinsterung endgültig zu Ende.

Während der partiellen Phasen sollte man niemals mit dem ungeschützten Auge in die Sonne schauen. Die sicherste Art der Sonnenbetrachtung ist indirekt mit einem Fernglas zu bewerkstelligen, welches man auf einem Stativ schwenkbar anbringt. Hierzu richtet man das Fernglas zur Sonne aus und läßt das am Okular austretende Sonnenlicht auf einen weißen Karton fallen. Wenn man den richtigen Abstand und die richtige Fokussierung wählt, kann man sehr schön den sich ständig ändernden Verfinsterungsgrad und sogar eventuell vorhandene dunkle Sonnenflecken auf der noch unbedeckten Sonnenoberfläche erkennen. Wer dennoch die Sonne lieber direkt betrachten möchte, sollte sich im Fachhandel eine Finsternisbrille mit speziellem Sonnenfilter besorgen (Adresse s.u.), um manchmal unmerklich eintretenden Retinaschäden wirksam vorzubeugen.

Ganz anders ist die Situation während der totalen Verfinsterung der Sonne. Dann ist es ohne weiteres möglich und sogar sehr empfehlenswert, direkt und ungeschützt an den Himmel zu schauen oder für die Sonnenkorona auch ein Fernglas zu Hilfe zu nehmen. Allerdings muß man mit Ende der Totalität sofort wieder zum Filter oder zur Projektion wechseln. Eine weitere besondere Ausrüstung ist nicht erforderlich und damit auch Fernrohre für höhere Vergrößerungen völlig

entbehrlich, da eine Sonnenfinsternis ein Gesamtschauspiel darstellt, welches sich am besten dem unbewaffneten Auge erschließt.

Eine Voraussetzung muß allerdings gegeben sein: Gutes Wetter. Eine Sonnenfinsternis jenseits einer geschlossenen Wolkendecke läßt nur einen buchstäblichen Schatten des Ereignisses selbst wahrnehmbar werden. In Süddeutschland gibt es nach einer langfristigen Wetterstatistik am fraglichen Tage immerhin eine 40-prozentige Wahrscheinlichkeit, daß das Wetter eine Sonnenbeobachtung nicht zuläßt. Obwohl also für viele Deutsche das Ereignis vor der Haustür stattfindet, haben sich doch viele vorgenommen, in meteorologisch sicherere Gebiete zu reisen. Der Finsternisschatten, der, bevor er Süddeutschland überdeckt, bereits im Atlantik vor Neufundland beginnt, knapp England streift und durch Belgien und Frankreich läuft, erstreckt sich noch erheblich weiter nach Osten und endet erst nach der Überquerung Nordindiens im Golf von Bengalen. Auf der Route liegt auch die Türkei oder der Iran mit deutlich besseren Wetterprognosen als bei uns.

Wenn bei uns das Wetter nicht mitspielen sollte und der Blick auf die Sonne nicht frei ist, wird es aber dennoch bei der Verkehrsmeldung für Süddeutschland bleiben: »Von Westen her kommend setzt für ca. 5 Minuten tiefe Dunkelheit ein!«

*Dr. Eberhard Riedel  
München*

*Bezug von Finsternisbrillen z.B. bei: Baa-  
der Planetarium GmbH Zur Sternwarte  
82291 Mammendorf Tel. 08145/8802*

## gesucht - gefunden

### **Umsatzstarke Zahnarztpraxis**

im Zentrum von Gera abzugeben.  
NAV-Wirtschaftsdienst, Angela Schulze,  
Tel 0371-2661550

### **Zahnarztpraxis / Kfo:**

ca 1,5 Mio Jahresumsatz, mit 4 Stühlen  
in Bergischer Stadt abzugeben.  
NAV-Wirtschaftsdienst,  
Peter Harzendorf, Tel 02196-973310

### **Praxis-Suche:**

Praxis mit 2 Behandlungszimmern in  
Köln oder nahem Umland, baldmög-  
lichst. Kontakt: NAV-Wirtschaftsdienst,  
Harald Lohse, Tel/Fax 0221-8460281,  
E-Mail lohse@nav-widi.de

### **Praxis-Suche:**

berufserfahrene Zahnärztin sucht in  
Niedersachsen gutgehende Zahnarzt-  
praxis mit 2 Stühlen.  
NAV-Wirtschaftsdienst, Florian Stiegler,  
Tel/Fax 03935-213902

### **Praxis-Abgabe:**

Zahnarztpraxis, hoher Umsatz, südl. Es-  
sen abzugeben. NAV-Wirtschaftsdienst,  
Gebriele Krentscher, Tel 02173-21021

### **Praxis-Suche:**

Zahnarzt interessiert an Praxisübernah-  
me am Bodensee ab 2000.  
Tel/Fax 07433-384263

### **Gruppenpraxis / Kooperation:**

Zahnarzt im Südwesten Berlins sucht  
Partner bzw. Stellvertreter für seine  
Praxis. NAV-Wirtschaftsdienst,  
Mario Leser, Tel 030-47750297

Hrsg.: Myron Nevins,  
DDS und James T. Mellonig, DDS,MS  
**Parodontaltherapie**  
Erfolgreiche klinische Methoden Band 1  
Quintessenz-Verlag Berlin 1999,  
Bildband 400 Seiten  
Preis: 380 DM  
ISBN 3-87652-621-3

Die größte Herausforderung für den Parodontologen ist es, sichere Langzeiterfolge zu erzielen. In dem vorliegenden umfassenden Überblick in zeitgemäßer klinischer Parodontologie bringen führende amerikanische Wissenschaftler ihre Erfahrungen ein; sie bieten solide Behandlungsoptionen und klinische Beweise für deren Erfolg. Die ersten Kapitel beinhalten eine Einführung in die wesentlichen Punkte einer zielgerichteten Behandlungsplanung, eine Diskussion über die Behandlung medizinisch gefährdeter und jugendlicher Patienten und eine Erklärung der neuesten diagnostischen Techniken. Die folgenden Kapitel befassen sich, anhand wirklich hervorragenden Bildmaterials, mit den spezifischen Therapiemöglichkeiten (Knochen- und Mukogingivalchirurgie, Lappendesign und Naht, Prävention postchirurgischer Rezessionen, Wurzeldeckung und vielen anderen Themen). Weitere Themen aus dem Inhalt für Fortgeschrittene sind GTR, Knochen- und Knochentransplantate, parontale Regeneration, subepitheliale Bindegewebs- und Knochentransplantate u.a. Abschließend befassen sich die Autoren eingehend mit Erhaltungs- und Recall. Nicht nur für den Prak-

tiker, der sich auf Parodontologie spezialisiert hat, ein umfangreiches lohnendes Werk, das allerdings seinen (verlagsüblichen) Preis hat. Im nachfolgenden zweiten Band soll das aktuelle Thema Implantologie abgehandelt werden.

*Silke Lange*

Peter A. Reichart,  
Hans Peter Philipsen

## **Oralpathologie**

Reihe: Farbatlanten der Zahnmedizin  
Georg Thieme Verlag Stuttgart  
285 Seiten, 704 meist farbige Abbildungen in 1072 Einzeldarstellungen, gebunden DM 440,-  
ISBN 3 13 103441 6

Der weltweite Rückgang der Prävalenzraten der Karies - so das Vorwort des Buches - wird das Berufsbild des Zahnarztes grundsätzlich verändern. Sowohl die World Health Organization wie auch die Federation Dentaire Internationale (FDI) haben in den letzten Jahren vermehrt darauf hingewiesen. Der bis heute dominierende Schwerpunkt der Restauration wird einer mehr ärztlich betonten Tätigkeit des Zahnarztes weichen. Dies kommt auch in der von der FDI vorgeschlagenen Bezeichnung "oral physician" (Mundarzt) zum Ausdruck. Loe (USA) hat kürzlich umrissen, welche Schwerpunkte dieser "oral physician" bearbeiten wird:

- Mundschleimhauterkrankungen
- Krankheiten der Kiefergelenke und der

Speicheldrüsen, einschließlich der Wiederherstellung der Speichelproduktion

- Mitbehandlung onkologischer Patienten und Transplantierte
- Gesichtsschmerzdiagnostik und -therapie sowie
- psychosomatische orale Krankheiten u.a.

Im Gegensatz zu vielen anderen Büchern zum gleichen Thema wird hier nicht das Ordnungsprinzip der Klassifikationen von Krankheitsbildern verfolgt, sondern »die Vorgehensweise bei der klinischen Untersuchung der Mundhöhle als Basisraster gewählt«.

Sehr eindrucksvoll und praxisnah werden dabei den klinischen Bildern prä- und postoperativ der Röntgenbefund und die histopathologischen Schnitte gegenübergestellt. Dazu meist noch schöne anatomische und entwicklungsgeschichtliche Graphiken sowie klare Schemata und kurze Texte, die sich wirklich auf das wesentlichste beschränken.

Wie alle anderen Bände aus dieser anspruchsvollen Reihe des Thieme-Verlags kostet das Buch mit 440 DM zwar viel Geld - der Preis ist aber durch großzügige Aufmachung und hervorragende Druck- und Bildqualität gerechtfertigt. Sehr empfehlenswert!

Dr. Hanns-W. Hey

### Ambulant tätiger Anästhesist

gesucht! Wir suchen für unsere privat ausgelegte Zahnarztpraxis einen neuen A., der einmal im Quartal, nach Absprache, 3-10 Narkosen durchführt. Im OP ist der Platz vorhanden und das Team ist die Arbeit unter Narkose gewohnt.  
Tel: 06078-9348-30

### Eberhard Sonnabend, Christoph Benz Das Röntgenbild in der zahnärztlichen Praxis

3., völlig neu überarbeitete und erweiterte Auflage 1998, 240 Seiten mit 676 Abbildungen, gebunden, 168 DM  
Hüthig Verlag, Heidelberg,  
ISBN 3-7785-1925-7

Die fortschreitende Entwicklung ermöglicht uns Zahnärzten, immer höhere Ansprüche und Qualitätsanforderungen an die Ergebnisse, aber auch an die Auswertung von Röntgenbildern und ihren Einsatz bei Diagnose und Therapie zu stellen. *Das Röntgenbild in der zahnärztlichen Praxis* trägt seit seinem ersten Erscheinen aktuellen Trends und Entwicklungen der Röntgendiagnostik Rechnung, die dritte Auflage wurde dementsprechend neu überarbeitet und um neue Erkenntnisse und Verfahren ergänzt. Was allerdings viel zu kurz kommt, ist das Kapitel der aktuellen digitalen Radiographie, was sicher nicht nur für Praxisneugründer einen hohen Stellenwert hat. Beibehalten wurde das bewährte Konzept der Kombination von Fallbeispielen, Abbildungen, Diagrammen, klinischen Hinweisen und der Nennung wichtiger Kriterien für die Indikation zur Röntgenaufnahme, wirklich sehr gut und ausführlich! Einer allgemeinen Einführung in die Röntgendiagnostik folgt der Hauptteil über ihre Anwendung in der Praxis, in weiteren Kapiteln werden das extraorale Röntgenbild, die Röntgenaufnahme der Hand, die Kernspinnresonanztomographie, Substraktionsaufnahmen, mögliche Fehler und Irrtümer sowie Fragen der Qualitätssicherung behandelt. Das Buch stellt gleichermaßen ein Nachschlagewerk für den praktizie-

renden Zahnarzt und Einführungswerk für Studierende der Zahnheilkunde dar.

*Silke Lange*

Christine Jann

### **Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen**

Ein Leitfaden für die Zahnarthelferin Quintessenz-Verlag, 1999, Berlin, 295 Seiten, Spiralheftung ISBN 3-87652-791-0

Die tägliche Erfahrung in der Zahnarztpraxis zeigt immer wieder, daß die Abrechnung der erbrachten Leistungen ein schwierig zu handhabendes Gebiet ist. Das vorliegende Buch beschreibt zum einen in kurzer und leicht verständlicher Form die einzelnen Leistungsinhalte und zum anderen die Abrechnung von Behandlungskomplexen. Zum besseren Verständnis wird die Abrechenbarkeit von Leistungen nebeneinander sowohl im vertrags- als auch im privat Zahnärztlichen Bereich verdeutlicht. So ist es jeder informationssuchenden Zahnarthelferin bzw. dem Zahnarzt möglich, die Leistungen korrekt und vollständig abzurechnen. Die Gliederung erfolgt nach den zahnärztlichen Behandlungsgebieten und orientiert sich in ihrer Numerierung am BEMA bzw. der GOZ, berücksichtigt ist der Stand der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen zum 01.01.1999. Gleichzeitig versteht dieses Buch sich auch als begleitendes Lehrbuch für die Zahnarthelferin in der Ausbildung im Fach "Abrechnung".

S. L.

Winfried Zimmermann

### **Millennium Zahntechnik**

Erfolgsprogramm für das nächste Jahrtausend

Quintessenz Verlags-GmbH 1998, Berlin ISBN 3-87652-179-3

Dieses kleine Taschenbuch wurde von W. Zimmermann, der als Zahntechnikermeister seit 1990 selbständig in Süddeutschland ein Labor betreibt, verfaßt. Seit 1996 beschäftigt er sich mit professionellem Marketing und zählt zu den ersten zahntechnischen Labors, die im Internet präsent sind.

Die Herausforderung des Marktes anzunehmen, den Kunden als Mittelpunkt des Handelns zu sehen und die persönliche wie geschäftliche Zukunft positiv zu gestalten sind die Voraussetzungen für den betriebswirtschaftlichen Erfolg im nächsten Jahrtausend. Zimmermann vermittelt in Kurzfassung in seinem Buch praxisnahe Erfolgsrezepte für Laborinhaber und deren Mitarbeiter und spricht damit die folgenden aktuellen Themenbereiche Kommunikation (NLP, TA, Telefon etc.), Moral Management, Credibility, »Aldisierungstendenz« u.s.w. an, um nur einige Stichworte aus dem Inhalt zu nennen. Ich halte dieses kleine Kompendium auch für uns Zahnärzte, die wir ja zusammen mit unseren Patienten die Gruppe der »Kunden« repräsentieren, für sehr lesenswert.

S. L.

Hrsg.: Dieter Hemmerich, Lothar Ochsendorf, Joachim G. Schütz

### **Steuerspar- und Geldanlageberater für Ärzte**

Fachverlag für Finanzen und Immobilien, Idstein 11/1998, 288 Seiten, DM 88  
ISBN 3-932474-13-9

Ärzte und Zahnärzte, so ist mittlerweile allseits bekannt, sind oft die Zielscheibe unlauterer Anlageberater, sei es beim angeblichen Steuern sparen, bei der Praxisfinanzierung, dem Kauf überbewerteter Immobilien, unnötigen Versicherungen oder gar bei unseriösen Geldanlagen. Anhand von konkreten Fallbeispielen demonstrieren die Autoren in dem ausführlichen Ratgeber, wie die lieben Kollegen (jeder sammelt im Laufe der Jahre so seine Erfahrungen) übervorteilt wurden. Schließlich werden in gut verständlicher Form Alternativen aufgezeigt, wie man als Arzt den Großteil seiner Steuern sicher und seriös zurückholen kann, was die besten Steuerspar-Modelle sind, wie man mit Immobilien gute Gewinne erzielen und die höchsten Zinsen für sein Geld erwirtschaften kann. Ein weiteres Kapitel ist der optimalen Altersvorsorge gewidmet und last not least erfährt der niedergelassene Arzt, was etwa intelligentes Finanzmanagement in der Praxis bedeutet. Fazit: Für alle, die sich nicht als geborenes Finanzgenie sehen, ein höchst interessantes Buch, in dem die Autoren kein Blatt vor den Mund nehmen und auch heiße Eisen anpacken. Am Ende des Buches stehen Interviews mit wirklichen Tops der Szene, die konkrete Produkte im Anlagebereich für Ärzte vorstellen und noch einmal auf die Sünden des Marktes hinweisen.

S. L.

### **Al Dente : kulinarische Genüsse trotz Zahnbehandlung**

Rezepte, Tips und Ratschläge für kaubehinderte Patienten vom Zahnarzt Norbert Salenbauch, vom Koch Vincent Klink und vom Zeichner Volker Kriegel, 120 Seiten, Preis: 24,80 DM edition q im Quintessenz-Verlag, 1999, Berlin

Welch eine Vielzahl ausgezeichnete Rezepte es gibt, mittels derer es möglich ist, sich trotz provisorischer Zähne oder frischer Operationswunden an Zahnfleisch und Kiefer für das tägliche Essen ein Höchstmaß an Wohlgeschmack, kulinarischer Delikatesse, Aromenvielfalt und Frische zu erhalten, zeigt uns dieser vernüglige kleine Band auf. Die »Überlebenshilfe« für Patienten in Zahnbehandlung reicht von allgemeinen Ratschlägen über spezielle Tips zum Essen mit dem provisorischen Notbehelf und köstlichen Rezepten (z. B. Bärlauchsuppe oder Spaghetti mit Bohnen und Pesto, habe ich selber ausprobiert) bis hin zu Verhaltensmaßnahmen, wenn der Schmerz nicht vergehen will. Weinempfehlungen und witzige Zeichnungen runden das Buch ab und machen es selbst für Behandler, die zur Zeit nicht in Behandlung sind, zu einem amüsanten leichten Lesevergnügen!

S. L.

## Leserbriefe... Leserbriefe... Leserbriefe...

### Zwingend notwendiger Ausnahmefall?

Vorgeschichte zu meinem Antrag auf Bezuschussung einer erneuten Implantatbehandlung - abgelehnt von der BARMER letztmalig nach Widersprüchen am 25.01.99 (Korrespondenzen liegen vor).

Relativ schlechte Zahnschubstanz mit häufigen Zahnarztbesuchen von Kind an. Ca. 1975/76 riet ein Zahnarzt zum Ziehen aller Zähne im OK. Mangelnder Alternativen wegen stimmte ich zu. Die Prothese saß von Beginn an mangelhaft und wurde häufig unterfüttert, ohne daß jemals eine Röntgenkontrolle des OK erfolgte.

Aufgrund extremer Beschwerden im HWS-Bereich, chronischer Kopfschmerzen etc. wurde ich 1988 aufgrund eines Röntgenbefundes (OK) zu einem Kieferchirurgen überwiesen, mit der Diagnose: extrem atrophischer OK. Am 31.05.89 wurde eine »osteoplastische Augmentation unter Verwendung eines monokortikalen Blockes vom re. Becken mit simultaner Eingliederung von 6 Bränemark-Fixturen« durchgeführt. »Nach Verlust von 2 Fixturen wurden die verbliebenen 4 Implantate mit einem Implantat getragenen Steg zur Aufnahme einer implantatgeführten Deckprothese versehen. Die definitive Eingliederung der Suprastruktur erfolgte am 02.02.90.« Diese Behandlung wurde von der BARMER genehmigt und bezuschusst.

Im März '91 wurde ich wegen einer chronischen Sinusitis mittels Fiberglasendoskopie an der UNI Ffm operiert (ein Implantat ragte in die Kieferhöhle). Knapp 1-jährige Besserung - bis dato jedoch wiederum chronische Sinusitis beider Kieferhöhlen.

Alle Kontrolltermine der Implantatsprechstunde habe ich wahrgenommen. Im September 94 erwiesen sich »4 verbliebene Fixturen als klinisch fest. Allerdings fehlten bei den Fixturen regio 022 und 023 die Goldschrauben, wodurch sich insbes. bei regio 023 eine Periimplantitis gebildet hatte. Außerdem zeigte sich eine deutliche Inkongruenz zwischen Prothesenbasis und Implantatlager.« Behandlung erfolgte am 15. und 22.09.94.

Im Februar 1997 brach das Implantat links. Z.Zt. wird der Steg noch durch 3 Implantate rechts getragen. Die Versorgung mit 3 Implantaten links wurde dringend angeraten.

U.a. auf Anraten der BARMER, Bramsche, habe ich weitere Zahnärzte bzw. Kieferchirurgen konsultiert. Es wurde mir eindeutig mitgeteilt, daß ohne implantatgestützten Zahnersatz längerfristig kein funktionsfähiger Zahnersatz zu erstellen sei. Ich wurde an die Uniklinik Münster, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Herrn Prof. Dr. Joos, überwiesen. Nach sorgfältigen Untersuchungen wurde bestätigt, daß ich an einer angeborenen Fehlbildung des OK leide und ein weitgehendes Therapiekonzept erstellt.

Die Ausführungen meiner inzwischen eingeschalteten Anwältin (auf Rat der BARMER, Bramsche) in ihrem und meinen Widerspruchsbescheiden u.a. mit Hinweis auf die Indikation »angeborene Fehlbildung« fanden mit Brief vom 25.01.99 der BARMER »keine Akzeptanz«. Lt. diesem Schreiben stellen die gesetzlichen Regelungen sicher, »daß Versicherte in zwingend notwendigen Ausnahmefällen im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung implantologische Leistungen einschl. der Suprakonstruktion als Sachleistung erhalten. Hierzu gehören, sofern keine Kontraindikation für impl. Leistungen vorliegen, insb. die Versorgungen nach einer Tumoroperation mit Resektion/Teilresektion am Kieferknochen und nach Schädel- u. Gesichtstraumata bei nicht rekonstruierbaren Kieferabschnitten. Ausweislich des Kostenvoranschlages .... liegt bei Ihrer Mandantin eine derart schwerwiegende Ausnahmeindikation nicht vor.«

Diese Auffassung der BARMER können meine Anwältin und ich - wiederum aufgrund der Indikation der Uni Münster - nicht nachvollziehen und wir haben Klage beim Sozialgericht eingereicht.

*Ingrid Middendorp-Pink*  
49565 Bramsche

*Abgesehen davon, daß die Barmer Ersatzkasse hier ja bereits die Erstimplantation sicher nicht ohne Grund ausnahmsweise bezuschußt hat, so gilt dies grundsätzlich auch für eine spätere Implantation, unabhängig davon, ob die erste Behandlung fehlerhaft war - was ein Gutachten klären könnte.*

*Außerdem: wenn ein Universitätsinstitut die hier wichtigste Frage - ist die Wiederherstellung der oralen Strukturen, vor allem der Kaufunktion, mit keiner anderen Maßnahme möglich? - geklärt hat, dann müßte eine Klage beim Sozialgericht erfolgreich sein. Die BEK kann sich schließlich nicht darauf zurückziehen, daß der Gesetzgeber exakt diesen Fall nicht expressis verbis im Gesetzestext formuliert hat.*

Die Redaktion

### **Es wird nichts begriffen...**

*Zum Beitrag »Endodontische Ärgernisse - oder: wieviel ist ein Zahn wert? - im forum 62 schrieb ZTM Terplan, München:*

Ich möchte Sie noch von einer weiteren Preiskuriosität unterrichten:

Zum Ablauf des Geschehens ist zu sagen, daß die Patientin lediglich wegen einer Schmerzbehandlung am Zahn 14 die Zahnärztin aufsuchte (als Neupatientin) und nach der Anfertigung eines Röntgenbildes mit der Aussage: »Da weiß ich ja gar nicht, wo ich anfangen soll - ich schicke Ihnen einen Kostenvoranschlag!« von der Behandlerin nach Hause geschickt wurde. Lt. Patientin war dann auch kurzfristig über Keramikkrone - und Inlays gesprochen worden, weil dies sowieso das Beste sei. (NB Vollkeramikkrone selbst bei den 8ern!)

Was uns jedoch sofort auffiel, waren die extrem hohen Laborkosten, die bei einer Vergleichsrechnung mit unserer Preisliste selbst bei Hinzurechnen sämtlicher nur erdenklichen Zusatzpositionen, um

mehr als 4000!! DM über unseren Preisen lagen.

Hier liegt der Verdacht schon sehr nahe, daß es sich um ein Eigenlabor handelt, bei dem ein weitaus höherer Abrechnungsfaktor oder sonstige unbekannt Positionen mit Material - und Laborkosten kaschiert werden. Auch der »Aufbau von Funktionsflächen« ist doch eigentlich eine zahntechnische Leistung und hätte auf der zahnärztlichen Seite gar nicht zu erscheinen!?

Unglücklicherweise ist der Ehemann ebenfalls bei der Zahnärztin gelandet... Er soll für 5 Empressinlays (derzeit Amalgamfüllungen) und zwei Brücken (eine 3-gliedrige, eine 4-gliedrige) Vollkunststoffbrücke!! (System Targis mit 4 schon bereits beschliffenen Pfeilern) über 15000 DM löhnen. Die »alten Brücken« müssen raus, weil der Patient angeblich unter einer Amalgamallergie leidet und zum Entgiften kein weiteres Metall im Mund verbleiben darf!? Später sollen dann neue Brücken mit entsprechendem hochwertigem Metall angefertigt werden.

Es könnte natürlich auch sein, daß sich diese Preise durch die möglicherweise entscheidend höhere medizinische Qualifikation, die ein rumänischer Doktorgrad gewährleistet, rechtfertigen (Ich kenn mich da ja nicht aus) .

Daß sich auch dieser Fall durch den Markt reguliert, mag einen vielleicht noch trösten. Daß diese Art Kostengestaltung aber der Grund für die allen bekannten desolaten Zustände sind, macht einen doch recht wütend. Es wird da einfach nichts begriffen!

## Wer verursacht die Kosten im Gesundheitswesen?

Während die Gesundheitskosten munter ansteigen, werden als Schuldige immer wieder und hauptsächlich wir Spital- und praktizierenden Ärzte genannt. Natürlich tragen wir zur Kostenexplosion bei - nur wir werden tagtäglich gebeten, aufgefordert, gelegentlich nahezu gezwungen, unseren Patienten alles anzubieten, was es auf dem »Gesundheitsmarkt« gibt. Wenn es um einen Unbekannten geht, ist der Durchschnittsbürger schnell bereit, sowohl diagnostische als auch therapeutische Massnahmen als unnötig, übertrieben, falsch am Platz etc. anzuschauen.

Trifft es ihn selber oder einen nahen Angehörigen, vielleicht den 80jährigen Vater, Grossvater oder Paten, dann können die medizinischen Leistungen in den meisten Fällen nicht genug und nicht gut genug sein; die Optik ändert sich dramatisch. Es wird argumentiert, der Patient sei doch noch so fit und unternehmungslustig, sei bisher immer gesund gewesen, habe trotz diverser Gebrechen einen unheimlichen Lebenswillen und habe ausserdem immer Krankenkassen-Prämien bezahlt - also dürften ihm die Ärzte doch nicht ausgerechnet jetzt medizinische Leistungen vorenthalten, wo er einmal davon profitieren könnte.

Es ist unglaublich, welches Konsum- und Anspruchsverhalten Patienten bzw. Angehörige an den Tag legen, wenn es um die Gesundheit/Krankheit der eigenen Person oder lieber Angehöriger geht. Ich kann das verstehen und möchte das den Leuten auch nicht a priori verübeln und

absprechen, stellt doch die Gesundheit ein existentielles Gut dar.

Ich verlange hingegen von ihnen, dass sie sich endlich bewusst werden, dass die Kosten im Gesundheitswesen nicht einfach entstehen und auch nicht einfach von den Ärzten gemacht werden, sondern dass sie von all jenen verursacht werden (und das sind von wenigen Ausnahmen abgesehen fast alle), die es als ihr selbstverständliches Recht betrachten, vom ganzen medizinischen und paramedizinischen Angebot maximal und optimal profitieren zu können - und zwar ohne Rücksicht auf entstehende Kosten. Wenn es um die eigene Gesundheit geht, ist »Geld« für die meisten Leuten tabu. Die Eigenverantwortung des Einzelnen gegenüber der Gesellschaft wird nur höchst selten wahrgenommen.

Die Gesellschaft, d.h. die Summe aller Kranken, Vielleicht-einmal-Kranken und der Gesunden, muss definieren, wieviel ihr das Gesundheitswesen bzw. die medizinische Versorgung wert ist. Sie muss sich bewusst werden, dass sie kein höheres Leistungsniveau fordern kann, als sie zu finanzieren bereit ist. Und sie muss sich bewusst werden, dass die Verursacher der Kosten primär jene sind, die die Leistungen verlangen und nicht jene, die sie erbringen.

*Leitartikel der Gesundheitspolitischen Informationen der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP, von*

*Dr. Regula Zürcher Zenklusen  
Oberärztin, Inselspital, Bern*

## **Unsere Gesellschaft will einfach nur billige Zahnheilkunde**

*...Ich habe mich nun allerdings wohl auch innerlich von der Zahnmedizin, bzw. von dem Glauben, daß die Gesellschaft von mir gute Arbeit nach bestem Wissen und Gewissen verlangen kann, verabschiedet. Zur IDS war ich nicht mehr. Das Chicago Midwintermeeting 1999 war wohl meine letzte zahnärztliche Fortbildung, sofern die Regierung ihren sozialistischen Sparkurs beibehält. In Chicago habe ich mir 3 1/2 Tage lang Seminare über Schmerzbehandlung, über »Zahnschmerzen« die aus den Kau- und Halsmuskeln kommen, über Kiefergelenksprobleme und Schienentherapie angehört, um dann auch noch die neuesten Ausgaben der in diesen Dingen wohl führenden Bücher von Jeffrey Oksan und die neueste Ausgabe des Standardwerkes über Muskeltriggerpunkte von Simons und Travel zu kaufen. Habe darin dann auch noch eine Zeit fleißig gelesen, aber dann war es mit der Motivation doch endgültig zu Ende.*

*Was interessiert uns das alles hier in Deutschland? Unsere Gesellschaft will wohl nur einfach billige Zahnheilkunde.*

*Aus einem Brief von ZA Chr. Becker,  
Kelberg*

**Redaktionsschluß für die  
nächste Ausgabe: 20. Juli 1999**

## Dichters Zahnweh

Heinrich Heine beendet den zweiten Teil seiner "Reisebilder", das "Buch Le Grand" mit seiner schier endlosen Liebeskummerklage, folgendermaßen:

»Wie ein Wurm nagte das Elend in meinem Herzen, und nagte ... Ich hatte Zahnweh im Herzen. Das ist ein schlimmes Übel, und da hilft sehr gut das Füllen mit Blei und das Zahnpulver, das Berthold Schwarz erfunden hat«.

Diese Metapher vom "Zahnweh im Herzen" erzielte immer stärkste Resonanz. Wer zufällig unter Liebeskummer litt oder gerade Zahnweh hatte, dem stiegen Tränen in die Augen. Heines immer noch bewährter Einfall steht ein weiteres mal in einem seiner Briefe. Er wiederholt sich selbst sonst nur selten, hier tat er's und klagte mit einem fiktiven Bild einer Freundin ganz reale Schmerzen: »Ach, schöne Friederike, ich bin unglücklich, und in einer solchen Lage hat man kaum das Recht, an schöne Frauen zu denken, viel weniger ihnen zu schreiben. Ich leide nämlich an einem hohlen Zahn und an ein hohles Herz, die beide wegen ihrer Hohlheit mir viel Qual verursachen. Leider habe ich nicht die Courage, mich der heilsamsten Operation zu unterziehen; ich meine in Betreff des Zahnes - wenn ich an Sie denke, fühle ich manchmal Linderung- ich meine in Betreff des Herzens«. Diese Wiederholung trennt leider das Loch im Zahn von der Leere des Herzens, dessen gedoppeltes Vakuum so poetisch den Selbstmordgedanken einkleidete, dem nur Bleikugel und Schießpulver Abhilfe versprachen. An ärztliche Abhilfe wurde

nicht gedacht. Bei der Metapher der "Reisebilder" ging es um einen nicht therapierbaren metaphorischen Schmerz, und von daher gewann das Bild seine Poesie, die offensichtlich versagt, sobald die Behebung durch einen Arzt ansteht, aber "Courage" fehlt, ihn aufzusuchen. Diese Behebbarkeit bzw. Vergänglichkeit des mehr oder weniger banalen, endlichen Wehwehs und die Angst vor dem Weg zu seiner Behandlung, macht Zahnschmerz unpoetisch. Erst die Unheilbarkeit ihrer Liebesschmerzen läßt Tristan und Isolde, Hero und Leander und Romeo und Julia zu unvergänglichen Figuren werden und am Herzschmerz sterben. Eine Prothese behebt ja auch Brechts tabula rasa und liefert implizit einen Grund für die Trivialisierung unseres bzw. Heines Motivs.

Die historisch früh entwickelte Zahnheilkunde trug also zur Geringschätzung des Zahnmotivs bei - jedoch gilt die Hoffnung auf Heilung nicht überall, wie meine historisch mäandernden Beobachtungen belegen.

Über die Trivialität hinaus begründen sowohl lexikalische wie auch psychologische Beobachtungen die Schweigezone. Zunächst zur Sprache, dem dichterischen Material: Die Belege von ZAHN bis ZAHNZWEIG im großen Deutschen Wörterbuch der Gebrüder Grimm setzen gleich im Mittelalter mit dem schmerzhaften Aspekt der "Knochengebilde zum Beißen im Munde des Menschen und bei Tieren" ein und führen diese über 63 Spalten fort. Zwei Redensarten bezeugen, wie selten schmerzfreie Zähne sind: "Gesunder Zahn kaut Brot zu Marzipan" spricht für die Ausnahmesituation:

Alltägliche Nahrung wird durch gesunde Zähne zu Konfekt! Und daß "einem kein Zahn weh tue", ist vielsagend doppeldeutig: Diese Redensart kann einerseits seltenes allgemeines Wohlbefinden bezeugen, kann aber auch meinen, daß jemand tot sei. Man bekommt beim Lesen der 63 je siebzigzeiligen engbedruckten Spalten den Eindruck einer Gleichung: Leben heißt Zahnweh haben und damit ist sein Ereigniswert reduziert. Was nicht von der Normalität abweicht, das ist trivial und kaum erzählenswert!

Zusätzlich zur lexikalisch belegbaren Trivialität und zur schamvoll eingestandenen Angst vor dem Zahnarzt vertieft die psychologische Fundierung die Gründe für die Vermeidung von Zähnen: Freud erklärte "Zahnreißträume" zu "Darstellungen unter dem Drucke der Sexualverdrängung", z.B. der Onanie, einem traditionell tabuisierten Thema. Zur Verdrängung des erlittenen Zahnschmerzes bzw. Zahnverlusts tritt die belastend-belastete Konnotation sanktionierter Selbstbefriedigung. Als Nicht Psychologe begnüge ich mich mit einer Erwähnung, weil sie mir als weitreichende Begründung gelegen kommt für die kollektive Ausgrenzung. - Allerdings gehört zu großer Literatur auch das Aufheben solcher Tabus, wie Thomas Mann beweist; es fragt sich, warum die Durchbrechung der Schweigezone so spät kam. Was führte zu derart andauernder Ausgrenzung?

Für entscheidende persönliche Vermeidungsmotive, die speziell in der deutschen Literatur wirksam waren, weist der schon zitierte Heine in den "Reisebildern" die Richtung: Er schildert sei-

nen Besuch bei Goethe, dem Klassiker, der der deutschen Literatur Normen setzte und wesentlich zur Etablierung der Schweigezone um Zähne, Zahnärzte und Zahnweh beitrug. Heine schreibt: "über Goethes Aussehen erschrak ich bis in tiefster Seele, das Gesicht gelb und mumienhaft, der zahnlose Mund in ängstlicher Bewegung, die ganze Gestalt ein Bild menschlicher Hinfälligkeit".

Goethes Zahnprobleme haben weit gewirkt, sie haben die negativen Zahn-Konnotationen in der deutschen Tradition erheblich und bleibend verstärkt, sie sind bis in die Wörterbücher zu verfolgen. Unter allen zitierten Autoren liefert Goethe eindeutig die negativsten Belege: Das pejorativ-abgegriffene Synonym "Zahnbrecher" verwendet er exemplarisch für betrügerisch täuschende Figuren, und "zahnarztmäßig" gehört zu seinen entschiedenst tadelnden Beiwörtern. Einmal hat er nur am Beispiel eines *nota bene* persischen Dichters das Zahnmotiv in einem positiven, wenn auch signifikant sehnsüchtigen Zusammenhang erwähnt:

Herr Jesus, der die Welt durchwandert',  
Ging einst an einem Markt vorbei;  
Ein toter Hund lag auf dem Wege ...  
Während alle Menschen unter dem Verwesungsgestank leiden, darüber klagen und schimpfen, läßt der Dichter Jesus zu Wort kommen: ... Ohn Schmähn und guten Sinns ... aus gütiger Natur [sagt Jesus]:

»Die Zähne sind wie Perlen weiß«.

Und Goethe kommentiert die persische Parabel: "Schöne Zähne all, besonders auch im Morgenland, als eine Gabe Gottes hoch angesehen. Ein faulendes Geschöpf wird durch das Vollkommene,

was von ihm übrigbleibt, ein Gegenstand der Bewunderung und des frömmsten Nachdenkens." Ich überlasse es Ihnen sich vorzustellen, was für Goethe das Faulen seiner Zähne, der mümmelnd zahnlose Mund bedeutet haben mag, den Heine als ersten Eindruck erwähnt!

Bei Goethe hat die Zahnheilkunde offensichtlich versagt, ohne im Gegenzug das Motiv anzureichern. Seine Poetik verbot ihm die Beschäftigung mit trivialen Gegenständen. Denn für Klassiker galt nicht der unmittelbare Zusammenhang zwischen Zahnbefund und Literatur, wie ihn vor Goethe die Aphorismen Georg Christoph Lichtenbergs oder auch Gedichte des Matthias Claudius herstellten. In Lichtenbergs "Sudelbüchern" steht das Zahnweh öfter im Zentrum, aber er urteilt unpersönlicher als Goethe: Einer längst vergangenen "gülden Zeit" schreibt er zu, daß es damals "Kein Jammertal, keine Kopfsteuer, kein Zahnweh" gegeben habe; die Erfindung eines Mittels wider das Zahnweh erschien ihm wertvoller als die Entdeckung eines neuen Planeten; die Stelle, auf die es mir bei diesem hypochondrischen, wenn auch viel weniger wehleidigen Geist ankommt: Lichtenberg findet an Voltaire bemerkenswert, daß in dessen Roman "Candide" eine Figur einer anderen »3 Zähne ins Gesicht spuckte«. Statt wie Goethe von einer solchen Beobachtung aus ans positive Denken des Lesers zu appellieren, bindet der große Göttinger den Text an seinen Autor: "das war die Zeit da Voltaire anfang Zähne zu verlieren: so liebe sich manches in Rücksicht auf Zeit bei den Schriftstellern berichtigen". Er geht von

einer banal-direkten Verbindung zwischen Literatur und Leben aus - zu banal für die Klassiker!

Durch Goethe änderte sich diese Haltung, sein Gebißbefund und die mit Schiller entwickelte idealistische Dichtungsästhetik verbannten alles Kranke als "romantisch". Die Poesie wurde von alltäglich gemeinen Gegenständen, zu denen faulende Zähne, Zahnweh und "zahnarztmäßig"-tätige Menschen gehörten, gereinigt. Dichtung galt den Höhen der Menschheit.

So vermied Johann Heinrich Voß In seiner 1793 erschienenen Ilias- und Odyssee-Übersetzung, die prägend auf unsere Literatursprache wirkte, trotz seines bemüht engen Anschlusses an das Original die später von Karl May verwendete Formel Homers vom "Gehege der Zähne". Voß spricht vom "Geheg der Lippen". Der vor mehr als 100 Jahren zuverlässig und informativ erarbeitete Artikel im Deutschen Wörterbuch der Gebrüder Grimm erklärt diese Übersetzung als ein 'Umgehen der bei uns undichterischen Zähne'. Undichterisch z.T. wegen Goethe, z.T. aber auch wegen allgemein aus der Literatur verbannter Themen. Erst im Realismus und Naturalismus dürfen Körperteile oder auch Schweiß u.ä. in der Poesie auftauchen!

*Zitiert aus dem Referat »Dichters Zahnweh« mit freundlicher Genehmigung des Autors Dr. U. Dittmann, Seefeld*

*Wird im nächsten Heft fortgesetzt*

# Verbandsnachrichten: Gesundheitsreform 2000 - erste Fakten liegen auf dem Tisch

So hatten wir uns das Jahrtausend-Ende nicht vorgestellt: es ist Krieg in Europa, und deutsche Soldaten sind dabei. Die rotgrüne Bundesregierung muß auf einmal auf der weltpolitischen Bühne agieren, wo doch schon die hauseigenen Probleme gereicht hätten.

Dessen ungeachtet - in den einzelnen Ressorts geht das Alltagsgeschäft weiter. Ministerin Andrea Fischer will wie geplant die Gesundheitsstruktur-Reform noch in diesem Jahr durchziehen und hat vor wenigen Tagen ihren ersten Arbeitsentwurf der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. In kurzer Zeit sprach sich herum, auf welchen Seiten im Internet der komplette Text zu finden ist. Längst vor dem Postversand durchs Ministerium wurde das Gesetz bereits allerorten diskutiert, kritisiert, wurden Gegenvorschläge zu Papier gebracht, wobei die online-Präsentation die Auseinandersetzung nicht nur beschleunigte sondern auch verbreiterte, ein Mehr an demokratischer Willensbildung möglich machte und macht.

Voraufgegangen war im DAZ wie in den meisten Organisationen eine Phase intensiver Vorberatungen. Seit dem Regierungswechsel stand im Raum, daß es eine neue Gesundheitsreform geben würde. Das vorgeschaltete Solidaritäts-Stärkungs-Gesetz mit seinen mehrfach einschränkenden Regelungen für die Zahnärzte schien wenig geeignet, die berufs-

politisch Aktiven für die Reform zu begeistern.

## Diskussion im DAZ über Reformvorschläge

Dennoch verständigte man sich im DAZ schnell darauf, in die Reformdiskussion mit allem Nachdruck und konstruktiven Vorschlägen einzusteigen. Um dabei möglichst viele Argumente und Meinungen zu berücksichtigen, nahm der DAZ-Vorstand in den letzten Monaten zahlreiche Treffen und Gesprächskontakte wahr: mit Kollegen aus den eigenen Reihen, aus anderen ärztlichen Verbänden, aus der Wissenschaft, bis hin zu Gesprächen mit dem Vorstand der Bundeszahnärztekammer, zustande gekommen nach jahrelanger Funkstille auf Wunsch der Kammervertreter.

Dabei ließen sich - über das gemeinsame Bekenntnis zum Vorrang der Prophylaxe hinaus - in wichtigen Fragen Gemeinsamkeiten feststellen. Einig war man sich nicht zuletzt in der Ablehnung der pauschalen Honorarabsenkungen der letzten Jahre und der geplanten neuen Budgetierung. Stattdessen sieht man im DAZ Chancen in der Überarbeitung von Leistungskatalogen und Bewertungen - mit dem Ziel, die Honorare zukünftig am Aufwand der Arbeit festzumachen, wobei aus DAZ-Sicht durchaus verschiedene Vergütungsformen (Komplexhonorare, ergebnisorientierte Vergütungen usw.) denkbar sind.

## DAZ-Gespräch mit Andrea Fischer

Früher als viele andere interessierte Lobbyisten erhielten der DAZ und die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) Gelegenheit, mit dem Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses Klaus Kirschner und mit Gesundheitsministerin Andrea Fischer Einzelheiten des - zunächst in Form von Eckpunkten vorgezeichneten - Reformkonzepts zu diskutieren. Ein zentrales Ziel des DAZ war insbesondere gegenüber der Ministerin, Einsicht dafür zu wecken, daß systemverändernde Reformen nicht übers Knie gebrochen werden dürfen. Nur auf der Basis sorgfältiger Analysen machen sie Sinn und finden sie die Akzeptanz der Zahnärzteschaft. Nach der Reformhektik und den z.T. nicht eindeutigen Regelungen der vergangenen Jahre ist besondere Sorgfalt geboten, um nicht wieder Verunsicherung und Frustration weit über die neu geregelten Bereiche hinaus zu erzeugen.

### Wird 99 das Budget erreicht?

In diesem Zusammenhang sind mit Spannung die Leistungsdaten des Jahres 1999 zu erwarten. Ist die Zahnersatz-Nachfrage nach Wiedereinführung der Sachleistung erheblich gestiegen? Oder halten die Patienten sich - vielleicht aus Unklarheit über die Zuschußsituation - weiterhin zurück? Erste Zahlen aus Nordrhein, wo nach Angaben des KZV-Chefs im ZE-Bereich nur ca. 1/5 des Zahnersatzvolumens von 1997 (Vergleichsjahr vor Einführung der Festzuschüsse) erreicht wurde, und Hinweise aus Westfalen-Lippe stützen die Vermutung, daß zumindest im 1. Quartal 1999

die Nachfrage weiterhin reduziert war. Heißt dies, daß therapiebedürftige Zahnschäden nicht behandelt wurden und werden? Daß die Versorgung auf abgesehenem Niveau erfolgt? Daß bisher vorkommendes Overtreatment unterbleibt? Leider wird man diese Fragen erst nach geraumer Zeit, wenn überhaupt, beantworten können. Auf jeden Fall gilt für alle Regionen mit wesentlich unter dem 1997er Niveau verbleibenden Zahnersatzvolumina, daß die doppelte Einschränkung durch Budgetgrenze **und** durch Punktwertabsenkung für die Zahnärzte völlig unnötig war. Das vom Gesetzgeber gesetzte Ziel der Ausgabenbegrenzung wäre auch allein durch das Budget gesichert gewesen.

### Begrenzung auf das medizinisch Notwendige erforderlich

Daß die ständige Sorge der Politik um Ausweitungen im Bereich Zahnmedizin wenig begründet ist, hat der DAZ auch beim Gespräch im Gesundheitsministerium klarzustellen versucht. Die Ergebnisse der letzten Jahre sprechen nicht für eine Kostenexplosion. Aus DAZ-Sicht ist davon auszugehen, daß der derzeitige Anteil der GKV-Einnahmen für Zahnbehandlung auch weiterhin für die Versorgung der Bevölkerung ausreichend sein wird - bei Begrenzung auf medizinisch notwendige Leistungen.

Diese Begrenzung ist angesichts knapper GKV-Ressourcen unausweichlich - die schwierige Diskussion darüber wird jedoch seit Jahren zugunsten der Fortschreibung des Status quo vertagt. Politik und Krankenkassen wollen den Patienten ein möglichst attraktives Lei-

stungsangebot zur Verfügung stellen - die Zahnärzte stellen sich quer, solange die Honorarfrage ungeklärt ist. Dabei weiß man auch im BMG, daß nicht alle von Patienten gewünschten zahnmedizinischen Leistungen in den Kassen-Katalog aufgenommen werden können. Ebenso klar ist, daß man den Versicherten auf Dauer nicht ein "alles oder nichts"-Prinzip, das heißt die Streichung jeden Kassenzuschusses bei Hinzukommen außervertraglicher Leistungen, zuzumuten kann.

### **Privat bezahlte Zahnbehandlung alltägliche Realität**

Denn bei den vom Patienten bezahlten zahnärztlichen Leistungen geht es keineswegs um eine Randerscheinung. Wenn die in der "Ersatzkasse 2/99" berichteten Zahlen von Schneider & Knappe (VdAK) stimmen, stellen die von Versicherten (zusätzlich zu ihren Beitragszahlungen!) übernommenen Kosten für Zahnbehandlung inzwischen einen beträchtlichen Anteil dar: die Kosten in 1997 standen (für die alten Bundesländer) z.B. im Verhältnis 38 zu 62 Prozent (11,87 Mrd DM zu 19,17 Mrd), wobei Nicht-GKV-Versicherte einbezogen waren, jedoch alle privat Zahnärztlichen Leistungen außen vorblieben. Das heißt, auch ohne diesen Teil des Privatgeschäfts betragen die nicht von der GKV übernommenen Zahnbehandlungskosten in unserer Gesellschaft bereits über 38 %. Dabei mache man sich klar, daß ca. 90% der Menschen gesetzlich versichert sind und ein großer Teil der Leistungen für gesetzlich Versicherte auch in der Zahnmedizin 100%ig von den Krankenkassen bezahlt wird!

Dieses gewaltige Behandlungsvolumen darf sich nicht in einer rechtlichen Grauzone abspielen. Die Politik ist dringend gefordert, sich um juristisch saubere Konstruktionen zu bemühen und Regelungen zu schaffen, die einfach zu verstehen und mit möglichst geringem bürokratischen Aufwand zu handhaben sind! Dabei wäre es sicher sinnvoll, in allen Leistungsbereichen einheitlich vorzugehen, d.h. die privaten Zuzahlungen bei Füllungen, bei Prophylaxe und im ZEBereich gleichartig zu handhaben.

### **Das Märchen vom überbewerteten Zahnersatz**

Lösungen dieses Problems wie auch strukturelle Verbesserungen in anderen Bereichen findet man sicher nur, wenn alle Seiten willens sind, sich mit den Argumenten der Gegenseite auseinanderzusetzen und ggf. Kompromisse zu schließen. Ministerin Fischer hat diese Notwendigkeit erkannt, kurzfristig ihr Kommen beim 25. Deutschen Zahnärztetag am 24.4.1999 zugesagt und dort die Eckpunkte ihres Konzepts im Bereich Zahnmedizin vorgestellt. Wort- und emotionsreich versuchte sie insbesondere in der anschließenden Diskussion klarzumachen, daß sie keineswegs gegen die Zahnärzte eingestellt sei und Vorschläge und Einwände ernsthaft prüfen wolle. Schade, daß sie ihrerseits die Verständigung durch Nachbeten alter Vorurteile erschwerte! Mehrfach wiederholte sie in den letzten Wochen die Behauptung, Zahnersatz und Kieferorthopädie seien generell übergewertet. Auch wenn hier nur eine relative (im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen) Überbewertung gemeint sein sollte, muß eine solche

Aussage die Zahnärzte verärgern. Denn sie erweckt den Eindruck, daß mit ein bißchen Abwertung von ZE und KfO die GKV-Finanzengpässe zu überwinden sind, ein Affront für die Behandler, die bereits in den letzten Jahren Nicht-Anpassungen an die Kostenentwicklung und mehrfache Abwertungen hinnehmen mußten. Andrea Fischer müßte es besser wissen, hat sie sich doch ausführlich über die Honorarentwicklung in den letzten Jahren und über den Mangel an aktuellen Untersuchungen unterrichten lassen. Tatsächlich will sie ja auch die Verpflichtung des Bundesausschusses, die Leistungsbewertungen auf wissenschaftlicher Grundlage zu überarbeiten, gesetzlich verankern.

### **Emotion statt Information auf Zahnärztekundgebung in Köln**

Gerade solche Punkte, bei denen sich die Interessen verschiedener Beteiligten treffen könnten, kommen leider im Schlagabtausch viel zu kurz. Bei der zahnärztlichen Protestveranstaltung "Gegen Zuteilungsmedizin und Behandlungseinschränkungen" am Rande der Internationalen Dental Schau am 26.4.1999 in Köln z.B. war man vollauf beschäftigt mit der Empörung über die Vorhaben der Koalition und dem Ausmalen von Schreckensszenarien. Da wurden Emotionen geschürt, nicht zuletzt von KZBV-Chef Dr. Schirbort, der gleich bekannte, den Zuhörern "richtig einheizen" zu wollen. Die konstruktiven Ansatzpunkte des BMG-Reformkonzeptes wie präventionsorientierte Umformulierung des Leistungskataloges, Studien zur Feststellung des Aufwands, Neufestsetzung von Bewertungen, Er-

probung verschiedener Honorarmodelle einschl. Mehrhonorar für besondere Qualität, Einbindung der Patienten, flexible Mehrkostenregelungen usw. wurden in der emotionalisierten Atmosphäre nicht einmal erwähnt, geschweige denn ernsthaft auf ihre Tauglichkeit geprüft.

### **Alternativen zur Zuteilungsmedizin?**

Mit ihrem Motto "Gegen Zuteilungsmedizin", dem die Regierung trotzig ihr "Nutzt erst mal die Rationalisierungsreserven!" entgegenschmettert, tragen die Zahnärzte m.E. nicht gerade zur Klärung der schwierigen Situation in unserem Gesundheitswesen bei. Überspitzt formuliert, ist jede GKV-Medizin "Zuteilungsmedizin". Das, was in unserem Solidarsystem stattfindet, ist nämlich nicht beliebig, nur von Patientenwünschen, fachlichen Vorlieben des Arztes und der "ungestörten Zweierbeziehung", wie manche Zahnärzte sie gern hätten, abhängig. Kassenbehandlung ist fast eine öffentliche Angelegenheit, zu orientieren an den Kriterien der Notwendigkeit, des Ausreichenden, der Wirtschaftlichkeit und an fachlichen Maximen, die über individuelle Erfahrung hinausgehen. Der Patient hat in den meisten Fällen nicht die freie Wahl aus einem großen Bauchladen-Angebot, sondern er bekommt etwas "verordnet", man kann auch sagen: "zugeteilt". Die Zuteilung erfolgt nach medizinischen **und** nach ökonomischen Kriterien. Dabei sollten die ökonomisch bedingten Einschränkungen möglichst nicht auf der Ebene des einzelnen Arztes zu entscheiden sein. Vielmehr müssen hier Gesetze, Leistungskataloge, Richtlinien dem Behandler möglichst eindeuti-

ge Vorgaben machen. So daß quasi nicht der einzelne Arzt oder Zahnarzt Leistungen zuteilt, sondern die Gesellschaft. Deshalb kann eigentlich nicht darüber gestritten werden, **ob** es eine Zuteilungsmedizin gibt, sondern nur, **wie** sie zum Wohle derer, die sie brauchen, gerecht, ressourcenschonend usw. gestaltet wird.

Neben der zugeteilten gibt es noch die käufliche Medizin. Man kann sich z.B. den Busen gigantisch vergrößern und beim Wechsel der Mode wieder verkleinern oder einen Brillanten in den Schneidezahn setzen lassen, ohne Beteiligung des Solidarsystems und seiner Regeln. Man kann sich auch hilfreiche medizinische Leistungen dazukaufen, die die Gesetzliche Krankenversicherung nicht oder **noch nicht** in ihrem Katalog hat. In der Zahnmedizin treffen (vgl. oben die Aussagen zu privat bezahlten Leistungen) beide Bereiche mehr als in anderen Fachgebieten aufeinander. Umso wichtiger ist es m.E., die Besonderheiten des Solidarangebotes zu erkennen und zu bewahren.

### GVK-Volumen reicht für notwendige Zahn-Behandlung

Für eine vernünftige Zahnversorgung muß nicht "mehr Geld ins System" gefordert werden - so hatten es die DAZ-Vertreter im Gespräch mit Ministerin Fischer bestätigt. Dabei gilt es allerdings mehrere grundlegende Tatsachen zu berücksichtigen:

- Zum ersten macht mehr Prophylaxe nicht kurzfristig die Zahnmedizin billiger und auch nicht jeglichen Zahnersatz

überflüssig. Zu Seehofer-Zeiten vertrat die BZÄK noch, daß dank ihrer Präventionsangebote eigentlich keiner aus der 78er Generation und danach mehr Zahnersatz brauchen würde. Heute weiß sie es besser: die Notwendigkeit wird in spätere Lebensabschnitte verschoben. Hier schlägt auch das Älterwerden der Menschen zu Buche.

- Zum zweiten kommt es darauf an, **was** alles im GKV-Leistungskatalog vertreten ist.

- Zum dritten spielt ganz elementar die Leistungs-**Menge** eine Rolle. Insofern wird erst nach den im Gesetzentwurf vorgesehenen wissenschaftlichen Studien über Leistungsdefinitionen und Bewertungen festzustellen sein, was alles zu einem zukünftigen GKV-Katalog gehören wird. Man kann aber optimistisch sein, denn die Mundgesundheit der Menschen bessert sich von Jahr zu Jahr. Also muß es möglich sein, mit dem Finanzaufwand vergangener Jahre zukünftig eine gute Versorgung zu realisieren.

### Ein offizielles Non-Problem: nicht indizierte Leistungen

Steigerungen der Mengen und der Aufwendigkeit von Leistungen bei sich bessernder Mundgesundheit haben nichts mit Medizin zu tun und sind ein Armutszeugnis für die Selbstverwaltung. Zur Bekämpfung derartiger Entwicklungen haben die Politiker die Global- und andere Budgets erfunden. Aus DAZ-Sicht ist das entscheidende Steuerungsinstrument jedoch nicht die Budgetvorgabe. Vielmehr kann bloßes Herunterregeln der Zahlen zur Unterbehandlung beson-

ders bei sehr hilfebedürftigen Patienten führen. Stattdessen müßte eine verantwortungsbewußte Selbstverwaltung an auffälligen Mengenentwicklungen ansetzen und viele konkrete Maßnahmen ergreifen, um die Zahl unnötiger Leistungen zurückzuschrauben. Verbesserte Voraussetzungen hierfür dürften in Zukunft hoffentlich gegeben sein durch ein gerechteres, leistungsadäquates Honorierungssystem auf der einen und Qualitätssicherungsmaßnahmen auf der anderen Seite.

Leider schweigt ein Teil der zahnärztlichen Standesführung bisher das Mengenproblem und die Frage der unnötigen oder unnötig aufwendigen Leistungen tot, so auch beim Zahnärztetag in Köln. Ein anderer Teil allerdings hat sich ganz unspektakulär des Problems angenommen und bemüht sich um Lösungen im Rahmen der Honorarverteilung - konstruktive Ansätze, die hoffentlich durch das neue Gesetz nicht beendet werden.

### **Zahnärztenachwuchs braucht Orientierung**

Nicht nur beim Zahnärztetag war zu spüren, daß viele Zahnärzte den aktuellen und zukünftigen Entwicklungen in der GKV mit Mißtrauen begegnen und für die eigene Praxis eher Schwierigkeiten als Gutes erwarten. Die zahnärztliche Standesführung hat hierzu eine Diap-Umfrage in Auftrag gegeben, viele Gespräche mit einzelnen Zahnärzten gingen in diese Richtung, und nicht zuletzt hatten mehrere Organisationen jüngerer Zahnärzte, darunter das "Kuratorium junger Zahnmediziner", mit Blick

auf die ungewisse Zukunftssituation im Rahmen der IDS einen Kongreß "Perspektiven 99" organisiert. Bei der Veranstaltung, zu der auch DAZ-Vertreter eingeladen waren, wurden die Probleme neu zu gründender Zahnarztpraxen von verschiedenen Aspekten her beleuchtet. Prof. Staehle aus Heidelberg versuchte dem zahnärztlichen Nachwuchs - entgegen allen Unkenrufen über zunehmende finanzielle Restriktionen - Mut zu machen mit Verweis auf die Chancen, die eine moderne Ausbildung eröffnet. Anders als Zahnärzte früherer Generationen sind die heutigen Absolventen vertraut mit den Methoden der neuen Präventivzahnmedizin und minimal-invasiven Füllungstherapie. Er plädierte dafür, mit diesem Pfund zu wuchern und sich im Rahmen des schärfer werdenden Konkurrenzkampfes zu profilieren mit einem auf Prävention und Zahnerhaltung ausgerichteten Praxiskonzept. Prof. Staehles Programm einer präventionsorientierten Zahnheilkunde gilt bekanntlich als Pflichtlektüre bei den Architekten der jetzigen Gesundheitsreform.

### **Zukünftig Patienten-Selektion schon beim Empfang?**

Die entscheidende Frage ist allerdings, ob es auch in entsprechende Änderungen im Leistungskatalog und in der Gebührenordnung umgesetzt wird. Wenn nicht, dann dürfte bei den jungen Zahnärzten das an Boden gewinnen, was einige andere Referenten bei dem "Perspektiven"-Kongreß vorstellten: eine evtl. durchaus hohen Ansprüchen verpflichtete Zahnheilkunde, die mit professionellem Marketing an zahlungskräftige

Kunden verkauft wird. Dabei werden bestimmte High Tech Produkte wie Laser, Oralkamera, Cerec usw. vor allem mit der Zielsetzung eingesetzt, dadurch Selbstzahlerleistungen zu mobilisieren. Eine entsprechend geschulte Rezeptionsmannschaft sorgt dafür, daß Patienten, die nicht zum gewünschten Klientel "passen", z.B. GKV-Versicherte, die nicht zu Zuzahlungen bereit sind, abgewimmelt werden. Ob die medizinische Behandlung wirklich immer indikationsgerecht verläuft, darf trotz des hohen fachlichen Anspruches der solche Konzepte vertretenden Zahnärzte bezweifelt werden. Was ist, wenn die indizierte Therapie ganz einfach und im Rahmen der GKV ohne Zuzahlung zu erbringen ist? Die Tagung konnte nachdenklich machen. Es liegt ganz stark mit an den Weichenstellungen des neuen Gesetzes, ob die heranwachsenden Zahnärzte den Marketing-Propheten folgen oder aber qualitätsgesicherte, präventionsorientierte GKV-Zahnmedizin betreiben werden.

### **Massive Kritik des NAV-Virchow-Bundes am BMG-Entwurf**

Zweifel und Fragen drängten sich auch einige Tage später bei der Tagung unseres ärztlichen Partnerverbandes NAV-Virchow-Bund auf. Als Beobachter aus der Ecke der Zahnmedizin konnte man hier einmal mehr feststellen, wieviel schwieriger doch alles ist, wenn man noch die Verteilungskämpfe der unterschiedlichen Arztgruppen untereinander und die unterschiedlichen Bereiche des Gesundheitswesens wie Arzneimittelhersteller und -vertreiber, stationärer Bereich, Rehabilitation, ambulanter Be-

reich usw. zu berücksichtigen hat. Der NAV-Virchow-Bund nimmt noch weit kritischer als der DAZ Stellung zu dem neuen Gesetz(arbeits)entwurf und fordert mit Vehemenz, daß vor allem der stationäre Bereich in die Finanzverantwortung eingebunden werden muß - eine Forderung, die nicht zuletzt bei unserer Frühjahrstagung von Dr. Schulte-Sasse aus dem Gesundheitsministerium voll in ihrer Notwendigkeit bestätigt wurde.

### **DAZ will bzgl. Reform "am Ball bleiben"**

Zum Glück ist der Entwurf ja noch nicht der Referenten-Entwurf und schon gar nicht das fertige Gesetz. Im DAZ ist man sich einig, weiterhin konstruktiv durch schriftliche Vorschläge und Gespräche mitzuwirken. Aufgrund der Beratungen im Rahmen unserer Frühjahrstagung am 8./9.5.1999 in Frankfurt haben wir eine erste Stellungnahme verfaßt und an die politisch Verantwortlichen weitergeleitet; Sie finden diese auf den Seiten 5-13.

Aber die Diskussion wird weitergehen. Damit möglichst viele DAZ-Mitglieder einbezogen werden können, haben wir bereits zwei Treffen (sogenannte "Rats-Sitzungen") vorgesehen: am 10.7.1999 zu Beginn der Sommerpause in Köln und am 21. oder 28.8.1999 in Oldenburg, wobei es u.a. wohl eine Anhörung im Gesundheitsausschuß des Bundestages vorzubereiten gilt. Sie alle sind herzlich eingeladen.

**Machen Sie mit: schicken Sie Ihre Vorschläge, Kritik, Kommentare, telefonieren, mailen, faxen Sie und kommen Sie zu den Sitzungen!** Die Gesetzesentwurfs-Texte finden Sie im

Internet-Programm des BMG (<http://www.bmgesundheits.de>) oder können Sie beim DAZ bestellen.

### **Andrea Fischer Gast des DAZ**

Im übrigen wird es - hoffentlich nicht zu spät, um Konstruktives zu bewirken - bei unserer Jahrestagung am 2.10.1999 in Berlin Gelegenheit geben, mit der Gesundheitsministerin erneut direkt ins Gespräch zu kommen. Noch wissen wir nicht, was dann politisch aktuell ist. Aber diskussionswürdige Fragen wird es genug geben. Unser Wunsch ist, die Gelegenheit zu intensiver und direkter Kommunikation zu nutzen - vielleicht zwischen Frau Fischer und einem sozial engagierten Zahnarzt, der nicht weiß, wie er unter dem neuen Gesetz weiter seine Patienten versorgen soll. Wir wollen keinen ideologischen Schlagabtausch, wir wollen Nachdenklichkeit und Verständnis dafür wecken, wo für die Zahnärzte an der Basis und ihre Patienten die Probleme liegen. Manchmal ist man im Regierungsviertel in Bonn oder Berlin doch arg weit davon entfernt.

Auch hierzu sind Sie alle schon jetzt ganz herzlich eingeladen.

Nutzen wir die Chancen - mischen wir uns ein!

*Mit freundlichen Grüßen:  
Irmgard Berger-Orsag,  
DAZ-Geschäftsführerin*

## *gesucht / gefunden*

### **Praxis-Suche:**

Berufserfahrene Zahnärztin sucht im Raum Köln gutgehende 2-Behandlungszimmer-Praxis zur Übernahme.  
Tel 0173-2917755

### **Angebot:**

Zulassungsberechtigte(r) Partner(in) für gleichberechtigte Beteiligung oder flexible Mitarbeit in umfangreicher zahnärztlicher Praxis gesucht.  
Dr. Michael Fritz, Lindenstr. 13, 49393 Lohne, Tel 04442/71330, Fax -921247, E-Mail: Mi.Fri@t-online.de

### **Zahnarztpraxis**

im Siegerland, gute und umfangreiche Ausstattung, guter Umsatz, mit Wohn-Praxisimmobilie zu verkaufen.  
NAV-Wirtschaftsdienst, Harald Lohse, Tel/Fax 0221-8460281

### **Biete Zahnarztpraxis**

in Castrop-Rauxel, 2 Behandlungszimmer, OPG, EDV, 80 qm, Jahresumsatz durchschnittlich 540.000 DM.  
Abgabegrund: Ortswechsel.  
Tel 02591-78135

### **Stellen-Gesuch:**

Zahnarzt mit 4-monatiger Berufserfahrung, Examen 9/97, sucht Assistenten-Stelle im Raum Berlin. Er ist Ausländer, Einbürgerungsverfahren läuft, zahnärztliche Tätigkeit möglichst nach § 13 ZHK-Gesetz. Hinweise auf Arbeitsmöglichkeiten an DAZ-Geschäftsstelle,  
Tel 0221-973005-45, Fax -7391239

## Termine... Termine... Termine...

- 18./19. Juni 1999, Leipzig: **ENDODONTIE-Tagung** Wissenschaftliche Leitung: Univ. Prof. Dr. Merte, Univ. Prof. Dr. Heide-  
mann, Univ. Prof. Dr. Löst  
Information und Anmeldung:  
Universität Leipzig, Poliklinik für Konser-  
vierende Zahnheilkunde und Parodonto-  
logie, Frau Drechsel
  - per Antwortkarte: NürnbergerStr. 57,  
04103 Leipzig
  - per Tel.: (0341) 97 21 200 f206
  - per Fax: (0341) 97 21 219
  - per E-mail: drec@medizin.uni-leipzig.de
 Ort: Hörsaal der Augenklinik, Liebigstr.14
  
- 16.6.1999, 11 Uhr, Bonn/Landesver-  
tretung Bayern: **Vorstellung der reprä-  
sentativen Mundgesundheitsstudie  
II von KZBV und BZÄK durch das IDZ**
  
- 16.6.1999, 20 Uhr, Berlin/Geschäfts-  
stelle des NAV-Virchow-Bundes: Treffen  
der DAZ-Studiengruppe Berlin-Branden-  
burg zum Thema "**Weisheitszahnent-  
fernung - Indikation und praktische  
Durchführung**", Referent: Oberarzt Dr.  
Striezel
  
- 17.6.1999: Treffen der **DAZ-Studien-  
gruppe Oldenburg**
  
- 18./19.6.1999, Mannheim/Congress  
Centrum: 2. Kongress von Thieme, Deut-  
scher Ärzte-Verlag, mibeg, Marburger  
Bund zum Thema "**Via medici - Zu-  
kunftschancen für junge Mediziner,  
Information und Beratung zu allen  
kurativen und nichtkurativen Berufs-  
feldern, mit Job- und Kontaktbörse**"  
(Tel. 030-306725-0, Fax 030-30672552,  
E-Mail via.medici@merke.de)
  
- 24./25.6.1999, Brüssel: Tagung der  
Bundeszahnärztekammer zum Thema  
"**Prävention und Qualitätsmanage-  
ment in der Zahnmedizin in der Euro-  
päischen Union**" (Tel 0221-4001200,  
Fax 404605)
  
- 23.-26.6.1999, Paris/Palais des Con-  
grès de Paris: **13. Internationaler Kon-  
greß** mit Ausstellung über computerun-  
terstützte Radiologie und Chirurgie (Tel.  
030-3147310, Fax 030-31423496)
  
- 2.7.1999, Köln: **Mitgliederversamm-  
lung der Deutschen Arbeitsgemein-  
schaft für Jugendzahnpflege DAJ** (Tel.  
0228-694677)
  
- 3.7.1999, 10-14 Uhr, Berlin/Dampfer  
"Prenzlauer Berg": **Landeshauptver-  
sammlung des LV Berlin-Brandenburg  
des NAV-Virchow-Bundes** mit Diskus-  
sion der Zukunft der Kassenärztlichen  
Vereinigungen
  
- 10.7.1999, 14-19 Uhr, Köln: **DAZ-Rat**
  
- 15.7.1999: Treffen der **DAZ-Studien-  
gruppe Oldenburg**
  
- 19.8.1999: Treffen der **DAZ-Studien-  
gruppe Oldenburg**

## Termine... Termine... Termine...

- 21. oder 28.8.1999, Oldenburg: **DAZ-Rat**

- 1. oder 8.9.1999, Köln: **Landeshauptversammlung des LV Nordrhein des NAV-Virchow-Bundes**

- 16.9.1999: Treffen der **DAZ-Studien-  
gruppe Oldenburg**

- 21.9.1999, Erfurt: **Feier anlässlich des 50jährigen Bestehens der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege DAJ** (Tel. 0228-694677)

- 22.9.1999, Erfurt: Auftaktveranstaltung zum bundesweiten **Tag der Zahngesundheit 1999**

- 25.9.1999: **Tag der Zahngesundheit**

- 24./25.9.1999, Salzburg: 13. Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie (EGZE) zum Thema "**Ergonomie bei der zahnärztlichen Präparation**" (Fax 0033-3-88866-623 oder Tel. 04328-722477)

- 2.10.1999, Berlin: **DAZ-Jahrestagung 1999 mit Gesundheitsministerin Andrea Fischer**

- 13.-15.10.1999, Erlangen/Poliklinik: gemeinsame Tagung der DGZMK-Arbeitskreise "**Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe**" und "**Psychologie und Psychosomatik**" zu den Themen

"**Psychologische Aspekte zahnmedizinischer Prävention**" und "**Minimalinvasive Restaurationstechniken im Milch- und Wechselgebiss**" (Tel. 09131-853602, Fax 853603)

- 21.10.1999: Treffen der **DAZ-Studien-  
gruppe Oldenburg**

- Ende Oktober 1999, Bonn: Kongreß "**Präventive Zahnmedizin**" der Blend-a-med-Forschung

- 18.11.1999: Treffen der **DAZ-Studien-  
gruppe Oldenburg**

- 19.-21.11.1999, Köln: **Bundeshaupt-  
versammlung des NAV-Virchow-Bun-  
des**

- 16.12.1999: Treffen der **DAZ-Studien-  
gruppe Oldenburg**

**Nächster Redaktionschluß:  
20.Juli '99**

(Nähere Informationen unter  
DAZ-Geschäftsstelle Köln,  
Tel. 0221-973005-45, Fax -7391239,  
E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de)

## Der DAZ stellt sich vor



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

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

### Kooperation mit dem NAV-Virchow-Bund

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

### Studiengruppen

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

### Informationen

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

### Hilfe für den Zahnarzt-Alltag

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

### Standespolitik

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

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

## Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinistudiums mit folgenden Veränderungen:

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

-Verkürzung der vorklinischen Ausbildung bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums

-Einbindung qualifizierter Praktiker in die Universitätsausbildung.

## Delegation

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

## Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

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

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz

- Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal

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

## Qualität

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

- vemünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die KVZen

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

## Impressum

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

Geb. Datum

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

Internet-Adresse

Ort, Datum

Unterschrift

DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.1999

- Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder 12.- DM  
 Assistenz ZÄ/ZA, 180.- DM  
 Niedergel.ZÄ/ZA, 380.- DM  
 ZÄ/ZA im Ruhestand 60.- DM

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

## Anmeldung zur DAZ-Jahrestagung 1999

in Berlin (voraussichtlich Abacus Tierpark Hotel, Franz-Mett-Str. 3-9, 10319 Berlin)

Hiermit melde ich mich zur DAZ Jahrestagung am 2.10.1999 an.

*Ich bin niedergelassener Zahnarzt*.....   
*angestellter Zahnarzt*.....   
*Student*.....

Ich nehme an der öffentlichen Veranstaltung mit  
Ministerin Fischer teil.....

Ich nehme an der DAZ-Mitgliederversammlung  
(2.10.1999 nachmittags) teil.....

Ich habe Interesse am Kulturprogramm.....

Ich würde gerne Infos über den DAZ erhalten.....

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

Belfortstraße 9  
**50668 Köln**

Fax 0221-7391239

Meine Adresse/ Tel./Fax

