

66

von Zahnärzten für Zahnärzte

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

DAZ forum

18. Jahrgang 3. Quartal 1999 Herausgeber DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands

Meinem Zahnarzt soll die Arbeit Spass machen...

Programm der DAZ-Jahrestagung in Berlin

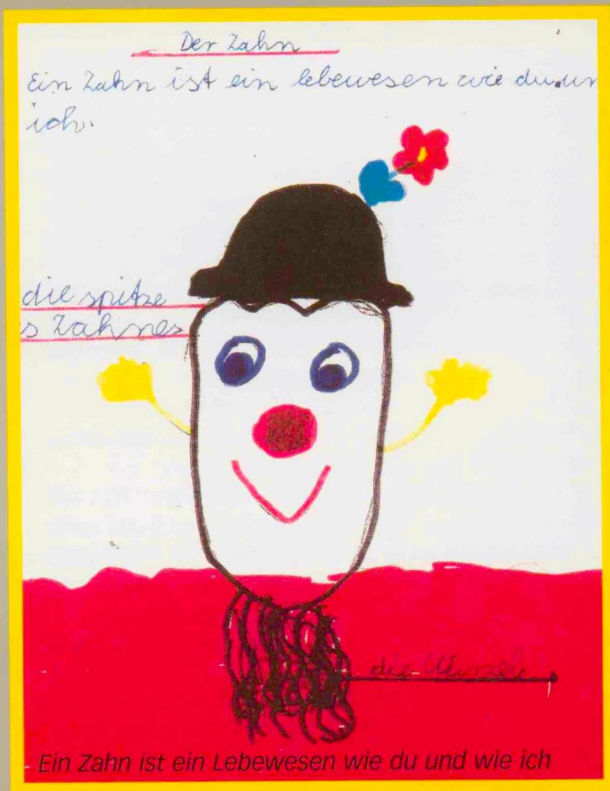
Der Weg ins Netz

Praxislabor zur Bewältigung der Liquidationskrise?

Neugestaltung der medizinischen Ausbildung

Lohnabrechnung - selbst gemacht?!

Resignation, Ratlosigkeit und Wut...



Thomas
Murphy
Poppenbütteler Chaussee45
22397 Hamburg

01 DAZ 001 # 23 #

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



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

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

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

Wenn Sie*

mit Ihrer

Krankenversicherung

zufrieden sind,

bleiben Sie

wo Sie sind.

Andernfalls

02 21/16 36-14 49

*Zahnärztin/-arzt

 **CENTRAL**
KRANKENVERSICHERUNG AG

50593 Köln • <http://www.ckv.de>

Inhalt

Editorial	Partisanen	2
Standespolitik	Drei Säulen?	3
Gesundheitspolitik	Resignation, Ratlosigkeit und Wut...	5
	Aus DAZ-Sicht kritikwürdige Regelungen der geplanten Strukturreform	6
	Meinem Zahnarzt soll die Arbeit Spass machen!	8
	Verraten und verkauft?	13
	Berlin im Juli '99	16
	Jede Mitarbeit ist sinnlos	17
	Von Besserverdienenden und Gutmenschen	18
	Zahnärzte Meeting 2000	19
Jahrestagung	Wie kann man auch nach der Reform noch gern Zahnarzt sein?	20
	Programm der Jahrestagung	23
Junges forum	Neugestaltung der medizinischen Ausbildung	26
EDV, eMail, WWW	Lohnabrechnung - selbst gemacht?!	32
	Haben Sie ein »Jahr-2000-Problem«?	36
	Der Weg ins Netz	37
	Zahnärzte und Patienten im Netz	40
Aus der Praxis	Die AOK will's nicht gewesen sein	48
	Alles steril und gut geschmiert?	50
	Praxislabor zur Bewältigung der Liquidationskrise?	52
	Minipress-Injektorsystem	58
Prophylaxe	Tag der Zahngesundheit	60
	50 Jahre DAJ	62
	Argumente für fluoridiertes Speisesalz in der Gemeinschaftsverpflegung	63
Buchbesprechungen		68
Aus der Literatur	Dichters Zahnweh	71
Kleinanzeigen		74
Termine		75
Der DAZ stellt sich vor		77
Impressum		78

Partisanen

Wenn ich in die Stadt fahre, muß ich die letzten 8-10 Kilometer auf einer dreispurigen Autobahn mit 80 km/h dahinbummeln, wegen Lärmschutz. Ich muß dann immer besonders aufpassen, daß ich den Lastern bei ihren Elefantenrennen nicht im Weg bin, damit mich nicht wieder einer von Fahrbahn fegt, weil er seine 22t-Ladung nicht mehr abbremsen kann.

Asozialer Tugendbold? Mag sein, aber als Zahnarzt hat man heute ja sowieso eher Zeit, und die Termine drücken nicht so sehr. Tatsache ist jedenfalls, daß die Mehrzahl von Leuten in der gleichen Situation sich ihr Recht selbst bestimmt, vor allem dann, wenn die einschränkenden Regeln keinen hohen Wert auf der eigenen Skala haben.

Womit wir beim heutigen Thema wären: in der Zahnärzteschaft wird man nicht mehr viele finden, die in der geltenden und kommenden Rechtslage noch viel Sinn sehen und die eo ipso zum tugend-samen Verhalten bereit sind. Dafür erscheint das Verhalten unseres Gesetzgebers zu provokativ, zu sehr am Ziel einer optimalen Versorgung unserer Patienten vorbeigeschossen. Es entstehen Ausweichstrategien. Man kann so etwas in öffentlichen Anlagen finden: wenn die Fußwege zu krumm und kompliziert geführt sind, entstehen im Gras sehr bald dunkle Trampelpfade als Spuren des 'zivilen' Ungehorsams.

Es ist nicht so, daß da viel Überlegung bei den Übeltätern zu unterstellen ist, es ergibt sich so, ganz "natürlich". Die wenigsten werden sich zu strategi-

schen Überlegungen in ihre Kämmerchen zurückziehen und danach mit einem wasserdichten Konzept weitermachen. Nein - da wird mal die eine oder andere Kleinigkeit probiert, die man im Kollegengespräch aufgeschnappt hat. Eine - maßvolle - Baraufzahlung auf eine komplizierte Wurzelbehandlung, eine Überschreitung der GOZ-Grenze bei einem schwierigen Inlay, Termenschwierigkeiten bei der prothetischen Versorgung eines 100%-Patienten. Empörend? Moralische Verkommenheit? Gemach! In der Schule waren es immer zuerst die kleineren, weniger muskulösen, die gegen den comment der Raufhändler verstoßen haben. Kennen wir das nicht alle?

Das DAZ-forum steht nicht gerade im Verdacht, regelwidriges Verhalten zu entschuldigen oder gar zu propagieren, dazu sind wir zu oft als die Mustermänner des Standes abgewatscht worden. Nur beanspruchen wir für uns, daß Fairneß und gleichlange Spieße zur Grundausstattung sozialen Verhaltens gehören müssen. Wenn eine beträchtliche Zahl von Kolleg/Inn/en einen mehr oder minder großen Teil ihrer Kreativität darauf verwendet, auf Trampelpfade auszuweichen, muß das nicht an einem sprunghaften Verfall der Berufsethik liegen. Es kann auch daran liegen, daß das Gefühl entstanden ist, ein übermächtiger und ungerechter Gegner fordere zum Partisanentum heraus. In solchen Fällen sollte nicht nur man selbst, sondern auch der Gegner über die Verhältnismäßigkeit seiner Maßnahmen nachdenken, wenn er seine öffentlichen Anlagen unbeschä-

digst sehen möchte. Schlimm genug, daß einem Alt-DAZ'ler der Begriff 'Gegner' so leicht aus den Tasten kommt. Keine Ministerin, keine Verbände, keine 'Öffentlichkeit' können es sich auf Dauer leisten, einer Berufsgruppe, die sie braucht, die Lust an der Arbeit zu ver-

derben. Ich bin gespannt, ob über diesen Gedanken in Bonn schon jemand gestolpert ist. Wir werden Gelegenheit zum Nachfragen haben.

Dr. Kai Müller
Seefeld

Drei Säulen?

Mehr als einmal haben uns die ZM auf der Titelseite mit dem Bild von den drei Säulen erfreut, die das Fundament einer starken zahnärztlichen Standespolitik bilden: ein starker Freier Verband, eine neu strukturierte Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und eine kraftvoll geführte Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV).

Offensichtlich haben die Architekten auf Treibsand gebaut, denn nach dem Ausscheiden der FDP aus der Regierung genügte ein von ein paar Ministerialbeamten aus der Schublade gezaubertes Vorschalt-Gesetz, um das ganze Konstrukt zusammenkrachen zu lassen.

Jetzt, mitten in der Vorbereitungsphase für eine tiefgreifende Struktur-Reform, steht die Zahnärzteschaft konzept- und noch schlimmer: führungslos da.

Der Freie Verband, ohnehin schon seit Gutmann (Sie erinnern sich: »Die KZV muss so lange opponieren, bis sie abgeschafft ist (1993)«) in Auflösung begriffen, wird heute durch den jungen Mann repräsentiert, der traurig unter der ver-

kehrt herum getragenen gelben Baseball-Mütze herausblickt. Zusammengehalten von alten Macht-Kartellen, langfristigen Gruppenversicherungsverträgen und günstigen Studentenkrediten bei der APO-Bank.

Die KZBV-Ein-Mann-Führung trägt inzwischen autistische Züge, gekennzeichnet durch Verlust von Realitätswahrnehmung und darum isoliert in der politischen Landschaft. Selbst wenn sie wegen nachgewiesener Erfolglosigkeit spätestens um die letzte Jahreswende zurückgetreten wäre: der Karren sitzt so tief im Dreck, daß ihn selbst ein Herkules nicht herausziehen könnte - aber auch der ist nicht in Sicht!

Und dann gibt es da noch die Bundeszahnärztekammer. Nach unendlichen Geburtswehen und geschwächt gegenüber früher, mußte sie sich zwangsläufig auf die Suche nach dem kleinsten gemeinsamen Nenner machen, sich erfolglos herumquälen auf so undankbaren Feldern wie *Weiterentwicklung der GOZ* oder der *Neufassung der Approbationsordnung*. Devise ist: Politik als Kunst des Möglichen, um als machtloser Verein gegängelt von mächtigen Kammerfürsten, geohrfeigt von Pischels DZW und

kurzgehalten von der KZBV mit nur einem blauen Auge zu leben. Und Politik als Kunst des Möglichen eröffnet plötzlich Perspektiven. Da reibt sich der ZM-Leser verwundert die Augen, von einem BZÄK-initiierten Kongress in Brüssel(!) zu erfahren (ZM 89, Nr.14 (1690)), der als erstes Ziel verfolgt, »die EG-Kommission aufzufordern, Prävention und Qualitätsmanagement in ihr geplantes Rahmenprogramm Gesundheit aufzunehmen«. Und der Bericht darüber beginnt mit den fettgedruckten Worten: »Mehr Prävention und ein gutes Qualitätsmanagement in der Zahnmedizin - dies sind von jeher zwei Kernanliegen der deutschen Zahnärzteschaft.«

Soso, »von jeher«: das schreibt immerhin eine Zeitung, deren Herausgeber zwei Jahrzehnte Einsatz des DAZ für ebendiese Ziele als schieren Sozialismus diffamiert haben. Dies geschieht zu einem Zeitpunkt, wo genau das passiert, wovor wir von Anfang an gewarnt haben: dass uns der Gesetzgeber die eigene Ausgestaltung dieser ureigenen zahnärztlichen Betätigungsfelder aus der Hand nimmt und entweder anderen überträgt oder uns wegen Untätigkeit mit Sanktionen belegt. Im Lande sprießen mal wieder die Ausstiegsvereine, die genau dem entgegen wollen. Zu spät, kann man nur sagen, wenn die Ewig-Gestrigen mit ihrem Stammtisch-Gequatsche vom Korb glauben, sie könnten jetzt noch die Politik erpressen nach dem Motto: »Wir müssen nur alle zusammenhalten - wir halten das Behandlungsmonopol, die AOK kann keine Zähne reparieren.« Dazu gibt es inzwischen zu viele Zahnärzte, die allein aus wirtschaftlichen Gründen ihre Kassen-

zulassung gar nicht mehr abgeben dürfen (die APO-Bank läßt grüßen!). Und wenn es in dem o.g. ZM-Artikel - wieder fettgedruckt - weitergeht: »Seit die rot-grünen Pläne zur Gesundheitsreform vorliegen, haben die Zahnärzte ihre Vorstellungen dazu in Deutschland verstärkt in die politische Diskussion mit eingebracht« - so ist das leider auch nur die halbe Wahrheit, denn außer der BZÄK hat keine der drei Säulen Konstruktives eingebracht.

Da sitzen immer noch die alten und jungen Säulenheiligen, trauern der Pünktchenpartei nach und warten darauf... ja worauf eigentlich?
Politik als Kunst des Möglichen halt.

Dr. Roland Ernst
Edewecht

**DAZ-Mitgliederversammlung 1999:
Einladung an alle zum Mitmachen!**

Am 2.10.1999 bietet sich Ihnen in Berlin nicht nur die Chance, mit Gesundheitsministerin Andrea Fischer persönlich zu diskutieren. Sie können diesen Termin auch zum Anlaß nehmen, aktiv ins DAZ-Verbandsgeschehen einzusteigen oder wieder einzusteigen. Wir wählen einen neuen Vorstand und beraten über unsere Aktivitäten in dieser gesundheitspolitisch turbulenten Zeit.

Am 2.10.1999, ab 14.00 Uhr,
im Abacus (Ost)Tierpark Hotel in Berlin
Anmelde-Coupon siehe letzte Seite.

Resignation, Ratlosigkeit und Wut...

Die Gesundheitspolitik der Regierungskoalition hat in der gesamten Ärzteschaft eine in diesem Ausmass bislang unbekannte Stimmung von Frustration und Aggression geschaffen. Dass die verantwortlichen Politiker von so großen Begriffen wie Gesundheitsstrukturreform reden, de facto aber nichts als simple Budget- und Fiskalpolitik betreiben, ist dafür nur eine Erklärung. Gravierender - und wichtiger als alle Einzelheiten des Gesetzentwurfes - ist die Mentalität und die Atmosphäre, mit der und aus der heraus das Gesetz formuliert wurde. Dass manche Ärzte honorargesteuert arbeiten, trifft sicher zu. Einen ganzen Berufsstand aber pauschal zu »Anbietern« abzustempeln, die man per Gesetz an gewinnorientierter Leistungsausweitung hindern zu müssen glaubt, ist das, was vor allem diejenigen auf die Barrikaden treibt, die sich jeden Tag in ihrer normalen Kassenpraxis um gute Medizin und verantwortungsvolle Betreuung ihrer Patienten bemühen.

Der DAZ ist von diesem Stimmungstief in besonderer Weise erfasst, weil das gesetzlich verordnete Misstrauen und die Disziplinierungsmentalität gerade die engagierten Kollegen vor den Kopf stösst, die jahrzehntelang die notwendigen Strukturverbesserungen erarbeitet und dem Gesetzgeber zur Realisierung vorgelegt haben - die für präventive Ständesp Politik, für Kooperation, Vertrauen und Transparenz warben. Sie in Geiselhaft zu nehmen - ob das nun wörtlich gesagt, gemeint oder nur gedacht wurde, mag

unerheblich sein - ist für viele eine unannehmbare Provokation. Wenn dann noch einer der massgeblichen Repräsentanten der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) und zahnärztlicher Berater des Gesundheitsministeriums, Dr. J. Bauer, öffentlich erklärt, man müsse die Zahnärzte ständig unter Kontrolle halten, da sie nicht für selbstverantwortliches Handeln reif seien, (s.S. 18), dann spiegelt dies genau die obrigkeitsstaatliche Arroganz wieder, die einem angeblich freien Berufsstand jede Eigenentscheidung aus der Hand nehmen will, die den Geist und Inhalt des Gesetzes prägt und an der die Umsetzung auch sinnvoller Teile scheitern wird.

In dieser Situation muss sich für den DAZ die Gretchenfrage stellen: Solidarität und Zusammenarbeit mit wem? Mit den zahnärztlichen Körperschaften wie der KZBV, den KZVen in Niedersachsen und Bayern, die immer noch mehr Öl ins Feuer schütten, um die Kollegenschaft zum Ausstieg aus dem verhassten System zu veranlassen? Zusammenarbeit mit Privatvereinen ausserhalb des Vertragssystems der GKV? Weitere Zusammenarbeit mit der VDZM? Weitere Zusammenarbeit mit dem Ministerium und den Krankenkassen? Oder Solidarität und Unterstützung mit und für die Kollegen an der Basis, in Klein- und Normalpraxen, denen Budgets und HVM als erste die existentielle Basis entziehen?

Die DAZ-Jahreshauptversammlung in Berlin am 2. Oktober wird sich - nach der

Diskussion mit der Bundesgesundheitsministerin - mit diesen Fragen beschäftigen müssen.

Als Vorbereitung darauf und als Diskussionsgrundlage bringen wir nachfolgend

noch einmal Essentials der DAZ-Kritik am Gesetzentwurf, einen Erwartungskatalog aus der Sicht einer Patientin sowie mehrere persönliche Stellungnahmen von Kollegen:

Aus DAZ-Sicht kritikwürdige Regelungen der geplanten Strukturreform:

- Generell: Zu große Regelungsdichte, zu viel zusätzliche Bürokratie (unproduktiver Aufwand und Demotivierung der an der Basis Arbeitenden!)

- Generell: Was die Einführung eines Globalbudgets (§ 142) für die Zahnmedizin und ihre Unterbereiche bedeutet, kann derzeit keiner beschreiben. Die Verfügung der Krankenkassen über das Budget reduziert ihr Interesse an einer sachgerechten Ausgestaltung und Begrenzung der Leistungsmengen. In einigen zahnmedizinischen Teilbereichen können wegen besonderer Entwicklungen (z.B. enormer Rückgang bei Zahnersatz) die Vorjahreszahlen nicht als Bezugsgröße gewählt werden. Das Globalbudget steht möglicherweise im Gegensatz zur vorgesehenen stärkeren Präventionsorientierung.

- Die Gruppenprophylaxe (§ 21) darf keine Einschränkungen durch Einbeziehung ins Globalbudget erfahren. Ihr Volumen muß mit dem Ausbau der Aktivitäten ausgedehnt werden können.

- Mehrkostenregelung (§ 87b): Die Bindung an den Faktor 2,3 ist nicht sachge-

recht. Sie hat auch keine Auswirkung auf die Beitragssatzstabilität. Insbesondere bei Kunststoff-Füllungen im Seitenzahnbereich in Säure-Ätz-Technik müßten Honorare orientiert an den BEMA-Positionen 13e-g möglich sein. Um den Patienten vor Übervorteilung zu schützen, bedarf es nicht zwangsläufig einer Faktorlimitierung. Vielmehr sind eigenständige Regelungen zum Patientenschutz vorgesehen. Im übrigen gilt es bei allen Beschränkungen der GOZ-Anwendung zu berücksichtigen, daß die Zahnärzte im Osten besonders benachteiligt werden. Nach wie vor gilt für sie ein GOZ-Abzuschlag, bei annähernd gleicher Kostensituation wie in den alten Bundesländern.

- Gegen den hauptamtlichen KZV-Vorstand (§ 79) gibt es massive Widerstände an der Zahnärzte-Basis, weil man fürchtet, daß die "Selbstverwaltung" von den Aufsichtsbehörden an die kurze Leine genommen werden wird. Als Reaktion entwickeln sich in jedem KZV-Bereich Gegenstrukturen, die systemauflösend wirken.

- Die an sich zu begrüßende BEMA-Umstrukturierung (§ 87) im Sinne einer Mo-

denisierung des Leistungskataloges und Anpassung der Bewertungsrelationen an den tatsächlichen Aufwand, bleibt wirkungslos, wenn betriebswirtschaftliche Aspekte der Leistungserbringung dem Globlbudget untergeordnet werden.

- Abwrackprämie (§ 103): Die KZVen sind nicht verantwortlich für die "Überproduktion" von Zahnmedizin-Absolventen. Das Gesundheitsministerium selbst weiß, an welchen Interessen die Studienreform und die Absenkung der Kapazitäten-Zahlen bisher scheitern! Insofern können die Zahnärzte auch nicht mit den Kosten von Praxis-Stillegungen belastet werden.

- Bei ZE und KFO sind nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106) abzulehnen, wenn vorher die Kostenübernahme garantiert wurde.

- Gegen Tagesprofile (§ 106 a) ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Aber nach welchen objektiven Kriterien soll bewertet werden, wenn die Überprüfungen schon ab dem 30.3.2000 beginnen, während die erforderliche Arbeitszeit pro Einzelleistung erst später ermittelt wird?

- Die Mitentscheidung der Kassen über Honorarverteilung (§ 87 a) ist sachlich nicht gerechtfertigt.

- Medizinischer Dienst (§ 275): Die zentrale Datensammlung durch den MdK schafft einen unüberschaubaren bürokratischen Komplex, der der gemeinsamen Selbstverwaltung von Zahnärzten und Kassen entzogen ist. Das Gutachterwesen sollte nicht beim MdK angesiedelt, sondern ortsnah durch die ge-

meinsame Selbstverwaltung gestaltet werden. Erst wenn diese vor Ort ihre Aufgabe nicht erfüllen kann, muß der MdK tätig werden.

- Die Begrenzung der Gebühren beim PKV-Standardtarif (§ 5a zur Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung) betrifft einen wachsenden Personenkreis (demnächst ab 55 Jahre) und führt angesichts der Untätigkeit des Gesetzgebers im Bereich GOZ zu einer nicht ausreichenden Honorierung. Verschärft gilt dieses wegen des GOZ-Abchlages für die Zahnärzte in den neuen Bundesländern (s.o.). Selbst bei gesetzlich Versicherten hält der Gesetzgeber bei Mehrkosten die Begrenzung nicht auf 1,7, sondern auf 2,3 für gerechtfertigt! Die 1,7-Regelung wird nicht gefordert von den Standardtarif-Versicherten, sondern von den privaten Krankenversicherungs-Unternehmen!

Abschließend soll ein Vorschlag unterbreitet werden, der (noch) nicht im Gesetzentwurf steht:

- Die von der GKV mitfinanzierte zahnmedizinische Gruppenprophylaxe (§ 21) kommt seit ihrer Einführung auch privatversicherten Kindern und Jugendlichen zugute. Trotz langjähriger Verhandlungen (z.B. durch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege DAJ) verweigern die PKV-Unternehmen eine Beteiligung an der Finanzierung mit Verweis darauf, daß sie nicht gesetzlich verpflichtet sind. Darum der Vorschlag an den Gesetzgeber: Die Privaten Krankenversicherer sind durch eine gesetzliche Regelung zu verpflichten, sich an den

Kosten der Gruppenprophylaxe entsprechend der Zahl der bei ihnen versicherten Kinder und Jugendlichen zu beteiligen. Die Beteiligung der PKV an der Gestaltung der gruppenprophylaktischen Aktivitäten ist zu ermöglichen.

Meinem Zahnarzt soll seine Arbeit Spaß machen!

Bewertung des Entwurfs der Strukturreform 2000 aus (Zahn-) Patientensicht

Es gibt ihn eigentlich kaum - den Zahn-Patienten und seine Meinung zur Gesundheitsreform. Obwohl sehr viele Menschen auf zahnmedizinische Behandlung angewiesen sind, stellt sich dieser Versorgungsbereich für sie als einer von vielen dar. Ihre Bewertung der Reform wird je nach eigener gesundheitlicher Lage von ganz anderen Faktoren bestimmt - sei es, daß jemand als chronisch Kranker ständig Medikamente braucht, sei es, daß gerade ein Familienmitglied im Krankenhaus versorgt werden muß usw. Im übrigen dürfte es ohnehin schwerfallen, derzeit Meinungen von Patienten einzuholen. Wer von ihnen kennt schon den inzwischen in den Bundestag eingebrachten Gesetzentwurf? Und wer kann sich ein Bild davon machen, was ihn ab 2000 als Patienten erwartet?

Mit diesem Problem stehen allerdings die Patienten nicht allein da. Auch dieje-

nigen, die sich professionell mit unserem Gesundheitssystem beschäftigen, können über die Auswirkungen der geplanten Reform nur spekulieren. Für den zahnmedizinischen Bereich gilt das m.E. in besonderer Weise. Denn wenn ich mir - als Zahn-Patientin - die "reformierte" Situation gesetzlich Versicherter vorzustellen versuche, dann fällt auf, daß im Gesetzentwurf vielfach noch keine definitiven Veränderungen vorgesehen sind. Vielmehr wird vorerst nur die Neuregelung bestimmter Bereiche in Auftrag gegeben (insbesondere Neudefinition des Leistungskatalogs und neue Festlegung der Bewertungsrelationen). Zu unterscheiden ist also eine Übergangsphase, in der im wesentlichen die bisherigen Verfahrensweisen weiter gelten, sowie die Zeit in circa 2 Jahren nach Erfüllung der gesetzlichen Aufträge.

Im folgenden führe ich, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, einige Regelungen des Reformgesetzes auf, von denen ich Auswirkungen - im positiven oder negativen Sinne - auf die zahnmedizinische Versorgung erwarte.

Da ist zunächst die geplante Begrenzung der für medizinische Leistungen vorgesehenen Finanzmittel in Form eines Globalbudgets. Das muß den Zahn-Patienten eigentlich nicht schrecken. Denn die Mundgesundheit der Deutschen wird von Jahr zu Jahr besser - also müßte das bisher zur Verfügung gestellte Geld (plus Grundlohnsummenzuwachs) gut reichen. Allerdings werden die Menschen auch immer älter, wobei sie zum Teil jahrelang mit ernsthaften Krankheiten zu tun haben. Gesunde Zähne für mehr oder weniger alle bis ins hohe Alter sind derzeit

eine schöne Vision, aber keine Realität. Es ist von einer allmählichen Umstrukturierung des Behandlungsbedarfs, jedoch nicht von einem rapiden und massiven Rückgang auszugehen. Von daher hat man als Zahn-Patient die Hoffnung und Erwartung, daß auch nach Einführung des Globalbudgets das bisherige Finanzvolumen für Zahnmedizin in etwa erhalten bleibt.

Dies gilt zumindest solange, wie keine gravierenden Veränderungen vorgenommen werden, um eine größere Zielgenauigkeit des Mitteleinsatzes zu gewährleisten (durch Vermeidung von Wiederholungsleistungen, durch Ausschluß nicht nötiger Leistungen, durch Beschränkung auf die jeweils effizienteste Leistung usw.).

Angesichts der Budgetierung ist wichtig, daß die vorhandenen Mittel auf medizinisch notwendige Maßnahmen konzentriert werden. Unnötig aufwendige oder aus rein ästhetischen Gründen wünschenswerte Leistungen entsprechen zwar den Wünschen einzelner Patienten, nicht aber dem Interesse der Gemeinschaft der Patienten und der Versicherten. Klar ist allerdings, daß jede Grenzziehung etwas Willkürliches hat. In unserem reichen Lande wäre es m.E. möglich und wünschenswert, auch zukünftig z.B. bei Frontzahnkronen allen gesetzlich Versicherten die Verblendung zu ermöglichen, obwohl sie medizinisch nicht notwendig ist.

Die bisherige Nicht-Aufnahme bestimmter neuer Versorgungsformen sowie der durch das Beitragsentlastungsgesetz verfügte Ausschluß von Leistungen in

Zusammenhang mit Implantologie und Kiefergelenkserkrankungen schließt einige Patienten von einer für sie notwendigen und alternativlosen Therapie bzw. von deren Finanzierung aus. Während die Behandlung eines schmerzenden Kniegelenkes eine reine Sachleistung für den gesetzlich Versicherten ist, muß er bei einem schmerzenden Kiefergelenk sowohl die Diagnostik als auch die Therapie durch einen entsprechend qualifizierten Zahnarzt privat bezahlen. Kassenzuschüsse zur zahnärztlichen Behandlung von schmerzhaften Kiefergelenkserkrankungen und zu Suprakonstruktionen auf indizierten Implantaten (letztere nicht nur so eingeschränkt, wie im Gesetzentwurf vorgesehen) sollten bereits im Rahmen der Strukturreform wieder ermöglicht und nicht bis zur Neudefinition der Leistungskataloge verschoben werden.

Wenn angesichts knapper Finanzmittel der Kassenkatalog nur einen Ausschnitt der insgesamt möglichen und bewährten zahnmedizinischen Methoden umfaßt, ist aus Sicht der Versicherten eine Mehrkostenregelung erforderlich. Dem gesetzlich Versicherten muß aber der für die betreffende Indikation vorgesehene Kassenzuschuß bei Wahl einer außervertraglichen Leistung erhalten bleiben. Wünschenswert ist die Freiheit der Wahl zwischen unterschiedlich aufwendigen, allerdings medizinisch bewährten Leistungen. Zum Schutz vor Übervorteilung braucht der Patient neutrale Informationsmöglichkeiten über die zur Wahl stehenden Methoden sowie Preis-Informationen.

Aus Sicht der Versicherten ist - objektiv betrachtet, aber nicht unbedingt im Bewußt-

sein des einzelnen Versicherten - zahnmedizinische Prävention ein ganz wichtiges Anliegen. Hierfür sind Veränderungen nicht nur im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung nötig.

U.a. geht es um:

— bessere, präventionsorientierte Ausbildung des Zahnarznachwuchses (Studienreform)

— Weiterbildung der schon praktizierenden Zahnärzte bzgl. Prävention

— Förderung des Einsatzes von Fluoridsalz (in Großküchen, bei der Lebensmittelherstellung usw.)

— Flächendeckende Gruppenprophylaxe mit effektivem Konzept

— Früherkennung und Frühbehandlung parodontaler Krankheiten

— Mehr Informationen über Möglichkeiten oraler Prävention in den Medien

— Oralprophylaktische Inhalte als Teil des Schulunterrichts, Möglichkeiten täglicher Mundhygiene in den Schulen

— Oralpräventive Programme in Heimen und Betrieben

— Verstärkung der Forschung (z.B. Impfung gegen Karies- und Parodontitis-Keime)

— Gezielte Angebote für Risikogruppen/-personen

— Entwicklung von Anreiz-Strukturen für Patienten / für Zahnärzte

— Neugewichtung einzelner Leistungsbereiche

Die Verstärkung der Prävention ist insbesondere mit Blick auf die Gesamtbevölkerung nötig. Jedoch macht sie bei den schon erkrankten Personen die Behandlung nicht überflüssig. Da einmal zerstörte Zahnschubstanz für immer verloren ist und die Ersatzkonstruktionen nur begrenzt halten, braucht ein Teil der

Bevölkerung weiterhin eine lebenslange therapeutische, insbesondere auch prothetische Versorgung etwa im bisherigen Umfang. In einem solidarischen System muß die Versorgung dieser kleiner werdenden Gruppe enthalten sein. Im übrigen stellt sich (s.o.) die Frage, ob wirklich die Präventionserfolge ein Leben lang aufrecht erhalten werden können.

Einen breiten Raum nehmen im neuen Gesetz Ziele wie Qualitätssicherung und Schaffung von mehr Transparenz ein. Grundsätzlich sind solche Ziele im Interesse der Versicherten, nicht jedoch die Ausweitung bürokratischer Abläufe und die Erhöhung der Verwaltungsanteile im Gesundheitswesen. Die Transparenz sollte mit möglichst einfachen Mitteln erreicht werden, z.B. durch Ausgabe einer Information an den hieran interessierten Patienten direkt bei Verlassen der Arztpraxis (Information über erbrachte Leistungen: Art der Leistung, in für Laien verständlichen Worten, Kosten der Leistung bzw. Anzahl der Punkte). Diese Information läßt sich anhand der ohnehin eingegebenen Daten problemlos mithilfe der Praxis-EDV erstellen, Portokosten für die Verschickung fallen nicht an, der Ausdruck erfolgt gezielt nur für (die wenigen) Personen, die diese Information wünschen.

Qualitätssicherung sollte aus Patientensicht den Zahnarztpraxen nicht als aufwendiges System von außen aufgepfropft werden (z.B. muß berücksichtigt werden, daß keine zusätzlichen Ressourcen dafür von den Kassen bereitgestellt werden können). Vielmehr sollten pragmatisch bisherige Ansätze (z.B. Tübinger Modell) weiterentwickelt werden.

Unsere Linie: Satin-Steel™

Hu-Friedy bietet mit der Satin-Steel™-Linie eine ergonomische Griff-Alternative:

Nr. 6 in bewährter Hu-Friedy-Qualität.

Eine breite Auswahl an Instrumenten aus den Bereichen Parodontologie und Diagnostik kann mit diesem Griff bestellt werden.

Stabilität
durch ideale
Rockwell-Härte

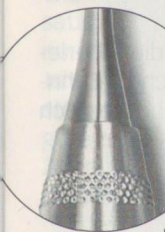
Superscharf
durch Präzisionsschliff
und Immunity-Steel™

Optimales Gewicht
sein ausbalanciert für
ermüdungsfreies Arbeiten



Griffigkeit
Die neue griffige
Struktur unterstützt
die Arbeits-
bewegungen durch
besseren Halt

Ideale Abwinkelung der handgefertigten
Arbeitsenden



Größerer Durchmesser von
9,5 mm für entspannteres Greifen

Sanfter konischer Übergang
vom Handgriff zum Arbeitsende
vermeidet Druckstellen

Verschleißfestigkeit durch Immunity
Steel™, unseren dreifach wärmebehandelten
Spezialstahl



Hu-Friedy®
ERÖFFNET NEUE PERSPEKTIVEN

Zweigniederlassung Deutschland Rudolf-Diesel-Str. 8 • D-69181 Leimen
Tell. +49(0)62 24 - 97 00-0 • Fax +49(0) 62 24 - 97 00 - 97 • www.hu-friedy.com

Zunächst einmal sollte offenkundige Nicht-Qualität angegangen werden, was schon mit den bisherigen Instrumenten möglich ist.

Die im Gesetz thematisierte Annahme, daß durch Qualitätssicherung Einsparungen erfolgen, scheint zumindest kurzfristig unrealistisch. Bzgl. dieser Einsparungen wird vom Gesetzgeber verfügt, daß sie zu einem Teil den zahnärztlichen Körperschaften zur Verfügung gestellt werden können, jedoch nur für weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen. Dies scheint weltfern. Wenn schon Einsparungen entstehen, sollten sie denen zugute kommen, die sie bewirkt haben.

Wenn man als Patient versucht, angesichts der Finanzprobleme unseres Gesundheitswesens Forderungen bzgl. der Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Versorgung zu formulieren, dann kann man nicht einseitig nur den eigenen Vorteil im Blick haben:

— Neue Regelungen sollten verständlich und einsehbar sein für den Patienten.

— Neue Regelungen sollten verständlich und einsehbar für den Zahnarzt sein.

— Hinsichtlich der Menge der Veränderungen gilt: weniger ist mehr, denn jede Neuerung erzeugt erst einmal Umstellungsaufwand.

— Der bürokratische Aufwand sollte gesenkt statt ausgeweitet werden, er geht zu Lasten der persönlichen Betreuung der Patienten.

— Die Höhe des finanziellen Eigenanteils ist nicht das einzige Kriterium.

— Zur Orientierung über Behandlungsalternativen sollten kostengünstige In-

formationsmöglichkeiten (über Printmedien, elektronische Medien, ausleihbar in der Zahnarztpraxis, bei der Patientenberatung, bei der Verbraucherberatung usw.) entwickelt werden.

— Persönliche Beratung (weitaus aufwendiger!) sollte für schwierige Fälle zur Verfügung stehen.

— Die Ergänzung von Kassen-Leistungen durch selbstbezahlte Leistungen bzw. die Wahl von Nicht-Kassen-Leistungen stattdessen sollte unkompliziert möglich sein, wobei der Patient Transparenz über den Kassen- und den Eigenanteil braucht.

— Als Patient braucht man Hilfe bei bzw. Schutz vor mangelhafter Behandlung, Scharlatanerie und finanzieller Überforderung. Hierfür muß es Kontrollen geben.

— Aber Kontrolle ist nicht alles. Man ist auch angewiesen auf motivierte, zufriedene Behandler. Sie müssen Zeit und Lust haben, sich um Zahnmedizin zu kümmern und auch noch den "an den Zähnen hängenden Menschen" mit wahrzunehmen. Dafür brauchen sie faire, durchschaubare Arbeitsbedingungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Dies alles sind sicher nicht die Überlegungen eines durchschnittlichen Zahn-Patienten. Ich gebe zu: ich habe ziemlich oft mit Zahnärzten zu tun.

*Irmgard Berger-Orsag
Troisdorf*

Verraten und verkauft?

Mein Sohn, der in meiner Praxis seine Zeit als Ausbildungsassistent absolviert, berichtete mir von einem Niederlassungsseminar zur Vorbereitung für die kassenzahnärztliche Tätigkeit. Dort beglückwünschte ein Referent die jungen Kolleginnen und Kollegen, dass sie eigentlich einen interessanten Beruf gewählt hätten, aber dass sie ihn am falschen Ort und zur falschen Zeit ausüben würden. Er forderte die jungen Kolleginnen und Kollegen auf, wenn möglich das Land zu verlassen, wenn sie voller Tatendrang seien.

Nach seiner Rückkehr fragte mich mein Sohn, was wir denn in den letzten dreißig Jahren unternommen hätten und wie der Referent zu dieser Meinung kommen könne. Ich habe ihm dann eine Vielzahl von Dokumentationsordnern vorgelegt, darunter die ersten Veröffentlichungen des DAZ, unsere grundlegenden Ausführungen zur Qualitätssicherung, zur Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe und zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung. Viele dieser Grundsatzpapiere, Artikel und Aufsätze liegen nun schon fünfzehn oder sogar zwanzig Jahre zurück und ich musste ihm eingestehen, dass fast alle unsere Bemühungen, zur rechten Zeit das Richtige für die Zahnheilkunde in Deutschland anzustoßen, erfolglos geblieben sind.

Ich habe dann versucht, die Gründe dafür aufzuzeigen, obwohl sie eigentlich schwer verständlich sind. Die Ursachen für unser Scheitern lagen zum größten Teil in der Phantasielosigkeit und Igno-

ranz der zahnärztlichen Standesführung, die zwanzig Jahre lang unsere konstruktiven Vorschläge zur Qualitätssicherung unterlaufen und den DAZ diffamiert hat. Sie lagen aber auch an der Mutlosigkeit und Ignoranz der Verbände der gesetzlichen Krankenversicherungen. Diesen muss der Vorwurf gemacht werden, dass sie zu einer Zeit, in der noch Handlungsspielraum gegeben war, nicht den geringsten Versuch unternommen haben, z.B. das Thema Qualitätssicherung wirklich im Interesse der Versicherten umzusetzen. Da hat sich der DAZ, und da habe auch ich mich viele Jahre lang an der Nase herumführen lassen.

Trotzdem habe ich meinem Sohn erklärt, dass wir das Land natürlich nicht verlassen werden, sondern dass wir dafür kämpfen müssen, dass die Aufbauleistungen, die für unser Land auch durch Ärzte und Zahnärzte erbracht wurden, nicht durch eine unverantwortliche "Gesundheitspolitik" der Rot-Grünen Koalition zunichte gemacht werden. Betrachtet man die Gesetzgebungen im Bereich des Gesundheitswesens seit der Zeit des Bundesarbeitsministers Ehrenberg, so ist festzustellen, dass in immer schnellerer Folge der Versuch unternommen wurde, die Probleme im Gesundheitswesen durch Leistungsausgrenzungen und durch Honorarbeschneidungen der Leistungserbringer zu lösen. Dieser Irrweg hat nun bei der Rot-Grünen-Koalition einen Höhepunkt erreicht, den wohl vor einigen Jahren noch niemand für möglich gehalten hätte. Da treten nun seit fast einem Jahr selbst er-

nannte grüne und rote Gesundheitspolitiker auf, die nicht wissen, wovon sie reden. Sie werden beraten von einer Ministerialbürokratie, die anscheinend von tiefgründigen Neidgefühlen gegenüber der Ärzte- und Zahnärzteschaft geprägt ist. Anders sind die Ausführungen verantwortlicher Abteilungsleiter, die die "Zahnärzteschaft gern in Geiselhaft nehmen würden", nicht mehr zu erklären. Das Gesetzesvorhaben der ja ansonsten sympathischen Frau Andrea Fischer zerstört den letzten Rest der Freiberuflichkeit im Bereich der zahnärztlichen und ärztlichen Versorgung und dient auch in keiner Weise den Interessen der Patienten. Durch dieses Gesetzesvorhaben wird die Qualität der zahnärztlichen und ärztlichen Versorgung der Bevölkerung nicht zu-, sondern im Gegenteil abnehmen.

Aber warum soll es uns eigentlich besser gehen als anderen mittelständischen Unternehmern in diesem Land? Seit Beginn der Regierung der Rot-Grünen Koalition wurden nicht nur die zugegebenen handwerklichen, sondern eine derartige Fülle von politischen Fehlern gemacht, wie sie in den 16 Jahren der Regierung Kohl auch nicht annähernd erreicht wurden. Woran liegt es, dass wir von "ungelehrten Kräften" regiert werden, deren Lebenserfahrung in vielen Fällen nicht einmal auf einer abgeschlossenen Berufsausbildung beruht? Woran liegt es, dass wir uns am Fernsehgerät die intelligenzlosen Reden grüner und roter Gesundheits- und Sozialpolitikern anhören müssen, und woran liegt es, dass wir im Rückblick die kritischen Gedanken eines Herrn Seehofer zur Gesundheitspolitik als wohltuend empfinden? Vielleicht liegt es an uns

selbst bzw. an der Tatsache, dass sich unser Berufsstand nie richtig um Politik und vor allem nicht um Gesundheitspolitik gekümmert hat. Vielleicht liegt es auch daran, dass wir nicht weit genug oder überhaupt nicht über den Teller- rand unserer eigenen Berufsausübung geblickt haben und jetzt feststellen müssen, dass wir selbst bei der Einstellung einer Schreibkraft eigentlich zwei Steuerberater und einen Anwalt benötigen, um nicht gegen geltende Rechtsvorschriften zu verstoßen. Vielleicht hätten wir weniger Golf spielen sollen und uns mehr in den politischen Parteien engagieren müssen, um unsere Interessen und besonders auch die unserer Patienten rechtzeitig zu vertreten. Das ist die Aufgabe der jungen Generation, die hier nicht mutlos in das nächste Jahrtausend gehen darf.

Dem DAZ kann ich eigentlich nur den Rat geben, den Schulterchluss mit den zahnärztlichen Körperschaften und den zahnärztlichen Berufsverbänden zu suchen. Die Zeiten der standesinternen Konfrontation sind endgültig vorbei. An dem vorliegenden Gesetzesentwurf gibt es auch nichts mehr zu verbessern, es gibt da auch nichts mehr zu beraten und zu diskutieren. Wenn eine Regierung den Versuch unternimmt, einen noch halbwegs freien ärztlichen und zahnärztlichen Berufsstand zu unterdrücken und zu erpressen, sollte man sich nicht dazu hergeben, einen Beitrag dazu zu leisten, dass diese Unterdrückung und gewollte Ausschaltung der Freiberuflichkeit vielleicht doch ein wenig abgemildert werden kann. Diese Arbeit sollte der DAZ getrost den Kolleginnen und Kollegen der »Vereinigung Demokratische Zahnmedi-

zin« überlassen. Nachdem ich vor über fünfzehn Jahren aus dem Freien Verband ausgeschlossen worden bin, habe ich eigentlich nicht geglaubt, dass einmal der Zeitpunkt kommen wird, dass mir die standespolitischen Aussagen dieses Verbandes näher liegen als die Gesundheitspolitik einer SPD-geführten Regierung.

Den jungen Kolleginnen und Kollegen kann ich nur den Rat geben, um die Freiberuflichkeit zu kämpfen, auch wenn dies mit Einkommensverlusten verbunden ist. Letztendlich wird sich die persönliche Zuwendung und die erbrachte Qualität der zahnärztlichen Behandlung immer durchsetzen, notfalls auch aus-

erhalb der vertragszahnärztlichen Tätigkeit. Kämpfen müssen wir für eine patientenorientierte Gesundheitspolitik und für eine an den praktizierenden Zahnärzten orientierte Standespolitik. Setzen wir uns ein für eine soziale Marktwirtschaft, für Deregulierung, für eine wirkliche Steuerreform und dafür, dass sich Leistung und Qualität in unserem Land auch für die jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte wieder lohnen.

*Dr. Gerd Ebenbeck
Regensburg*

Verschiebung zu Lasten des Zahnarztes

Anhand eines Beispiels (dreigliedrige Brücke mit 2 Verblendungen für einen RVO-Patienten) hat die KZV Nordrhein die Preisentwicklung für die vergangenen 15 Jahre nach Kostenanteilen Zahnarzthonorar und Material- und Laborkosten aufgeschlüsselt;

Gesamtkosten im Jahr 1985:	DM 1435,38
Zahnarzthonorar:	DM 657,93
Material- und Laborkosten:	DM 777,45
Gesamtkosten im Jahr 1998:	DM 1561,37
Zahnarzthonorar:	DM 583,44
Material- und Laborkosten:	DM 977,93
Gesamtkosten im Jahr 1999:	DM 1555,82
Zahnarzthonorar:	DM 539,24
Material- und Laborkosten:	DM 1016,58

Sehr deutlich ist zu sehen, daß in dieser Zeit das zahnärztliche Honorar um ca. 20% abgesenkt wurde, die Material- und Laborkosten hingegen eine Steigerung von ca. 30% erfuhren.

Berlin im Juli '99

Fast ein kleines Jubiläum: fünf Jahre nach der Entscheidung der Berliner VV der KZV über einen Honorarverteilungsmassstab (HVM) gibt es wieder Alarm und Indianergeheul von Seiten der KZV. Auch fünf Jahre nach meiner Praxiseröffnung fast eine Normalität, wenn sich nicht mittlerweile die Beträge, über die wir reden, ins Extreme und Existenzgefährdende summieren würden. Fast jedes Jahr eine kleine neue Gesetzesänderung, eine neue Katastrophenmeldung über ausgeschöpfte Budgets und so fort. Man ist fast schon zu abgestumpft, um es wahrzunehmen und die einzelnen Horrormeldungen von einander zu unterscheiden.

Was ist jetzt wieder passiert? Die Mehrzahl der Berliner Zahnärzte ist wahrscheinlich im Urlaub, da erhalten wir von unserer KZV die Mitteilung, daß aller Voraussicht nach ab Oktober hohe Rückzahlungsforderungen auf uns zukommen werden. Zuerst hatte uns allerdings erst die Berliner Presse darüber informiert und nicht unsere Landesvertretung. In wirren und komplizierten Sätzen wurde der Sachverhalt erklärt, daß, ausgehend von einem Verhandlungspunktwert in '96, die Berliner KZV seitdem mit einem zu hohen Punktwert gerechnet hat, somit die Auszahlungen an die Kollegen zu hoch gewesen sind und in dieser Höhe nicht von den Krankenkassen erstattet werden sollen - laut Maßgabe der Berliner Gesundheits senatorin. Jetzt sollen die Berliner Zahnärzte - nach Vorstellung der KZV - mal eben schnell ins Portemonnaie greifen und wie z. B. in meinem Fall für 1997 und

1998 pro Jahr ca. ein Fünftel bis ein Viertel des Jahres-Kons/Chir.-Umsatzes zurückzahlen.

Nun muß man dazu sagen, daß wir in Berlin nicht gerade in Saus und Braus leben, sondern 1. den niedrigsten Punktwert bundesweit haben (ab und zu sieht's in Hamburg schlimmer aus - was einen aber auch nicht trösten kann) und 2. wir seit zwei Jahren unsere monatlichen Abschlagszahlungen nur mit 10%igem Einbehalt von der KZV ausgezahlt bekommen haben. Daher dachte ich, kann man sich in Ruhe wiegen, alljährlich kamen Meldungen über ca. 6%ige Überziehungen des Budgets und ich dachte, o.k., dann bekomme ich noch etwas zurück. Denkste, vor allem in '98 mit steigenden (und nicht sinkenden!) Kons-Abrechnungen und dabei fallenden ZE-Werten haben wir uns einen Bären dienst erwiesen. Oder hat unsere KZV einfach nur wieder den alten Schlagabtausch mit den Verhandlungspartnern geführt, statt vielleicht mal die Idee eines Globalbudgets ins Auge zu fassen? Rückzahlungen in Höhe von - in Worten - fünfund-siebzigttausend DM können einem schon den Atem rauben und eine Praxis an den Rand des Bankrotts treiben. Die Krönung des Ganzen besteht bei mir persönlich noch in einer Wirtschaftlichkeitsprüfung für die Jahre '94 und '95 (in Berlin ist es üblich, sich Praxisneugründer/innen mal richtig zur Brust zu nehmen, damit sie das "wirtschaftliche" Abrechnen lernen), die jetzt erst zur Verhandlung kommt und wiederum mit einem Geschacher um mehrere Tausend DM - nicht zu meinen Gunsten - enden wird.

Kommen wir wieder auf die Allgemeinheit zurück: die sah sich Anfang Juli mit

Leitartikeln wie z. B. "Muß die Spritze beim Zahnarzt bezahlt werden?" oder "wer sich die Zähne nicht putzt wird bestraft" konfrontiert. Dies waren die Reaktionen auf Pressemitteilungen der KZV, angesichts dieser Situation wirtschaftlich, ausreichend und notwendig zu behandeln. Als weiterer Tip war im KZV Rundschreiben zu lesen, man sollte mehr privat abrechnen (in Berlin mit einer Arbeitslosenquote von z.B. 21% in Schöneberg) oder mehr ZE machen, denn aller Erwartung nach würde das ZE Budget nicht ausgeschöpft werden. Prima: wieso lag das Ziel der Verhandlungen nicht in einer Zusammenlegung der Kons- und ZE-Budgets? Warum kommt jetzt das nicht ausgeschöpfte ZE Budget der Kieferorthopädie zugute? Was haben diesen beiden Bereiche miteinander zu tun? Nichts! Trotz sich verschärfender Bedingungen im zahnärztlichen Sektor ändert sich nichts am fast ritualhaften Verhalten der Standesvertreter, den schwarzen Peter dem Patienten wieder zuzuschieben, statt am Verhandlungstisch nach neuen Lösungen im Konsens zu suchen. Vielmehr werden KZV-Vertreter in Leitartikeln der KZV-Presse gezeißelt, die so eine Meinung der Vernunft vertreten. Mit so einem Auftreten kann man nicht auf Rückhalt bei den Patienten hoffen. Stattdessen rufen diejenigen, die dies verbockt haben, ihre Kollegen zum Widerstand und Widerspruch gegen die Rückzahlung auf. Bieten sogar juristisch fundierte Begründungen zum "Selbstkostenpreis" von ca. DM 240.- an und entziehen damit ihrer eigenen Verhandlungspolitik den Boden. Mittlerweile sind verbandsinterne Polemik nicht mehr von offiziellen KZV-Schreiben zu unterscheiden, so

daß dies in eigenen Rundschreiben erklärt werden muß. Berliner Sumpf. Was bleibt einem zu tun? Wie soll man damit umgehen? Nicht vielmehr als Ratlosigkeit und Wut!

*Dr. Swantja Bielski,
Berlin*

Jede Mitarbeit ist sinnlos!

In den Jahren 1998/1999 hat sich in der zahnärztlichen Versorgung ein Paradigmenwechsel ergeben. Allerdings einer, der sich nicht auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung bezieht, sondern eher ein Wechsel in der grundsätzlichen Ansicht der Regierenden über die Rechte einer kleinen gesellschaftlichen Gruppe. Es hat sich gezeigt, dass insbesondere die derzeitige Regierung eine Politik verfolgt, die kleine Gruppen als gesellschaftlich schädlich diskriminiert und in der Folge entsprechend behandelt. Dabei ist es unerheblich, dass - auf die Zahnärzte bezogen- ein erhebliches Eigenverschulden für eine solche Behandlung einer Gruppe vorliegt. Meiner Meinung nach geht es nicht an, dass eine Regierung, die per Grundgesetz zur Gleichbehandlung aller Menschen und Gruppen verpflichtet ist, sich zur Rache hinreissen lässt und eben diese Zahnärzte per Schnell-Gesetz (GKV-Sol-Gesetz) ausgewiesenermaßen bestraft. Insofern stimmt das Unwort der „Geiselnahme“ bereits seit langem, auch wenn es nur als Vergleich in der bekannten Diskussi-

on gefallen ist. Die erneute sogenannte "große" Reform des gesetzlichen Gesundheitswesens schreibt diese Bestrahlungspolitik sogar noch fort. Wenn Dr. J. Bauer -unwidersprochen von Ministerialrat Saekel- auf einem Informationsabend des Decksteiner Kreises zum Thema feststellen kann, dass man "die Zahnärzte" ständig unter Kontrolle halten müsse, da sie nicht für selbstverantwortliches Handeln reif seien, wird hier wiederum mit pauschalen Urteilen ein ganzer Berufsstand diskriminiert. Für mich ist eine solche Kuratel des Staates nicht mehr erträglich und auch ungerecht. Auch kann ich in dieser "Reform" nicht unbedingt die geforderte Umlenkung in Frühbehandlung, Vorsorge und gesicherte Qualität erkennen. Sie wird u.a. durch die irrsinnige Beschränkung auf ein Gesamt-Budget konterkariert. Dazu werden auch weitere Ansprüche auf neue Leistungen ins Gesetz geschrieben.

Dem Volk wird doch nur vorgegaukelt, dass es mehr Vorsorge, bessere Behandlungsqualität für weniger Geld haben kann. Medizin ist nicht die Computertechnik. Medizin ist auch keine Massenware. Wer das will, soll es auch sagen. Und gleichzeitig zugeben, dass eine Reform angesichts der unerträglichen Anspruchshaltung der Bevölkerung gar nicht machbar ist. Zudem ärgern schnoddrige Äußerungen einer Bundesministerin Frau Fischer, die da z.B meint, dass die Beschäftigten der Krankenhäuser ja in der freien Praxis Arbeit finden könnten.

Ich stelle voller Wut fest, dass ich mich durch dieses inzwischen pervertierte

Versicherungssystem brutal ausgenutzt fühle. Hauptschuldig ist daran die eigene Standesführung, aber auch eine parteiliche Bundesregierung.

An diesem toll gewordenen deutschen Gesundheitszirkus werde ich mich nicht mehr beteiligen. Jede Mitarbeit ist angesichts der wirren Politik-Pläne sinnlos. Daher ist auch eine weitere Mitgliedschaft in Berufsverbänden nicht mehr sinnvoll. Aus diesem Grund kündige ich meine Mitgliedschaft im DAZ / NAV-Virchow-Bund zum Jahresende 1999.

*Dr. K. J. Bäuml,
Brühl*

Von Besserverdienenden und Gutmenschen

Erinnern Sie sich noch? Im Vorschulalter liefen wir mit leuchtenden Augen hinter der Laterne beim Martinsumzug, dessen Höhepunkt darin bestand, daß der Ritter auf dem Pferd für den am Boden kauern Bettler seinen Mantel zerteilte. Die Grundschule führte uns zu Albert Schweitzer in den Urwald nach Lambarene. Im Gymnasium gehörte zu den ersten Englischlektionen die Geschichte von Robin Hood, dem mystisch verehrten Volkshelden, der den Armen gab, was er den Reichen abgenommen hatte.

Ganz zu schweigen vom Religionsunterricht von der ersten bis zur letzten Klasse, dessen Leitfigur Nächstenliebe und

Friedfertigkeit predigte und damit zumindest die ethische Grundlage für zwei Jahrtausende abendländischer Geschichte legte.

In diesen zwei Jahrtausenden ist auch mit Unterdrückung und Haß Geschichte geschrieben worden, aber es bestand und besteht weitgehend Einigkeit in der Beurteilung von gut und böse, von gerecht und ungerecht. Da mußte erst die deutsche Pünktchenpartei kommen und die neoliberale Ideologie der Besserverdienenden proklamieren.

Spannte sich durch ihre Freiburger Thesen der Siebziger Jahre noch wie ein roter Faden Sozialverpflichtung des Eigentums und das Recht auf Chancengleichheit, taucht in ihren letzten Veröffentlichungen immer häufiger der Begriff vom »Gutmenschen« auf, den es mit Häme zu bedenken gilt - Mutter Theresa als Witzfigur?

Man könnte darüber hinweggehen, wie auch der Wähler inzwischen darüber hinweggeht, wenn nicht immer noch die Zahnärzteschaft ihre politische Heimat weit überproportional in dieser Partei fände.

Wir mögen uns vielleicht ja noch zu den Besserverdienenden zählen, ob wir aber als Angehörige eines Heilberufes in der Gesellschaft der Diffamierer von sog. Gutmenschen auf Dauer gut aufgehoben sind, sollte ein Nachdenken wert sein.

Dr. Roland Ernst
Edewecht

Zahnärzte Meeting 2000

Die Enttäuschung und Ratlosigkeit innerhalb der Zahnärzteschaft über die neue Gesundheitspolitik mit ihrem bürokratisierten Misstrauen gegenüber allen Heilberufen haben nicht nur zu Zerrissenheit und Auflösungserscheinungen im Freien Verband geführt. Es kam in mehreren Regionen in Norddeutschland und Bayern zur Gründung neuer Verbände und zu Runden Tischen mit oppositionellen Gruppen. In München lud der Zahnärztliche Bezirksverband FVDZ, DAZ und UZB zu einer Klausurtagung, um gemeinsam über die Konsequenzen des neuen Gesetzes nachzudenken. Die offenen und konstruktiven Gespräche mündeten in die Einrichtung zweier Arbeitskreise und die Verabschiedung einer **gemeinsamen Erklärung:**

Die Teilnehmer des MZM 2000 erklären, dass zur Umsetzung der gesundheitspolitischen Ziele der Zahnärzteschaft ein breiter Konsens der zahnärztlichen Körperschaften und Verbände notwendig ist und dieser mit diesem ersten Treffen der zahnärztlichen Organisationen auch auf Münchener Ebene eingeleitet wurde.

Die Teilnehmer fordern mit besonderem Nachdruck eine umfassende Nachbesserung des in den Bundestag eingebrachten Gesundheitsreformgesetzes der rot-grünen Koalition, dabei sind unnütze, nur der politischen Provokation der Heilberufe dienenden Gesetze bei der Gesundheitsreform strikt zu unterlassen.

Die Teilnehmer unterstützen die Ziele des "Bündnis Gesundheit Bayern". Sie vereinbaren eine intensive Fortsetzung ihrer Zusammenarbeit. ■

Drängende Fragen an die Ministerin bei DAZ-Jahrestagung:

Wie kann man auch nach der Reform noch gern Zahnarzt sein?

Wer von den Vertragszahnärzten in Deutschland wünscht sich das nicht - Freude am Beruf zu haben, unbelastet arbeiten zu können? Allerdings mehren sich gerade in den letzten Monaten die Stimmen derer, denen "der Spaß vergangen" ist.

Ob unsere Jahrestagung neuen Optimismus verbreiten kann? Unsere Vortragsrednerin wird Andrea Fischer sein, seit dem Regierungswechsel deutsche Gesundheitsministerin. Sie glaubt fest an die geplante Strukturreform und ist überzeugt, daß 250 Mrd. DM GKV-Einnahmen für das Gesundheitswesen ausreichen.

Sie möchte die Effizienz steigern, die Leistungen zielgenauer dorthin plazieren, wo sie gebraucht werden. Sie will weder den Patienten benötigte Therapien noch den Ärzten und Zahnärzten verdiente Honorare wegnehmen, sondern dadurch sparen, daß Unnötiges, unnötig Aufwendiges, Unsinniges, Schädliches unterbleibt.

Bekannte und akzeptierte Ziele, die übrigens auch Horst Seehofer gern erreicht hätte und für die sich der DAZ seit seiner Gründung immer wieder ins Zeug gelegt hat. Wie kann man in unserem hochkomplexen (und in bestimmten Bereichen durchaus auch effizienten) Ge-

sundheitswesen die ineffizienten Anteile aufspüren und abbauen? Wie soll dieses quasi von außen und nahezu ohne Beteiligung derer, die in diesem System arbeiten, geschehen?

Wir von DAZ-Seite wollen diese Fragestellungen an die Ministerin herantragen. Deshalb lautet der Veranstaltungstitel: **»Kassen-Zahnheilkunde 2000 - individuelle Patientenversorgung trotz wachsender Reglementierung?«**

Wobei wir mit »wachsender Reglementierung« sowohl auf die hohe Regelungs-dichte und die Zunahme bürokratischer Abläufe hinweisen als auch ein möglicherweise dahinter stehendes Motiv ansprechen wollen: nämlich Mißtrauen gegenüber den Leistungserbringern.

Nach dem Regierungswechsel standen viele Bürger, auch viele Zahnärzte, den Neuerungen mit erwartungsfroher Offenheit gegenüber. Aber schon das Solidaritäts-Stärkungs-Gesetz (SSG) wenige Wochen später wirkte wie ein Nackenschlag: es enthielt Budgetierungen und Absenkungen gleichzeitig; nicht auf Grundlage irgendwelcher Auswertungen des Leistungsgeschehens, nicht wegen voraufgegangener Leistungsausweitungen, sondern einfach von oben herab verfügt, als Spar-, aber wohl auch als Disziplinierungsmaßnahme gedacht.

Bei der großen Strukturreform würden, so war's angekündigt, die Karten neu gemischt und eventuelle Ungereimthei-



Andrea Fischer

ten des schnell gestrickten SSG beseitigt. Die Grundtendenz des Reformentwurfes 2000 zeigte jedoch gegenüber den Zahnärzten kein Umdenken. Erneut war, ohne jede Begründung, von überbewerteten Leistungen die Rede, erneut tauchten enge GOZ-Begrenzungen, zusätzliche Genehmigungs- und Begutachtungspflichten u. dergl. mehr auf.

Mit jedem Schritt der Ausarbeitung der Reformvorstellungen der Koalition wuchs

auf zahnärztlicher Seite die Enttäuschung - und zwar nicht nur bei denen, die der neuen Regierung von Anfang an ablehnend gegenüberstanden, sondern auch bei der Masse der "normalen" Zahnärzte, so auch bei vielen Mitgliedern unseres Verbandes.

Das Strukturreformgesetz beinhaltet einige für die Zahnärzte sehr einengende Regelungen, die zeitgemäßer Zahnheilkunde nicht gerecht werden und sogar das wirtschaftliche Überleben in Frage stellen. Diese Regelungen wurden bzw. werden ohne jede Not eingeführt, denn es gibt keine den Beitragssatz gefährdende Kostenexplosion in der zahnmedizinischen Versorgung und keine Versorgungsmängel auf breiter Front.

Immer mehr Zahnärzte sehen ihren Handlungsspielraum als Kassen- bzw. Vertragszahnarzt in nicht mehr tolerabler Weise eingeschränkt. Ohne Möglichkeiten der Gegenwehr fühlen sie sich dirigistischen Eingriffen übergeordneter Instanzen ausgesetzt. Diese Eingriffe führen zu einer unkalkulierbaren wirtschaftlichen Situation und wirken bis in die Therapieentscheidungen beim einzelnen Patienten hinein. Budgetierung und Eingriffe kontrollierender Instanzen werden als Dauerbedrohung empfunden. Positive Ansätze des Gesetzeswerkes, wie beispielsweise ein neuer Leistungskatalog und neue aufwandsorientierte Leistungsbewertungen, sind Zukunftsmusik. Noch weiß niemand, wie sie einmal aussehen werden, und vor allem weiß keiner, wie der neue BEMA mit dem medizinischen Bedarf der Bevölkerung und mit den Anforderungen des Globalbudgets in Deckung gebracht werden kann.

Die Bewertung der Reform unter den Zahnärzten ist fast einhellig negativ. Gelegenheiten, kritische Argumente mit der Aussicht auf Beachtung an die politischen Verantwortlichen heranzutragen, gibt es nicht. Der neue und weit verbreitete Prozeß (selbst)kritischer innerzahnärztlicher Auseinandersetzung droht zu enden, bevor er richtig in Fahrt kommt. Das Gefühl der Ohnmacht angesichts der Gesundheitsreform treibt viele Kollegen in Resignation und Politikverdrossenheit (s.S. 17). Da der Ausstieg aus der Kassenzahnheilkunde für die meisten keine Alternative (mehr) darstellt, entwickeln sie Umgehungsstrategien:

Man fühlt sich gebeutelt und der Willkür ausgeliefert; das Unrechtsbewußtsein schwindet mehr und mehr.

Es darf nicht das Ergebnis einer Strukturreform sein, daß schließlich selbst normale und gutwillige Leistungserbringer sich am Patienten schadlos halten! Es braucht Möglichkeiten der Beteiligung und des Dialoges! Man kann nicht auf Dauer einen ganzen Berufsstand ausgrenzen. Zahnärzte müssen die Chance haben, ihre Vorschläge einzubringen. Schließlich sind sie die für den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung kompetenten Fachleute. Ohne Behandler kann man in diesem Bereich keine erfolgversprechende Reform machen.

Wir hoffen, daß die Veranstaltung mit Frau Fischer Gelegenheit gibt, diesen Dialog zu führen bzw. wieder neu zu beginnen. Wir setzen darauf, daß die Ministerin und ihre politischen Mitstreiter ernsthaft an mehr (Mund-)Gesundheit interessiert sind und uns nicht mit politischen Leerformeln abspesen werden. Zur Vorbereitung haben wir Frau Fischer

einen Katalog mit Kritikpunkten an der Strukturreform zugesandt. Bis zum 2.10.1999 wird sicherlich noch das eine oder andere aktuelle Thema hinzukommen. Wir hoffen, mit unserer Veranstaltung im Oktober ändernd auf die Gesetzgebung einzuwirken. Zumindest scheint zu jeder Zeit der Versuch sinnvoll, Nachdenklichkeit und Verständnis zu wecken und zum Abbau des Mißtrauens gegenüber "den Zahnärzten" beizutragen. Der DAZ möchte helfen, das bürokratisierte Mißtrauen zu überwinden, um die Grundlage der Zufriedenheit von Patient und Zahnarzt wiederherzustellen: die "individuelle Patientenversorgung".

Irmgard Berger-Orsag
DAZ-Geschäftsführerin

PR für Prophylaxe

Ganz entscheidenden Anteil am Kariesrückgang in den letzten Jahren hatten die Fluoride. Dennoch ist ihr Einsatz bei Teilen der Bevölkerung und der Presse nach wie vor umstritten - für die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) Anlaß, zu diesem Thema Fortbildungsveranstaltungen anzubieten für Personen, die in der Oralprävention tätig sind.

In Erfurt und Bonn diskutierten engagierte Referenten und Tagungsteilnehmer, wie man heute effektiv, zielgruppenbezogen, fantasievoll Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Zahngesundheitsförderung (unter besonderer Berücksichtigung der Fluoride) betreiben kann. Der Tagungs-Reader kann angefordert werden: Tel. 0228-694677, Fax -694679.

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)
im NAV-Virchow-Bund Köln



DAZ-Jahrestagung

2. Oktober 1999 in Berlin
Abacus Tierpark Hotel, Franz-Mett-Str. 3-9
10319 Berlin

unter dem Motto:

»Kassen-Zahnheilkunde 2000 -
individuelle Patientenversorgung
trotz wachsender Reglementierung?«

mit

Andrea Fischer
Bundesgesundheitsministerin

Rahmenprogramm und öffentliche Veranstaltung

Freitag, 1. Oktober 1999

ab 20.00 Uhr Gemütliches Beisammensein im Restaurant "Christian's",
Abacus Tierpark Hotel,

Samstag, 2. Oktober 1999

10.00 Uhr Informations- und Diskussionsveranstaltung mit
Gesundheitsministerin **Andrea Fischer**

Samstag, 2. Oktober 10.00 Uhr - Eröffnung der Tagung durch den DAZ-Vorstand

- **Referat von Ministerin Andrea Fischer**
zum Thema »GKV-Gesundheitsreform 2000«
- Diskussion mit Beteiligung des Auditoriums

- Kommentar zur Reform durch DAZ-Vertreter

13.00 Uhr - Mittagspause

14.00 Uhr - DAZ-Mitgliederversammlung 1999 mit
Vorstandswahlen

DAZ-Mitgliederversammlung / Tagesordnung

Öffentlicher Teil (Beginn 14.00 Uhr)

- 1) Eröffnung durch den DAZ-Vorsitzenden, Wahl eines Diskussionsleiters, eines Wahlleiters und stellvertretenden Wahlleiters und Festlegung der Tagesordnung
- 2) "Bürokratisiertes Mißtrauen oder Gesundheitsreform?" Tätigkeits- und Rechenschaftsbericht des Vorstandes mit Diskussion
- 3) Anträge an die Mitgliederversammlung (satzungsgerecht eine Woche vorher beim Vorstand / der Geschäftsstelle einzureichen), Diskussion und Beschlußfassung
- 4) Berichte aus der Geschäftsstelle und den verschiedenen Arbeitsbereichen des DAZ (Forum-Redaktion, Studiengruppen, Referate, Arbeitsgruppen) und Diskussion der Berichte
- 5) Planung der nächsten Aktivitäten, u.a. Jahrestagung 2000

Interner Teil

- 6) a) Bericht der Kassiererin und der Kassenprüfer mit Diskussion
b) Entlastung des Vorstandes
c) Wahl der Kassenprüfer für 2000
d) Verabschiedung der Beitragsordnung 2000
e) Verabschiedung des Haushaltsplanes für 2000
- 7) Wahlen zum DAZ-Vorstand
- 8) Behandlung DAZ-interner Anträge
- 9) Verschiedenes

MV-Anträge bitte rechtzeitig stellen

18.00 Uhr ca. Ende der Mitgliederversammlung

ab 20.00 Uhr Abendessen und gemütliches Beisammensein in der
"Wernesgrüner Bierstube", Treskowallee 68, 10318 Berlin, Tel 030-5098643
Alternativ: Kleinkunst- oder Kabarett-Vorstellung im "Sehparée" des "Theater
Karlsborst", Treskowallee 111, 10318 Berlin, Ticket-Hotline Tel 030-5088088

Sonntag, 3. Oktober

10.00 Uhr Treffen beim Abacus Hotel zum gemeinsamen Gang zum "Museum Berlin Karlshorst", dem deutsch-russischen Museum, Zwieseler Str. 4/Ecke Rheinsteinstr., 10318 Berlin, Tel 030-5088329, auf Wunsch mit Führung.

Infos

Tagungsort

Abacus Tierpark Hotel, Franz-Mett-Str. 3-9, 10319 Berlin,
Tel 030-5162-0, Fax 5162-400,
E-Mail info@abacus-hotel.de, Internet www.abacus-hotel.de
*Das Hotel liegt neben dem Tierpark Berlin (Ost), Europas größtem Freiland-Gehege-Tierpark.
Nicht verwechseln mit Zoo / Tierpark West!*

Übernachtungsmöglichkeiten

- Abacus Hotel (s.o.), Vorreservierung bis 17.9.99, EZ+F 150 DM, DZ+F 200 DM, selber buchen
- Hotel Karlshorst, Dönhoffstr. 6, 10318 Berlin, Tel 030-5098942, Fax 5030311, EZ 55 DM, DZ 70 DM
- Privatzimmer, ab 40 DM, Vermittlung Dentler, Tel 030-5667840, Fax 030-5660772
- Tourist Info Berlin, Tel 030/250025, Fax 25002424, E-Mail information@btm.de, Internet: www.berlin.de

Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln /Zeitbedarf

- ab Flughafen Tegel mit Bus 128 bis Osloer Straße, umsteigen U8 Richtung Hermannstr. bis Bahnhof Alexanderplatz, umsteigen U5 Richtung Hönow bis U-Bahnhof Am Tierpark (50 Min.)
- ab Flughafen Tempelhof mit U6 ab Platz der Luftbrücke Richtung Alt-Tegel bis Stadtmitte, umsteigen U2 Richtung Vinetastraße bis Alexanderplatz, U5 Richtung Hönow bis U-Bahnhof Am Tierpark (30 Min.)
- ab Bahnhof Zoo/Friedrichstr./Ostbahnhof mit S-Bahn S5 Richtung Strausberg oder S7 Richtung Ahrensfelde, S75 Richtung Wartenberg jeweils bis Bahnhof Lichtenberg, umsteigen U5 Richtung Hönow bis U-Bahnhof Am Tierpark (40 Min.)

Tagungsgebühren: KEINE !

Anmeldung und Infos bei der Geschäftsstelle:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund
Belfortstr. 9, 50668 Köln Tel 0221-97300545, Fax 0221-7391239
E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de, Internet www.medi-netz.com/daz.htm

Junges forum Junges forum Junges forum

Neugestaltung der medizinischen Ausbildung am Beispiel des Reformstudiengangs Medizin

1. Einführung

Seit Jahren fordern Bundesrat, Wissenschaftsrat, Gesundheitspolitiker sowie an der Ausbildung interessierte Mediziner aus Lehre und Praxis eine Reform des Medizinstudiums. Die in der Medizinerbildung vermittelten Inhalte und Fertigkeiten genügen nicht mehr den Anforderungen, die heute an Ärztinnen und Ärzte gestellt werden.

Zweifelsohne verdankt die Medizin ihren heutigen Leistungsstand den wirtschaftlichen, technologischen, wissenschaftlichen sowie sozialen Entwicklungen des 18. und 19. Jahrhunderts. Seit dieser Zeit haben sich die Lebens- sowie Krankheitsbedingungen und damit die Anforderungen an die Medizin erheblich verändert. Um diesen Veränderungen Rechnung tragen zu können, sind modifizierte bzw. neue Modelle zur Erklärung medizinischer Phänomene erforderlich, die notwendigerweise auch in der Medizinischen Ausbildung dokumentiert sein sollten. Das traditionelle Medizinstudium berücksichtigt diese Veränderungen kaum. Es ist nach wie vor von bestimmten Vorstellungen und Strukturen der Medizin des beginnenden Industriezeital-

ters geprägt. Einige dieser Konstellationen haben sich aber unter den heutigen Bedingungen als 'krisenträchtig und korrekturbedürftig' erwiesen. Hier sind beispielsweise zu nennen die 'einseitige Ausrichtung der Medizin an den Naturwissenschaften; der damit verbundene reduktionistische somatische Krankheitsbegriff; die Gefährdung einer ganzheitlich-anthropologischen Betrachtungsweise durch die notwendige Spezialisierung der ärztlichen Berufe²; die fortschreitende Medikalisierung von Befindungsstörungen und psycho-sozialen Problemen; das Ausweichen von Patienten in Laiensysteme.³

Vor dem Hintergrund dieses Mißstandes sowie den damit verbundenen Unzulänglichkeiten des bestehenden Medizinstudiums und der zunehmenden Kritik daran ist ein bundesweit einzigartiges Reformcurriculum am Virchow-Klinikum (damals zur Freien Universität, heute zur Humboldt-Universität zu Berlin gehörig) entwickelt worden. Es berücksichtigt Erfahrungen renommierter Universitäten in aller Welt. Der Reformstudiengang beginnt als wissenschaftliches Pilotprojekt für jährlich 63 Studierende parallel zum Regelstudium im Wintersemester 1999/2000.

2. Rechtliche Grundlagen: Die Approbationsordnung

Wie schwierig es ist, Strukturen oder gar Traditionen der medizinischen Ausbildung zu verändern, zeigen die mühsamen Versuche, die Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte (ÄAppO) zu verändern. Sie ist seit 1970 vielfach geändert worden mit dem Anspruch, das Me-

dizinstudium zu verbessern. Die notwendige Reform konnte jedoch auch nicht mit der siebten Fassung der ÄAp-pO vom 21.12.89 erzielt werden⁴. So forderte der Bundesrat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf, ein Reformkonzept zu entwickeln, das praxisnah, fächerübergreifend und auf neue didaktisch-methodische Erkenntnisse ausgerichtet ist. Der erste Versuch scheiterte und wurde 1993 unter Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer erneut gestartet. Der neue Entwurf wurde von der Bundesvertretung der medizinischen Fakultäten, dem Medizinischen Fakultätentag (MFT), kritisiert und mit einem Gegenentwurf beantwortet. Beide Konzepte (vom BMG und MFT) mündeten 1997 in den sog. Referentenentwurf, den eine Expertengruppe unter Einbeziehung beider Standpunkte entwickelt hat. Ein wesentliches Merkmal ist die Modellversuchsklausel, auf deren Grundlage erstmals einzelne Reformprojekte umgesetzt werden können. Sie ist von der amtierenden Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer am 20.12.98 als isolierte Klausel erlassen und der 7. ÄAp-pO beigefügt worden. Der nunmehr 8. Approbationsordnung stimmte der Bundesrat am 5.2.99 zu⁵. Damit war die rechtliche Grundlage für den Beginn des Reformstudiengangs geschaffen.

3. Der Reformstudiengang als Ansatz konstruktiver Kritik am bestehenden Medizinstudium

3.1 Zielsetzung

Das Ziel des Reformstudiengangs Medizin ist die wissenschaftliche und prakti-

sche Ausbildung zu Ärztinnen und Ärzten, die eigenverantwortlich und selbstständig handeln können und zu selbstkritischer Reflexion sowie zur kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung fähig und motiviert sind und so zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit und Wohlbefinden auf individueller und gesellschaftlicher Ebene beitragen können.

Das Reformstudium soll den Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, ihren Patientinnen und Patienten aufmerksame Zuhörer, sorgfältige Beobachter sowie kompetente Gesprächspartner zu werden. Das Curriculum orientiert sich an primärärztlichen⁶ Fragen, Problemen und Aufgaben. Die Ausbildung wird auf wissenschaftlicher Grundlage patienten- und praxisgerecht durchgeführt. Im Vordergrund steht die Erarbeitung von Strategien zur Problemerkennung und -lösung im Rahmen von Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Dazu dient gleichermaßen der Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen sowie der frühzeitige Patientenkontakt.⁷

3.2 Projektentwicklung

Die Ursprünge der Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin gehen zurück auf den Streik der Studierenden im Wintersemester 1988/89. Damals bildete sich an der Freien Universität Berlin eine studentische Initiative zur Reform des Medizinstudiums (*Inhalts-AG*), die, basierend auf den Erfahrungen bekannter Reformuniversitäten in aller Welt, erste Pläne zu einem reformierten Curriculum, dem »Berliner Mo-

dell«, ausarbeitete. Seit 1992 wird das Curriculum von der *Planungsgruppe Reformstudiengang Medizin* weiterentwickelt und u.a. durch die Robert Bosch Stiftung und Freie Universität Berlin gefördert. Damit gehörte der Reformstudiengang Medizin zu einem der sechs Forschungsschwerpunkte des damaligen Universitätsklinikums Rudolf-Virchow (UKRV). An der Konzeption des Curriculum waren beteiligt:

- eine Curriculumarbeitsgruppe
- Fachvertreter des Universitätsklinikums Rudolf Virchow,
- des Universitätsklinikums Steglitz,
- der Fachbereiche Natur- und Sozialwissenschaftliche Grundlagenmedizin und Medizinische Ökologie
- außeruniversitärer Klinika,
- Allgemeinärzte,
- Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens,
- Vertreter der Ärztekammern und der Prüfungsausschüsse.

1993 konstituierte sich der aus universitären Fachvertretern bestehende Koordinationsrat mit der Funktion, die Planungsarbeiten zu kontrollieren und den vorliegenden Curriculumentwurf zu verabschieden.

Am 1. April 1995 wurde das Virchow-Klinikum aufgrund einer Umstrukturierung der Berliner Hochschulmedizin der Humboldt-Universität (HU) zugeordnet. Entsprechend sind die Zuständigkeiten der betreffenden universitätsinternen Gremien zur Realisierung des Reformstudiengangs der HU übertragen worden⁸.

Auf der Grundlage der verabschiedeten Modellversuchsklausel hat der Fakultätsrat am 16.2.99 den Beginn des Reformstudiengangs zum Wintersemester 1999/2000 beschlossen. Somit werden künftig 63 Studierende p.a. nach Anmeldung über die ZVS per Losverfahren zum Reformstudiengang zugelassen.

Die Koordination der Vorbereitungen sind dem Studienausschuß, einem von der Fakultät autorisierten Gremium, übertragen worden. Der Ausschuß setzt sich aus Hochschullehrern und Studierenden zusammen. Er tagt in der Regel wöchentlich. Inhaltlich sowie konzeptionell wird er von der zentralen Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin unterstützt. Die inhaltliche Arbeit erfolgt überwiegend in den sog. Blockausschüssen, an denen sich Fachvertreter aus Klinik und Vorklinik beteiligen und die jeweiligen Themenblöcke detailliert auf der Grundlage des bereits erarbeiteten Curriculumentwurfs vorbereiten.

Neben dem Studienausschuß ist ebenfalls ein zentrales Gremium zur Koordination von Prüfungen von der Fakultät eingerichtet worden: der Prüfungsausschuß. Ihm gehören ebenfalls Fachvertreter klinischer Abteilungen und theoretischer Institute an.

Die interne und externe Evaluation des Reformstudiengangs Medizin soll mit Unterstützung des Karolinska-Instituts in Stockholm, des Department of Educational Development and Research in Maastricht sowie des Center of Higher Education in London erfolgen.

3.3 Modell des Reformstudiengangs⁹

3.3.1 Curriculum

Im Unterschied zum traditionellen Studiengang ist die Trennung zwischen Vorklinik und Klinik aufgehoben. Anhand konkreter Problemstellungen werden die natur- und geisteswissenschaftlichen Grundlagen vom Beginn des Studiums an zusammen mit den klinisch relevanten Inhalten vermittelt. Der erste Studienabschnitt (1.-5. Semester) orientiert sich dabei weitgehend an Organen bzw. Organ-systemen und beinhaltet wöchentliche

praktika in klinischen Fachgebieten. Im Anschluß daran ist wie bisher das Praktische Jahr vorgesehen (s. Abb. 1).

Im Vordergrund des Curriculum stehen Veranstaltungen (Kleingruppenunterricht, Seminare und praktische Übungen), auf die im Durchschnitt 50% der Unterrichtsstunden des Semesters entfallen. Darüber hinaus sind Praktika in Blockform mit einem Stundenanteil von 40% und Praxisvormittage mit einem Stundenanteil von 10% vorgesehen. Vorlesungen werden einführend,

BSCHNITT I		Wochen															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Semester	Orientierung 2 W	Bewegung 5 W					Erste Hilfe	Flüssigkeitshaushalt/Herz-Kreislauf 6 W					Prüfungen 2 W				
Semester	Atmung 4 W				Ernährung/Verdauung/Stoffwechsel 6 W				Pflegekurs 2 W		Prüfungen 2 W		+ 2 Monate Pflegetraktik.				
Semester	Sexualität/Geschlechtsorgane/ Hormone 5 W			Blut 2 W		Entzündung/Abwehr 7 W					Prüfungen 2 W						
Semester	Nervensystem/Koordination 4 W			Blockpraktikum Wahlpflicht 4 W			Elektrolyte/Niere 4 W			Prüfungen 2 W							
Semester	Haut 4 W			Sinnesorgane 5 W			Psyche und Erleben 4 W			Erste Hilfe 2 W		Prüfungen 2 W					

BSCHNITT II																	
Semester	Blockpraktikum Gynäkologie 4 W			Schwangerschaft/Geburt/ Neugeborenes 4 W			Säugling/Kleinkind 4 W			Prüfungen 2 W		+ 4 Monate Famulatur					
Semester	Blockpraktikum Pädiatrie 4 W			Schulkind 3 W			Adoleszenz 3 W			Lebensmitte I Lunge, Herz, Gefäße; Stoffwechsel 4 W		Prüfungen 2 W					
Semester	Blockpraktikum Neurologie 4 W			Lebensmitte II Schmerz, Behinderung, chron. Erkr. 4 W			Blockpraktikum Psychiatrie 4 W			Prüfungen 2 W							
Semester	Blockpraktikum Innere 4 W			Lebensmitte III / Alter Neoplasien, Infektionen, Multimorbidität 6 W			Blockpraktikum Geriatrie 4 W			Prüfungen 2 W							
Semester	Blockpraktikum Chirurgie 4 W			Blockpraktikum Wahlpflicht 4 W			Berufs- und Zivilisationskrankheiten 3 W		Erste Hilfe								

BSCHNITT III: Praktisches Jahr (je 1 Trimester Innere Medizin, Chirurgie, Wahl)

Abbildung 1: Thematische Gliederung

Hospitationen in einer ärztlichen Praxis. Der zweite Studienabschnitt (6.-10. Semester) ist nach Lebensabschnitten gegliedert und umfaßt mehrwöchige Block-

ergänzend oder vertiefend eingesetzt, wenn die für die Semesterplanung zuständigen Lehrenden dies für notwendig erachten. Die Nutzung des Vorle-

sungsangebots des an der Fakultät parallel vertretenen traditionellen Studiengangs ist möglich.

Die zentrale Lehr- und Lernmethode im Reformstudiengang stellt das Problemorientierte Lernen (POL) dar. In einer Kleingruppe, die von Dozenten moderiert wird, erarbeiten die Studierenden anhand von theoretischen oder praktischen Fallbeispielen Themen, die im Selbststudium mit Hilfe selbst formulierter Lernziele vertieft werden.

Diese Arbeit wird durch die fächerübergreifende Darstellung medizinischer Inhalte begleitet, die in folgenden Seminaren und Praktika angeboten werden: „Klinisch-theoretische Grund-

lagen 1“, „Klinisch-theoretische Grundlagen 2“, „Untersuchung, Diagnostik, Akutmaßnahmen“. Ergänzend zu den klinisch-theoretischen Veranstaltungen werden sog. Komplementärveranstaltungen angeboten, in denen medizinische Problemstellungen im Rahmen psychosozialer, erkenntnistheoretischer, ökonomischer, ökologischer und gesundheitspolitischer Bezugssysteme betrachtet werden sollen. Darüber hinaus bieten sie Möglichkeiten, Kommunikationsfähigkeiten zu erwerben und zu vertiefen. Bei den Komplementärveranstaltungen handelt es sich um folgende Seminare und Übungen: „Methoden wissenschaftlichen Arbeitens“, „Interaktion“, „Gesundheitswissenschaften“, „Grundlagen ärztlichen

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
09.00 -10.00	POL I	Seminar/Klinisch-theoretische Grundlagen I	Seminar Klinisch-theoretische Grundlagen II	Berufsfelderkundung/Praxisvormittag	Studium generale (freie Wahl)
10.00 -11.00					
11.00 -12.00	Selbststudium/skills-lab	Selbststudium/skills-lab	Selbststudium/skills-lab		
12.00 -13.00					
13.00 -14.00					
14.00 -15.00	Seminar Methoden wissenschaftlichen Arbeitens	Übung Diagnostik, Therapie, Akutmaßnahmen	Übung Interaktion	Seminar Gesundheitswissenschaften	POL II
15.00 -16.00					
16.00 -17.00	Selbststudium/skills-lab	Selbststudium/skills-lab	Selbststudium/skills-lab	Seminar Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns	
17.00 -18.00					

Abbildung 2: Musterstundenplan für eine Woche im Reformstudiengang Medizin

Denkens und Handelns“, „*Studium generale*“ (s. Abb. 2).

Die *Auswahl der Veranstaltungsthemen* orientiert sich an bestimmten Kriterien:

- Häufigkeit der Erkrankungen und Gesundheitsprobleme,
- exemplarische Bedeutung für das Verständnis grundlegender Zusammenhänge,
- Dringlichkeit des ärztlichen Eingreifens.

Die *Inhalte* werden im Gegensatz zum traditionellen Medizinstudium nicht in aufeinander folgenden Semestern fachgetrennt dargeboten, sondern kehren in Form einer Lehr- und Lernspirale mit zunehmender Komplexität im gesamten Studienverlauf immer wieder.

3.3.2 Prüfungen

Aufgrund der im Gegensatz zum traditionellen Studiengang grundlegend anderen Studienstruktur ist eine Änderung im Prüfungsablauf notwendig. Dies betrifft nicht nur die Prüfungsinhalte, sondern auch die Prüfungsform. Herkömmliche Multiple-Choice-Fragen, die überwiegend passives kognitives Wissen prüfen, treten im Reformstudiengang gegenüber der Prüfung von anwendungsbezogenem Wissen und der Fähigkeit, komplexe Fragestellungen zu beantworten, in den Hintergrund. Dafür kommen die praxisorientierten „Objective Structured Clinical Examinations“ (OSCE) und „Modified Essay Questions“ (MEQ) zur Anwendung. Diese Prüfungsformen sind nach jedem Semester als Semesterabschlussprüfungen vorgesehen.

Das Reformcurriculum sieht kein Physikikum vor. Studierende des Reformstudi-

engangs nehmen jedoch gemeinsam mit den Studierenden des Regelstudiums am zweiten und dritten Teil des Staatsexamens teil.

Die Vorbereitungen für den Reformstudiengang Medizin laufen derzeit auf Hochtouren und werden engagiert von inner- und extrauniversitären Fachexpertinnen unterstützt. Damit kann nach einer nunmehr zehnjährigen Planungsphase endlich der Reformstudiengang beginnen. Diese Zeit war geprägt von - für Reformen typischen - heftigen Widerständen und engagierter Unterstützung, von zeitweiligen Enttäuschungen und von großer (offensichtlich berechtigter) Hoffnung.

*Doris Thömen, Wiss. Mitarbeiterin
AG Reformstudiengang Medizin
Charité, Berlin*

¹ Murrhardter Kreis: Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt, Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. Robert Bosch Stiftung, Gerlingen, 1995

² Waren 1953 noch 12 Prüfungsfächer im Staatsexamen vorgeschrieben, so gibt es heute 60 Prüfungsgegenstände für die Staatsprüfung!

³ Murrhardter Kreis (a.a.O.)

⁴ vgl. Schnabel: Entwicklung der Approbationsordnung für Ärzte. In: Team Charité, Magazin für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Berlin, 1999 [1]

⁵ ebd.

⁶ Gemeint ist hier die hausärztliche Versorgung nach SGB V.

⁷ vgl. D.Thömen: Problemorientiertes Lernen (POL) als zentrales didaktisches Instrument des Reformstudiengangs Medizin an der Humboldt-Universität zu Berlin. In: E.Göpel, F. Schmithals (Hrsg.): Didaktische Konzepte für Gesundheitswissenschaftliche Studiengänge. Materialien zur Studienreform. Bielefeld, 1997

⁸ vgl. ebd.

⁹ vgl. auch URL:

<http://www.charite.de/rv/reform/>

Lohnabrechnung - selbst gemacht?!

In Zeiten stagnierender Praxisgewinne ist der kritische Blick auf die Ausgabenseite um so wichtiger.

Die Gehälter unserer Mitarbeiterinnen machen bekanntermaßen den bei weitem größten Ausgabenposten aus. Viele Praxisinhaber beschränken Ihre Kontrolle der Lohnkosten auf die Anweisungen an das Steuerbüro, MitarbeiterIn X oder Y solle einen Nettolohn in der Höhe Z erhalten. Die Höhe der Kosten aber, die zum Lohnbrutto noch hinzukommen, entzieht sich oft schon der Kenntnis des Arbeitgebers. Auch die teilweise nicht unbeträchtlichen Möglichkeiten der Einsparung von Lohnnebenkosten sind manchmal nur unvollständig bekannt. Letztlich ist die Lohnbuchhaltung selbst ein meist nicht unerheblicher Kostenfaktor, den man mit ein wenig Eigeninitiative ebenfalls einsparen kann.

Wem nicht gerade der persönliche Arbeitsaufwand für die eigene Praxis schon lange über den Kopf gewachsen ist, und wer nicht zu den wenigen Praxen zählt, in denen noch kein Computer eingesetzt wird, dem möchte ich wärmstens empfehlen, die Lohnabrechnung in die eigenen Hände zu nehmen. Vorbei sind dann die Zeiten der nicht immer einfachen Zusammenarbeit mit dem Lohnbüro. Auch viele Steuerberater bemühen heute noch die DATEV oder ähnliche Firmen zur korrekten Ermittlung der Lohnkosten. Jede Anfrage im Steuerbüro über gewünschte Änderungen eines Lohnes erfordert auf diese Weise Tage der Bearbeitung. Besonders bei Ange-

stellungen mit ständig wechselndem Gehalt (geringfügig stundenweise Beschäftigte oder umsatzbeteiligte Praxistechniker) wird für die korrekte Auszahlung des Gehalts immer ein Vorlauf von mehreren Tagen benötigt.

Heute kann der gesamte Bereich der Lohnabrechnung ohne nennenswerten Aufwand mit einem Höchstmaß an Komfort und Schnelligkeit in der Praxis selbst erledigt werden. Die wohl bekannteste Software hierzu bietet die Firma Lexware unter dem Namen "Lohn & Gehalt" an (für DM 248,- fast überall erhältlich). Der sehr geringe Einstiegspreis und eine jährliche einmalige Updategebühr von DM 148,- unterbieten alle Kosten klassischer Lohnbuchhaltung des Steuerberaters deutlich. Das Programm selbst bietet die Bearbeitung sämtlicher Lohnarten, die man sich nur vorstellen kann. Auch alle Arten von Sonderbezügen wie VWL, Urlaubs- oder Fahrgeld, Zuschüsse zum Mutterschutz, Gehaltsumwandlung durch Direktversicherung usw. usw. sind berücksichtigt. Neben der kompletten Einbindung des vorgeschriebenen Meldewesens für Lohnsteuer, Krankenkassenbeiträge und Sozialversicherung lassen sich ferner die Arbeitsstunden geringfügig Beschäftigter und die Urlaubstage aller Angestellten verwalten. Unter Hinzunahme anderer Programmteile aus der Lexware-Familie ist auch die automatische Erstellung der Überweisungsträger möglich. Auch und gerade der

Laie lernt mit Hilfe der äußerst umfangreichen Hilfetexte und eines kompletten Gehaltsratgebers sehr schnell den Umgang mit dem Programm und den Feinheiten der Lohnabrechnung.

Die komplette Erstellung der Lohnabrechnung mit sämtlichen dafür erforderlichen Formularen erfordert einen Zeitaufwand in der Praxis von monatlich nur ca. 15 Minuten, Änderungen von Gehaltshöhen o.ä. mit inbegriffen. Lediglich die allererste Einrichtung der Software ist zeitintensiver. So muß die eigene Praxis mit Ihren Daten eingegeben werden, wobei das Programm sogar auch noch mehrere weitere Firmen mit allen ihren Mitarbeitern verwaltet. Danach muß jeder Mitarbeiter mit all seinen Daten (Personendaten, Tätigkeit in der Firma, Krankenkassenzugehörigkeit, Daten der Lohnsteuerkarte etc.) angelegt sowie die Krankenkassen mit ihren gültigen Beitragssätzen gespeichert werden. Dieses hat natürlich sehr genau und vollständig zu geschehen und setzt die Kenntnis einiger Zusammenhänge voraus, die vorher im Selbststudium erlernt werden müssen. Aber auch hierfür bietet das Programm alle erdenklichen Hilfen und Erleichterungen. Die Lohnabrechnung eines Monats läuft etwa wie folgt ab: Ein sogenannter Abrechnungsassistent wird gestartet, der den Zugriff auf alle gespeicherten Mitarbeiter vornimmt. Hierbei können für jeden Angestellten die Lohnhöhen, die aus dem Vormonat automatisch vorgelesen werden, kontrolliert und ggf. verändert werden. Problemlos ist von dieser Stelle aus auch der Zugriff auf die Stammdaten des Angestellten möglich, falls sich z.B. die Steuerklasse geändert haben sollte.

Das Programm ermittelt dann automatisch alle die Formulare, die zum gegebenen Zeitpunkt erstellt werden müssen, und bietet diese in einer Liste an. Danach erfolgt dann der Ausdruck der Formulare, zu denen am besten ein Laserdrucker Verwendung findet. Das Erscheinungsbild der Ausdrücke ist denen der DATEV nicht unähnlich. Neben den Lohnabrechnungen für die Mitarbeiter und einem übersichtlichen Lohnjournal werden ebenso automatisch die Beitragsnachweise für die Krankenkassen erstellt. Sofern eine Teilnahme am Umlageverfahren gewünscht ist und dieses in den Daten der Angestellten vermerkt ist, wird auch diese Meldung gedruckt. Auch das Formular zur Lohnsteuermeldung an das Finanzamt wird erstellt, und zwar genau wie alle anderen so, daß es nur noch unterschrieben und abgeschickt werden muß.

Kommt ein Mitarbeiter hinzu, scheidet einer aus oder ändert sich der Tätigkeits-schlüssel eines Angestellten, so erscheint automatisch eine An-, Ab- oder Änderungsmeldung für die Sozialversicherung, die ebenso an die jeweilige Krankenkasse geschickt werden muß. Mit der Lohnabrechnung für den Dezember kümmert sich das Programm natürlich auch um die vorgeschriebene Jahresmeldung genauso wie um den Ausdruck der Angaben für die Lohnsteuerkarte, die an diese angeheftet werden können.

Zur Vorbereitung der Abrechnung bietet das Programm jedwede Möglichkeit zum Ausprobieren verschiedener Lohnvarianten. So kann z.B. sehr bequem und in Sekundenschnelle festgestellt werden, welche Auswirkung auf den Auszahlungsbetrag sich durch eine Lohner-

höhung, durch die sozialabgabenfreie Zahlung eines Fahrgeldes oder Berufskleidungszuschusses oder durch Gehaltsumwandlung mit einer Direktversicherung usw. ergeben. Alle zu erstellenden Formulare können zunächst auf dem Bildschirm angezeigt werden, wonach je nach Ergebnis ein Ausdruck möglich ist oder eine neue Variante probiert werden kann. Besonderes Augenmerk sollte der Praxisinhaber dabei auf die Gesamtbelastung des Arbeitgebers richten, die das Programm immer anzeigt.

Die Firma Lexware bietet für notwendige Hilfestellungen ein Servicetelefon an, das mit sehr sachkundigen Mitarbeitern besetzt ist. Hier erhält man nicht nur Hinweise zu sämtlichen Funktionen des Programms, sondern auch alle Ratschläge zu einer den Vorschriften entsprechenden Lohnabrechnung.

Am einfachsten ist ein Wechsel zur eigenen Lohnbuchhaltung zum Beginn eines neuen Jahres. Aber auch im laufenden Jahr ist die Umstellung machbar, wenn man das Programm mit den Abrechnungsdaten aller Vormonate versorgt. Dieses übt zugleich den Umgang mit der Software und den verschiedenen Lohnarten und erlaubt eine Überprüfung der Richtigkeit der Programmfunktionen durch den Vergleich mit den vom Steuerbüro erstellten Zahlen.

Das Beherrschen der Lohnbuchhaltung wird mit "Lohn & Gehalt" sehr einfach und komfortabel. Es bedarf sicher keiner besonderen Erläuterung, daß der Überblick über die eigenen Daten und deren Verwaltung in der eigenen Praxis große Vorteile mit sich bringt. Ohne Probleme verläuft damit auch die Beantwortung der Lohnabstimmungen, die

von den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern jährlich durchgeführt werden. Falls mit dem Programm auch die Funktion der Stundenerfassung genutzt wird, kann selbst die jährliche Meldung an die Berufsgenossenschaft erstellt werden. Ein großer Formulkrieg ist dabei nicht zu befürchten. Da das Programm alle Formulare selbst erstellt, sind die von den Kassen zugeschickten Nachweisformulare und die Meldebögen zur Sozialversicherung, die in diesem Jahr die Versicherungshefte abgelöst haben, verzichtbar.

Jedem, der sich nach diesen Zeilen in das Metier der eigenen Lohnabrechnung wagen möchte, wünsche ich viel Erfolg und sage natürlich auch gerne meine Unterstützung zu.

Dr. Eberhard Riedel, München

Gesundheitsberichterstattung - zugänglich für Jedermann

Im November 1998 hat das Statistische Bundesamt den ersten Gesundheitsbericht für Deutschland veröffentlicht. Von mehr als 170 Experten und Institutionen wurden gesundheitsbezogene Informationen zusammengetragen, die bisher nur verstreut vorlagen. (Interessierte werden wissen, daß sie die Daten zur zahnmedizinischen Versorgung auch auf anderem Wege erhalten. Sie werden jährlich vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Buchform herausgegeben und über die Internetseiten der BZÄK unter www.bzaek.de zugänglich gemacht.) Eine Kurzfassung des ersten Gesundheit

berichtes ist in deutsch und englisch auf Papier und CD-Rom kostenlos erhältlich über Tel. 0611-754754, Fax 0611-753074, eMail gbe-bund@statistik-bund.de. Man kann aber auch gleich übers Internet den gesamten Bericht, Spezialberichte und Ergebnisberichte zu Methodenforschungsprojekten ansehen sowie das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung (IS-GBE) nutzen, um Recherchen zu einzelnen Fragestellungen durchzuführen. Probieren Sie's aus! www.gbe-bund.de

COMED - Interessen gemeinschaft der Krankenversicherten e.V.

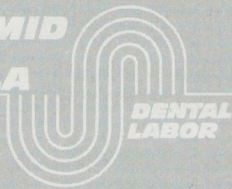
Das medizinische Angebot wird immer differenzierter, so daß Patienten mit Recht daran zweifeln, ob gerade ihr Hausarzt das Richtige tut und veranlaßt und ob gerade der (vielleicht einzige) Facharzt vor Ort die optimale Therapie für das eigene Leiden bieten kann. Viele Patienten möchten mehr Informationen - über die medizinischen Möglichkeiten, über die Behandler in ihrem Umkreis. Hinzu kommt die Verunsicherung aufgrund ständiger Veränderungen im Gesundheitswesen. Da ist von Budgetierung, Rationierung, Notprogrammen die Rede. Kein Wunder, daß Patienten sich Sorge machen, ob sie wohl im Ernstfall vernünftig behandelt werden. Sie wollen mehr Transparenz, sie wollen Unter-

stützung bei Schwierigkeiten. Gerade dieses bietet ihnen, für monatlich nur 8 DM für Einzelne und 12 DM für Familien, der Verein COMED aus Hamburg an. Auf Wunsch kann eine Rechtsschutzversicherung zur Unterstützung bei Kunstfeh-

Das schöne Lächeln Ihrer Patienten ist unsere beste Empfehlung

*...denn meisterliche Qualität ist auf
Dauer einfach preiswerter*

**SCHMID
UND
PAULA**



**DENTAL
LABOR**

Bruderwöhrdstr. 10
93055 Regensburg
Tel. 0941/791521

Ihre Zahntechnikermeister

B. Paula
B. Hoffmann
W. Lipinski

lernen mit der Mitgliedschaft kombiniert werden. Darüber hinaus will COMED sich stark machen für die Vertretung der Versicherten auf der politischen Ebene. Man kann nur gespannt sein, ob das gelingt.

COMED

Stresemannstr. 29, 22769 Hamburg,
Tel. 0180-5266332, Fax -43237199,
E-Mail info@comed-ev.de,
Internet: www.comed-ev.de.

Haben Sie ein »Jahr-2000-Problem«?

Sie haben es schon überall gelesen: alte Computer, alte Software können nach dem Jahreswechsel Schwierigkeiten machen, weil sie nicht mehr wissen, wann sie sind. Was können/ sollten/ müssen Sie tun?

Dazu einige Kochbuchtips:

1. Können Sie eine DOS-Bootdiskette, oder eine Notfalldiskette von Windows 95 herstellen? Wenn ja, lesen Sie weiter, wenn nein gehen Sie zu 12.
2. Erstellen Sie eine solche Diskette (DOS-Version nicht kleiner als 3.3) und lassen Sie sie im Laufwerk
3. Wechseln Sie in den DOS-Modus (wenn Sie nicht wissen, wie das geht, gehen Sie zu 12.)
4. Geben Sie den "date"-Befehl ein. (Wenn Sie nicht wissen, wie das geht, gehen Sie zu 12.)
5. Stellen Sie das Datum auf 2 Minuten vor dem 01.01.2000 ein.
6. Schalten Sie den Computer aus. (kein Reset mit dem 'Dreifingergriff', keine Reset taste!)
7. Warten Sie 5 Minuten.
8. Schalten Sie den Computer wieder ein
9. Geben Sie im DOS-Modus erneut den "date"-Befehl ein
10. Wenn das Datum des ersten Januar 2000 richtig angezeigt wird, ist ihr Rechner für den Rest Ihres Zahnarztlebens OK. Wenn nicht, gehen Sie zu 12.
11. Wenn Sie schon dabei sind: testen Sie auch gleich, ob Ihr Rechner weiß,

daß das nächste Jahr ein Schaltjahr ist. Dazu geben Sie als Datum den 28.02.2000; 23:58 ein. Wenn der 29. Februar angezeigt wird - no worries!

12. *Setzen Sie sich bald mit Ihrem Hardwarehändler in Verbindung. Schreiben Sie vorher auf, was Sie für einen Rechner haben. Stellen Sie sich darauf ein, daß Sie einen neuen Rechner kaufen müssen. Nicht, weil der alte nicht mehr ginge, er ist aber nur noch für Aufgaben geeignet, die nichts mit Zeit oder Daten zu tun haben - zum Spielen geht er immer noch.*

Die folgenden Hinweise haben nichts mit Ihrem Computer zu tun, sondern mit Software und etwas Hardware-Peripherie. Das Wichtigste: Fragen Sie den Lieferanten Ihrer Zahnarztsoftware, ob sie »Jahr 2000 sicher« ist. Wenn Sie schon länger das Gefühl haben, daß er hauptsächlich am Wachstum der Servicewüste Deutschland arbeitet, sollten Sie:

1. fragen, warum Ihr Programm noch nicht umgestellt ist (nachdem Daten und vor allem Geburtsdaten in unseren Programmen an vielen Stellen eine Rolle spielen, müßte die Umstellung schon längst fertig sein).
2. eine schriftliche Erklärung verlangen, daß die zugesicherten Eigenschaften Ihres Programms auch nach dem Jahreswechsel uneingeschränkt weiterbestehen (und zwar in Zusammenarbeit mit Ihrer Hardware)
3. Die Gelegenheit benutzen, sich über den Wettbewerb zu informieren. Dazu eignet sich sehr gut das Buch "Computer in Zahnarztpraxis und Dentallabor. (Bespprechung auf Seite 70 in diesem Heft)

Vielleicht sollten allerdings jene unter Ihnen, die den Praxiscomputer anderen überlassen, vorher einmal in die (möglicherweise weit) zurückliegenden Hinweise oder Rundschreiben Ihres Softwareherstellers hineinschauen (lassen) - möglicherweise finden Sie dort wichtige Erkenntnisse.

Für die Paranoiker unter Ihnen:

Sie haben eine unterbrechungsfreie Stromversorgung (USV) vor Ihren Rechner geschaltet. Fragen Sie den Hersteller, ob es da ein »Jahr 2000- Problem« gibt und was man evtl. tun muß. Schließlich weiß man ja nicht, ob unsere Stromversorger auch Paranoiker sind.

Dr. Kai Müller, Seefeld

Der Weg ins Netz

Von rund 40 Mitgliedern des DAZ kenne ich die eMail-Adresse. Angenommen, die dreifache Anzahl wäre trotzdem auf elektronischem Wege erreichbar, hieße das immer noch, daß ein bequemer, schneller und billiger Weg, unsere Mitglieder zu erreichen, nicht genutzt werden kann. Ich hoffe, mit dem folgenden Kochrezept eine Bresche in die Front der Nicht-Mailer zu schlagen.

Zutaten:

- 1. ein Computer**
- 2. ein Telefonanschluß**
- 3. ein Modem oder ein ISDN-Modul**
- 4. ein 'Provider'**
- 5. geeignete Software**

6. relativ wenig Geduld, um über die Lernkurve zu kommen

Zu 1.:

Zahnärzte haben meist keine Computer, die man nicht für eMail nutzen kann. Es gibt heute schon Handys und Taschenrechner, mit denen das geht. Wer zu vorsichtig ist, seinen Praxiscomputer den Online-Gefahren auszusetzen, sollte den Rechner wieder aus dem Keller holen, den er wegen technischer Obsoleszenz in den letzten drei Jahren dorthin verbannt hat. Ob Windows, OS/2, APPLE, Linux oder BEOS - eMail ist machbar. Festplattengröße spielt keine Rolle - wo das Betriebssystem Platz hat, müßte auch immer noch Raum für den Bedarf von eMail sein.

Prozessor: jeder, der eines der obengenannten Betriebssysteme verkraftet, ist gut genug.

Zu 2.:

Es muß nicht ISDN sein, ein analoger Telefonanschluß tut es auch. Die Geschwindigkeit von ISDN kommt bei den üblichen Datenmengen des eMailverkehrs nicht sonderlich zum Tragen. Die Telefonanschlußdosen haben meist noch freie Steckdosen für den Anschluß des Computers.

Zu 3.:

Soll der Computer mit anderen Computern 'sprechen', braucht er eigene Hardware. Diese entweder in Form der Steckkarte (die muß ins Gehäuse eingebaut werden) oder als Kästchen, das beim Rechner aufgestellt wird. Beides gibt es für analog oder ISDN. Preisklasse bis max. DM 300.-

Zu 4.:

'Provider' stellen uns den Zugang für unseren Computer zum Zweck der Datenfernübertragung zur Verfügung. Es wäre ein wenig mühsam, zu jedem, den man erreichen will, ein eigenes Kabel zu legen. Vor allem, wenn das Telefonnetz schon da ist. Provider kümmern sich - gegen Geld - darum, daß wir unsere Nachricht dem Telefonnetz übergeben können und daß der Adressat sie erhält. (Sie tun noch eine Menge mehr, aber das hat mit eMail nichts zu tun und gehört deshalb nicht hier her). Ein brauchbarer Provider ist über eine bundesweite Telefonnummer zum Ortstarif zu erreichen. Die Kosten für eMail bleiben im Pfennigbereich - während der Dauer einer Gebühreneinheit läßt sich das vielfache jener Daten übertragen, die ein FAX benötigt. Nachteil der eMail im Gegensatz zum FAX: der Empfänger muß sich seine 'Post', wie aus einem Postfach selber abholen, das FAX liefert seine Daten immer wenn es angeschaltet ist und das Papier nicht zu Ende ist. Der Provider stellt seinen Kunden eine eMail-Adresse zur Verfügung, unter der sie weltweit zu erreichen sind. Die Adresse, die man da erhält, besteht aus einer langen Reihe von Zahlen und Zeichen, die man sich nicht merken kann und bei der die eMailpartner sich ständig vertippen würden. Hat man vom Provider eine solche Nummer erhalten, kann man sie - weitgehend nach eigenen Wünschen - in eine einprägsame Adresse umtauschen. Das heißt dann 'eMail-Alias'. Bei meiner Adresse war es z.B. so, daß mein gebräuchlicher Name schon von einem anderen Kai Müller besetzt war, so daß ich den Anfangsbuchstaben meines zweiten Vornamens ein-

fügen mußte. Kann man sich gerade auch noch merken. Das seltsame Zeichen "@" heißt "at" und trennt den eigenen Alias von der Bezeichnung des Providers ab. Also bedeutet meine eMail-Adresse:

Kai_F_Mueller(mein Alias)@t-online.de (mein Provider) (keine deutschen Umlaute oder "ß", weil ein Amerikaner so etwas nicht auf der Tastatur hat).

Mit der Anmeldung bei einem Provider erhält man die Zugangssoftware, die man auf dem Rechner installieren muß und die u.a. eine eMailfunktion enthält. Beispiele für Provider (ohne 'ranking'):

T-online

1&1

Viag-Intercom

Wenn man heute eine beliebige Computerzeitschrift kauft, fallen immer Prospekte mit Angeboten der Provider heraus - das Angebot nimmt zu.

Zu 5.:

Bis man den Umgang mit eMail einigermaßen beherrscht, sollte man zunächst die Software verwenden, die der Provider liefert. Das hat den Vorteil, daß bei der Installation des Programms auch die richtigen Einstellungen vorgenommen werden. Später kann man sich an komfortablere eMailsoftware heranwagen.

Wie läuft das nun im Alltag eines eMailers?

Ein- oder mehrmals am Tag ruft man sein eMailprogramm auf, läßt es die eMailfunktion ausführen und holt sich die angelieferte Post in einem Rutsch aus dem Postfach. Dann geht man 'Off-Line' - wegen der Verbindungskosten - und liest jetzt oder später seine Post. Will man


antworten, klickt man auf die entsprechende Funktion, schreibt seine Antwort(en), schickt sie bei der nächsten Verbindung zum Provider in einem Rutsch ab und schaut (weil man ja schon online ist und Verbindungsgebühren anfallen) gleich noch einmal, ob schon wieder Post da ist. Wenn man nicht mehr tut als das, also keine WORD-Dateien als sogenannte Attachments empfängt und liest, kann einem unter dem Aspekt der Sicherheit (Hacker, Viren) NICHTS passieren. Man muß sich nur der Tatsache bewußt sein, daß eMail auch von Unbefugten abgefangen werden kann. Will man das vermeiden, muß man verschlüsseln. Das ist aber schwierig und umständlich und ich tröste mich damit, daß an meiner Post keiner sonderlich interessiert

sein dürfte. Unsereiner muß ja nicht über Bomben, Heroin, Waffenschmuggel oder ähnliches mailen, dann sieht's schon anders aus. Aber das ist eine Geschichte für Fortgeschrittene und kein Thema des DAZ-forums. Wer mir jedenfalls nach Überwindung der Anfangsschwierigkeiten eine mail schickt, die ungefähr heißt: "Servus Kai, ich hab' jetzt eine eMail-Adresse und möchte bis auf weiteres all das bekommen, was Du so an DAZ'ler herumschickst", kann nach ca. 72 Stunden damit rechnen, daß er/sie DAZ-online ist.

*Dr. Kai Müller
Seefeld*

eMail: Kai_F_Mueller@t-online.de

**Wir
machen Ihre
Kunden glücklich(er)
und
Sie zufrieden(er) !!!**

 (0431) 7 98 74 / 75
Hahnbuschweg 18, 24147 Klausdorf

**Ihr Dentallabor
im Norden**



**SCHUSCHAN
DENTALTECHNIK GmbH**

Zahnärzte und Patienten im Netz

Interview mit Michael Logies

Elektronische Kommunikation via Internet soll, dies verkünden die Medien, Einzug in jedes Hinterzimmer halten. Da werden die Zahnärzte, eine überdurchschnittlich innovationsinteressierte Personengruppe, sicher nicht zu den Nachzüglern gehören. Dennoch ist zumindest bisher die Vernetzung lückenhaft - kein Wunder, wenn man bedenkt, dass auf dem Weg ins World Wide Web (Web oder WWW) so manche technische Hürde zu nehmen ist und man so manches Lehrgeld an Hard- und Softwareanbieter und Netzbetreiber zahlen muss.

Zum Glück gibt's in der Szene schon eine Reihe "alter Hasen", die den Neulingen helfend unter die Arme greifen. Einer von ihnen ist Zahnarzt Michael Logies aus Wallenhorst. Er begegnet einem nicht nur als Teilnehmer in verschiedenen Diskussionszirkeln, sondern gehört mit zu denjenigen, die in der zahnärztlichen Szene den Austausch durch Einrichtung elektronischer Plattformen fördern. Wie sieht er die Möglichkeiten der online-Kommunikation für Zahnärzte, was erwartet er von der weiteren Entwicklung? - Dieses und mehr will ich von ihm erfahren - natürlich ONLINE.

I. Berger-Orsag:

Herr Logies, wie ich mitbekommen habe, ist für Sie die online-Kommunikation tägliche Selbstverständlichkeit wie für andere der Blick in die Morgenzeitung und in den Briefkasten. Wofür nutzen Sie als Zahnarzt Ihren Netzanschluss?

M. Logies:

eMail, die elektronische Post, ist ein

klassisches "offline"-Medium. Also kommunizieren wir gerade nicht "online", sondern eben zeitverzögert. Im Gegensatz zum Telefon, Fax oder dem Fernsehen besteht keine Echtzeitverbindung ("online") zwischen Sender u. Empfänger. Auch wenn elektronische Post mittlerweile nur noch Minuten unterwegs ist.

Das WWW ist schon fast "online", aber auch noch nicht ganz. Immerhin sind einigermassen verzögerungsfreie Übertragungen etwa von bewegten Bildern und Ton mittlerweile unter günstigen Umständen möglich (www.abcnews.com). Erst die Weiterentwicklung der Internet-technik soll echtes "online" garantieren können. Bis dahin erinnert das WWW manchmal an die Zeit, als die Bilder laufen lernten.

Ich kaufe im WWW vor allem Bücher regelmässig (www.amazon.com). Insbesondere Bestellungen in den USA lassen sich übers WWW oder eMail einfacher als in der Vergangenheit abwickeln, wobei die Bezahlung mit Kreditkarte der gegenwärtige Standard ist. Falls ich ei-

nen Anbieter einer Spezialität überhaupt noch ermitteln muss, nutze ich dafür eine Suchmaschine (meta.rzn.uni-hannover.de oder www.altavista.digital.com). Henry-Schein ist eine gute Adresse für ein US-Dentaldepot (www.henryschein.com).

Abends lese ich häufig die Webausgabe der Welt (www.welt.de), manchmal der TAZ (www.taz.de).

In letzter Zeit ist auch das Informationsangebot der Ministerien wichtig geworden. Sei es das 630-Murks(!)-Gesetz, seien es Texte zur Gesundheitsreform - die aktuellsten und umfassendsten Informationen finden sich im WWW, weil andere Medien nicht dutzende bis hunderte von Seiten zu sehr geringen Kosten transportieren können (www.bundesregierung.de).

eMail lässt sich als "eMail-Liste" auch als Verteiler nutzen, der etwa einem Fax-Kreis weit überlegen ist. Ich habe vor ca. 2 Jahren die erste deutschsprachige Liste für Zahnärzte gegründet, die jetzt gut 200 Mitglieder hat (www.logies.de). Mittlerweile gibt es einige überregionale und sicherlich dutzende regionaler Mailing-Listen für Zahnärzte, da die Einrichtung und Verwaltung einer solchen Liste sehr einfach geworden sind (www.e-groups.com).

Es lassen sich über eMail auch Bilder austauschen, also z.B. zur Diskussion unter den 200 Kollegen verbreiten. Entweder erzeugt man direkt digitale Bilder oder aber liest vorhandene Papierfotos, bei mir sind es Bilder der Polaroid Macro 5 SLR (www.polaroid.de), in den Computer mittels Scanner ein. Ich habe vor kurzem einen solchen Foto-Scanner (200 dpi physikalisch) bei Edeka im Ramschverkauf für DM 50 erworben,

der überraschend gut funktioniert. Mein Labor (www.dental-world.de) ist auf den Empfang solcher Bilder eingerichtet, auch wenn es einen Mehrwert gegenüber einem Papierbild kaum gibt.

Der Einstieg in die elektronische Kommunikation war für mich übrigens das Bemühen, auch auf dem platten Land weiterhin Zugriff auf die an der Universität seit Mitte der 60iger Jahre verfügbare Literaturdatenbank Medline zu haben (www.paperchase.com, www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed) und wissenschaftliche Artikel über die Fernleihe zu bestellen (www.subito-doc.de). Manche Zeitschriften, wie der CRA-newsletter, stellen weiterführende Informationen exklusiv ins WWW (www.cranews.com). Neueste Informationsquellen aus der Evidence Based Dentistry ergänzen jetzt Medline (www.ihs.ox.ac.uk/cebd).

I. Berger-Orsag:

Das ist ja eine breite Palette von Anwendungen elektronischer Kommunikationsmöglichkeiten, die Sie nutzen. Wobei ich mir vorstellen kann, dass noch das eine oder andere hinzukommt.

Ich würde gern einen Bereich beleuchten, den Sie nicht explizit erwähnt haben. In Ihrem Beruf hat man ja öfter zu tun mit den zahnärztlichen Körperschaften. Inzwischen sind sowohl die Bundeskörperschaften als auch die meisten KZVen und Kammern über eMail und Web erreichbar. Welche der Ihnen bekannten Kammer- oder KZV-Angebote halten Sie für vorbildlich? Gibt es qualitative Neuerungen - z.B. in dem Sinne, dass nicht mehr nur Einweg-Kommunikation stattfindet? Befördert die online-Kommunikation demokratische Prozesse? Gibt es deutliche Kosteneinspar-Möglichkeiten?

Gibt es neue Service-Leistungen der Körperschaften, die vorher nicht realisierbar waren? Bieten die elektronischen Medien Vorteile bei der Entwicklung der Qualitätssicherung, bei der Steuerung des Leistungsgeschehens?

M. Logies:

Am häufigsten nutze ich sicher unter den Körperschaften das Angebot der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung KZBV (www.kzbv.de). Allerdings weniger die aus der KZBV kommenden Informationen, denn diese liegen weitgehend auch gedruckt und damit lesefreundlicher in den Zahnärztlichen Mitteilungen ZM und Monographien wie dem "KZBV-Jahrbuch" vor, sondern vor allem die fachlichen Statements externer Wissenschaftler, die dort gesammelt und präsentiert und in diesem Umfang nicht in den ZM veröffentlicht werden. Manches hiervon drucke ich aus und lege es ins Wartezimmer für die besonders wissbegierigen unter meinen Patienten. Die durch das WWW möglich gewordene Volltextsuche in Artikeln der ZM ist sicherlich ein Fortschritt, gleiches gilt für die Deutsche Zahnärztliche Zeitung DZZ (www.dgzmk.de).

Die Bayerische Landes Zahnärztekammer BLZK (www.blzk.de) hat auch ein vorbildliches Angebot, insbesondere der "Link des Tages", den Janusz Rat betreut, gefällt mir gut.

Trotz dieser guten Angebote bin ich grundsätzlich dagegen, dass hier Zwangsgelder zur weiteren Aufgabenausweitung der Körperschaften genutzt werden. Ich bin bereits gegen die Verwendung von Zwangsgeldern für die ZM. Die ZM wie auch die anderen körperschaftlichen Zeitschriften sollten sich am

Markt bewähren müssen oder eben eingestellt werden. Im Gegenzug könnten die Beiträge zu den Körperschaften gesenkt werden, und die Körperschaften könnten sich auf reine Verwaltungsaufgaben beschränken. Die politische Vertretung der Zahnärzte würde dann von den politischen Verbänden übernommen, ohne dass per Aufsichtsankordnungen der Staat Einfluss nehmen könnte. Kommunikationskanäle sind heute im Gegensatz zur Nachkriegszeit keine Mangelware mehr. Die Zwangssubventionierung durch die Kollegen ist ein Anachronismus. Dass in einem freien Markt die Qualität der Publikationen bei niedrigeren Kosten steigt, machen die ADA (www.ada.org) und die BDA (www.bda-dentistry.org.uk) vor. Die US-amerikanische wie die britische Zahnärztereinigung sind freiwillige Zusammenschlüsse, die sich deshalb ständig am Markt gegenüber Konkurrenz bewähren müssen. Bei der ADA habe ich vor kurzem übers WWW erfolgreich ein einzelnes Heft des JADA bestellt, das einige interessante Artikel enthielt (JADA 11/98). Bei an die KZBV oder die ZM gerichteter eMail erfolgt eine Antwort nur unregelmässig.

Qualitätssicherung scheidet heute wie gestern nicht an der Technik, sondern am politischen Willen. Mittlerweile liegen aus dem Datenträgeraustausch grosse Mengen an Daten vor, die Grundlage einfacher qualitätssichernder Statistiken sein könnten, etwa Zahl der Extraktionen nach Wurzelkanalbehandlungen, Zahl von Wiederholungsfüllungen oder durchschnittlicher, altersadjustierter Zahnverlust pro Patient und Quartal. Auch das Leistungsgeschehen wird heute nicht technisch gesteuert, sondern

politisch, also über Preis- und Mengendiktate. Ich kann hier auf eine technische Intensivierung der Gängelung gut verzichten.

I. Berger-Orsag:

Als eine neue Kommunikationsmöglichkeit haben Sie eingangs die Mailing-Listen genannt. Diese Listen sind, wenn ich es richtig sehe, wie ein schwarzes Brett, auf dem man eine Mitteilung anbringt. Jeder in der Liste kann sie lesen und ggf. reagieren. Sie sind nicht nur Pionier dieser Form des Austauschs im zahnärztlichen Bereich, sondern haben freundlicherweise auch eine solche Liste für den DAZ eingerichtet. Was leisten Ihres Erachtens diese Listen bzw. Kommunikationsforen? Und wie kann man da mitmachen? Ganz konkret: wie kommt man in die DAZ-Mailing-Liste? Was kostet die Beteiligung an der Liste?

M. Logies:

Ich habe zu den Mailing-Listen auf Einladung von Prof. Kerschbaum, einem der für diese neuen Medien engagiertesten Hochschullehrer in Deutschland, ein Gasteditorial in der DZZ geschrieben (DZZ 10/ 98, S. 681). Pionier bin ich nur für den deutschsprachigen Raum. Die Idee habe ich von einem US-Kollegen abgekupfert, der mit grossem Erfolg seine Mailing-Listen betreibt (www.stat.com). Die Beteiligung an der DAZ-Liste ist kostenlos und die Betreuung ist mittlerweile weitgehend auf Kai Müller übergegangen. Wer möchte und DAZ-Mitglied ist, braucht Kai nur eine eMail zu senden

Im Gegensatz zum oben erwähnten US-Kollegen hat mich die Technik der Mai-

ling-Listen nie besonders interessiert, sondern ich habe sie immer als Dienstleistung angemietet. Zur Zeit sind meine und auch die DAZ-Liste bei Egroups beheimatet (www.egroups.com). Jeder, z.B. ein regionaler Stammtisch, kann dort kostenlos eine eMail-Liste betreiben. Zur Zeit (1.8.99) sollen es 240.000 Listen und einige Millionen Teilnehmer sein.

I. Berger-Orsag:

Die jetzige Regierung will die Patientenberatung und den Patientenschutz verbessern. ZUSÄTZLICH zu den bestehenden Versorgungsstrukturen ein engmaschiges Netz von Institutionen, in denen zu allen Medizinbereichen individuelle Beratung stattfinden kann, zu installieren, scheint mir nicht finanzierbar.

Für realistischer halte ich, dass zukünftig insbesondere die Vermittlung von Sachinformationen, ein wichtiges Element in Beratungsgesprächen, von elektronischen Medien übernommen oder unterstützt wird. Dabei kann man schon heute auf einen enormen Informationspool zurückgreifen.

Mich fasziniert es, zu erleben, wie sich innerhalb kürzester Zeit zu mehr oder weniger allen Themen und Krankheitsbildern hochspezialisierte Informationen und Hinweise auf weitere Quellen aus dem Netz fischen lassen. Neben wissenschaftlichem Material findet man Angebote zu Kontakten und Erfahrungsaustausch. Selbsthilfeorganisationen stellen sich dar; es gibt Diskussionsforen, in denen Betroffene über den Umgang mit ihrer Krankheit berichten und sich als Ansprechpartner für Leidensgenossen zur Verfügung stellen.

Gerade das Internet kann das Gefälle zwischen Experten und Patienten verrin-

gern und die Entwicklung des "mündigen Patienten" voranbringen.

I. Berger-Orsag:

Auch zur Zahnmedizin ist schon einiges im Web zu finden – man muss nur wissen wo. Vielleicht können Sie Hinweise geben. Welche Infos und Kontaktmöglichkeiten für Zahn-Patienten bietet das Internet? Was würden Sie besonders empfehlen? Welche Lücken gibt es noch? Wie könnte man die Informationen leichter auffindbar und zugänglicher machen?

M. Logies:

Das Problem liegt heute für den Patienten nicht mehr in der Informationsbeschaffung, sondern in der Auswahl und Bewertung. Laien sind hierin oft völlig ungeschult, und es ist mühsamer, einen fehlinformierten Patienten zu beraten, als einen uniformierten. Von daher sind die Angebote im WWW, z.B. von Selbsthilfegruppen vermeintlicher "Amalgamgeschädigter", keine reine Freude. Patienten verweise ich meist auf das Angebot der KZBV, der DGZMK (www.dgzmk.de) oder auf die Schriften der Stiftung Warentest, die überwiegend den aktuellen Wissensstand widerspiegeln (www.stiftung-warentest.de/). Letzlich wird die Möglichkeit des Patienten, allgemeine Informationen auf seine konkreten Probleme zu beziehen, beschränkt bleiben. An der klinischen Diagnostik und Beratung führt kein Weg vorbei.

I. Berger-Orsag:

Für die Zugänglichkeit der elektronischen Medien spielt zum einen natürlich deren Benutzerfreundlichkeit eine grosse Rolle. Zum anderen hängt sie

auch ab von den Gebühren. Denn die Internetnutzung ist nicht kostenfrei. Deutschland schreckt seine Bürger mit vergleichsweise hohen Gebühren ab. Zudem gibt es einen ziemlichen Dschungel von Anbietern und Konditionen. Bzgl. des Zugangs zum Internet hat man zum Glück inzwischen die Wahl zwischen verschiedenen Anbietern und Tarifen. Was das "ins Netz Gehen", betrifft, so sind viele Bürger ausschliesslich auf die Telekom angewiesen. Wie kann man – mit oder ohne Telekom – die Gebührensituation optimieren? Welche Veränderungen sind in den nächsten Jahren zu erwarten? Wie können die Verbraucher Druck machen, um kundenfreundlichere Tarife zu erreichen? (Es geht ja auch anders, Beispiel USA.)

M. Logies:

Für mich als Zahnarzt sehen die Anforderungen an einen Internetanschluss vielleicht anders aus, als für Otto-Normalbürger. Mich interessiert Verfügbarkeit und gleichmässiger Datendurchsatz mehr als auf den Groschen zu schauen. Ebenso betreibe ich seit Jahren Online-Banking über T-online und nutze ISDN. Ich nutze daher überwiegend meinen T-online Anschluss, auch wenn ich noch Mitglied bei Compuserve (www.compuserve.de) und dem Individual Network Hannover bin. In meinen teuersten Zeiten habe ich DM 700 pro Monat fürs Internet in der Fernzone ausgegeben, heute liege ich bei etwa DM 150. Weitere Einsparungen sind für mich derzeit den Aufwand nicht wert.

I. Berger-Orsag:

Die Möglichkeiten der Online-Kommunikation werden sich rasant weiterent-

Statt Gold

Biokompatibler Zahnersatz

lotfrei aus
Cr Co Mo

monometallische Strukturen
aus **TITAN**
auf Implantaten verriegelt

passiver Sitz
durch SAE Funkenerosion

Zertifiziert nach
ISO 90001 + EN 46001



Fachlabor für
Implantat-
Zahnersatz

Rübeling Dental Labor

Langener Landstraße 173

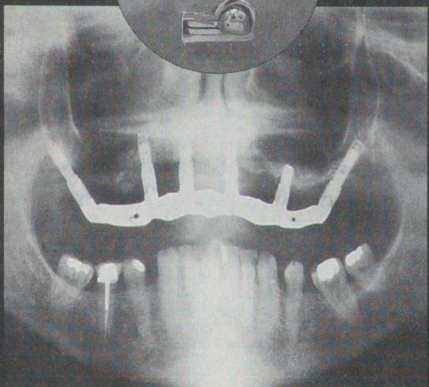
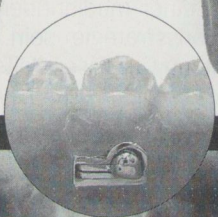
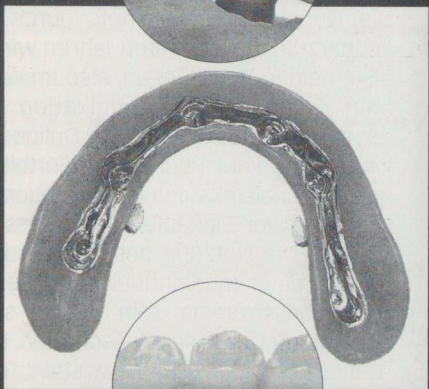
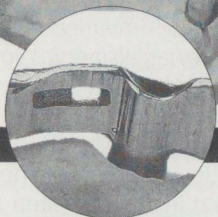
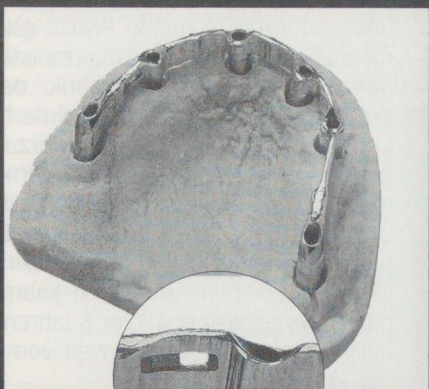
27580 Bremerhaven

Telefon: 0471 / 98487-0

Telefax: 0471 / 98487-44

E-Mail: ruebeling_dental_labor@t-online.de

Fordern Sie Infokatalog an!



wickeln. Nicht nur in dem von Ihnen angedeuteten Sinne, dass man sich zukünftig eher online und gleichzeitig austauschen können wird, während heute noch vieles offline und nacheinander stattfindet. Die Quantität an Informationen wird enorm zunehmen. Noch wichtiger als heute werden also geeignete Such- und Auswahl-Strategien sein. Zugleich wird es immer selbstverständlicher, dass ein Internetnutzer sich auch selbst im Internet präsentiert. Bei Ihnen ist dies bereits der Fall. Allerdings können Sie, aufgrund berufsrechtlicher Einschränkungen, nicht das präsentieren, was Sie möchten. Wie sieht sie aus – Ihre Vorstellung vom Zahnarzt als Nutzer und Anbieter, Ihre Zukunftsvision vom "Zahnarzt im Netz"?

M. Logies:

Ich denke, für die Mehrheit der Kollegen, die nur einen lokalen Markt bedienen, wird der Wert eigener Internetseiten auch zukünftig nur sehr begrenzt sein. Für überregionale Anbieter etwa von Implantaten ist hingegen ein WWW-Angebot sicher sinnvoll. Auch Zahnärzteketten sind im WWW vertreten, allerdings sind mir hier nur welche aus den USA und GB bekannt.

Der "Fielmann für die Zahnmedizin" lässt zumindest in Deutschland noch auf sich warten, auch wenn er für die gesamte Medizin bereits in einem Leitartikel der "Zeit" gefordert wurde (Nr.31 1999, http://www3.zeit.de/zeit/tag/aktuell/1999_31.gesundheit_.html).

Zumindest bei mir hier in der Kleinstadt habe ich mich in den 3,5 Jahren seit Praxisgründung sicher durch Mund-zu-Mund-Propaganda durchgesetzt, nicht wegen meines Internet-Engagements.

Ich erinnere mich nur an 2 Patienten, die übers Internet in meine Praxis gekommen sind: Einen älteren Lagermeister einer örtlichen Automatenfabrik, der in der Firma einen Internetanschluss hatte und eine neue Totalprothese brauchte und einen überregional und international publizierenden Computerjournalisten. Letzteren habe ich allerdings auf CompuServe zu einer Zeit kennengelernt, als Internet für Privatleute noch kaum zugänglich war, also etwa vor 8 Jahren. Zufällig wohnt er nun nicht weit von meiner Praxis entfernt.

Die Nutzung des Internets durch den Zahnarzt in den nächsten Jahren wird im allgemeinen Trend liegen, also im weitesten Sinne b2b-Kommunikation sein (business to business). Etwa Online-Banking, Bücherkauf, Buchen von Fortbildungen, Materialeinkauf und Informationsbeschaffung vor Einkäufen oder Messebesuchen. Die Nutzung des Internet kann nur Teil einer medienübergreifenden Informationsstrategie sein. Heute sollte die Nutzung seriöser Zeitschriften, etwa "Dental Abstracts", "CRA-newsletter", "DZZ" und "Evidence Based Dentistry" sowie ausgewählter Fortbildungsangebote durch den Zahnarzt noch im Vordergrund stehen. Wenn dann noch Zeit übrig ist, sollte der Zahnarzt Internetangebote selektiv nutzen.

I. Berger-Orsag

Die Zeit – natürlich ein grosses Problem, auch wenn jeder jeden Tag über 24 Stunden verfügt. Wir haben heute keinen Mangel an Informationsangeboten, wohl aber an freier Zeit. Insofern ist es gut, wenn wir bei den ersten Gehversuchen im Irrgarten-Internet nicht nur auf Ver-

such und Irrtum angewiesen sind. Ich persönlich, aber sicher auch andere Nutzer der elektronischen Medien, finde es hilfreich, wenn Leute wie Sie auf spezielle Informationsmöglichkeiten hinweisen oder wenn mir, wie das in den Mailing-Listen der Fall ist, eine Vorauswahl potentiell interessanter Texte geliefert wird. In diesem Sinne wollen wir ab und zu auch im DAZ-Forum Orientierungshilfen geben.

Ihnen vielen Dank fürs Mitmachen.

Irmgard Berger-Orsag
 DAZ-Geschäftsführerin

Hinweis: Ein Beitrag von Dr. Müller zu verwandter Thematik "Der Weg ins Netz" lesen Sie ebenfalls in dieser forum-Ausgabe, Seite 37

In forum 60/1998, Seiten 39-43, erschien ein Artikel von Dr. Müller über "DAZ-interne Kommunikation".

Internet-Infos in der Sommerpause

Nicht nur beim DAZ-forum hat man sich in diesem Sommer vermehrt mit elektronischer Kommunikation beschäftigt. Wie sich nach Redaktionsschluß zeigte, hat u.a. das Phillip Journal hier einen Schwerpunkt gesetzt. Das Internet-Special der Ausgabe 7-8/99 enthält Informationen zur historischen Entwicklung des Internets, zu den Nutzungsmöglichkeiten für Medizinberufe, speziell: für Zahnärzte, und zu zahnärztlichen Home-Pages. Die Beiträge sind anforderbar über den Verlag Neuer Merkur oder auszugsweise über die DAZ-Geschäftsstelle.

Positionspapier der Unionsfraktion Zuzahlungen unerlässlich

Die CDU / CSU - Bundestagsfraktion lehnt eine auf Dauer angelegte Budgetierung rigoros ab. Das "Morbiditätsrisiko darf nicht allein der Ärzteschaft aufgebürdet werden", heißt es in einem Positionspapier der Arbeitsgruppe Gesundheit. Die Union verlangt von der Bundesregierung eine Auseinandersetzung mit der Frage, wie die GKV mit zusätzlichen Mitteln von ihrer völligen Abhängigkeit von der Lohnentwicklung und der Zahl der abhängig Beschäftigten befreit werden kann. Nach Auffassung sind Zuzahlungen von Patienten unerlässlich, sie schränkt allerdings ein: "Mit Zuzahlungen allein lassen sich die Probleme der GKV allerdings nicht lösen. Zuzahlungen können aber erst dann reduziert werden, wenn man sich für alternative Finanzierungsformen entschieden hat", heißt es in dem Positionspapier. Darüber hinaus wendet sich die Union gegen Zulassungssperren für Ärzte und lehnt eine Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung ab.

BÄK-INTERN

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

Die AOK will's nicht gewesen sein

Wie ist es um die Pflichten der Sachbearbeiter der Krankenkassen bestellt? Folgender Fall beschreibt die mißliche Situation eines Patienten, die offenbar durch Versäumnisse seiner Krankenkasse entstanden ist, und erhält gerade angesichts des nunmehr eingeführten Zahnersatzbudgets eine besondere Brisanz.

Ende 1995 begab sich der ausländische Mitbürger, der der deutschen Sprache nur mit gewissen Schwierigkeiten mächtig ist, in die Behandlung eines Zahnarztes, da viele Zähne saniert werden mußten und eine starke Parodontalerkrankung vorlag. Der Kollege erstellte zutreffenderweise zunächst nur einen PA-Status und beantragte die PA-Behandlung bei der zuständigen AOK, welche den Plan auch genehmigte. Der Patient suchte, ohne die PA-Behandlung begonnen zu haben, aufgrund einer gewissen Unsicherheit und Unzufriedenheit kurz darauf einen weiteren Zahnarzt auf. Dieser fertigte ebenfalls einen Behandlungsplan, allerdings einen für Zahnersatz ohne lästige parodontale Umwege. Auch dieser Heil- und Kostenplan der neuen Praxis wurde von der AOK anstandslos bewilligt, und der Patient, sichtlich erfreut über das bereitwillige Vorgehen von Kasse und Zahnarzt begab sich sofort in die Behandlung, von der er allerdings erwartete, nunmehr langfristig von allen Zahnproblemen befreit zu werden.

Ohne eine PA-Behandlung wurde nun der Zahnersatz angefertigt, wobei kein Zahn von der Überkronung verschont blieb.

Die Freude des Patienten über die schnelle "Sanierung" währte demzufolge natürlich nicht lange. Das Zahnfleischbluten, das zu keinem Zeitpunkt verschwunden war, wurde im Laufe der Monate immer mehr, und auch alle sonstigen Symptome des Patienten verschlechterten sich zusehends, ohne daß der Zahnarzt eine Notwendigkeit zur Behandlung erkennen konnte. Ende 1997, also noch vor Ablauf der 2-Jahresfrist, wandte sich der Patient wieder an die AOK. Die Sprachprobleme des Patienten mögen mit dazu beigetragen haben, daß es zu einer Begutachtung seitens der AOK nicht kam.

Seit wenigen Wochen befindet sich der Patient nun erstmalig in einer systematischen PA-Behandlung, die sich wahrscheinlich ohne eine Entfernung des mittlerweile über 3 Jahre alten Ersatzes nicht erfolgreich therapieren läßt. Wegen diverser insuffizienter Kronenränder steht dessen Erneuerung ohnehin auf dem Programm. Mein Telefonat mit einem Sachbearbeiter der AOK ergab, daß dort nun nicht mehr an ein Mängelgutachten gedacht werde. Die Kosten für eine komplette Neuversorgung würden aber anstandslos übernommen. Ich fragte, ob der Kasse denn bei der Bewilligung des Ersatzes nicht aufgefallen sei, dass gleichzeitig auch bereits ein PA-Plan aus einer anderen Praxis genehmigt worden sei, vom neuen Behandler jedoch keine PA-Behandlung geplant war. Hier behauptete der AOK-Mitarbeiter offenbar leichtfertig, die PA-Behandlung der Erstpraxis (die tatsächlich nie

begonnen wurde) sei sicher auch gemacht und abgerechnet worden. Darüberhinaus behauptete er, daß auch ein Planungsgutachten angefertigt worden wäre. Dieses hat aber nach Aussage des Patienten nie stattgefunden. Auch konnte die AOK bisher meiner Bitte, für die Existenz dieses angeblichen Planungsgutachtens Beweis anzutreten, nicht nachkommen.

Es ergibt sich nunmehr die Situation, daß die Erneuerung eines kompletten Zahnersatzes notwendig wird, der nach Aktenlage gar nicht ohne weiteres hätte bewilligt werden dürfen. Weder wurde bei der Planung der Diskrepanz der praktisch gleichzeitigen unterschiedlichen Planungen zweier Praxen auf den Grund gegangen, noch wurde dem Patienten innerhalb der 2-Jahresfrist ein Mängelgutachten bewilligt, obwohl dieser rechtzeitig bei der Kasse vorstellig geworden war. Dieses ist umso ärgerlicher, als die Kosten für die Erneuerung seit diesem Jahr aus einem Gesamtbudget zu bestreiten sind und die Kasse auch aus diesem Gesichtspunkt heraus überhaupt keine Probleme mit der Neubewilligung sieht. Es erhebt sich die Frage, welche genauen Prüfkriterien bei den Krankenkassen zu berücksichtigen sind, wenn Leistungen bewilligt werden, und für welche Versäumnisse die Kassen haftbar gemacht werden können. Ich habe gegenüber der AOK die Übernahme der Zahnersatzbehandlung dieses Patienten für den Fall zugesagt, daß die AOK die Gesamtkosten unter Einschluß des Patientenanteiles übernimmt, und dieses selbstverständlich ohne Belastung meines Budgets. Bislang gab man sich dort ob dieses ungewohnten Ansinnens eher bedeckt und

bat zunächst um den Heil- und Kostenplan. Mit diesem ist freilich angesichts der erheblichen Parodontalprobleme vorerst noch nicht zu rechnen.

*Dr. Eberhard Riedel
München*

Gesundheitsministerin geht gegen Zahnärztekammern vor

Die nordrhein-westfälische Gesundheitsministerin Birgit Fischer hat aufsichtsrechtliche Schritte gegen die Zahnärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein eingeleitet. Beide Kammern hätten die von der Bundeszahnärztekammer initiierte Kampagne gegen die Gesundheitsreform 2000 unterstützt, erklärte die SPD-Politikerin am Freitag in Düsseldorf. Sie lasse es nicht zu, dass öffentliche Stellen »mit falschen Argumenten« die Menschen für ihre finanziellen Interessen instrumentalisierten.

Mit der Kampagne werde »das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient ausgenutzt und bei Patienten Angst geschürt«, schrieb Fischer. Im Rahmen der Aktion werden Patienten aufgefordert, wie Strafbettel aufgemachte Protestpostkarten zu unterschreiben. Mit der darin enthaltenen Bewertung der geplanten Gesundheitsreform der Bundesregierung hätten die Kammern ihre Befugnisse weit überschritten, erklärte die Ministerin.

Düsseldorf (AP)

Alles steril und gut geschmiert?

Zur EU-Norm für Kleinsterilisatoren

Ein kleiner Sterilisator ist eine einfache "schwarze Kiste", man gibt etwas hinein, drückt einen Knopf; wartet einige Minuten und nimmt das Produkt wieder heraus, mehr nicht," so erklärt uns Dipl. Ing. J.A.A.M. van Asten die Funktion des Sterilisators. Diese Wahrnehmung finde ich noch komisch, denn ich habe zwei solche Kisten in meiner Praxis, die werden zwischendurch noch warm und zischen, um einen Dampfüberdruck makro- bzw. mikroprozessorgesteuert abzulassen. Wenn Herr J.A.A.M. van Asten uns auch noch erklärt: "Es hat sich wissenschaftlich nachweisbar herausgestellt, dass einige Sterilisatoren, die schon mehrere Jahre im Verkehr sind, überhaupt nicht sterilisieren", dann frage ich mich, ob er als Dipl. Ing. überhaupt weiß, wovon er spricht, da wir niedergelassenen Zahnärzte in der Regel unsere Sterilisatoren freiwillig mit Sporenpackchen von Hygieneinstituten oder Industrie auf Funktionsfähigkeit überprüfen.

Aber Herr van Asten weiß es besser, denn er ist Vorsitzender der CEN TC 102 WG (Arbeitsgruppe) 5, die sich mit einer neuen EU Norm für Kleinsterilisatoren beschäftigt und sie noch in diesem Jahr durchsetzen will. Und diese Platitüden hat er nicht irgendwo geäußert, nein, sie sind Inhalt seiner Presseerklärung vom 13.04.99 anlässlich einer Pressekonferenz, die von der Firma SciCan mit Unterstützung der BZÄK (Scham über Euch) veranstaltet wurde. Warum veranstaltet die Firma SciCan aus Toronto/Ka-

nada (zusammen mit der BZÄK) eine Pressekonferenz und kürt Herrn van Asten, den Vorsitzenden der CEN TC 102 WG 5 zum Pressesprecher? SciCan, die im CEN TC 102 WG 5 auch noch mit ihrem Europa-Geschäftsführer Herrn H. Becker als Delegationsmitglied vertreten ist, stellt den bekannten STATIM Dampfsterilisator her...

Mit der Sterilität ist es wie mit der Schwangerschaft: entweder ja oder was?, ein dazwischen gibt es nicht. Dieses Problem ist uns bei unseren zahnärztlichen Instrumenten bewußt und hat zu der Anwendung von speziellen Kleinsterilisatoren für Hand- und Winkelstücke (siehe auch DAZ forum 45, 2/94) geführt, die von Prof. Bößmann mit speziellen Testflüssigkeiten überprüft und für gut befunden worden sind. Die übrigen zahnärztlichen Instrumente lassen sich in der Regel im herkömmlichen Autoklaven sterilisieren.

Teile der europäischen Industrie wollen uns seit Jahren gerne die Vacuumsterilisatoren als Standard vorschreiben (denn die hat noch fast keiner und sie sind schön teuer), die anderen wollten gerne auch ihre Entwicklungen auf dem Markt halten. Wozu hat man einen CEN-Ausschuss-Vorsitzenden und Berater, um nicht für sein Gerät eine neue Norm zu kreieren? So gibt es nun drei Klassen: B, S und N (und nicht 1,2,3, um zu verhindern, dass der Eindruck entsteht, dass ein Klasse 1 Sterilisator besser sei als ein Klasse 2 Sterilisator...). Klasse B ist der Vacuumsterilisator, in dieser Klasse

sind die besten Geräte für praktisch alle vorkommenden Instrumente, sofern sie es aushalten, Klasse N sind die "einfachen" Geräte und dienen laut Presseerklärung zum Sterilisieren von nur einfachen Sachen und Klasse S = speziell ist für klar umschriebene Anwendungsbeispiele, zum Beispiel Hand- und Winkelstücke, Hohlkörper, Endo-Instrumente. Der Knüller dabei ist, daß in der Norm der S-Klasse die Kriterien in Form von definierten Prüfkörpern nicht enthalten sein werden, *"die neue Norm erlaubt dem Hersteller eines S-Gerätes, einen zu seinem Einsatzbereich passenden Prüfkörper zu entwickeln und zu registrieren, vorausgesetzt, dass dessen Genauigkeit und Verlässlichkeit mindestens gleichwertig denen ist, die in der Norm aufgelistet sind"*.

"Nachtigall, ik hör' dir trabsen": Hast Du eine Turbine von Firma y, dann musst Du auch den Prüfkörper und die schwarze Kiste von y kaufen, um CEN-genormt steril zu arbeiten. Und ist das Winkelstück von x, dann kaufst Du noch den Prüfkörper und die Kiste von x und machst endlos viele Testzyklen mit protokollarischen Dokumentationen und lässt das alles von übergeordneter Aufsicht kontrollieren. Und da Du Deine Instrumente zur sterilen Lagerung eintütest, musst Du auch noch einen Vacuum-Sterilisator kaufen, der alleine um DM 9.000 + MwSt. kostet. Ein ausreichendes Sterilisationskonzept für eine normale Zahnarztpraxis, so verspricht uns Herr van Asten in seiner Presseerklärung, soll nicht mehr als ca. DM 2000 im Jahr kosten. Da muß er was vergessen haben, neben Abschreibung, Wartung und Validierung, für das der Betrag

kaum reichen wird, müssen wir auch noch Personal, Raum, Strom, Verpackungsmaterial und destilliertes Wasser bezahlen.

"Weil die Norm auf Fakten basiert und Natur und Wissenschaft keine Demokratie sind, bedeutet ein Nichterfüllen der Norm, dass nicht richtig sterilisiert wird, auch wenn Zahnärzte, Apotheker oder Mikrobiologen anderer Auffassung sind".

In einem Rundschreiben der ZÄK-HH wird das einfach so hingenommen mit dem Hinweis, daß man sich beim Neukauf vom Handel ausdrücklich zusichern lassen soll, daß das Neugerät der Norm entspricht und z.B. zum Sterilisieren von Hand- und Winkelstücken geeignet ist. Dies kann der Handel nicht zusichern, denn weder ist die Norm verabschiedet noch sind die Prüfkörper definiert, geschweige individuell entwickelt. Die "S"-Klasse existiert zur Zeit nur in den Köpfen, alles andere sind Wünsche und Versprechungen. Wir kennen das aus der Amalgam-Geschichte.

*Dr. U.Happ
Hamburg*

Alles kursiv wiedergegebene sind Zitate aus der Presseerklärung vom 13.4.99

Alle Sterilisatoren, die die Norm erfüllen sind von gleicher Qualität.

Soviel zum Qualitätsbegriff des Herrn v. Asten.

Die neue Norm erlaubt dem Hersteller, einen zu seinem Einsatzbereich passenden Prüfkörper zu entwickeln.

Soviel zum Normbegriff des Herrn Dipl. Ing. van Asten

Praxislabor zur Bewältigung der Liquidationskrise?

(Eine subjektive Darstellung)

Durch die Gesundheitsreformen und Budgetierung der zahnärztlichen Honorare schmelzen unsere Einkünfte immer weiter ab, wobei im ZE-Bereich bei gleichem Arbeitsumfang zahlenmäßig der Umsatz trotzdem fast gleichbleibend ist - da kann doch was nicht stimmen. Die mit ZE anfallenden Fremdleistungen sind so gestiegen, daß unsere Honorarverluste der letzten Jahre im Gesamtumsatz mehr als wettgemacht werden. Also müssen wir mit Hamsterad-Mentalität immer schneller oder mehr arbeiten, um unser Einkommen zu sichern? Dagegen spricht das Budget und fehlt die Nachfrage. Also Flucht ins Praxislabor?

Dieser Schritt muß wohl überlegt werden. Jeder von uns wird schon selbst gehört oder von zahntechnischen Bittstellern vorgetragen bekommen haben, daß sich mit Zahntechnik auch nicht unbedingt "eine goldene Nase" verdienen läßt. Vor die Realisierung einer Laborplanung gehören realistische betriebswirtschaftliche Überlegungen, die kann uns der Steuerberater und will uns der Einrichter vom Depot nicht abnehmen, da sind wir auf uns selbst gestellt. Wie vieles andere haben wir das nicht gelernt und müssen es dennoch tun. Zu Beginn meiner Berufstätigkeit hatte ich eine kleine Praxis mit Labor und Allround-techniker übernommen, ZE wurde gerade Kassenleistung, zwischen den Kassen bestand ein Wettbewerb im Bereich

von 80 - 95% Regelzuschuß. Die Nachfrage war riesig und die Honorierung sicher. Da habe ich meine "Allround-Klitche" schnell geschlossen und die spezialisierten Fachkräfte der gewerblichen Labore genutzt, die Qualität war bei geringerem Streß einfach besser. Anfang dieses Jahres habe ich, nun in anderen Räumen, wieder ein kleines Praxislabor als Gemeinschaftslabor gegründet, das andere Aufgaben hat und in einem anderen Wettbewerb steht. Der Spitta-Verlag hat gerade dieser Tage ein empfehlenswertes Nachschlagewerk zum Praxislabor¹⁾ herausgegeben, das ich mit meinen Erfahrungen ergänzen und diese Thematik zur Diskussion stellen möchte.

Ausgangspunkte

Mit einem Praxislabor sind Wettbewerbsvorteile verbunden, die sehr patientenfreundlich sind und sich vielleicht unter den Patienten rumsprechen: wir können patientennahe Serviceleistungen anbieten wie die schnelle Reparatur oder die Farbbestimmung und Einprobe unter Mitwirkung des Technikers, wir können Kulanzfälle einfacher regulieren oder Preise flexibler gestalten. Aber diese Wettbewerbsvorteile müssen sich

¹⁾ Das zahnärztliche Praxislabor - Leitfaden für Aufbau, Führung und Organisation Spitta Verlag, Mai 99, ISBN 3-932753-77-1 siehe auch Buchbesprechung Seite 68

rechnen, müssen sich selbst tragen. Wir können uns in der Regel kein Labor mehr als "Hobby" leisten und durch Mischkalkulation von der Praxis finanzieren. Um herauszufinden, ob sich ein Praxislabor wirtschaftlich rechnet, sollte jeder als erstes eine ehrliche Bilanz erstellen, welche zahntechnischen Leistungen im vergangenen Jahr von seinen Patienten in Anspruch genommen worden sind. Es bringt nichts, sich z.B. den phantastischen Ertrag eines CEREC-Gerätes bei nur 3-4 Keramik-Inlays pro Tag vom Vertreter vorrechnen zu lassen, wenn man aus seiner Vorjahresbilanz weiß, daß man kaum pro Monat 5 Keramik-Inlays eingegliedert hat. Das wird nächstes Jahr nicht viel anders sein.

Es ist sehr wichtig, diese Umsatz-Bilanz möglichst differenziert nach Einzelarbeiten der vier großen Gruppen Kunststoff, Modellguß, festsitzender und kombi. ZE sowie Keramik aufzustellen, um zu entscheiden, was man in seinem Labor machen (lassen) will.

Kostenüberlegungen

Die Kosten eines Praxislabors lassen sich einteilen in Raumkosten, Personalkosten, Investitionskosten und Materialkosten. Die Materialkosten sind dabei der geringste Anteil - sie sind zudem von einer beschränkten Vorratshaltung abgesehen vom Arbeitsanfall direkt abhängig. Die anderen Kosten sind jedoch Fixkosten, die monatlich als Miete, Gehalt, Zinsen usw. gezahlt und vom Labor sicher erbracht werden müssen. Hat man nun z.B. im vergangenen Jahr pro Monat 8 Modellguß-Prothesen eingegliedert, so läßt sich leicht errechnen, daß man

damit keine Hochfrequenzschleuder nebst Modellgußtechniker finanzieren kann - und beides zudem nicht ausgelastet wäre. Die Miete für den benötigten Raum und der Stromverbrauch ist auch erheblich - diese Arbeiten wird man also kaum anfertigen.

Haben wir unsere ZE-Umsatz-Bilanz, so sollten wir sie nun den zu erwartenden Kosten gegenüberstellen. Die Raumkosten hängen von den örtlichen Gegebenheiten ab, die Raumgrößen einmal vom Angebot, zum anderen vom Umfang der gewünschten Arbeiten. Kann man für einen Technikerplatz mit 8-10 qm rechnen, so muß man doch berücksichtigen, dass man für Keramik, für Giessarbeiten und Gipsarbeiten möglichst abgetrennte Bereiche benötigt. Im Spitta-Buch findet man dazu zahlreiche Hinweise. Ebenso ist dort ein herrlicher Maschinenpark zur Grundausrüstung beschrieben, der die Gründungskosten auf DM 100.000.- bis DM300.000 hochschraubt. Bevor man in die schönen Bilder versinkt, muß man sich seiner Umsatzbilanz erinnern. Alles will finanziert sein. Auch die Personalkosten hängen von den gewünschten Arbeiten ab. Wenn es zur Zeit auch nicht so schwer sein sollte, einen Zahntechniker zu finden, so haben sie doch unterschiedliche Gehaltsvorstellungen. Ein Allroundtechniker verdient deutlich mehr als ein Kunststofftechniker, aber fast so viel oder mehr als ein Keramiker. Eine kostengünstige Hilfskraft kann nur zu umsatzschwachen Hilfsarbeiten eingesetzt werden (siehe Tabelle am Ende des Beitrags).

Kalkulation

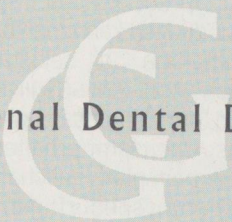
Nachdem wir uns nun so ungefähr ein Bild gemacht haben, welche Kosten auf

uns zukommen, können wir genauer kalkulieren, welche Kosten pro Technikerstunde entstehen: Raumkosten + Personalkosten + Investitionskosten + Materialkosten: produktiv gearbeitete Stunden = Stundenkostenfaktor. Dieser allein ist maßgebend für wirtschaftlichen Erfolg oder Verlust. Wenn unser Keramiker drei Kronen in der Stunde verblenden kann, aber nur eine zum Verblenden hat, dann entsteht diese mit dem dreifachen Kostenfaktor. Und wenn wir ihm in der Woche nur 10 Kronen zur Verblendung geben, dann kann er sich noch so sehr anstrengen, er bringt nur Verluste. Wenn dann einmal in anderer Farbe nachgebrannt oder die Zahnstellung geändert werden muß, ist der Techniker zwar beschäftigt, aber der Stundenkostenfaktor steigt weiter wie gleichzeitig der Ertrag sinkt. Es ist also sehr wichtig, nach den Umsatzerwartungen auf Basis der Vorjahresergebnisse zu errechnen, wieviel Zahntechnikerstunden man in welchem Bereich der Zahntechnik auslasten kann und welche Ausrüstung an Instrumenten und Geräten dafür notwendig ist. Nun gibt es in der Literatur keine Anhaltspunkte, wieviel Zeit der Techniker für die einzelnen Arbeiten benötigt und wieviel Zeit für "unproduktive" Arbeiten benötigt wird wie Arbeitsvor- und Nachbereitungen, Rechnungserstellung, Dokumentation und Buchführung, Materialbestellung und -verwaltung, Arbeitsplatzsäuberung und Fortbildung, Krankheit und Urlaub. Genauso weiß niemand exakt, wieviel Zeit wir effektiv am Patienten arbeiten und wieviel wir mit anderen Dingen in der Praxis verbringen. Wir spüren nur, daß durch jede Gesundheitsreform und Umwelt- Hygiene- oder EG-Auflage die

uneffektive Zeit enorm anwächst. Die Gebührenordnung gibt uns eine grobe Orientierung. Für unsere zahnärztlichen Behandlungen gibt es Kalkulationen, die Praxiskosten pro Stunde von DM 250 bis 400 angeben und auf Mischkalkulation beruhen. Für die Zahntechnik möchte ich nach meinen Recherchen und ersten Erfahrungen DM 90.- bis 200.- je nach Bereich der Technik (ohne Mischkalkulation) schätzen. Daraus folgt, daß der Techniker für eine totale Unterfütterung etwa eine Stunde Zeit hat, sich genauso lange mit einer Krone beschäftigen kann und etwas schneller sein muß bei der Kunststoff- oder Keramikverblendung. Die Prothesenreparatur muß auch in ca. 40 Minuten fertig sein, eine ergänzende gebogene Klammer gibt noch mal für ca. 10 Minuten Luft - alles incl. der notwendigen Vorarbeiten wie Modelle und Nacharbeiten wie Rechnungserstellung usw. Die Arbeiten sind in der Zeit wohl zu schaffen, ein wirtschaftlicher Gewinn entsteht jedoch erst, wenn 3 oder 4 Kronen zusammen modelliert, gegossen und verblendet werden oder mehrere Prothesen parallel bearbeitet werden, die effektive Arbeitszeit also durch gute Auslastung optimiert wird. Das ist für das kleine Labor ungleich schwerer zu schaffen und deshalb ist die vorausplanende Bilanz so wichtig, in welchem Umfang welche Arbeiten zu erwarten sind. Es darf nicht dazu kommen, daß unsere Behandlungsplanungen zu ABM-Maßnahmen für das Praxislabor entarten.

Praxis-Labor-Gemeinschaft

Um eine bessere Auslastung des Labors zu erreichen, bietet sich der Weg der La-



Genal Dental Depot

FIRST

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

24
Std.
Service

CLASS

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

Service

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

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

borgemeinschaft an. Diese kann, in anderen Räumen gelegen, von mehreren Zahnärzten gegründet und geführt sein und unterscheidet sich im Service und Betriebsablauf kaum vom herkömmlichen gewerblichen Labor - außer daß das wirtschaftliche Risiko (bzw. Gewinn) in Händen von Zahnärzten liegt. Zum anderen kann es bei Gemeinschaftspraxen oder sehr nahe beieinander liegenden Praxen wie bei mir in den Praxisbereich integriert werden, so daß jederzeit kurzfristiger Kontakt zwischen ausführendem Techniker, Zahnarzt und ggf. Patienten möglich ist. Der einzelne Zahnarzt ist bei der Laborgemeinschaft allein verantwortlich und weisungsberechtigt für die für ihn gefertigten Arbeiten!

Zur rechtlichen Gestaltung als GmbH oder BGB-Gesellschaft sind dem Spitta-Buch alle wichtigen Hinweise und Musterverträge zu entnehmen. Die BGB Gesellschaft kann man weitgehend frei gestalten, während eine GmbH viele rechtliche Vorschriften zu erfüllen hat und notarielle Verträge geschlossen werden müssen. Bei beiden Vertragsformen sollte man sich vorher klar und einig sein, welchen Zielen die Gemeinschaft folgen soll. So sollten z.B. die beteiligten Zahnärzte für die in der Gemeinschaft zu fertigenden Arbeiten möglichst gleiche Verfahren und Qualitätsmerkmale erstreben.

Kosteneinsparungen

Aus der Darstellung wird deutlich, daß der finanzielle Spielraum wie überall im Gesundheitssystem eng geworden ist, es drücken insbesondere die hohen Lohn- und Investitionskosten. Für beides

ein Tip zur Kosteneinsparung. Bei Neugründungen kann man bis zu 2 Jahre nach Aufnahme der selbständigen Tätigkeit nach § 225-228 SGB III² Förderungsgelder von der Bundesanstalt für Arbeit über das Arbeitsamt erhalten, wenn ein neuer Arbeitsplatz geschaffen wird und ein förderungsbedürftiger, d.h. arbeitsloser Arbeitnehmer eingestellt wird. Nach § 217-224 SGB III kann man beim Arbeitsamt auch Eingliederungszuschüsse der Bundesanstalt für Arbeit erhalten, wenn man Arbeitnehmer einstellt, die ohne diese Leistung nicht oder nicht dauerhaft in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden können. Eine Nachfrage lohnt.

Für die notwendigen Geräte gibt es zur Zeit auf dem Second-hand-Markt ein reichhaltiges Angebot von geprüften Geräten mit Garantieansprüchen. Die gebrauchten Geräte des Dental Depots erweisen sich dabei als deutlich teurer als die von speziellen Versandfirmen (siehe Kleinanzeigen in den ZM oder DZW), hier sollte man sich verschiedene Angebote einholen. Besonders günstig fand ich die Firma Guinand³ in Wilhelmshafen, bei der man in einem großen, chaotisch über viele Garagen verteilten Warenlager eigentlich alle notwendigen Geräte in ver-

2 Merkblatt "Hinweise zu Eingliederungszuschüssen (EGZ) und Einstellungszuschüssen bei Neugründungen (ENZ) nach dem Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III) § 217-228" kann bei der DAZ Geschäftsstelle, Belfortstr. 9, 50668 Köln zusammen mit der Tabelle "Löhne und Gehälter im Zahntechniker Handwerk 1997", Musterblatt Umsatzsteuerabrechnung und andere Planungsunterlagen bei Übersendung eines mit DM 3.- frankierten adressierten Rücksendeumschlages angefordert werden.

3 Peter Guinand Dentalgerätehandel, Deichstr. 8a, 26382 Wilhelmshaven Tel. 04421-994667

schiedenen Ausstattungen für 1/3 bis 1/2 des Neupreises finden kann. Nun ist die Firma in eine alte Molkerei umgezogen und hat eine große Ausstellungshalle. Ein Besuch lohnt auf jeden Fall.

Mit dem Labor unterliegen wir ab einem Jahresumsatz von DM 32.500.- für die Anfertigung und Reparatur von ZE (nicht KBR!) der z.Z. 7%igen ermäßigten Umsatzsteuerpflicht, die wir an das Finanzamt abführen müssen, uns aber mit unseren Rechnungen von den Patienten bzw. der Krankenkasse wiederholen. Dieses hat durchaus auch Vorteile für uns, denn wir sind für unsere Investitionen und Materialien sowie andere Kosten wie Strom und Telefon für das Labor zum Vorsteuerabzug berechtigt, was eine Einsparung von z.Z. immerhin 16% Mehrwertsteuer bedeutet. Einzige Auflage ist, daß in der Buchführung die Kosten für Praxis und Labor streng getrennt sind.

Resümee

Ein Praxislabor lohnt sich in der Hinsicht, daß es gute Serviceleistungen und ein gutes Marketing für unsere Patienten bieten und manche Arbeitsgänge erheblich erleichtern kann. Wirtschaftlich lohnt es sich nur, wenn man knallhart kalkuliert, wenn man es auslasten kann, nur mit den Arbeiten beschäftigt, die in angemessener Zeit erbracht werden können und nur die Investitionen tätigt, die durch regelmäßigen Einsatz kostendeckend sind. Die zahnärztliche Behandlung darf nicht zur Arbeitsbeschaffungsmaßnahme für das Labor degradieren, genauso darf das Labor nicht das zahnärztliche Behandlungsspektrum auf wenige Techniken beschränken. Deshalb ist es zur Bewältigung einer Liquidationskrise meiner Meinung nach nicht geeignet.

*Dr. U.Happ,
Hamburg*

Tabelle Durchschnittslohn 1997 bei 40 Stunden Woche

	bis 4. Gesellenjahr (mehr als 4 bzw. 7 Jahre)			
	West	Ost	West	Ost
1. Allroundtechniker	3.504.-	2.731.-	4.622.-	2.934.-
2. Kunststofftechniker	2.974.-	2.356.-	3.872.-	2.635.-
3. Modellgußbereich	3.233.-	2.551.-	4.313.-	k.A.
4. Edelmetalltechniker + Keramik	3.479.-	2.689.-	4.742.-	3.076.-

Für Zahntechniker gibt es keine Tarifvereinbarungen und das Durchschnittseinkommen schwankt in den einzelnen Bundesländern erheblich. Eine ausführliche Tabelle für 1997 kann bei der DAZ-Geschäftsstelle angefordert werden (siehe Fussnote 2).

Mini-Preß-Injektorsystem

zur Herstellung von paßgenauen Prothesenbasen

Zur Herstellung der Kunststoffbasen für Totalprothesen werden im wesentlichen zwei Verfahren angewandt, die Heisspolymerisate im Kochverfahren sowie die Thermoplaste im Spritzgußverfahren.

Beim Spritzguß wird mit hohem Druck und Temperatur ein Polyamid in eine Hohlform - ähnlich wie beim Metallguß - gepreßt. Da das verwendete Polyamid (gebräuchliche Bezeichnung: Nylon) nahezu monomerfrei ist, kann es in Kombination mit Porzellan-Zähnen bevorzugt zur Versorgung von Acrylat-Allergie-Patienten eingesetzt werden. Zusätzlich ist der so gefertigte Zahnersatz sehr paßgenau und bruchfest. Dennoch konnte sich dieses Verfahren bisher nicht breit durchsetzen. Die technische Ausrüstung zum Spritzguß ist sehr kostspielig und Reparaturen und Unterfütterungen lassen sich nur unbefriedigend mit (kaltpolymerisierenden) Acrylaten durchführen (weiterführende Angaben zum Spritzguß siehe DAZ-forum 63, 4/98 S.33f.).

Die Heisspolymerisate werden herkömmlicherweise kalt in Küvetten mit hohem Druck eingepreßt und anschließend zum Auspolymerisieren im Wasserbad gekocht. Das Ausfüllen des ganzen Prothesenraumes wird durch Vor- und kontinuierliches Nachpressen mit der hydraulischen Küvettenpresse sichergestellt und solange durchgeführt, bis Acrylat-Überschüsse am Rande der fest zusammengepreßten Küvette austreten. Dieses Verfahren führt zu systemty-

pischen Ungenauigkeiten. Einmal führt das Herauspressen von Überschüssen immer wieder zu schwer erkennbaren Bißerhöhungen und Abweichungen, so daß Remontage und Einschleifen erforderlich wird. Zum anderen kommt es durch die Polymerisationskontraktur zu Ungenauigkeiten der Prothesenbasis, insbesondere am Gaumen, sodaß von der Wissenschaft auch die These vertreten wird, einen neuen OK-Zahnersatz sofort zu unterfüttern

Zum Eliminieren dieser systemimmanenten Fehler wurden Ideen des Spritzgußverfahrens mit dem Kaltpreßverfahren kombiniert und als Injektionsverfahren in die Labortechnik eingeführt. Bei dieser Technik wird die mit Guß- bzw. Injektionskanälen versehene Wachsmodellation in eine fest verschleißbare Küvette gegeben, sodaß nach dem Ausbrühen wie beim Spritzguß ein definierter Hohlraum entstanden ist. In diesen Hohlraum wird nun z.B. bei dem Palajet® Verfahren von Kulzer der Acrylat-Teig mit Hilfe eines Druckkolbens gleichmäßig und blasenfrei hineingepreßt (injiziert), bis Material aus Entlüftungskanälen wieder austritt. Nach 5 Minuten kann die Küvette (bei Verwendung von PalaXpress®) zum Auspolymerisieren in ein Polymerisationsgerät (bei 55°C und 2 bar) gegeben werden.

Vorstellen möchte ich das Mini-Preß-Injektor-System von Nolden¹⁾, daß bei Verzicht auf aufwendige Geräte das Injektionsverfahren weiter verbessern konnte: In die mit dem Einpreßkanalformner versehene Küvetten-Unterseite wird die

1) Nolden KG, 37520 Osterode, Tel. 05522-2660
Fax - 74273, im Ruhestand, bei ausreichendem Interesse wird die Produktion wieder aufgenommen.

Wachsmodellation wie üblich eingebettet. Anschließend werden Einpreßkanäle aus Wachs vom Kanalformer bis zur Prothesenbasis gelegt und der Gips gut isoliert. Der Küvettenrand muß absolut sauber sein.

Danach wird das Küvettenoberteil aufgesetzt, mit vier Imbusschrauben fest verschlossen und mit Gips gefüllt. Nach dem Abbinden des Gipses wird der Kanalformer abgeschraubt und die Küvette wie üblich erwärmt, geöffnet, ausgebrüht, der Gips isoliert und die Zähne angeraut. Abschließend wird die Küvette mit den Imbusschrauben wieder fest verschraubt und ist zur Injektion fertig vorbereitet.

Zum Einpressen wird der zähflüssig angerührte Kunststoffbrei (herkömmliches Heisspolymerisat) in die aus massivem Messing gefräste Injektionsspritze gefüllt und letztere auf den Einpresskanal geschraubt (Abb.1). Mit dem kräftigen Knebel wird der Kunststoff langsam bis zum Spüren eines leichten Gegendruckes in die Küvette eingepreßt, nach ca.5 Sekunden wird der Knebel noch einmal angezogen.

Nun wird die Injektionsspritze wieder abgenommen und durch den Nachpresszylinder ersetzt. Durch verschieden tiefes Einschrauben läßt sich ein Nachpressdruck einstellen, der mechanisch durch eine Feder sicherstellt, daß automatisch nachgestopft wird und Volumenveränderungen in der plastischen Polymerisationsphase ausgeglichen werden. Hierin sehe ich einen deutlichen Vorteil dieses Systems. Zum Polymerisieren wird die Küvette wie üblich ins Wasserbad gegeben und gekocht.

Nach dem Abkühlen wird der Nachpresszylinder abgeschraubt, die Imbusschrau-

ben sowie Fixierungsmutter entfernt und die Küvette mit dem speziellen Ausblockbügel (Abb.2) geöffnet - sofern es möglich ist. Hier möchte ich Kritik üben: die Querstange an der Schraube des Bügels ist zu klein bemessen. Sie müßte so

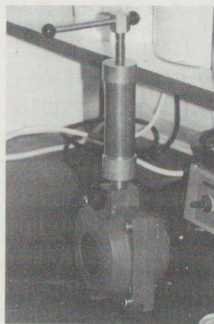
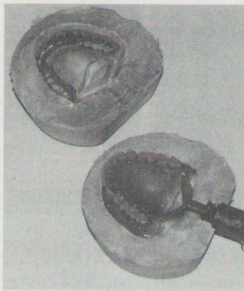


Abb.1



Abb.2



groß wie an der Injektionsspritze sein. Regelmäßig müssen wir anderes Werkzeug zur Vergrößerung des Griffes ansetzen.

Abb.3

Die geöffnete Küvette entschädigt uns aber für diese Mühe: wir können ihr eine gut polymerisierte, saubere Prothese entnehmen, die nur wenig Nacharbeiten erfordert (Abb. 3). Erfreulich und erwähnenswert ist auch, daß der Preis des ganzen Systems nur DM 619,60²⁾ beträgt.

Dr. U. Happ, Hamburg

2) M+W-Dental, Industriestr. 25, 63654 Büdingen, Tel: 06042-8800-88

Appell zum "Tag der Zahngesundheit" am 25. September:

Damit Karies keine Chance mehr hat

Breitere Verwendung von fluoridiertem Speisesalz gefordert

Den Kampf gegen Karies konsequent weiter zu führen - das ist u. a. das Ziel des diesjährigen "Tag der Zahngesundheit", der am 25. September von bundesweiten Aktionen begleitet wird. Die Experten sind sich einig: Das Potential an effektiven Maßnahmen zur Vorbeugung gegen kariöse Zahnschäden ist noch längst nicht ausgeschöpft, auch wenn in den letzten Jahren ein erfreulicher Rückgang der Karieshäufigkeit, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, erzielt wurde.

Die Bevölkerung sollte deshalb vor allem in noch größerem Umfang als bisher von fluoridiertem Speisesalz, das als wirkungsvolle und gleichzeitig ungefährliche Vorbeugemöglichkeit gegen Karies gilt, profitieren können. Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle von der Universität Heidelberg fordert daher die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger in Deutschland auf, die gesetzlichen Voraussetzungen für eine breitere Anwendung von Fluoriden in Form von fluoridiertem Speisesalz zu schaffen. Da viele Menschen ihre Nahrung heutzutage nicht mehr selbst zubereiten, müßte auch in Gaststätten und Grossküchen bzw. Kantinen die Möglichkeit bestehen, das so wichtige fluoridierte Jodsalz einzusetzen. Auch für die gewerbliche Herstellung von Lebensmitteln, etwa in Bäckereien, wäre die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz sehr zu empfehlen. Fluoride im Speisesalz sind deshalb so sinnvoll, weil in unserem Trinkwasser keine oder nur minimale Mengen davon ent-

halten sind. Da fluoridiertes Speisesalz in Deutschland in Kombination mit Jod zur Verfügung steht, ist damit gleichzeitig auch ein Schutz vor jodmangelbedingten Schilddrüsenkrankheiten gegeben. Auf einfache und kostengünstige Weise wird damit breitenwirksam gleich zwei 'Volkskrankheiten', der Karies und dem Kropf, vorgebeugt. Derzeit beträgt der Marktanteil von fluoridiertem Jodsalz am gesamten Haushaltspaketsalzabsatz allerdings erst 30 Prozent. Anzustreben wäre nach Staehle ein Marktanteil von ca. 80 Prozent, wie dies in der Schweiz der Fall ist. Mit einem solchen Fluoridangebot in Verbindung mit einer zahngesunden Ernährung und einer optimalen Mundhygiene würden der Karies dann keine Chance mehr gegeben. IfK

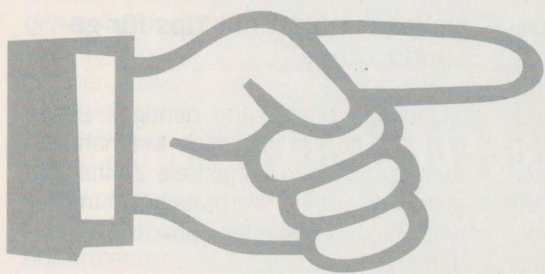
Freude am Beruf ?

JA! Es gibt noch Augenblicke, wo man weiß, warum man ausgerechnet diesen Beruf ausübt, auch in dieser Zeit, die einem im Osten immer bekannter wird (die DDR hat im Gesundheits-unwesen doch überlebt - zum 50. Jahrestag der DeDeer -sie läbe hoch-hoch-hoch!), wo spontan einige Parolen durch den Kopf schießen: "Mut zur Lücke - wir pfeifen lustig durch die Zähne & auf die Stützzonen", dafür gab es aber Elmex-Gelee für alle auf "Kasse". Dieses und vieles andere mehr habe ich sofort vergessen, als mir eine kleine Patientin (I. Klasse) ein Zahnbuch schenkte. Jetzt einfach zurücklehnen und sich im wahrsten Sinne des Wortes verzaubern lassen. R. E.

Unser Titelbild ist dem Zahnbuch entnommen, das Claudia aus Chemnitz gemalt hat.

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.

50 Jahre DAJ

Noch nicht jedem in der dentalen Szene ist sie ein Begriff: die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ). Seit inzwischen 50 Jahren setzt sie sich auf Bundesebene für die Zahn- und Mundgesundheit der Bevölkerung ein - vor allem durch Förderung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe (seit es diese gibt). Der DAZ ist eines von über 50 Mitgliedern des Organisations-Bündnisses, dem u.a. die BZÄK, der Verband der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst, die Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die kommunalen Spitzenverbände, die Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege und zahlreiche an Prophylaxe interessierte Verbände und Firmen angehören. Die Mitgliedschaft des DAZ wurde im Laufe der Zeit immer wieder diskutiert. Zwar kann der DAZ die Ziele der DAJ hundertprozentig unterschreiben. Die Frage ist aber, was eine Organisation leistet, in der so unterschiedliche Partner wie die Berufsvertretung der Zahnärzte und die Spitzenverbände der GKV auf einen Nenner kommen müssen. Tatsächlich haben die Interessenskonflikte der Beteiligten wohl auch in mancher Frage das Tempo der DAJ gehemmt. Dennoch: die Bilanz der vergangenen Jahre ist sicher positiv. Wer sie erfahren und mit den Prophylaxe-Aktivisten aus ganz Deutschland zusammen feiern will, sei verwiesen auf die Feierstunde am 21.9.1999 im Kaisersaal Erfurt, Futterstr. 15/16, sowie auf die Eröffnungsveranstaltung zum Tag der Zahngesundheit 1999. Sie findet am nächsten Tag, dem 22.9.1999, ebenfalls im Erfurter Kaisersaal statt und steht

unter dem Motto: "Zahngesundheit für alle - 50 Jahre Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege". Ministerin Andrea Fischer wird - neben verschiedenen anderen Rednern - ein Referat halten zum Thema "Die Verantwortung der Politik für die Zahn-/Mundgesundheit". Karten für die Veranstaltung sind bei der Bundesvereinigung für Gesundheit, Bonn, oder vereinzelt über die DAZ-Geschäftsstelle zu erhalten.

Neues Faltblatt mit Tips für gesunde Zähne

Richtige Pflege und richtiges Essen und Trinken sind wichtige Maßnahmen für gesunde und kariesfreie Zähne, die aber von vielen Verbrauchern immer noch nicht konsequent praktiziert werden.

Das neue Faltblatt »Pflege und Ernährung - Bausteine für gesunde und schöne Zähne« der Informationsstelle für Kariesprophylaxe greift deshalb speziell diese beiden Themen auf und gibt dazu entsprechende Ratschläge. Diese reichen vom richtigen Putzen der Zähne mit dem richtigen Zubehör über die Möglichkeiten der Fluoridanwendung bis zum zahnfreundlichen Essen und Trinken und Tips für den Umgang mit Süßigkeiten.

Das Faltblatt kann kostenlos angefordert werden bei:

**Informationsstelle für Kariesprophylaxe,
Postfach 1352,
64503 Groß-Gerau,
Telefon: 06152-81466,
Fax: 06152-81788,
eMail: praxis.press@t-online.de**

Argumente für den Gebrauch von fluoridiertem (und jodiertem) Speisesalz in der Gemeinschaftsverpflegung

H. Przyrembel, Berlin

Der Einsatz von Fluoriden ist bekanntermaßen eine wesentliche Säule der Kariesprophylaxe. Aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse wird der lokalen Fluoridapplikation gegenüber der systemischen Zufuhr zunehmend der Vorrang eingeräumt. Auch die Erfolge der Wasser-, Tabletten- oder Salzfluoridierung beruhen in erster Linie auf einem lokalen Effekt in der Mundhöhle. Beispielsweise führt der Verzehr von Speisen, die mit fluoridiertem Salz zubereitet wurden, regelmäßig zu einer Erhöhung der Fluoridkonzentration im Speichel und damit zu einer Förderung der Remineralisation des Zahnschmelzes.

Vor diesem Hintergrund wurden in den zurückliegenden Jahren in einer Reihe von Ländern - so auch in Deutschland - die Dosierungsempfehlungen für die Fluorid Supplementation verändert. Auf der Grundlage neuer »evidenz-basierter« Empfehlungen sind auf diesem Gebiet auch künftig weitere Veränderungen und Aktualisierungen zu erwarten. So könnten beispielsweise fluoridreduzierte Kinderzahnpasten ab Durchbruch des ersten Milchzahnes empfohlen werden, wenn das Putzen überwacht und nur eine kleine Pastenmenge benutzt wird, und das Kind keine Fluoridtabletten, sondern fluoridiertes Speisesalz in geringen Mengen über die Familienmahlzeiten aufnimmt.

Der Wissenschaftliche Beirat der Informationsstelle für Kariesprophylaxe des DAZ dankt deshalb Frau Professor Przyrembel für die nachfolgend wiedergegebenen Argumente, weil derartige präzise Daten bei künftigen Diskussionen außerordentlich nützlich und hilfreich sein können.

Die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz, das in Deutschland als Jodsalz mit Fluorid im Lebensmittelhandel erhältlich ist, hat in den letzten Jahren im Privathaushalt großen Anklang gefunden. Aus diesem Grund wird in verstärktem Maße auch die Verwendung dieses Kombinationsalzes in Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung diskutiert. Dazu einige Argumente:

1. Fluoridiertes Speisesalz (250 mg Fluorid pro Kilogramm Salz) ist in Deutschland bisher **nur mit Ausnahmegenehmigungen zugelassen**, seit 1991 **für den häuslichen Gebrauch**, seit 1998 (nach vorheriger Einholung einer Ausnahmegenehmigung beim BMG) auch **zur Verwendung in der Gemeinschaftsverpflegung**.

2. Fluoridiertes Speisesalz wird **empfohlen** für den häuslichen Gebrauch (einschließlich der Zubereitung warmer Mahlzeiten) **anstatt** der Einnahme von **Fluoridtabletten und wenn** das lokale

Trinkwasser weniger als 0,7 mg Fluorid/l bzw. das verwendete Mineral-, Quell- oder Tafelwasser weniger als 0,7 mg Fluorid/l enthalten.

3. Kinder vor dem vollendeten 2. Lebensjahr, deren Nahrung nicht gesalzen werden sollte, sollten täglich 0,25 mg Fluorid als Tablette erhalten, wenn das Trinkwasser weniger als 0,3 mg Fluorid/l enthält.

4. **90 %** der von zentralen Wasserwerken gelieferten **Trinkwässer in Deutschland** enthalten **weniger als 0,25 mg Fluorid/l**.

5. Eine **Zahnpflege unter Aufsicht** mit fluoridhaltigen Zahnpasten ist neben dem Gebrauch von Fluoridtabletten oder fluoridiertem Speisesalz ab dem Alter von 3 Jahren zu empfehlen (für Kinder unter 6 Jahren nur fluoridreduzierte Zahnpasten mit bis zu 0,05 % Fluorid).

6. Aufgrund des niedrigen Fluoridgehaltes in unseren Lebensmitteln und im Trinkwasser beträgt die **durchschnittliche Fluoridaufnahme mit der Nahrung** in Deutschland **bei Erwachsenen durchschnittlich 0,5 mg pro Tag, bei Kindern jenseits des Säuglingsalters 0,1 bis 0,2 mg pro Tag**.

Dem steht folgende von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung als »angemessen« eingestufte tägliche Fluoridzufuhr gegenüber.

1 - 3 Jahre	0,7mg
3 - 8 Jahre	1,1 mg
8 -13 Jahre	2,0 mg
13 -18 Jahre	3,2/2,9 männl./weibl.
über 18 Jahre	3,8/3,1 männl./weibl.

Das heißt, bei Verzicht auf Fluoridtabletten, bei Verzehr gebräuchlicher Lebensmittel und Trinken lokalen Trinkwassers sind die **empfohlenen Zufuhrmengen in der Regel nicht zu erreichen**.

7. Jedes Gramm verwendeten fluoridierten Speisesalzes, das aufgenommen wird, erhöht die Fluoridzufuhr mit der Nahrung um 0,25 mg.

Der **tägliche Salzverzehr** beträgt in Deutschland bei Männern bis zu 12 g, bei Frauen bis zu 10 g.

10 % des Salzverzehrs ergibt sich aus dem natürlichen Salzgehalt unbehandelter Lebensmittel, **15 % werden durch Salzen von Speisen im Haushalt erbracht** und 75 % durch Zugaben von Lebensmittelherstellern.

Bei Verwendung von **fluoridiertem Speisesalz** im Haushalt ergäbe sich eine **zusätzliche Fluoridzufuhr für Männer von 0,45 mg, für Frauen von 0,375 mg/Tag**. Damit wäre eine **Gesamtfluoridzufuhr von bis 0,95 für Männer und bis 0,875 mg für Frauen erreicht**.

Selbst wenn alles zur Herstellung von Lebensmitteln verwendete Salz fluoridiert wäre, ergäbe sich für Männer nur eine Gesamtfluoridzufuhr bis zu 3,2 mg/Tag und für Frauen bis zu 2,75 mg/Tag.

8. Eine mit der Verwendung von fluoridiertem Speisesalz im Haushalt erzielbare Fluoridgesamtaufnahme **bis 0,95 mg/Tag** (Männer und Frauen) liegt noch unterhalb der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung für die tägliche Gesamtfluoridzufuhr. Sie ließe also noch breiten Raum für die eventuell höhere Fluoridaufnahme durch Trinken von Wasser mit mehr als 0,25 mg Fluorid/l. Selbst das Trinken von 2 Litern Was-

ser mit 1 mg Fluorid/l würde die Gesamtfluoridaufnahme nicht über den Wert der angemessenen Zufuhr von 3,8 mg Fluorid/Tag erhöhen, ebensowenig wie das Trinken von schwarzem Tee, der je nach Sorte, verwendetem Wasser und Aufgußzeit bis zu 3 mg Fluorid/l enthalten kann. Eine Überschreitung der maximal tolerierbaren Gesamtzufuhr von 10 mg Fluorid pro Tag ist nicht zu befürchten.

9. Eine durchschnittliche Fluoridaufnahme mit der Nahrung ohne fluoridiertes Salz von 0,5 mg/Tag bedeutet auf das Körpergewicht bezogen eine Zufuhr von 7 µg Fluorid/kg für Männer (70 kg) und 8,3 µg Fluorid/kg für Frauen (60 kg), was **weit unterhalb der Fluoriddosis** liegt, die empirisch als **optimal für die Kariesprävention** ermittelt wurde und die 30 bis 40 µg/kg Körpergewicht und Tag beträgt.

Die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz im Haushalt würde die Fluoridzufuhr für Männer auf bis zu 14 µg/kg und für Frauen auf bis zu 14,6 µg/kg Körpergewicht und Tag erhöhen, also verdoppeln.

10. Für Kinder wurden ohne Verwendung von fluoridiertem Speisesalz im Haushalt Fluoridzufuhren in folgender Höhe ermittelt:

	Fluoridzufuhr (µg/Tag) (µg/kg/Tag)	
4 - 6 Jahre	203	10
8 - 10 Jahre	227	8
15 - 18 Jahre (männlich)	523	8
15 - 18 Jahre (weiblich)	470	9

Die zusätzliche Zufuhr von 1 g fluoridiertem Speisesalz pro Tag entsprechend 250 µg Fluorid würde die Fluoridzufuhr auf 23, 17, 12 und 14 µg/kg Tag erhöhen.

11. Die unter Abschnitt 10 genannten **Fluoridzufuhren mit und ohne Verwendung von fluoridiertem Speisesalz** im Haushalt liegen deutlich **unterhalb der Fluoridzufuhr** von 100 µg/kg/Tag, die bei Kindern unter 6 bis 8 Jahren zu **Zahnschmelzflecken** führen kann und **weit unterhalb** der Fluoridmengen, die bei **chronischer Zufuhr**

	<u>Salzverzehr in Deutschland</u>		<u>Fluoridzufuhr, wenn alles Salz fluoridiert wäre</u>	
	(g/Tag) Männer	Frauen	(mg/Tag) Männer	Frauen
10 % natürlicher Gehalt	1,2	1,0	-	-
15 % häusliche Zubereitung	1,8	1,5	0,45	0,375
75 % zugabe durch Lebensmittelhersteller	9	7,5	2,25	1,875
natürlicher Fluoridgehalt von Nahrung und Trinkwasser			0,2 - 0,5	
Gesamtzufuhr	12	10	2,9 - 3,2	2,45 - 2,75

über 10 - 20 Jahre zu **Skelettf fluorose** (10 - 25 mg/Tag) bzw. über 6 - 12 Monate zu **Nierenschädigung** (5 - 10 mg/ kg/ Tag) führen.

12. Da sich, wie unter Nr. 9 und 10 ausgeführt, die tägliche Fluoridzufuhr **durch die Verwendung von fluoridiertem statt nicht-fluoridiertem Salz im Haushalt**, auf das Körpergewicht bezogen, verdoppeln läßt, bei Teilnahme an **Gemeinschaftsverpflegung ohne Verwendung von fluoridiertem Salz** dieser wünschenswerte Effekt aber **verringert** bzw. **ausbleiben** würde, sollte fluoridiertes (und jodiertes) Speisesalz auch für die Zubereitung von Mahlzeiten der Gemeinschaftsverpflegung zugelassen werden.

Die Teilnehmer an der Gemeinschaftsverpflegung sollten über die Vorteile der Verwendung von fluoridiertem (und jodiertem) Salz informiert werden und ihr zustimmen.

Berlin, Mai 1999

*Prof. Dr. Hildegard Przyrembel
Bundesinstitut für gesundheitlichen
Verbraucherschutz und Veterinärmedizin
Fachgruppe Ernährungsmedizin
Thielallee 88 - 92, 14195 Berlin.*

Auch Salziges macht die Zähne sauer

Karies durch Kartoffelchips - Fluoride schützen von außen und innen

Salzige Knabbereien können genauso Karies auslösen wie Süßigkeiten. Die Experten der Informationsstelle für Kariesprophylaxe warnen deshalb vor allzu häufigem Verzehr, vor allem von Kartoffelchips. Diese fördern mit 539 Kilokalorien

pro 100 Gramm nicht nur die Gewichtszunahme, sondern sie können auch Schäden am Zahnschmelz verursachen. Schuld daran ist die darin enthaltene Kartoffelstärke. Diese wird von der Mundflora ebenso wie Zucker zu zahnzerstörender Milchsäure abgebaut, die dann wiederum den schützenden Zahnschmelz angreift.

Zu einem erstaunlichen Ergebnis kamen jüngst Wissenschaftler der Universität New York, die den Anstieg der Milchsäure in der Mundhöhle nach dem Genuß diverser Schleckereien beobachteten. Nach 80 Minuten bildete sich am meisten Milchsäure aus Rosinen, gefolgt von Schokolade, Würfelzucker, Gelee, Keksen und Chips. Nach zwei Stunden waren jedoch die Chips die Spitzenreiter. Offensichtlich haftet der Chipsbrei besonders lange an den Zähnen, so daß den Kariesbakterien genug Zeit bleibt, schädliche Milchsäure zu bilden. Ein Effekt, der bislang vor allem von klebrig-süßen Lebensmitteln wie Kaubonbons bekannt war.

"Als Betthupferl", so die Zahnprophylaxeexperten, "sind daher weder Süßigkeiten noch Chips geeignet." Und auch anstelle einer Zwischenmahlzeit sind sie nicht zu empfehlen. Knabbereien am besten nach den Hauptmahlzeiten genießen und anschließend Zähne putzen. Nasch-Fans sollten außerdem besonders auf eine Stärkung der Zahnsubstanz durch Fluoride achten: Von außen regel mäßig Fluoride in Form von Zahnpaste zuführen und von innen durch Würzen der Speisen mit fluoridiertem Jodsalz.

*Denn doppelt schützt besser!
IfK*

PRESSEINFORMATION

elmex Kindezahnpaste erhöht Kariesschutz für Milchzähne

Experten empfehlen Anhebung des Fluoridgehaltes auf 500 ppm

Putzen vom ersten Milchzahn an

Die Lörracher Wybert elmex Forschung hat zum 1. Juli 1999 die Rezeptur von elmex Kinderzahnpaste einer neuen Empfehlung zahnmedizinischer Experten angepaßt. Demnach ist der mit 250 ppm eher niedrige Fluoridgehalt von Kinderzahnpasten auf 500 ppm angehoben worden. Grundlage für die Erhöhung sind neue Erkenntnisse zum Wirkmechanismus von Fluorid. Denn heute wird der lokalen Applikation mehr Bedeutung beigemessen als der systemischen Aufnahme. Das Zähneputzen soll deshalb nach dem Rat der Experten mit einer kleinen Pastenmenge (erbsengroß) bereits vom ersten Milchzahn einmal täglich, ab dem zweiten Geburtstag zweimal täglich erfolgen.

Eine neue Untersuchungen der Universitätszahnklinik Freiburg zur Dosis-Wirkungs-Beziehung belegt die bessere Remineralisation im Zahnschmelz von Milchzähnen, die mit der neuen elmex Kinderzahnpaste mit 500 ppm Aminfluorid geputzt wurden.

Mit der Anhebung des Fluoridgehaltes von Kinderzahnpasten wollen die Experten speziell den Kariesschutz der Milchzähne verbessern. In den Niederlanden und auch in Deutschland war eine Stagnation im Kariesrückgang bei Kleinkindern beobachtet worden.

Deutscher Kongress für präventive Zahnheilkunde

**Am 22. und 23. Oktober 1999
Maritim Hotel Stuttgart**

— *Prophylaxe im Spannungsfeld zwischen fachlich Machbarem, politisch Gewolltem und finanziell Möglichem*

— *Die prophylaxeorientierte Praxis - eine Herausforderung an das ganze Team*

— *Vom Putzmuffel zum Prophylaxefreak-praxiserprobte Strategien zur Patientenführung*

— *Lohnt sich Prophylaxe? - Der finanzielle Aspekt*

— *Diagnose und Therapie der Fissurenkaries - moderne Therapiekonzepte*

— *Abrasivstoffe in Zahnpasten - welche helfen wann und wem?*

— *Erosionen der Zahnhartsubstanz: Möglichkeiten der Prophylaxe und Therapie*

— *Prävention von Funktionsstörungen - Wunsch oder Wirklichkeit*

— *Präventive Gestaltung von Zahnersatz*

Anmeldung:

Tel und Fax: 0800-1006731

Buchbesprechungen Buchbesprechungen

Hrsg.: Dr. G. Wall, Dr. G. Hermann
Das zahnärztliche Praxislabor
Leitfaden für Aufbau, Führung und
Organisation
Loseblatt-Nachschlagewerk
ca. 500 Seiten DM 148.-
Spitta-Verlag, ISBN 3-932753-77-1

Im März '99 habe ich eine Praxislaborgemeinschaft mitgegründet und im Mai '99 ist der Spitta Leitfaden "Das zahnärztliche Praxislabor" neu auf dem Markt erschienen. Da war ich doch sehr gespannt zu lesen, was ich alles falsch gemacht habe. Um es vorweg zu nehmen: nicht viel, aber die Anregungen und Informationen des Buches hätten mir manche mühsame Vorarbeit erspart. Von einem 6-köpfigen Autorenteam aus dem Bereich Zahnmedizin, Zahntechnik, Physik, Jura und Volkswirtschaft wird in einem ca. 500 Seiten umfassenden Loseblatt-Nachschlagewerk das Thema in 4 Hauptkapiteln: Grundlagen, Abrechnung, Laborausstattung und Arbeitsorganisation abgehandelt und ein kostenloser Informationsservice angeboten. Außerdem soll das Werk durch Nachlieferungen stets aktuell gehalten werden. Trägt man sich mit dem Gedanken, ein Praxislabor zu gründen oder zu verändern, so findet man sehr gut ausgearbeitete Grundlagen, um eigene Entscheidungen zu fällen über Erwartungen (Hobby oder wirtschaftlicher Erfolg und/oder patientenfreundlicher Service), über den notwendigen Finanzrahmen, und über Mitarbeiterstrukturen (Eigenleistungen, Hilfskräfte, Zahntechniker). Sehr klar sind die Erläuterungen zu Arbeitsverträgen,

zu Laborgemeinschaften und deren rechtlichen Unterschieden als GmbH oder BGB-Gesellschaft. Auch sind die speziellen rechtlichen Grundlagen zum Medizinproduktegesetz, zur CE-Kennzeichnungspflicht sowie zum Umsatzsteuerrecht gut aufgeschlüsselt - alles sehr wertvolle Angaben, die zusammen zu sammeln sehr aufwendig ist.

Überaus brauchbar sind auch die Leistungsbeschreibungen sowie Abrechnungserläuterungen des Labor-Gebührenkataloges BEL II, der uns Zahnärzten fast so fremd ist wie unseren Patienten die BEMA-Positionen auf dem HKP. Unzureichend hingegen ist der alleinige Hinweis zum BEB Katalog, der für Privatpatienten oder außervertragliche Leistungen gilt: "Die Preise der BEB Liste liegen ca 7-14% höher und werden nach betriebswirtschaftlicher Kalkulation bestimmt." Ist man als zahnärztlicher Laboranfänger schon kaum zur betriebswirtschaftlichen Kalkulation fähig, so wäre zumindest der Abdruck des verwirrend umfangreichen BEB-Kataloges mit Abrechnungshilfen wie für die BEL II notwendig. Das wird eine beträchtliche Nachlieferung werden.

Vor aller Investition muß die harte Kalkulation liegen - und die muß jeder alleine an seinen realistisch errechneten Umsatzerwartungen orientiert fällen (siehe dazu auch meinen Artikel auf Seite 52). Dann erst dürfen die Entscheidungen getroffen werden zur Ausstattung des Labors. Für diesen zweiten Schritt gibt das Buch ausführliche und sehr brauchbare Auskunft, wobei auch der persönliche Rat des Autors nicht fehlt. Als Lehrer

würde ich das letzte Kapitel "Arbeitsorganisation" mit den Worten *sehr interessant, aber Thema verfehlt, deshalb ungenügend* bewerten.

Habe ich hier die nach dem Medizinproduktegesetz gewünschten Vorschläge zu Verfahrensweisungen (Arbeitsanleitungen) und Materiallisten für übliche Laborarbeiten von der Modellherstellung über Reparatur bis zur Fertigstellung von herausnehmbarem ZE, kombinierten Arbeiten (Attachements, TK) und feststehenden Arbeiten aus Kunststoff, Keramik, Metall und Metallkeramik vermutet, so findet sich hier eine jedes Werkstoffkundebuch schmückende Ausarbeitung über Metalle und deren Korrosionsverhalten, Biokompatibilität usw. sowie abschließend eine ausführliche Abhandlung des versierten Praktikers, wie man aus Kobalt-Chrom eine passende 3/4 Krone herstellt - eine eigentlich nicht so typische Arbeit für das durchschnittliche Praxislabor. Hier wird wohl ein ganzes Kapitel durch eine Nachlieferung ausgetauscht werden müssen. Und ein Stichwortverzeichnis wird dann sicherlich auch folgen.

*Dr. U. Happ,
Hamburg*

Karl-Heinz Körholz

Totalprothetik in Funktion

Hilfestellung zum Verständnis und zum Erlernen totalprothetischer Grundsätze
Quintessenz Verlag - GmbH 1999
118 Seiten, 201 Abbildungen, 3 Tabellen
DM 48, ISBN 3-87652-517-9

Dieses Buch stellt für jeden, der Totalprothetik erlernt oder sich täglich da-

mit befaßt, einen komplexen Überblick zum Aufstellen von totalen Prothesen dar. Dabei beschränkt sich der Autor darauf, mit konfektionierten Integral-Prothesenzähnen ein geeignetes Okklusionsmuster, das den Anforderungen der heutigen restaurativen Zahnmedizin genügt, zu erreichen.

Schritt für Schritt wird die Aufstellung einer Totalprothese anhand von sehr vielen und hilfreichen Abbildungen genauestens beschrieben.

Großer Wert wird zunächst auf die Modellanalyse gelegt. Nach deren Auswertung werden die Zähne ausgewählt und zuerst die Unterkieferzähne aufgestellt, dabei ist vor allem die Statik berücksichtigt worden. Nach Aufstellung jedes Zahnes wird immer wieder ein bestimmtes Kontrollschema durchlaufen.

Es folgt die Aufstellung der Oberkieferseitenzähne in Gruppenführung. Die Oberkiefer-Front wird in der Aufstellung zurückgestellt, um dem Grundsatz Statik und Funktion vor Ästhetik treu zu bleiben. Nach Aufstellung jedes Antagonisten wird die Okklusion für jede Bewegungsrichtung in anderer Farbe mit Okklussionsseide kontrolliert.

Ein kurzes Kapitel widmet sich dann noch abschließend der Zahnfleischmodellation.

Insgesamt ist dieses Buch sehr verständlich geschrieben, was noch durch die Vielzahl an Abbildungen unterstützt wird. Für jemanden, der die Aufstellung von Totalen anhand von Integralzähnen erlernen oder vertiefen will, sehr geeignet!

ZTM Conrad Frerichs, Oldenburg

EDV-Jahrbuch '99, Hühlig GmbH
**Computer in Zahnarztpraxis
und Dentallabor**

Preis: DM 59, ISBN 3-7785-2722-3

Schon das letzte EDV-Jahrbuch wurde hier im 'DAZ-forum' empfohlen. Die diesjährige Ausgabe gibt, neben kompletten Informationen über die erhältlichen Abrechnungs- und Informationssysteme einen umfassenden Überblick über die Einsatzmöglichkeiten moderner Informationstechnologie in der Zahnarztpraxis. Wer sich allerdings Entscheidungshilfen im Sinne von Vergleichstests und 'ratings' erwartet, wird das Buch enttäuscht wieder weglegen. Solche Dienstleistungen kann man von auflagenstarken Zeitschriften mit einem großen Stab von Fachleuten verlangen (und erhalten) - ein Buch, das jährlich erscheint und sich auch aus Anzeigen finanziert, kann bestenfalls entscheidungsrelevante Informationen anbieten. Das tut es auch, und deshalb sollten besonders die Computerphobiker unter den 'forum'-Lesern die 59.- Mark nicht scheuen, die das Buch kostet.

Die Informationen über technische Neuerungen stammen anscheinend meist von den Anbietern selbst. Sie sind häufig so abgefaßt, dass das vorhandene Glossar nicht ausreicht, um den 'tech-hype' der Texte wirklich zu verstehen, wenn man nicht regelmäßig Fachzeitschriften liest. Hier würde man sich mehr Redaktionen wünschen. Eine beige packte CD-ROM enthält eine Menge von Demoprogrammen, die einem Gelegenheit bieten, 'look-and-feel' des Angebotes auf sich wirken zu lassen.

Dr. Kai Müller, Seefeld

N. C. Döhler, F. Lewrenz
**Antragstellung und Abrechnung in
der vertragszahnärztlichen Praxis**
Lehr- und Nachschlagebuch
9. Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag
ISBN 3-934280-01-3

Dieses in Berufsschule und Praxis bewährte Lehr- und Nachschlagebuch zur vertragszahnärztlichen Abrechnung wurde völlig überarbeitet und nach den Änderungen zum 1.1.1999 auf den neuesten Stand gebracht. Um auch die 9. Auflage überschaubar zu halten, wurden aus der Vielzahl von Verträgen und Vorschriften in der GKV die für die Ausbildung und die tägliche Arbeit in der Praxis wichtigsten zusammengestellt und kommentiert.

Das wirklich wertvolle Buch enthält eine immense Menge nützlicher Informationen und dürfte eine ziemlich lückenlose Darstellung aller Abrechnungsvorschriften, Leistungs-Positionen und vor allem -interpretationen enthalten. Allerdings macht das skriptartige Layout das Handling etwas mühsam, und die selbstgezeichneten Zeichnungen und Skizzen sind für Helferinnen besonders - nicht immer leicht zu interpretieren.

Hier bestünde bei einer weiteren Neuauflage Verbesserungsbedarf.

Dr. Hanns-W. Hey, München

Steuerersparnis für Patienten!

Die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein hat ein Infoblatt erstellt, das über die Möglichkeiten, Eigenanteile bei Zahnersatz steuermindernd geltend zu machen, informiert (Tel. 0431-3897-200, Fax -3897210, E-Mail: central@zaek-sh.de, Internet: www.zahnaerztekammer-sh.de)

Dichters Zahnweh

Ich komme schließlich zu dem Autor, dessen Lektüre die Schritte zu jeder Zahnarzt-Praxis überschattet: Thomas Mann. Die Zähne seiner Figuren und das eigene Gebiß besetzen eine zentrale Stelle in seinem Werk - und das, obwohl er sein Leben auf eine Imitatio Goethes ausrichtete - von dem ihn allerdings die Erfahrung besserer Zahnärzte und eine Lektüreerfahrung trennte: Dank seines "künstlichen Mundes" genießt er es (29.10.37) endlich "das hier so gute Grahambrotchen mit Honig" (11.1.38) wieder essen zu können. Man könnte dank der Tagebücher Monographien über einzelne seiner Zähne schreiben!

In Thomas Manns nobelpreisgewürdigter Familiengeschichte "Buddenbrooks" bezeichnen die Zähne die Vitalität der einzelnen Generationen und ihr Verlust begleitet den "Verfall einer Familie", wie der Untertitel lautet. Im eigenen Buddenbrook-Handbuch rangieren "Zähne" als Stichwort vor Lebensdauer und Geburtenabnahme als Verfallssymptom. Zunehmende Zahnprobleme korrespondieren bei den Buddenbrooks allerdings auch mit zunehmender Reflexionsfähigkeit und seelischer Differenzierung, sie signalisieren positive Individualisierung.

Zentrales Ereignis für unser Interesse am Roman ist der Tod des Thomas Buddenbrook, er stirbt erst neunundvierzigjährig an einem Zahn. Schon nach den ersten zehn Seiten führt der Autor das Kind Thomas mit der Beschreibung ein: *Seine Zähne waren nicht besonders schön, sondern klein und gelblich.* Weisen die überlebens-

fähigen Personen *ungewöhnlich gutgeformte, engstehende Zähne* auf, so steigert der Autor bei Hanno, dem Sohn des Thomas, die Zahnprobleme.

Um seinen Tod an einem Zahn richtig zu verstehen, muß ich ein wenig ausholen: Vorausgehende Kapitel schildern das Leiden des Großkaufmanns und Lübecker Senators Thomas Buddenbrook an den Zwängen seines Lebens, seinen geschäftlichen und familiären Verpflichtungen. Er flieht den Alltag und vergräbt sich in die Philosophie Schopenhauers, nach der der Tod Glück und Befreiung bringen soll. Wenn die Figur an einem Zahn stirbt, so heißt das, daß Thomas Mann das tödliche Lebensleid im Zahnweh gipfeln läßt - ganz im Sinne des Resümees nach der Wörterbuchlektüre: *Leben heißt an Zähnen leiden, Lebensleid konzentriert sich gesteigert im Zahnweh.* Es kann aber auch heißen, daß dem Erlöschen des Lebenswillens ein Sterben vom Kopf aus entspricht, es geht ganz konkret vom Gebiß aus.

Aber hören Sie zunächst den etwas ausführlicheren Text, der auf dem Weg zur Praxis eines Zahnarztes mit Namen Brecht beginnt:

Thomas Buddenbrook ging weiter und biß die Kiefer zusammen, obgleich dies die Sache nur verschlimmerte. Es war ein wilder, brennender und bohrender Schmerz, eine boshafte Pein, die sich von einem kranken Backenzahn aus der ganzen linken Seite des Unterkiefers bemächtigt hatte. Die Entzündung pochte darin mit glühenden Hämmerchen und machte, daß ihm die Fieberhitze ins Gesicht und die Tränen in die Augen schossen. Die schlaf-

lose Nacht hatte seine Nerven schrecklich angegriffen.

In der Praxis beginnt die Behandlung: Herr Brecht schob ein wenig an dem Stuhle und machte sich dann mit einem Spiegelchen und einem Stahlstäbchen an dem Zahn zu schaffen. Seine Hand roch nach Mandelseife, sein Atem nach Beefsteak und Blumenkohl. 'Wir müssen zur Extraktion schreiten', sagte er nach einer Weile und erblich noch mehr.

'Schreiten Sie nur', sagte der Senator und schloß die Lider noch fester. Nun trat eine Pause ein. Herr Brecht präparierte an einem Schranke irgend etwas und suchte Instrumente hervor. Dann näherte er sich dem Patienten aufs neue. 'Ich werde ein bißchen pinseln', sagte er. Und sogleich begann er, diesen Entschluß zur Tat zu machen, indem er das Zahnfleisch ausgiebig mit einer scharf riechenden Flüssigkeit bestrich. Hierauf bat er leise und herzlich, stillezuhalten und den Mund sehr weit zu öffnen, und begann sein Werk.

Thomas Buddenbrook hielt mit beiden Händen die Sammetpolster fest erfaßt. Er empfand kaum das Ansetzen und Zugreifen der Zange, bemerkte dann aber an dem Knirschen in seinem Munde so wie an dem wachsenden, immer schmerzhafter und wütender werdenden Druck, dem sein ganzer Kopf ausgesetzt war, daß alles auf dem besten Wege sei. Gott befohlen! dachte er. Nun muß es seinen Gang gehen. Dies wächst und wächst bis ins Maßlose und Unerträgliche, bis zur eigentlichen Katastrophe, bis zu einem wahnsinnigen, kreischenden, unmenschlichen Schmerz, der das ganze Gehirn zerreißt ... Dann ist es überstanden; ich muß es nun abwarten. Es dauerte drei oder vier Sekunden. Herrn Brechts bebende Kräfteanstrengung teilte sich Thomas Bud-

denbrooks ganzem Körper mit, er wurde ein wenig auf seinem Sitz emporgezogen und hörte ein leise piepsendes Geräusch in der Kehle des Zahnarztes ...

Plötzlich gab es einen furchtbaren Stoß, eine Erschütterung, als würde ihm das Genick gebrochen, begleitet von einem kurzen Knacken und Krachen. Er öffnete hastig die Augen ... Der Druck war fort, aber sein Kopf dröhnte, der Schmerz tobte heiß in dem entzündeten und mißhandelten Kiefer, und er fühlte deutlich, daß dies nicht das Bezweckte, nicht die wahre Lösung der Frage, sondern eine verfrühte Katastrophe sei, die die Sachlage nur verschlimmerte ... Herr Brecht war zurückgetreten. Er lehnte am Instrumentenschrank, sah aus wie der Tod und sagte: Die Krone ... Ich dachte mir's.' Thomas Buddenbrook spie ein wenig Blut in die blaue Schale zu seiner Seite, denn das Zahnfleisch war verletzt. Dann fragte er halb bewußtlos: 'Was dachten Sie sich? Was ist mit der Krone?'

'Die Krone ist abgebrochen, Herr Senator ... Ich fürchtete es... Der Zahn ist außerordentlich defekt ... Aber es war meine Pflicht, das Experiment zu wagen... Was nun? Überlassen Sie alles mir, Herr Senator ...' 'Was muß geschehen?' 'Die Wurzeln müssen entfernt werden. Vermittelt des Hebels ... Es sind vier an der Zahl ...'

Dieser Zumutung will sich der Herr Senator Buddenbrook nicht aussetzen, und er vertagt die Operation auf den nächsten Termin. Beim Heimweg überfällt ihn jedoch eine Übelkeit, die ihn stürzen läßt: Es war genau, als würde sein Gehirn ergriffen und von einer unwiderstehlichen Kraft mit wachsender, fürchterlich wachsender Geschwindigkeit in großen, kleineren und immer kleineren konzentrischen Kreisen her-

umgeschwungen und schließlich mit einer unmäßig, brutalen und erbarmungslosen Wucht gegen den steinharten Mittelpunkt dieser Kreise geschmettert ... Er vollführte eine halbe Drehung und schlug mit ausgegestreckten Armen vornüber auf das nasse Pflaster. Aus dem Koma läßt ihn Thomas Mann nicht mehr erwachen, und die soliden kaufmännischen Kollegen kommentieren den Vorfall zwei Kapitel weiter:

An einem Zahne ... Senator Buddenbrook war an einem Zahne gestorben, hieß es in der Stadt. Aber zum Donnerwetter daran starb man doch nicht! Er hatte Schmerzen gehabt, Herr Brecht hatte ihm die Krone abgebrochen, und daraufhin war er auf der Straße einfach umgefallen. War dergleichen erhört? Der Tod an einem Zahn verschafft dem Senator in den Augen seiner Mitbürger - aber auch nach dem Urteil des bayrischen Autors Georg Queri eine Sonderstellung, denn Queri meinte um 1910: Am Zahnweh ist noch keiner gestorben. Thomas Buddenbrook verletzte die Vitalitätsnorm der lübischen Gesellschaft und Thomas Mann die deutsche Literaturnorm, indem er aus dem Zahn ein existenzielles Motiv und ein er-wähnenswert-erinnerungsträchtiges Ereignis machte.

Ich habe diese Passage so umfangreich zitieren müssen, um die Eindringlichkeit zu demonstrieren, mit der über Thomas Buddenbrooks Innensicht das Thema Zahnweh zur Identifikation mit der Figur einlädt und die zuvor erzählten metaphysisch-abstrakten Ideen ein physisches Gegengewicht erhalten. Wer die "Buddenbrooks" gelesen hat, kann kaum verstehen, warum Jahrhunderte lang die ver-

hängte Schweigezone nicht durchbrochen, die Traumata nicht besprochen wurden: Warum kommt aber gerade Thomas Mann auf die Idee, sich mittels dieses Themas seinen Lesern einzuprägen?

Diese Frage stellt der Literaturgeschichte gleichermaßen wie der Schmerzforschung eine interessante Aufgabe. Lichtenbergs Vorschlag, nach des Autors Zähnen zu fragen, greift als Lösung zu kurz. An Goethe sahen wir, daß eine eigene Ästhetik zu Leerstellen in Texten führt, wo man hohle Zähne und Zahnlücken erwarten würde.

Ebenso greift die vor einem Jahrzehnt in einer zahnärztlichen Zeitschrift vertretene These zu kurz, Epochenmerkmale könnten Thomas Manns Darstellung erklären: "Der Naturalismus in der Literatur macht den Zahnschmerz gesellschaftsfähig". Nein, ebensowenig wie Lichtenbergs Vorschlag einer individuellen erklärt der einer epochalen Kausalität die literarische Aufhebung der so lange geltenden Schweigezone im Werk Thomas Manns: Es bedurfte zunächst des Interesses von Autoren an Medizin und Krankheit; aber noch kurz vor Abfassung der "Buddenbrooks" protestierten Theaterzuschauer gegen Körper-Motive dadurch, daß Gynäkologen in der Premiere eines Hauptmann-Stücks eine Geburtszange schwangen. Medizinische Fragen gehörten einfach nicht in die Literatur!

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

Gesucht-Gefunden

Junge Zahnärztin, Examen '99, sucht Stelle als Vorbereitungsassistentin im Raum München. Tel: 08151-999707

Praxis-Aufgabe/Übergabe: Zahnarztpraxis, hoher Umsatz, südliches Essen abzugeben. NAV-Wirtschaftsdienst, G. Krentscher, Tel. 02173-21021

Praxis-Aufgabe/Übergabe: Zahnarztpraxis im Siegerland, gute und umfangreiche Ausstattung, guter Umsatz, mit Wohn-/Praxisimmobilie zu verkaufen. NAV-Wirtschaftsdienst, H. Lohse, Tel/Fax 0221-8460281, E-Mail lohse@nav-widi.de

Praxis-Aufgabe/Übergabe: Solide Zahnarztpraxis mit 2 Behandlungszimmern, 75 qm, in gesperrtem Bezirk in Hamburg zum 1.10.1999 abzugeben. Keine Alterspraxis! Tel. 040-6305947

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 04442-921247, E-Mail: Mi.Fri@t-online.de

Biete Zahnarztpraxis in Castrop-Rauxel, 2 Behandlungszimmer, OPG, EDV, 80 m² Jahresumsatz durchschnittlich 540.000

DM. Abgabegrund: Ortswechsel.
Tel 02591-78135

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

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

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, baldmöglichst. Kontakt: NAV-Wirtschaftsdienst, H. Lohse, Tel/Fax 0221-8460281, E-Mail s.o.

Praxis-Suche: berufserfahrene Zahnärztin sucht in Niedersachsen gutgehende Zahnarztpraxis mit 2 Stühlen. NAV-Wirtschaftsdienst, Florian Stiegler, Tel/Fax 03935-213902

Praxis-Suche: Zahnarzt interessiert an Praxisübernahme am Bodensee ab 2000. Tel/Fax 07433-384263

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

- 28.8.1999, Oldenburg/Edeweicht: **DAZ-Ratssitzung**
- 1.9.1999, Köln: Hauptversammlung des **NAV-Virchow-Bund-Landesverbandes Nordrhein**
- 4.9.1999, Halle: **Landeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bund-Landesverbandes Sachsen-Anhalt**
- 4.9.1999, Lübeck-Israelsdorf: **Landeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bund-Landesverbandes Schleswig-Holstein**
- 11.9.1999, Waren: **Landeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bund Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern**
- 16.9.1999: Treffen der **DAZ-Studien-gruppe Oldenburg**
- 16.-18.9.1999, Kulturpalast Dresden: **Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie** zum Thema "*Risiko Gesundheit - Parodontitis*" (Tel. 0421-303131, Fax 0421-303133, E-Mail Bremen@cpd.de)
- 18.9.1999, 10.00-15.00 Uhr, NAV-Virchow-Bund-Geschäftsstelle Berlin: **Internet-Seminar für Einsteiger** (Tel. 030-285269-0, Fax 285269-25)
- 21.9.1999, Erfurt: Feier anlässlich des **50jährigen Bestehens der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahn-pflege DAJ** (Tel. 0228-694677)
- 22.9.1999, Erfurt/Kaisersaal, Kultur- und Kongreßzentrum: **Auftaktveran-staltung zum bundesweiten Tag der Zahngesundheit 1999** unter Betei-ligung von Ministerin Andrea Fischer
- 24./25.9.1999, Potsdam/Tagungshaus BlauArt: "Runder Tisch" bzw. **Brainstor-ming-Treffen zur Gesundheitsre-form im Bereich Zahnmedizin** (Tel. 0721/2210, Fax 0721/23208, E-Mail esders@ilk.de)
- 24./25.9.1999, Salzburg: **13. Jahresta-gung der Europäischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie (EGZE)** zum Thema "*Ergonomie bei der zahnärzt-lichen Präparation*" (Fax 0033-3-88866-623 oder Tel. 04328-722477)
- 25.9.1999: **Tag der Zahngesundheit bundesweit**
- 25.9.1999, Dresden: **Landeshaupt-versammlung des NAV-Virchow-Bund-Landesverbandes Sachsen**
- 2.10.1999, 10.00 Uhr, Berlin/Abacus-Tierpark-Hotel: **DAZ-Jahrestagung 1999** unter dem Motto "*Zahnheilkunde 2000 - individuelle Patientenversorgung trotz wachsender Reglementierung?*" mit Gesundheitsministerin **Andrea Fischer** als Hauptreferentin;
 - ab 14.00 Uhr **DAZ-Mitgliederver-**

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

sammlung 1999 mit Vorstandswahlen

- 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-Studiengruppe Oldenburg**

- 22.23.10.1999, Stuttgart/Messe Congress-Centrum A: **Deutscher Kongress für Präventive Zahnheilkunde 1999** der Blend-a-med-Forschung in Verbindung mit dem Fortbildungszentrum Stuttgart zum Thema "*Prophylaxe beginnt im Kopf - Wege zu einer bedarfsgerechten Prävention*",
Tagungsleitung: Prof. Einwag
(Tel./Fax 0800-1006731 gebührenfrei)

- 22.-24.10.1999, Rendsburg Nordkolleg Am Gerhardshain 44: **Herbsttagung der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM)**, Fahrt am 23.10. ab 10 Uhr mit Flußdampfer, Diskussion zum Thema: "*Ein Jahr rot-grüne Gesundheitspolitik - alles im grünen Bereich?*";

- 24.10. VDZM-Mitgliederversammlung
(Tel. 0228-211296, Fax 0228-2420754)

- 23.10.1999, 9.30 - 16.30 Uhr, Frankfurt /Marriott Hotel Hamburger Allee 2-10: "**Deutscher Zahnarzt Recht Tag**", veranstaltet vom pmi Verlag und der Internationalen Gesellschaft für Ganzheitliche Zahnmedizin. (Tel. 069-548000-17, Fax 069-548000-66, E-Mail pmiverlag@aol.com, Internet www.pmi-verlag.de)

- 17.-20.11.1999, Düsseldorf / Messe: "**Medica - Weltforum für Arztpraxis und Krankenhaus**"

- 18.11.1999: Treffen der **DAZ-Studiengruppe Oldenburg**

- 19.-21.11.1999, Köln: **Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes**

- 16.12.1999: Treffen der **DAZ-Studiengruppe Oldenburg**

- 4.-6.2.2000, Berlin/ICC: **14. Berliner Zahnärztetag, 49. Jahrestagung der DGzPW, 29. Deutscher Fortbildungskongreß für die Zahnärzthelferin, 10. Berliner Zahntechnikertag**
(Tel. 030-76180-624, Fax 030-76180-691, E-Mail central@quinline.com)

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

Nächster Redaktionsschluß: 4.10 '99

Der DAZ stellt sich vor



formationen 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 *DAZ-forum* mit Fortbildungsberichten und In-

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:

- vemünfftige, 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

Internet: www.medi-netz-com/daz.htm

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, ISDN Mac -92047, E-Mail KarlaHey@aol.com

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, Satz, Anzeigenverwaltung, Mediadaten

Karla Hey, Riedweg 5, 82541 Münsing, Tel. 08177-92045, Fax -92046, ISDN Mac -92047, E-Mail KarlaHey@aol.com

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-Studien-
gruppen oder an unsere regionalen An-
sprechpartner:

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

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

Chemnitz, Dr. R. Eisenbrandt, Markusstr.8,
09130 Chemnitz, Tel. 0371 4012228, Fax 4028686

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

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

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

München, Dr. H. Brosch, Ammerseestr.6,
82061 Neuried, Tel./Fax 089 7556341

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

Oberpfalz, Dr. Martin Ostermeier, Bern-
steinstraße 1, 93152 Nittendorf,
Tel. 09404 4455, Fax 09404 5290

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

Rheinhessen, 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, 360.- 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 (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 ab 14.00 Uhr) 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

E-Mail:

DAZ.Koeln@t-online.de

Meine Adresse/ Tel./Fax/ E-Mail

SIRONA

Dental-Depot

Weil es sich lohnt, etwas zu verändern.

CEREC 2

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

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

Das Resultat: CEREC 2

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

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

SIRONA Dental Depots:
80337 München
Lindwurmstr. 23

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

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



SIRONA
Dental-Depot
Ihr Partner



Zahnmedizinische Qualität. Die beste Empfehlung zur Karies- und Parodontal-Prophylaxe



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