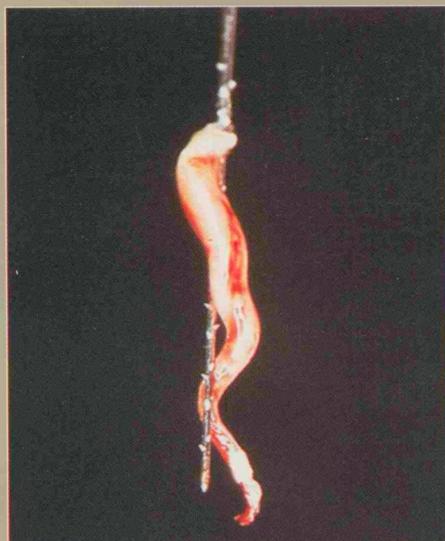
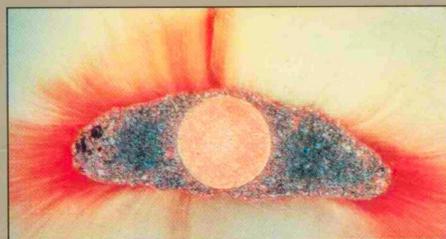


19. Jahrgang 1. Quartal 2000 Herausgeber DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands



Hinter den Erfordernissen
zurückgeblieben

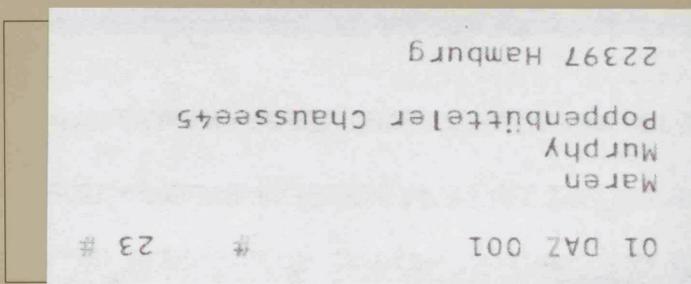
**Endodontie
aus der Praxis**

Strahlenreduzierung durch
digitales Röntgen?

Abschied vom
Handwerkermodell?

Ganz ganzheitlich?

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

PROMPT®

Ätzen, primen, bonden in 15 Sekunden!



Prompt® **NEU**
für Composite (inkl.Ormocere) und Compomere.

Alles, was ein Adhäsiv bieten soll



ESPE Dental AG - ESPE Platz
82229 Seefeld - Germany
Telefon (0 81 52) 7 00-0
Telefax (0 81 52) 7 00-13 66
E-mail: info@espe.de
Internet: <http://www.espe.de/>

Inhalt

Editorial	Business as usual	2
Gesundheitspolitik	Hinter den Erfordernissen zurückgeblieben	4
	Reformkommission	11
	PE Einführung der Verhältniswahl	15
Frühjahrs-Fortbildung		16
Niedersächsisches		12,17
Aus der Praxis	Welchen Sealer...	18
	Erwachsenen-Endodontie	24
	Akzeptable Ergebnisse	25
	Erste Schritte mit NiTi	28
	Weitere Stimmen aus der Praxis	28
	Ein Weihnachtsmärchen	30
	IPR-ein Arbeitsbericht	31
	Gesucht - gefunden	35
	Digitales Röntgen	36
	Der Zahnarzt als Buchhalter	40
Qualitätssicherung	Abschied vom Handwerkermodell?	45
	Zum 75. von Dr. Kimmel	50
Prophylaxe	Jodsalz mit Fluorid weiter im Aufwärtstrend	52
	Bundesverdienstkreuz für 2 Berliner	54
Ganzheitliche ZHK	Ganz ganzheitlich?	56
Versicherungsfragen	Vorsorge fürs Alter	62
Rechtsfragen	Medizin im Paragraphen-Dschungel	65
Leserbriefe		70
Buchbesprechungen		71
Verbandsnachrichten		73
Termine		75
Der DAZ stellt sich vor		77
Impressum		78
Kontaktadressen		79

Business as usual

So, jetzt sind wir also angekommen im Neuen Jahr. Als Zahnmediziner müssen wir uns nicht lange aufhalten mit großartigen Betrachtungen zum 'Millennium', uns wäre schon geholfen, wenn wir brauchbare Prognosen für die nächsten zwei bis fünf Jahre hätten. Haben Sie feststellen können, daß einer unserer 'peers' in den letzten Monaten mal einen Schritt zurückgetreten wäre, um nach langfristigen Entwicklungen, Perspektiven und Chancen zu schauen? Wieder einmal haben wir uns (den DAZ eingeschlossen) in den hastigen Takt politischer Entwicklungen zwingen lassen. Wir haben auf externe Aktionen reagiert, die selbst nur Reaktionen und Aktionismus waren, und - es ist sehr gut möglich, daß das so bleibt.

Womit werden wir uns in den nächsten Monaten beschäftigen (müssen)? Schon jetzt rochieren die Organisationen der 'Leistungsanbieter und -erbringer' um die besten Ausgangspositionen beim Festklopfen des neu zu beschreibenden Bewertungsmaßstabs. Glaubt noch jemand, daß es dabei um eine Beschreibung zeitgemäßer Zahnheilkunde gehen wird? Glaubt noch jemand, daß es dabei um einen Abgleich zwischen Patientenbedürfnissen und Zahnarztmöglichkeiten, um Berücksichtigung von Qualitätsaspekten, um Bewahrung der Freiberuflichkeit gehen kann? Haben Sie schon mal etwas von der Allokation von Ressourcen gehört? Darum geht es nämlich in den nächsten 6 - 8 Monaten. Und ich wage die Prognose, daß die 'Beschrei-

bung einer zeitgemäßen und bedürfnisorientierten Zahnmedizin' ganz demokratisch und ganz transparent irgendwo nachts zwischen 1 und 3 Uhr von einem Schiedsamtvorsitzenden vorgenommen werden wird, der die Nase voll hat von den scheinheiligen Argumenten der streitenden Parteien. Wenn da dann nix Gescheites beschlossen wird, gibt es ja die neu geschaffenen Stellen für Kunstfehlerberatung, wo uns schwermetallgeschädigte 68-iger zeigen werden, aus welchen Materialien man eine Harke macht. Draußen in den Praxen sitzen dann immer noch die gleichen Patienten auf unseren Stühlen. Vielleicht ein paar mehr ältere und etwas weniger ganz junge, und hoffen, dass sie uns vertrauen können. Ihr Vertrauen ist nicht größer geworden in den letzten zwei Jahren, haben sie doch von allen Seiten her den Eindruck gewonnen, daß es in der Zahnheilkunde um alles mögliche geht: um Geld, um Schönheit, um Markt - nur nicht um sie. Sie wissen ja auch nicht, daß sich auch in Zukunft rund zehn Dienstleister damit beschäftigen werden, daß ihnen eine Krone wieder eingeklebt worden ist und eine Menge Ressourcen dabei alloziert werden mussten. Sie wollen nur wieder heil und ungefleddert rauskommen aus diesem Stuhl und möglichst kein schlechteres Gefühl im Bauch haben müssen als früher, wenn sie den nächsten Termin haben.

Nutzanwendung für den Praktiker? Können Sie den blechernen Klang der Phrase vom 'individuellen Arzt-Patient-Verhältnis' noch hören? Totgeritten wie sie ist - da liegt Ihre/unsere Chance. Frau Fischer hat keine Patienten - Gott sei

Dank! Wir haben die Patienten! Üben Sie Ihren Beruf aus, so gut es geht, möglichst noch etwas besser. Kümmern Sie sich um Ihre Patienten - um jeden! Fahren Sie die Ernte Ihrer Zuwendung, Ihrer Geld, Ihrer Professionalität ein. Versuchen Sie nicht, Ihre Patienten zu politischen Verbündeten zu machen - sie werden es nie. Sagen Sie ehrlich, wenn die Kassennetze für Ihre Leistung nicht reicht. Die Patienten rechnen damit und bezahlen auch, wenn Sie ihnen bei der Wert-Schätzung helfen. Verbünden Sie

sich mit Ihren Patienten auf dem Weg zu mehr Gesundheit und schonender Therapie. Die Zahnärzte des neuen Jahrtausends werden nicht die der siebziger Jahre sein. Sie werden Oralmediziner und Ärzte sein und sie werden Leute brauchen, die weiter um die politischen Bedingungen dafür arbeiten. Ich denke, dafür ist der DAZ-Jahresbeitrag immer noch ganz sinnvoll alloziert.

Dr. Kai Müller
Seefeld

Aus den Positionen der CDU Schleswig-Holstein in der Gesundheitspolitik:

Vergütung und Finanzierung

Die Vergütung erfolgt leistungsbezogen.

Um die Selbstverantwortung der versicherten Patienten zu steigern und um Missbrauch zu vermeiden, ist eine Eigenbeteiligung bei einigen Leistungen in vertretbarem Umfang durch die Patienten in definierter Höhe nötig. Härtefallregelungen sollen die sozialen Verhältnisse des Patienten berücksichtigen. Jeder Bürger kann durch private Zusatzversicherungen seine gesundheitliche Versorgung mitbestimmen.

Die CDU fordert am medizinischen Fortschritt orientierte leistungsgerechte Vergütungen. Die gesetzlich vorgeschriebene Budgetierung der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen führt zwangsweise zur Rationierung der Gesundheitsleistungen. Die CDU lehnt daher jede Form der Budgetierung als Kostensteuermittel ab.

Der Einkauf von Leistungen durch die Krankenkassen vom einzelnen Arzt oder von einzelnen Kliniken (sogenannte Einkaufsmodelle) lehnt die CDU ab. Es dürfen nicht allein ökonomische Aspekte die Versorgung der Patienten bestimmen.

Jeder Patient muss die Möglichkeit behalten, nach seiner persönlichen Therapieentscheidung Zusatzleistungen zu bekommen (und zu bezahlen!), ohne dabei den Anspruch auf seine Grundversorgung zu verlieren (Vertrags- und Wahlleistungen).

Hinter den Erfordernissen zurückgeblieben

Zwiespältige Eindrücke beim gesundheitspolitischen Rückblick auf 1999

Gesundheits- oder sozialpolitischen Betrachtungen zahnärztlicher Standespolitiker haftet naturgemäß allzuoft der Makel des Tunnelblicks an: Alles wird nur unter den Leitgedanken gestellt - was nützt, was schadet es unseren Interessen? Sozialpolitik bearbeitet aber, wie der Name sagt, die Belange der Gesamtgemeinschaft. Wer hier etwas erreichen will, muss die Bedürfnisse der anderen Sozialpartner berücksichtigen, vor allem aber erst einmal zur Kenntnis nehmen.

Ganz gewiss frei vom Verdacht des Tunnelblicks ist der Autor des folgenden Beitrags, Hans-Ulrich Spree (72), Dipl.-Volkswirt, jahrelang Wirtschaftskorrespondent der Süddeutschen Zeitung in Bonn, zuletzt Leiter des ZDF-Wirtschaftsmagazins WISO. Ihn, der die Gedanken und Bemühungen des DAZ seit vielen Jahren mit wohlwollend-kritischer Sympathie begleitet, hat die forum-Redaktion um die folgende gesundheitspolitische Einschätzung des vergangenen Jahres gebeten.

Unter dem Blickwinkel der CDU/CSU-FDP-Opposition im Deutschen Bundestag¹ steht fest: 1999 war für Deutschland wegen der rot-grünen Politik ein verlorenes Jahr. Nun neigen Oppositionspolitiker seit je zu Übertreibungen, und man muss dem nicht folgen. Aber auch wer Übertreibungen scheut, kann dem Oppositions-Urteil kaum widersprechen, wenn er z.B. die Ergebnisse der Gesundheitspolitik betrachtet. Und dass das Jahr 1999 für die gesetzliche Krankenversicherung politisch ein Gewinn gewesen sei, wird vermutlich nicht einmal ein überzeugter Verfechter der Koalitionspolitik behaupten. Erkenntnisgewinne gefällig? Schon der sozialpolitische Auftakt in den wenigen Monaten nach der Bundestagswahl vom 27. September 1998 war nicht son-

derlich überzeugend gewesen. Um Versprechen aus dem Wahlkampf zu erfüllen, verminderte die rot-grüne Koalition z.B. mit Wirkung vom 1. Januar 1999 Zahlungen in der Krankenversicherung geringfügig, führte die volle Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall wieder ein und setzte den Demografie-Faktor in der Rentenformel befristet aus. Hinzu kam, kaum überraschend, die Rücknahme jener Regelungen, die vor allem im Bereich des Zahnersatzes der »Privatisierung« von GKV-Leistungen gedient hatten - und die in politisch geradezu instinktloser Weise von manchem Vertragszahnarzt verkannt worden waren. Bewertet man diese Beschlüsse, so ergibt sich,

* dass die Verlagerung von Finanzierungslasten auf Patienten im wesentlichen wirksam blieb,

* dass die neue Regelung für die Entgeltfortzahlung die Wettbewerbsfähigkeit von Betrieben kaum beeinträchtigt (so wenig wie die voraufgegangene 80-

¹ Zur Opposition gehört ebenfalls die PDS-Fraktion, deren eigenständige Haltung in der Medienöffentlichkeit - trotz der im Regelfall frei zugänglichen Fraktionssitzungen - wenig wahrgenommen wird. Dieser Mangel ist hier natürlich nicht zu beheben.

Prozent-Regelung und die damit ausgelöste Tarifpolitik die Wettbewerbsfähigkeit verbessert hatten) und

* dass die Aussetzung des Demografie-Faktors bei fehlender Alternative einer Flucht vor der Wirklichkeit in der Rentenversicherung gleichkommt.

Die Rücknahme der Zahnersatzregelungen war die einzige Gesetzesmaßnahme, die sozialpolitisch auch im Blick auf die Zukunft Bedeutung hatte, obgleich sie öffentlich kaum gewürdigt, dafür aber von den meisten betroffenen Versicherten gern hingenommen wurde.

Dennoch: muss man alles verloren geben, was an diesem Jahr 1999 politisch verloren erscheint? Nüchtern betrachtet, können selbst politische Pannen und Unzulänglichkeiten zu ein paar Erkenntnisgewinnen genutzt werden, vorausgesetzt, dass die Bereitschaft besteht, die Wirklichkeit zu sehen, wie sie tatsächlich ist.

Politisch gefährliche Messlatte

Die Bundesregierung der rot-grünen Koalition erhob das Zurückdrängen der Arbeitslosigkeit zu ihrer wesentlichen Aufgabe. Dieser Anspruch soll für jede einzelne politische Maßnahme gelten; die Regierung will sich jederzeit - und »nicht erst in vier Jahren« - daran messen lassen, »in welchem Maße wir zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit beitragen«. Sich so zu entscheiden, war sachlich richtig und politisch geboten, nachdem man im Bundestagswahlkampf gegen die damals regierende CDU/CSU-FDP-Koalition die Meinungsführerschaft (=Lösungskompetenz) für diesen Bereich gewonnen hatte. Andererseits: die Bundesregierung der rot-grünen Koalition ver-

mied es, sich auf ein Zahlenziel nach dem Beispiel der Vorgänger-Regierung beim ersten Versuch eines »Bündnisses für Arbeit« festzulegen. Vor diesem Hintergrund ist inzwischen offenkundig geworden - Erkenntnisgewinn! -, dass die Bundesregierung selber nicht einen einzigen Arbeitsplatz in der Wettbewerbswirtschaft zu schaffen vermag. Und sogar der ohnehin fragwürdige politische »Erfolg« im Fall Holzmann ging mit der Einbuße Hunderter von Arbeitsplätzen einher. Dass die Koalition dennoch bei dem erklärten Anspruch bleibt, mit ihrer Politik zur Eindämmung der Arbeitslosigkeit beitragen zu wollen, ist auch der Erkenntnis geschuldet, sich gegenüber anderen politischen Gruppen behaupten zu müssen und alle Optionen offen zu halten. Nur so kann der Eindruck erweckt werden, auf der Höhe der Erfordernisse zu sein.

Produktivität: unerfreulich erfreulich

Tatsächlich bildet die unbefriedigende Beschäftigungslage mit ihrer zugespitzten Form der Massenarbeitslosigkeit den Kern vieler Schwierigkeiten. Seit Jahren wächst - nicht allein in Deutschland - die Produktivität schneller als die Produktion; was unter den gegebenen Wettbewerbsbedingungen abzusetzen ist, kann von einer ständig kleiner werdenden Zahl Beschäftigter hergestellt werden. Die Märkte erscheinen, soweit es die kaufkräftige Nachfrage betrifft, im wesentlichen gesättigt, während mancher Bedarf dennoch nicht gedeckt ist. Der Anteil der Einkommen aus unselbständiger Tätigkeit am Volkseinkommen nimmt ab, der Anteil der Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen

wächst - ohne dass sich dies wegen der nachhaltigen Steuerentlastungen für den Unternehmenssektor in einem entsprechenden Steueraufkommen niederschläge. Die Lohn- und Gehaltssumme der Beschäftigten als Bemessungsgrundlage der Sozialversicherungsbeiträge wird bei dieser Sachlage zu einem Faktor, der nicht die Beschäftigung, sondern die Verminderung der Beschäftigtenzahl fördert. Und wenn die Einkommen der Arbeitnehmer relativ schrumpfen, dann führt das - bei unverändertem Ausgabenbedarf - zwangsläufig zu steigenden Beitragssätzen und damit zu höheren Personalzusatzkosten. Das aber verstärkt bei der hierzulande heiliggesprochenen betriebswirtschaftlichen Denkweise die Neigung zur Personalkostenverminderung. Man braucht, um einen überschaubaren Ausschritt des Problems zu erhalten, nur die gesetzliche Krankenversicherung zu betrachten: Millionen von Arbeitslosen und deren Familienangehörige dürfen volle Leistungsansprüche geltend machen, doch erhalten die Krankenkassen, gemessen an der Beitragsleistung Beschäftigter, dafür nur erheblich verminderte Beiträge. Daher hat die gesetzliche Krankenversicherung wegen der Beschäftigungslage das am schwersten wiegende Problem eindeutig auf der Einnahmenseite, ohne dass man dabei die Ausgabenseite, die ja immerhin zur »Gegensteuerung« geeignet ist, ausblenden dürfte.

Gesucht: geänderte Bemessungsgrundlage

Zu den Erkenntnisgewinnen des Jahres 1999 sollte jedoch gehören, dass poli-

tisch offenkundig zu kurz gesprungen wird, wenn man Lösungen wiederum allein oder überwiegend auf der Ausgabenseite sucht und durch Leistungsbeschränkung und/oder Zuzahlung die Patienten belastet. Wird die Hauptursache der Schwierigkeiten dagegen auf der Einnahmenseite geortet, gelangt man zwangsläufig dahin, die Bemessungsgrundlage für die Beiträge zu prüfen und gegebenenfalls zu erweitern. Man braucht sich dann auch nicht für die Überlegung zu rechtfertigen, z.B. die Brutto Wertschöpfung des Betriebes bzw. Unternehmens als Bemessungsgrundlage für den Arbeitgeberanteil am Kranken- bzw. Rentenversicherungsbeitrag heranzuziehen. Tatsächlich spiegelt die Wertschöpfung die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit von Betrieben weitaus deutlicher wider als die Lohn- und Gehaltssumme der Beschäftigten. Dabei handelt es sich politisch zunächst einmal lediglich darum, dem Abbröckeln der Bemessungsgrundlage »Arbeitseinkommen« entgegenzuwirken. Ob auf neuer Grundlage zusätzliche Beitragseinnahmen erschlossen werden sollen, bliebe gesondert zu entscheiden. Eine veränderte Erhebungs- und Bemessungsgrundlage für den Arbeitgeberanteil - und nur für ihn, da der Arbeitnehmeranteil arbeitseinkommensbezogen² bleiben muss - wird bereits seit rund 20 Jahren erörtert. Die Möglichkeiten und die unbestreitbaren Schwierigkeiten einer ergänzenden Umstellung wurden hinreichend untersucht. Den-

² Hier wird nicht die auch in der Ärzteschaft verfochtene Erweiterung der Bemessungsgrundlage auf Einkünfte z.B. aus Vermietung und Verpachtung oder aus Kapitalvermögen befürwortet, da deren Folgen für die soziale Sicherung unverträglich weitreichend wären.

noch steht dieses Thema (noch) nicht auf der Tagesordnung der Politik, sieht man davon ab, dass die PDS-Fraktion im Bundestag die alte Diskussion zu aktualisieren versucht und selbst in der CDU erwogen wird, die Bindung der Beiträge an die Bemessungsgrundlage »Lohn- und Gehaltssumme« zu ändern oder zumindest zu ergänzen. Vorerst gilt allerdings anscheinend auch hier die Erfahrung, dass in der Politik nur jene Themen eine Chance haben, bei denen die politische »Ernte« innerhalb einer Wahlperiode eingefahren werden kann. Die Einführung einer Wertschöpfungsabgabe als Arbeitgeber-Beitragsanteil erfordert jedoch nach Auffassung der meisten Fachleute einen Zeitraum von wenigstens vier Jahren und würde mit problematischen Auswirkungen z.B. in der Wohnungswirtschaft verbunden sein.

Reform 2000: missraten

Bei den Bemühungen der rot-grünen Koalition um die Reform 2000 der gesetzlichen Krankenversicherung wurden Erwägungen grundsätzlicher Art, wie sie sich aus der Arbeitslosigkeit als politischer »Geschäftsgrundlage« ergeben, allerdings ausgespart. Daraus ist kaum ein Vorwurf herzuleiten, da die Koalitionspolitiker sich selber unter den Druck (zu) knapper Fristen gesetzt hatten und das, was man als Reform 2000 plante, schwierig genug erschien. Im Rückblick, also vor dem Hintergrund des nur teilweise erreichten Reformziels, liegt natürlich die Frage nahe, ob es nicht sachgerecht gewesen wäre, von vornherein die Zustimmung des Bundesrats anzustreben und deshalb wenigstens die Unionsfraktion des Bundes-

tages »ins Boot zu holen« - was allerdings zwangsläufig ein verändertes Reformkonzept etwa im Krankenhausbereich bedingt hätte. Als die Weichen gestellt wurden, meinte man jedoch noch, auf eine sichere Mehrheit im Bundesrat zählen zu können. Nicht förderlich waren, wie inzwischen feststeht, auch die »klimatischen« Auswirkungen personalpolitischer Missgriffe - angefangen bei der Brückierung des SPD Sozialpolitikers Rudolf Dreßler durch den Kanzlerkandidaten Gerhard Schröder über die Betrauung der gesundheitspolitisch unerfahrenen Andrea Fischer (Bündnis 90/ Die Grünen) mit dem Gesundheitsministerium bis zu deren Fehlentscheidung, den Leiter der Gesundheitsabteilung unverzüglich zu entlassen. In dieser Gemengelage war es dann kaum noch überraschend, dass sich am Ende des Gesetzgebungsverfahrens Pannen von Real- und Rang ergaben - und der Bundesrat gesetzestechnische Unzulänglichkeiten mit der einmütigen (!) Verweigerung der Zustimmung bestrafen musste...

Im Blick auf das, was gesundheitspolitisch nach der teilweise misslungenen Reform 2000 zwangsläufig zu tun bleibt, sollen hier bewertend nur zwei Sachverhalte aufgegriffen werden: die gescheiterte Änderung der Krankenhaus Investitionsfinanzierung (»Monistik«) und der erzwungene Verzicht auf das so genannte Globalbudget. Die angestrebten neuen Regelungen im Krankenhausbereich waren als das Kernstück der Reform 2000 gekennzeichnet worden; hier sollte man den Erfolg (oder das Scheitern) der Reformpolitik ablesen können. Tatsächlich ist an diesem Punkt nichts zu beschönigen: die Reform misslang, weil die Bundesländer nicht auf diesen Kurs zu



bringen waren! Und dass man das Globalbudget als halbwegs geeigneten Ansatz zur Veränderung von Ausgabenstrukturen (»Geld folgt der Leistung«) politisch nicht durchsetzen konnte, sondern nun wieder bei den unerwünschten Sektoren-Budgets steht, zwingt ebenfalls zu dem Urteil: gescheitert! Dass es der rot-grünen Koalition gelang, an der Zustimmung des Bundesrats »vorbei« eine Reihe von durchaus diskutablen Regelungen ins Gesetzblatt zu bringen - erweiterter Versorgung durch Hausärzte, verstärkte Patientenrechte, verbindliche Qualitätssicherung, verbesserte Ansätze zur Gesundheitsvorsorge, Einführung der Soziotherapie, »Positivliste« für Arzneimittel³, verknüpfte Versorgungsbeiräte - ändert jedoch nichts an dem Eindruck, wesentlichen Erfordernissen politisch nicht genügt zu haben. Allein schon die begründete Befürchtung, dass die Gesetzesbeschlüsse den Druck zu Beitragssatzerhöhungen verstärken statt ihn zu vermindern, lässt erkennen, wie weit die rot-grüne Koalition hinter ihrem Anspruch zurückblieb, durch Beitragssatzstabilität beschäftigungsfördernd zu wirken. Dass man der Beitragssatzstabilität immerhin Gesetzesrang zuerkannte und diesen Grundsatz auf das Krankenhausfinanzierungsgesetz ausdehnte, macht gleichwohl - gegenwärtig zu beobachten - die Frage nicht entbehrlich: Wie soll finanziert werden, was man zugunsten der Ver-

3 Bei diesem Gesetzesbeschluss dürfte es sich um einen Scheinerfolg der Koalition handeln, da die Einführung der Positivliste von der Zustimmung des Bundesrates abhängig gemacht werden musste - was genau einer Forderung des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI) entspricht.

sicherten und Patienten ins Gesetz schrieb?

Reichen 250 Milliarden DM?

Zu fragen, ob und wie solche Ausgaben von vergleichsweise geringem Ausmaß finanziert werden können, ist angesichts enger Verteilungsspielräume in der gesetzlichen Krankenversicherung verständlich. Betrachtet man dagegen die Entwicklung des Ausgabenanteils der GKV am Bruttoinlandsprodukt (BIP) - der seit Jahren keineswegs »explodiert« - so ergibt sich die ganz andere Frage: warum sollte ein deutlich über den Vergleichswerten anderer Industriestaaten liegender Anteil eigentlich nicht ausreichen, auf dem Boden der GKV auch künftig eine zufriedenstellende Versorgung sicherzustellen? Natürlich schließt das die Feststellung ein, dass in dem stets nur geringfügig zu erweiternden Ausgabenrahmen eine zunehmende Zahl von Leistungsanbietern nicht beliebig Erträge erwirtschaften kann. Vielmehr gilt hier die einfache Erkenntnis: wenn der Kuchen nicht zu vergrößern ist, müssen sich mehr Esser mit entsprechend kleineren Stücken begnügen. Das politische Stichwort dafür heißt: Verteilungskampf. Und hier ist festzustellen, dass sich Politiker nach aller Erfahrung offenkundig scheuen, in den Verteilungskampf um begrenzte Ressourcen der Krankenversicherung zielbewusst einzugreifen - es sei denn, zum Nachteil von Versicherten und Patienten. Bezeichnendes Beispiel dafür ist die bereits eingangs erwähnte, einst von der CDU/CSU-FDP-Koalition durchgesetzte Zahnersatz-Regelung. Sie eröffnete Zahnärzten einen zusätzlichen Einkommensspielraum, war jedoch für die Ver-



Die aktuellen Berufshaftpflicht-Konditionen für Zahnärzte

475,-

zzgl. 15 % Vers.-Steuer

**Lassen Sie sich
Ihr Angebot
ausarbeiten.**

Deckungssummen:

DM 3.000.000 pauschal für Personen- und
Sachschäden

DM 100.000 für Vermögensschäden

Prämienfrei eingeschlossen:

- Mietsachschäden an Praxisräumen
- Praxisabwasserschäden
- Abhandenkommen der von Patienten und Besuchern eingebrachten Sachen bis DM 1.000 täglich
- Erweiterter Strafrechtsschutz
- Privathaftpflichtversicherung

Deckungserweiterung

Es besteht Versicherungsschutz für die Kosten für die Wiederherstellung von Zahnersatz, der aufgrund eines zahnärztlichen Fehlers nicht mehr verwendbar ist, in Höhe der Laborkosten, soweit es sich nicht um ein eigenes Labor handelt, und der Versicherungsnehmer dafür von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung in Anspruch genommen wird. Der Selbstbehalt je Schaden beträgt hier DM 1.000.

Antwortcoupon

Stand: 1. Januar 2000

Ich bitte um Ausarbeitung eines Angebotes zur Berufshaftpflicht-Versicherung.

- Ich bin tätig als Zahnarzt.
 Ich lasse mich am _____
neu nieder als _____
und behandle

- nur ambulant mit ambulanten Operationen
 ohne ambulante Operationen
 ambulant und stationär mit _____ Belegbetten
Vorversicherung bei: _____

Ich habe bereits eine Haftpflicht-Versicherung abgeschlossen. Bitte sprechen Sie mich spätestens im _____ 20 ____ wieder an.

- schicken Sie mir das Angebot per Fax



NAV-Wirtschaftsdienst für Ärzte GmbH

Sedanstraße 13 -17 • 50668 Köln
Telefon (0221) 973 55 344
Fax (0221) 973 55 55
www.nav-widi.de

Absender/Stempel

0350302

sorgung der Patienten ohne Vorteil und gesamtwirtschaftlich lediglich eine Nachfrageverschiebung zum Nachteil anderer Bereiche.

Verdächtige Propaganda

Es mag sein, dass sich gesellschaftlich irgendwann Übereinstimmung ergibt, für die medizinische Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung weniger zahlen zu wollen als gegenwärtig. Vorerst aber lassen alle soziografischen Befunde darauf schließen, dass die Mehrheit der Bevölkerung bereit ist, für die gegebene Versorgung - und die umschließt offenkundig stets die Komponente »medizinischer Fortschritt« -, notfalls höhere Beiträge zu entrichten. Das heißt: die Mehrheit der Bevölkerung empfindet »solidarisch«, dass es zweckmäßig ist, Finanzierungslasten auf *alle* Versicherten zu verteilen, statt überwiegend *Patienten* zu belasten. Und es erscheint angesichts des bestehenden Finanzierungsrahmens - trotz der erwähnten Schwierigkeiten auf der Einnahmenseite - noch immer geboten, eher von weiterhin bestehenden Möglichkeiten der *Rationalisierung* zu sprechen, als die Gefahr der *Rationierung* notwendiger Versorgungsleistungen zu beschwören. Vor diesem Hintergrund wirkt es verdächtig, dass politisch - vorzugsweise unter dem Deckmantel angeblich gefährdeter Wettbewerbsfähigkeit deutscher Unternehmen - immer wieder dafür geworben wird, weiter vom System hälftiger Finanzierung durch Versicherte und deren Arbeitgeber abzuweichen und verstärkt den Bereich »privatisierter« Versorgungsleistungen anzusteuern. Auch die Propaganda für die

Einführung des Kostenerstattungssystems anstelle des Sachleistungssystems gehört in dieses politische Umfeld.

Ideologischer Überbau entbehrlich

Gerade die neuesten soziografischen Befunde lassen erkennen, dass die weit überwiegende Mehrheit der Versicherten das Sachleistungssystem und den - zugegeben: verführerisch bequemen - Zugang über die Versichertenkarte (Chipkarte) als vorteilhaft betrachtet und möglichen Alternativen nichts abgewinnt. Dennoch sind Bemühungen zu beobachten, diese Einstellung als unzeitgemäß und reformfeindlich darzustellen. Und wo die Befunde dafür nicht genug hergeben, wird hemmungslos (um-)gedeutet - bis hin zu Bekenntnissen wie »Freiheit macht stark, Stärke macht glücklich« (Prof. Dr. Elisabeth Noelle-Neumann nach zm 2/00), die angesichts der allgemeinen Verunsicherung durch Arbeitslosigkeit und dem daraus erwachsenden Sicherheitsbedürfnis vieler Menschen fast zynisch anmuten. Vor diesem Hintergrund sollte man wünschen dürfen, dass erforderlich erscheinende Leistungsbeschränkungen - in welchem Begründungszusammenhang auch immer - als wirtschaftlich unvermeidlich dargestellt und nicht mit dem ideologischen Überbau einer marktwirtschaftlichen Anreicherung des Systems oder gar eines Gewinns an persönlicher Freiheit versehen werden.

Hans-Ulrich Spree
Bonn

Reformkommission

Die von der Bertelsmann-Stiftung, der Heinz-Nixdorf-Stiftung und der Ludwig-Erhard-Stiftung eingesetzte »Reformkommission Soziale Marktwirtschaft« hat im November 1999 ein vielbeachtetes Gutachten zur Gesundheitsreform vorgelegt.

Diese Kommission setzt sich zusammen aus Wissenschaftlern und namhaften Politikern verschiedener Parteien (auch aus SPD und Gewerkschaft), die mit ihren Vorschlägen einen deutlichen Gegenkurs zur Bundesregierung steuern. Wohl aus diesem Grunde ist das Gutachten von den großen zahnärztlichen Verbänden Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) kritiklos begrüßt worden.

Tatsächlich gibt es in dem Papier einige bemerkenswert positive Lösungsvorschläge zur gegenwärtigen Finanzierungskrise im Gesundheitswesen. Besonders hervorzuheben ist die vorgesehene Abkoppelung der Finanzbasis der GKV vom Arbeitseinkommen und ihre Ankopplung an das Familien-Gesamteinkommen. Dies trägt der seit Jahren rückläufigen Lohnquote Rechnung, die schon allein für einen Großteil des Defizits verantwortlich ist.

Die Kommission versteht das Gesundheitswesen völlig zu Recht als einen wichtigen binnenwirtschaftlichen Wachstumsmarkt. Dem steht das strenge Budgetdenken, das diese Regierung als Erbe der vorigen übernommen hat, strangulierend entgegen. Mit der ständig schrumpfenden Beitragsbasis bei hoher Arbeitslosigkeit und der zunehmend älteren Bevölkerung kann der rasante me-

dizinische Fortschritt aber nicht mehr finanziert werden.

Deutlich kritisiert die Reformkommission auch die fehlende Übertragbarkeit der Altersrückstellungen, die den Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungen praktisch unmöglich macht und damit den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander blockiert.

Neben diesen und einigen anderen positiv zu bewertenden Gedanken gibt es aber einige äußerst bedenkliche Vorschläge, die von der niedergelassenen Zahnärzteschaft nicht hingenommen werden dürfen. So soll von der Sachleistung auf Kostenerstattung umgestellt werden, ohne daß der Patient in Vorleistung treten muß. Das würde die Vorzüge der Kostenerstattung auf den Kopf stellen und die Kontrolle der Leistungsabrechnung auf Plausibilität und Menge von den KZVen auf die Kassen übertragen. Die ganze GKV eine Beihilfestelle! Es ist nicht nachvollziehbar, wie die KZBV als Dachorganisation der KZVen dem zustimmen kann.

Zweitens »müßte das Recht auf freie Arztwahl zu einem Wahlrecht umgewandelt werden« (Zitat), zu einem »Optionsrecht auf freie Arztwahl«. Haben das die Zahnärztevorstände nicht gelesen?

Drittens sollen zentrale Honorarvereinbarungen auf Bundesebene zugunsten von »selektiven Honorarvereinbarungen zwischen einzelnen Anbietern und Krankenkassen realisiert werden können.«... »Die verstärkte Konkurrenz von Anbietern zwingt zur Mobilisierung von Effizienzreserven.« Das ist politische Absicht von FVDZ, KZBV und BZÄK?

Am kurzfristigsten aber agieren die Zahnärztoberen mit ihrer Zustimmung zur Forderung nach Beschränkung der Leistungen der GKV auf die »notwendige

Basisversorgung« und »den Wunsch nach einer weitergehenden Absicherung über private Zusatzversicherungen zu organisieren.« Diese Forderung nach Abschmelzung des Leistungskataloges der GKV hätte für einen Großteil der Bevölkerung und ihre behandelnden Ärzte eine massive Einschränkung des Therapiespektrums zur Folge. Die Kranken und sozial Schwachen müßten auf einen großen Teil des Solidarbeitrages der Gesunden und Besserverdienenden verzichten, die die guten Risiken untereinander dann günstig versichern könnten. Besonders treffen würde dies die Zahnärzteschaft, die sich spätestens im

»Wahlleistungsjahr« 1998 von der Illusion verabschieden mußte, Therapiespektrum und Umsätze außerhalb der GKV vergrößern zu können. Der Rückgang des Zahnmedizin-Anteils am GKV-Gesamt volumen von 14% auf 8% in den letzten 12 Jahren muß doch denen die Augen öffnen, die die Gesundung der materiellen Basis ihrer Praxen außerhalb der GKV erwarten!

Unsere Bundeskörperschaft ist auf der Suche nach Bundesgenossen für ihre gescheiterte Politik auf falsche Bundesgenossen hereingefallen.

Dr. Roland Ernst, Edeweicht

Niedersachsen: Die Wahrheit kommt scheinchenweise!

Siehe auch Seite 17

Der DAZ im NAV-Virchow-Bund dankt dem Vorstand der KZV Niedersachsen unter ihrem Vorsitzenden Dr. Schirbort für die umfangreiche Information über die Argumentationen des DAZ-Vorstandes und des 2.Vorsitzenden Dr. Roland Ernst bezüglich der „Niedersächsischen Verhältnisse“.

In einer mehrseitigen Aussendung an alle niedersächsischen Kassenzahnärzte dokumentiert der Vorstand der KZVN am 25. Januar 2000 sein Finanzgebahren. So wird erstmalig zugegeben, daß 1994 im VdAK-Budget 456 Millionen DM zur Verfügung gestanden haben, den Krankenkassen jedoch lediglich 435,4 Millionen DM in Rechnung gestellt wurden. Auch 1995, so die KZVN, wurde der mögliche Budgetrahmen bei weitem nicht ausgeschöpft.

Der Vorstand der KZVN hatte es nämlich abgelehnt, die von Kassenseite angebotenen Ausschöpfungsverträge abzuschließen, wie es andere KZVen taten. Zusätzlich wurden die niedersächsischen Kolleginnen und Kollegen seit dem Sommer 1994 zur Behandlungsreduzierung wegen angeblich fehlender Budgetmittel aufgerufen. Und es wurden über den Honorarverteilungsmaßstab Millionenbeträge einbehalten, die bis heute nicht vollständig ausgezahlt sind.

So verhinderte der Vorstand der KZVN selbst, daß viele niedersächsische Kolleginnen und Kollegen für ihre ehrliche Arbeit das ihnen zustehende Honorar erhielten. Ein Vorstand, der so gegen die fundamentalen Interessen der Kollegenschaft arbeitet, muß zurücktreten! Er muß den Weg freimachen für Kollegen, die wieder mit den Kassen Verträge aushandeln, die nicht Jahr für Jahr der Zahnärzteschaft schweren Schaden zufügen.

Grenzerfahrungen - die Ausstellung „Körperwelten“ in Köln

Manch einer von Ihnen hat schon von ihr gelesen oder sie besucht: eine Ausstellung, die um die Welt geht und Millionen Menschen in ihren Bann zieht. Die Zuspriechung oder Widerspruch hervor-



ruft, aber jedenfalls nicht übersehen wird. Denn sie zeigt etwas, was jeden zutiefst berührt: menschliche Körper und Teile menschlicher Körper, nicht

künstlich erzeugt, sondern echt. Körper von nicht mehr Lebenden, mit dem vom Heidelberger Anatom Prof. von Hagens entwickelten Plastinationsverfahren haltbar gemacht und aufbereitet, um sowohl Medizinern als auch interessierten Laien Einblicke in die Anatomie des gesunden und kranken menschlichen Körpers zu ermöglichen, Einblicke, wie sie bisher durch zweidimensionale Bilder oder künstliche Organnachbildungen kaum möglich sind.

Nicht zum ersten Mal in Deutschland, gastiert die Ausstellung jetzt auf dem Heumarkt in Köln, vom 12.2. bis 31.7. 2000. Geöffnet ist sie montags bis samstags von 9 bis 23 Uhr und sonntags von 11 bis 23 Uhr.

Wenn im DAZ Interesse an einer gemeinsamen Besichtigung besteht, können wir eine solche gern in Zusammenhang mit einer Ratssitzung in Köln organisieren. Infos zur Ausstellung unter 0221/272950 und Karten unter 0221/2801. Oder Sie schauen ins Internet unter www.koerperwelten.com

(ib)

Finanzielle Folgen der "GKV-Gesundheitsreform 2000":

Über 2 Milliarden DM Mehrausgaben - woher soll das Geld kommen?

Der AOK Bundesverband legte eine erste Hochrechnung über die finanziellen Auswirkungen der Leistungsänderungen durch die "GKV-Gesundheitsreform 2000" vor. Unter der Überschrift "Dümpeln im Meer der Reformen" stellt der Geschäftsführer Politik der AOK Franz Knieps in der Zeitschrift "Gesundheit und

Gesellschaft" die zusätzlichen "reform"bedingten Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zusammen. Hierbei kommt er auf eine Summe zwischen 2,16 und 2,26 Milliarden DM. Der grösste "Batzen", nämlich 1,2 Mrd. DM, entfällt auf Mehrausgaben im stationären Sektor (Krankenhausbehandlung).

An zweiter Stelle folgt die Einführung der ambulanten Rehabilitation (bis zu 300 Millionen DM). Der Ausbau der Gruppenprophylaxe (geänderter § 21 im Sozialgesetzbuch / SGB V) schlägt in der Kassenrechnung prospektiv mit ca. 10 Millionen DM zu Buche. Die Kalkulation der AOK für den zusätzlichen Ausgabenanstieg im Krankenhausbereich ist somit weitgehend deckungsgleich mit den Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). In ihrer Publikation "Reform 2000 - Informationen für den Kassenarzt" stellt die KBV fest: "In der Summe wird dem Krankenhaus folglich mehr als das Doppelte dessen zugestanden, was der ambulanten Versorgung durch die Budgetierungsregelung entzogen wird." Die Benachteiligung der am-

bulanten gegenüber der stationären Versorgung werde folglich unbeirrt fortgesetzt.

Mit der "GKV-Gesundheitsreform 2000" wurden nämlich zusätzlich zahlreiche weitere "Ausnahmetatbestände" geschaffen, für die eine strikte Anbindung des Kliniksektors an das Gebot der Beitragsatzstabilität nicht gilt.

Zu diesen Sonderbegünstigungen (bedeutet: Überschreitung des Budgets möglich) gehört u.a. die Anerkennung von Mehrausgaben aufgrund von BAT-Tarifsteigerungen für das Krankenhauspersonal. "a+s aktuell" sieht in den Krankenhäusern folglich auch die "deutlichen Gewinner" des Fischer-Gesetzes.

Quelle: »a+s aktuell« Nr.25/99;

forum-Förder-Abo

Fast 20 Jahre lang hat das forum die zahnmedizinische Szene kritisch beleuchtet. Inzwischen droht der drastische Rückgang der Anzeigeneinnahmen, den Fortbestand unserer Zeitschrift in Frage zu stellen. Darum die Bitte an unsere Leserinnen und Leser: Unterstützen Sie uns mit einem forum Förder-Abo! Auch und gerade wenn Sie bisher das forum kostenlos bekommen. Bitte untenstehenden Abschnitt ausgefüllt an unsere Geschäftsstelle schicken. Damit Sie auch morgen noch forum lesen können.

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

Belfortstr.9
50668 Köln

Ich möchte das DAZ-forum abonnieren
zum Preis von
0 40 DM jährlich
0 DM jährlich

_____, den

Unterschrift

Absender:
Name/Institution:
Straße/Haus-Nr.:
Postleitzahl/Ort:

Tel/Fax/E-Mail:

Nicht zuletzt aufgrund von Gesprächen mit DAZ-Vertretern hatte die Regierungskoalition 1999 die Einführung des Verhältniswahlrechts für die KVen und KZVen in ihr Gesundheitsreformgesetz aufgenommen. Die Ablehnung der Reform im Bundesrat zwang zu umfangreichen Änderungen und Streichungen. Leider wurde erst kurz vor dem Zusammentreten des Vermittlungsausschusses bekannt, daß die Wahl-Regelung zusammen mit anderen zustimmungspflichtigen Paragrafen unter den Tisch fallen sollte. Eine kurzfristig veröffentlichte Presseinformation des DAZ hatte angesichts der Hektik der Abläufe keine Chance, die parlamentarische Entscheidung am Jahresende noch zu beeinflussen. Jedoch sind wir interessiert, das Thema im neuen Jahr erneut auf die politische Tagesordnung zu bringen. Hier die Pressemeldung des DAZ vom 31.1.2000:

Einführung der Verhältniswahl in den zahnärztlichen Körperschaften überfällig!

Die rot-grüne Koalition hatte im Rahmen ihrer Gesundheitsreform geplant, den ärztlichen und zahnärztlichen Körperschaften zukünftig einheitlich und verbindlich die Anwendung des Verhältniswahlrechts vorzuschreiben. Im Zuge der Streichung im Bundesrat zustimmungspflichtiger Bestimmungen fiel der vorgesehene Paragraph Ende 99 dem Rotstift zum Opfer, obwohl er vielleicht durchaus mehrheitsfähig gewesen wäre.

Worum geht es? Darum, daß in den Vertretungen der Zahnärzte, die sowohl hoheitliche Aufgaben wahrzunehmen haben als auch zahnärztliche Interessenvertretung betreiben, auch oppositionelle Gruppen repräsentiert sein sollen. Bisher fallen z.T. selbst Ergebnisse alternativer Gruppierungen von über 20%, von denen FDP und Grüne auf Bundesebene nur träumen können, unter den Tisch. Die Folge ist eine politische Monokultur, die in den letzten Jahren mehrfach zu unfruchtbarer Konfrontation zwischen Zahnärzten, Kassen und Politik sowie zur Entwicklung massiven Mißtrauens der Öffentlichkeit gegen die Zahnärzteschaft geführt hat.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchowbund erwartet positive Impulse von mehr Pluralismus und Meinungsvielfalt in den zahnärztlichen Gremien. Bei seiner Januar-Vorstandssitzung in Hannover erneuerte er seine bereits mehrfach erhobene Forderung nach Einführung des Verhältniswahlrechts. Nach DAZ-Meinung steht die Zahnärzteschaft angesichts der Finanzkrise in der Gesetzlichen Krankenversicherung, angesichts von Budgetierungen und Zulassungsbeschränkungen und angesichts der vorgesehenen Novellierung der Leistungskataloge vor schwierigen Aufgaben, die sich nur gemeinsam bewältigen lassen.

Der DAZ fordert die Politiker aller Parteien auf, kurzfristig durch eine Gesetzesergänzung auf Bundesebene für die allgemeine Anwendung des Verhältniswahlrechts bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) zu sorgen und dadurch die Chancen für eine konstruktive Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Versorgung zu erhöhen.

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)
im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands



und

Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM)

laden ein zur

Frühjahrs-Fortbildung

am Samstag, dem 6. Mai 2000, in Frankfurt/Main

Ort: Bürgerhaus Bornheim, Arnsburger Str. 24,
60385 Frankfurt/Main, Tel. 069-446099, Fax 069-461638

Der Samstagvormittag soll der Diskussion über die aktuelle berufs- und gesundheitspolitische Lage dienen; als Referent ist **Prof. Dr. F.W. Schwartz**, tätig an der Medizinischen Hochschule Hannover und Vorsitzender des Sachverständigenrats, angefragt.

Am Nachmittag steht fachliche Fortbildung auf dem Programm zum Thema:

»Bewährtes und Neues aus der Endodontie, Komplikationen, Problemlösungen«

Insbesondere wird es um den Vergleich verschiedener Methoden und Materialien bei der Wurzelkanalaufbereitung und -füllung gehen.

Referentin: **Dr. Claudia Barthel**, Zahnklinik Nord der Charité Berlin

Sonstiges: Freitag- und Samstagabend ist Gelegenheit zu kollegialem Austausch je nach Wetter in Restaurant oder Biergarten. Am 7.5.00 findet ein DAZ-Arbeits-treffen (DAZ-Ratssitzung) statt, zu dem interessierte Nicht-Mitglieder herzlich eingeladen sind.

Infos und Anmeldung:

DAZ-Geschäftsstelle beim NAV-Virchow-Bund, Belfortstr. 9, 50668 Köln
Tel 0221-973005-45 Fax 0221-7391239 E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de



Dr. Claudia Barthel

- 1983-88 Zahnmedizinstudium Freie Universität Berlin
- 1988 Promotion Freie Universität Berlin
- 1989 Tätigkeit als Assistenz Zahnärztin in freier Praxis Langnau/ Schweiz
- 1991 Wissenschaftliche Mitarbeiterin Abt. Zahnerhaltung FU Berlin (Leiter: Prof. Dr. J.F. Roulet)
- 1994 Für 1 Jahr Visiting Assistant Professor im Department of Endodontics an der Dental School University of North Carolina at Chapel Hill U.S.A. (Prof. Dr. Martin Trope)
- 1999 Wissenschaftliche Mitarbeiterin auf unbegrenzte Zeit Abt. Zahnerhaltung und Präventivzahnmedizin HU Berlin (Prof. Dr. J.F. Roulet) Forschungsschwerpunkt: Endodontie

Niedersächsische Verhältnisse - *siehe auch Seite 12*

Ein Zwischenbericht

Im Forum 65 hatte DAZ-Vorstandsmitglied Dr. Roland Ernst detailliert dargelegt, wie die KZV Niedersachsen unter ihrem Vorsitzenden Dr. Schirbort durch ihre völlig verfehlte und nur auf Konfrontation ausgelegte Honorarpolitik den eigenen Kollegen seit 1994 Nachteile in zigfacher Millionenhöhe eingebrockt hat. Ernst hatte das Nicht-Ausverhandeln von Budgetobergrenzen, das jahrelange Zurückhalten von bereits durch die Kassen gezahlten Honoraren und das Umlenken dieser Kollegengelder in das Vermögen der KZV „Veruntreuung“ genannt. Dafür hatte ihn diese im Mai 1999 vor dem Landgericht Hannover auf Unterlassung verklagt und ihn gleichzeitig bei der Staatsanwaltschaft Köln wegen falscher Verdächtigung angezeigt. Offensichtlich war der KZVN an einer tatsächlichen Durchführung der durch sie selbst angestregten Prozesse aber gar nicht gelegen. Erst durch den Be-

klagen selbst mußte sie öffentlich aufgefordert werden, endlich den nötigen Prozeßkostenvorschuß zu bezahlen (forum 67), um das von Vielen mit Spannung erwartete Verfahren in Gang zu bringen.

Das Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft gegen Dr. Ernst dagegen wurde schon im August 99 mangels fristgerechtem Strafantrag eingestellt, ein weiteres ruht bis zum Abschluß der Ermittlungen, die zwischenzeitlich von der Staatsanwaltschaft Hannover in derselben Sache von Amts wegen gegen die KZVN selbst geführt werden.

Vor den Sozialgerichten sind derzeit weit über 1000 (tausend!) Klagen niedersächsischer Kollegen gegen ihre eigene KZV anhängig, überwiegend wegen der Honorarverteilungsmaßstäbe der letzten Jahre.

Über den weiteren Verlauf wird das Forum Sie unterrichten.

Welchen Sealer soll ich für meine Wurzelkanalbehandlung nehmen?

Claudia R. Barthel

Bei einer Wurzelkanalbehandlung werden Pulpareste und idealerweise alle Keime aus dem Wurzelkanalsystem entfernt. Die apikale Grenzfläche des aufbereiteten Wurzelkanals besteht aus pulpal-parodontalem Mischgewebe (im Falle eines ursprünglich vitalen Zahnes) oder Granulationsgewebe (im Falle einer ursprünglich infizierten Pulpanekrose). Da hier für den Körper nicht wie sonst üblicherweise die Möglichkeit besteht, die zur Außenwelt offene Stelle mit Epithel zu überziehen, übernimmt die von uns durchgeführte Wurzelkanalfüllung diese Funktion. Sie hat hierbei mehrere Aufgaben: Zum einen müssen eventuell verbliebene Restkeime so einzementiert werden, daß sie keine Chance zur Vermehrung haben. Zum anderen muß verhindert werden, daß zwischen Zahnhartsubstanz und Wurzelkanalfüllung ein Austausch von Flüssigkeiten entsteht, die eventuell Träger von Nährsubstanzen für die verbleibenden Bakterien sein könnten und drittens soll eine Wurzelkanalfüllung verhindern, daß aus der Mundhöhle erneut Mikroorganismen an den Periapex gelangen.

Schon seit Anfang des Jahrhunderts wird eine im Prinzip heute noch übliche Form der Wurzelfüllung durchgeführt: Ein Zement wird mit einem oder mehreren Stiften in den Kanal eingebracht. Die Zemente wurden mit der Zeit modifiziert, ebenso die Art und Anzahl der Stifte.

Die heute gängigsten Materialien sind Guttaperchastifte in Kombination mit einem Sealer. Silberstifte zeigen bei Kontakt mit Körpergewebe starke Korrosion, die Korrosionsprodukte sind sehr toxisch, weshalb die Applikation von Silberstiften im Rahmen einer Wurzelkanalfüllung heutzutage abgelehnt wird.

Füllungen, die nur aus Pasten bestehen, erwiesen sich als undicht, auch lösen sich Pasten mit der Zeit auf, so daß diese Art der Wurzelfüllung heutzutage nicht mehr dem aktuellen Stand entspricht. Ebenso undicht verhält sich eine Wurzelkanalfüllung, die nur aus Guttapercha besteht (1-4).

Angesichts der heute gut funktionierenden Adhäsivtechnik wäre es naheliegend, die Kanäle adhäsiv zu verschließen. Unser Problem ist jedoch, daß wir niemals sicher sein können, ob wir nicht gegebenenfalls eine Revision durchführen müssen. Aus diesem Grunde ist es nötig, die Füllung so zu gestalten, daß sie revidierbar ist. Dies ist im Prinzip nur durch eine Kombination Guttapercha/Sealer möglich. Schon ein einziger Guttaperchastift erlaubt es, durch Applikation von Lösungsmitteln (z.B. Chloroform, Orangenöl, Eucalyptusöl) oder Hitze den Apex wieder zu erreichen und die Wurzelfüllung zu revidieren.

Leider haben die heute angewendeten Wurzelfüllverfahren einen großen Nachteil: Sie sind nicht dicht gegen bakteriel-

le Penetration. In mehreren In-vitro- und In-vivo-Versuchen konnte gezeigt werden, daß Wurzelfüllungen ohne dichte Deckfüllung bereits innerhalb von wenigen Tagen von Bakterien penetriert werden (5-8). Selbst die zusätzliche Applikation eines provisorischen Verschlusses in der Zugangskavität kann Bakterien nicht am Vordringen zum Apex hindern (9). Dies hat zur Folge, daß ein wurzelkanalgefüllter Zahn möglichst rasch eine definitive Versorgung erhalten muß oder zumindest ein bakteriendichtes Langzeitprovisorium in Form eines adhäsiven Verschlusses oder Aufbaus.

Sealer

Die meisten Sealer basierten bislang auf einer Zinkoxid-Eugenol-Basis. Es gibt jedoch auch Sealer auf Polymerbasis, einen Glasionomerzement und Sealer auf Chloropercha-Basis.

Zinkoxidhaltige Sealer

Viele zinkoxidhaltige Sealer enthalten Harze als Zusatz, welche ihn weniger löslich machen und zu besseren adhäsiven Eigenschaften führen. Zinkoxid-Eugenol-haltige Sealer sind für Bindegewebe in der Regel aufgrund ihres Eugenolgehaltes toxisch. Der Zinkoxid-Anteil dagegen hat antimikrobielle Eigenschaften bei gleichzeitiger zellprotektiver Wirkung (10). Vorteil dieser Sealer ist die klinische Langzeiterfahrung und daß sie einfach zu verarbeiten sind. Da sie in der Regel eine hohe Löslichkeit aufweisen und resorbierbar sind, werden sie zum Teil in der Milchzahndodontie als Wurzelfüllmaterial eingesetzt. Während des Abbindevorganges kommt es zu

Schrumpfungen, so daß diese Sealer im Vergleich zu Sealern auf Polymerbasis bezüglich ihrer Dichtigkeit schlechter abschneiden (11). Gängige Sealer dieser Art sind **Tubli-Seal** (Kerr), **Pulp Canal Sealer** (Kerr), **Proco-Sol** (Star Dental) und **Wach's Paste** (Sultan Chemists).

Einige ZnO-Sealer sind durch verschiedene Zusätze modifiziert. Eine Gruppe von Sealern enthält Calciumhydroxid (Beispiele: **Sealapex** (Kerr), **CRCS** (Hygienic), **Apexit** (Vivadent)). In der Literatur gibt es keine Hinweise, daß dieser Zusatz einen ähnlich hervorragenden biologischen Effekt wie hat wie wässrige Calciumhydroxid-Lösungen. Die Wirkung von Calciumhydroxid beruht auf der Alkalisierung des Gewebes durch in Lösung gegangene Hydroxylionen. Dies bedeutet, daß ein calciumhydroxidhaltiger Sealer entweder permanent Hydroxylionen abgibt, wodurch er sich sukzessive auflöst oder aber die Hydroxylionen bleiben im Material gebunden, womit sich die Wirkung des Calciumhydroxid nicht entfalten kann. Staehle et al. konnten zeigen, daß die alkalisierende Wirkung von calciumhydroxidhaltigen Sealern von wesentlich kürzerer Dauer ist als bei wässrigen Lösungen von Calciumhydroxid (12).

Bezüglich der Dichtigkeit scheinen diese Sealer jedoch mit anderen Sealern vergleichbar zu sein (4, 13). In-vivo-Studien mit Sealapex und CRCS konnten jedoch zeigen, daß sich beide Materialien im Gewebe leicht desintegrieren (14, 15).

*Es gibt auch zinkoxidhaltige Sealer mit anderen Zusätzen wie zum Beispiel Formaldehyd oder Corticosteroiden. Zwei solcher Sealer sind beispielsweise **N2** (Ag-sa) und **Endomethasone** (Septodont). N2 verursacht heftige Nekrosen, wenn*

es mit vitalen Geweben in Kontakt kommt (16, 17). Der Austritt von Formaldehyd aus dem Sealer ist langanhaltend und führt zu einer chronischen Entzündung (18). Die Zugabe von Corticosteroiden (z.B. in Endomethasone) zeigte bisher keinen klinischen Vorteil, Corticosteroide behindern sogar die körpereigenen Abwehrmechanismen und damit eine schnelle Heilung. Brodin et al. (19) konnten zeigen, daß N2 und Endomethasone einen stärkeren neurotoxischen Effekt als andere Sealer hatten. Block et al. (20) stellten nach erfolgter Wurzelkanalbehandlung mit N2 eine sehr schnelle systemische Verteilung von Paraformaldehyd im Körper fest, zusätzlich konnten kleine Partikel der Paste bereits nach ein paar Tagen in näherer und ferner Umgebung der Wurzelspitze gefunden werden. Tepel et al. (21) konnten feststellen, daß die Ausheilung apikaler Prozesse nach Füllung mit N2 und Endomethasone im Vergleich zu anderen Sealern deutlich verschlechtert war. Speziell für N2 besteht das Problem, daß die Formulierung sehr oft geändert wird, so daß es kaum Studien gibt, die speziell auf das jeweils aktuell auf dem Markt befindliche Produkt zutreffen.

Sealer auf Polymerbasis

Es gibt auch verschiedene Sealer auf Polymerbasis, z.B. **AH26** (De Trey) oder **Diaket** (ESPE). Wie die meisten Sealer ist AH26 in frisch angemischtem Zustand toxisch. Diese Toxizität basiert auf einer vorübergehenden minimalen Freisetzung von Formaldehyd, die durch die chemische Abbindereaktion zustande kommt. Die Freisetzung von Formaldehyd nimmt jedoch während der Abbin-

dephase ab und anschließend ist AH26 sowohl in vitro als auch in vivo als biologisch inert zu betrachten. Die kurzzeitige Freisetzung von Formaldehyd aus AH26 liegt um das tausendfache niedriger als die Freisetzung aus N2, die zudem noch über einen langen Zeitraum stattfindet (16). Ein großer Vorteil von AH26 ist die lange Abbindezeit, die es erlaubt, selbst einen Tag nach Legen der Wurzelfüllung diese wieder mühelos zu entfernen. Nichtsdestotrotz wurde inzwischen ein Nachfolgepräparat entwickelt (**AHplus**, DeTrey), das kein Formaldehyd mehr freisetzt. Gleichzeitig wurde hiermit ein weiterer Nachteil des AH26 eliminiert, der in dunklen Verfärbungen des Sealers nach erfolgter Abbindereaktion bestand. Nachteil von AHplus ist die mangelnde Langzeiterfahrung. Es gibt Anhaltspunkte, daß AHplus bezüglich der Toxizität und Mutagenität als günstig zu beurteilen ist, für eine endgültige Bewertung fehlen jedoch klinische Langzeitstudien (22, 23).

Ein weiterer Sealer auf Kunststoffbasis ist Diaket. Zusätzlich zu Vinylpolymeren enthält es Zinkoxid und Wismut-Phosphat, wodurch es gute adhäsive Eigenschaften besitzt. Es zeigt im Vergleich zu herkömmlichen Zinkoxid-Eugenol-haltigen Sealern eine bessere Dichtigkeit (24-26). Durch seine initial hohe Toxizität kommt es zu Gewebekrosen, die eine langanhaltende Irritation darstellen und zu einer verzögerten Ausheilung der Periapikalregion führen können (17, 27). Für einen neu auf den Markt gekommenen Sealer **Roeko-Seal Automix** (Roeko) auf Silikonbasis existiert noch nicht ausreichend Literatur, um valide Aussagen machen zu können. Ein Vorteil ist jedoch die einfache Anmischbarkeit mittels eines Mixing-Tips.

Glasionomerzement-Sealer

Ein Sealer ganz anderer Stoffklasse ist **Ketac Endo** (ESPE). Hierbei handelt es sich um einen Glasionomerzement. Er verursacht nur geringe Gewebeerirritationen, es ist jedoch noch nicht gesichert, ob seine Dichtigkeit mit der anderer Sealer vergleichbar ist. Ein Vorteil dieses Sealers ist seine leichte und sichere Anmischbarkeit, er wird in Kapseln geliefert. Obwohl bei Glasionomerzement darauf spekuliert wird, daß dieser chemisch an der Kanalwand haftet, konnte gezeigt werden, daß AH26, welches keine chemische Adhäsion an Zahnhartsubstanzen aufweist, besser als Ketac Endo am Dentin haftet (28).

Sealer auf Chloroform-Basis

Chloropercha (Moyco) enthält weiße Guttapercha, Chloroform und verschiedene Harze. Selbst nach der Verdunstung der Chloroform-Komponente kann es zu andauernden Gewebeerirritationen kommen, da die Harze toxisch sind. **Kloroperka N-Ø** (N-Ø Therapeutics) enthält noch zusätzlich Zinkoxid, welches die Toxizität durch seine zellprotektive Wirkung etwas reduziert. Ein Nachteil dieser Sealer besteht jedoch in der enormen Schrumpfung, die aus der Verdunstung des Chloroforms resultiert. Es erfordert große Geschicklichkeit des Behandlers, diese Schrumpfung durch entsprechende Applikationstechnik aufzufangen.

Zusammenfassung

Prinzipiell muß jeder Sealer als gewebe-toxisch betrachtet werden (*eine Ausnahme bildet hier möglicherweise der*

Sealer auf Silikonbasis, dessen Eigenschaften in gängigen Testverfahren als "nicht toxisch" eingestuft wurden (29)). Bei der Auswahl sollte man sich jedenfalls für einen weniger toxischen Sealer entscheiden. Damit wird bei der Wurzelfüllung ein weniger lang anhaltender bzw. geringerer entzündlicher Reiz für das apikale Parodontium gesetzt. Ein durch Bakterien entzündlich veränderter Periapex sollte zunächst von diesen durch eine saubere Aufbereitung befreit werden. Danach toleriert das ausheilende Gewebe die mild toxischen Sealer. Ein Konzept, bei dem bewußt Bakterien belassen werden, in der Hoffnung, daß ein stark toxischer Sealer sie beseitigt, kann nicht funktionieren. Man würde bei einer verschmutzten Wunde an der Hand auch nicht einfach einen Alkoholtupfer auflegen, in der Hoffnung, daß sich alles von selbst regelt, sondern man würde die Wunde vorher reinigen.

Es gibt keinerlei Anhaltspunkte, daß sich eine periapikale Entzündung aufgrund der toxischen Eigenschaften eines Sealers vergrößert oder ausdehnt, es sei denn, es werden Sealer mit langanhaltender Formaldehydfreisetzung verwendet. Ein endodontischer Mißerfolg ist eher auf eine unsaubere Arbeitsweise (Arbeiten mit unsterilen Instrumenten, Vorbiegen oder Berühren der Wurzelkanalinstrumente mit den unsterilen Fingern etc.), ungenügende Reinigung des Kanalsystems, übersehende Kanäle oder falsche Aufbereitungslänge zurückzuführen als auf die Materialeigenschaften der Sealer.

Letztenendes ist der Erfolg einer Wurzelkanalbehandlung von einem vernünftigen Gesamtkonzept abhängig: Großzügiger Zugang, sorgfältige Aufbereitung auf

die richtige Arbeitslänge (=radiologischer Apex minus 1 mm), Präparation eines sicheren apikalen Stopps, intensive Kondensation der Wurzelfüllung und sofortiger Verschluss mit einer dichten Deckfüllung.

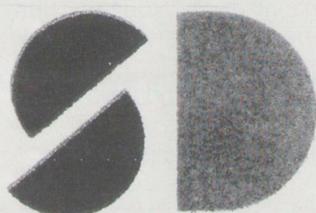
Dr. Claudia Barthel, Charité Berlin

Literatur

1-Behrend GD, Cutler CW, Gutman JL. An in vitro study of smear layer removal and microbial leakage along root canal fillings. *Int Endod J* 1996; 29: 99-107.
 2-Yee FS, Marlin J, Krakow AA, Gron P. Three-dimensional obturation of the root canal using injection-molded, thermoplasticized dental gutta-percha. *J Endod* 1977; 3: 168-74.
 3-Ishley DJ, ElDeeb ME. An in vitro assessment of the quality of apical seal of thermomechanically obturated canals with and without sealer. *J Endod* 1983; 9: 242-5.
 4-Barkhordar RA, Bui T, Watanabe L. An evaluation of sealing ability of calcium hydroxide sealers. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 68: 88-92.
 5-Friedman S, Torneck CD, Komorowski R, Ouzounian Z, Syrtash P, Kaufman A. In vivo model for assessing the functional efficacy of endodontic filling materials and techniques. *J Endod* 1997; 23: 557-61.
 6-Torabinejad M, Ung B, Kettering JD. In vitro bacterial penetration of coronally unsealed endodontically treated teeth. *J Endod* 1990; 16: 566-569.
 7-Khayat A, Lee S J. Human saliva penetration of coronally unsealed obturated root canals. *J Endod* 1993; 19: 458-61.
 8-Barthel CR, Ørstavik D, Shuping G, Broderius C, Moshonov J. Bacterial penetration along root fillings with different sealers in vitro. *J Dent Res* 1996; 75: 196 (Abstr. No. 274)
 9-Barthel CR, Strobach, A, Briedigkeit H, Göbel UB, Roulet J.-F. Bacterial leakage in obturated roots with different temporary fillings. *J Endod*, im Druck.
 10-Sunzel B. Interactive effects of zinc, rosins and resin acids on polymorphnuclear leukocytes, gingival fibroblasts and bacteria. *Odontological Disseration no 55*. Umeå University Umeå Sweden 1995. Zitiert in: Spangberg L. Endodontic treatment of apical periodontitis. In: Ørstavik D, Pitt Ford T. *Essential Endodontology*. Blackwell Science Oxford 1998.
 11-Fogel B. A comparative study of five materials for filling in root canal spaces. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1977; 43: 284-99.
 12-Staehle HJ, Spiess V, Heinecke A, Müller HP. Effect of root canal filling materials containing calcium hydroxide on the alkalinity of root dentin. *Endod Dent Traumatol*. 1995; 11: 163-8.

13-Lim KC, Tidmarsh BG. The sealing ability of Sealapex compared with AH26. *J Endod* 1986; 12: 564-66.
 14-Soares I, Goldberg F, Massone EJ, Soares IM. Periapical tissue response to two calciumhydroxide-containing endodontic sealers. *J Endod* 1990; 16: 166-9.
 15-Tronstad L, Barnett F, Flax M. Solubility and biocompatibility of calcium hydroxide-containing root canal sealers. *Endod Dent Traumatol* 1988; 4: 152-9.
 16-Spångberg L, Engström B. Biological effects of root canal filling materials. The effect on bone tissue of two formaldehyde containing root canal filling pastes: N2 and Riebler's paste. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1974; 38: 934-44.
 17-Spångberg LSW. Biological effects of root canal filling materials 7. Reaction of bony tissue to implanted root canal filling material in guinea pigs. *Odontologisk Tidskrift* 77: 501-527.
 18-Engström B, Spångberg L. Effect of root canal filling material N2 when used for filling after partial pulpectomy. *Svensk Tandläkaretidsskrift* 1969; 62: 534-49. Zitiert in: Spångberg L. *Endodontic treatment of apical periodontitis*. In: Ørstavik D, Pitt Ford T. *Essential Endodontology*. Blackwell Science Oxford 1998.
 19-Brodin P, Roed A, Aars H, Orstavik D. Neurotoxic effects of root filling materials on rat phrenic nerve in vitro. *J Dent Res* 1982; 61: 1020-3.
 20-Block RM, Lewis RD, Hisch J, Coffey J, Langeland K. Systemic distribution of N2 paste containing 14C paraformaldehyde following root canal therapy in dogs. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980; 50: 350-60.
 21-Tepel J; Darwisch-el-Sawaf M; Hoppe W. Reaction of inflamed periapical tissue to intracanal medicaments and root canal sealers. *Endod-Dent-Traumatol*. 1994; 10: 233-8.
 22-Leyhausen G, Heil J, Reifferscheid G, Waldmann P, Geurtzen W. Genotoxicity and cytotoxicity of the epoxy resin-based root canal sealer AH-plus. *J Endod* 1999; 25: 109-13.
 23-Koulaouzidou EA, Papazisis KT, Beltes P, Geromichalos GD, Koutsaris AH. Cytotoxicity of three resin-based root canal sealers: an in vitro evaluation. *Endod Dent Traumatol* 1998; 14: 182-5.
 24-Grieve AR, Parkholm JD. The sealing properties of root filling cements. Further studies. *Br Dent J* 1973; 135: 327-31.
 25-Stewart GG. A comparative study of three root canal sealing agents. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1958; 11, 1029-1041.
 26-Sen BH, Piskin B, Baran N. The effect of tubular penetration of root canal sealers on dye microleakage. *Int Endod J* 1996; 29: 23-28.
 27-Kawahara H, Yamagami A, Nakamura M. Biological testing of dental materials by means of tissue culture. *Int Dent J* 1968; 18: 443-464.
 28-DeGee AJ, Wu MK, Wesselink PR. Sealing properties of Ketac Endo glass ionomer cement and AH26 root canal sealers. *Int-Endod-J*. 1994 27:239-44.
 29-Testbericht des Nordisk institutt for odontologisk materialprovning (NIOM), 1989, Nr.0031/98; Nr. 0031b/98; Nr.0052/98; Nr.53/98.

Ihre
WAFFEL
in
Schleswig - Holstein



SCHUSCHAN
DENTALTECHNIK GmbH

0431 - 79875

Erwachsenen-Endodontie nach 25 Jahren Kassenzahnarztpraxis

10 Tipps zum Erfolg

Die Endodontie hat im letzten Vierteljahrhundert ebenso viele Veränderungen durchlebt wie z.B. die Parodontologie oder die Implantologie. Ihre Auswirkungen auf die Möglichkeiten des Zahnerhaltes, Verhinderung vorzeitigen Zahnverlustes oder der Rettung von strategisch wichtigen Pfeilerzähnen für Zahnersatz lassen sich u.a. in den spektakulären Veränderungen der Statistiken der Gesetzlichen Krankenversicherung nachlesen.

25 Jahre Endodontie in der Kassenzahnarztpraxis bedeuten 25 Jahre Gratwanderung zwischen Machbarem, Nötigem und Möglichem, bedeuten ständige Fortbildung, Studium von aktueller Fachliteratur mit Trennen von Produktwerbung und seriöser Anwenderberichterstattung, bedeuten aber auch fachlichen kollegialen Austausch in der Studiengruppe (seit 17 Jahren einmal monatlich!), schließlich Ausprobieren und Routine erlangen.

Die Lehrmeinung Anfang der Siebziger Jahre war geprägt von Dogmen wie z.B. „Die periapikale Ostitis heilt nicht mit einer Wurzelfüllung allein aus, der Zahn muß immer reseziert werden“ oder „Gekrümmte Wurzeln im Seitenzahnbereich lassen sich nicht bis zum Apex aufbereiten, diese Zähne sind für die Endodontie ungeeignet“.

Für den vom Wissenschaftsbetrieb weitgehend abgekoppelten Praktiker ist es schwer, derartige Auffassungen zu über-

winden - und wer weiß schon, welche unserer heutigen in 25 Jahren belächelt werden? Es wird also Vieles probiert, Vieles wieder verworfen, aber Manches bleibt - und von Letzterem folgt nun eine ganz persönliche „Hitliste“ derjenigen „Errungenschaften“, die im alltäglichen Gebrauch Routine geworden sind:

1. Einen zerstörten Stumpf vorher (mit Glasionomerzement) aufbauen. Keine Endo im Konflikt mit Sulkusflüssigkeit.
2. Die Zugangskavität weit aufbereiten. Mini-Einstieglöcher behindern die Sicht und den Bewegungsspielraum der Instrumente.
3. Lupenbrille (preiswert: Eschenbach, teurer: Zeiss) zum Auffinden auch kleiner Kanäle intraoral und auf Röntgenaufnahmen.
4. Trockenlegung mit Kofferdam im Unterkieferseitenzahnbereich und im Unterkiefermolarenbereich ist unverzichtbar, bei den übrigen Zähnen wünschenswert. Für Oberkieferprämolaren reichen manchmal Parotisrollen (Fa.Roeko).
5. Instrumente, Materialien und Zubehör übersichtlich auf großen Trays anordnen und ständig aktualisieren.
6. Längenmessung setzt Rechtwinkeltechnik beim Röntgen voraus, bei Platzmangel Halbwinkeltechnik mit Zentralstrahl auf Apex. Röntgenapparat am Stuhl erleichtert die Entscheidung, die nötigen Aufnahmen auch zu machen.
7. Vorherige Längenmessung am Röntgenbild mit Schieblehre (aus dem Baumarkt). Aufbereitung bis zur Nadelmeßaufnahme (ein Muß) ca. 2 mm weniger als Zahnlänge zur sicheren Vermeidung von Apexperforationen.

8. Maschinelle Aufbereitung ist manue-
 ler vorzuziehen, weil maschinell gleich-
 zeitig besser mit Natriumhypochlorit ge-
 spült werden kann.

9. Völliger Verzicht auf toxische Devitali-
 sationsmittel, stattdessen Ledermix-As-
 phaline-Paste oder Calcium-hydroxid
 als gelegentliche Einlage bei Gangrän-
 behandlung oder als temporäre Einlage,
 wenn Zeitmangel keine komplette Ver-
 sorgung zuläßt.

10. Wurzelfüllung durch Kondensation
 mit Guttapercha mit und ohne Sealer, bei
 Lateralkondensation mit Masterpoint.

Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf
 Vollständigkeit, nach meiner persönli-
 chen Erfahrung kann ich aber auf keinen
 dieser Punkte verzichten - bis er durch
 einen besseren ersetzt ist.

Dr. Roland Ernst, Edeweicht

Akzeptable Ergebnisse zu schändlichen Honoraren

Im Laufe meiner 33-jährigen Berufs-
 tätigkeit habe ich an verschiedenen Endo-
 Seminaren teilgenommen, bei denen
 mich, besonders in letzter Zeit, zwei Din-
 ge geärgert haben:

- Gewisse elitäre Tendenzen in der Endo-
 dontie (Prof. A: »es geht nur so, al-
 les andere können Sie vergessen«)
- Die Ignoranz der Hochschule gegenü-
 ber den Bedingungen für die Endo-
 dontie in der Kassenpraxis.

Natürlich haben auch mich die Perfek-
 tionisten unseres Fachs, ob Endo, PAR
 oder Prothetik, immer wieder fasziniert
 - es ist einfach schön, das Röntgenbild
 einer perfekten Endobehandlung eines
 mehrwurzeligen Zahnes mit abgeboge-
 nen Wurzelspitzen zu betrachten. Jeder
 von uns weiß, wieviel Arbeitszeit und
 Geschicklichkeit das kostet. Wenn man
 dann den Referenten fragt, wieviel Zeit
 er für dieses Ergebnis aufgewendet hat,
 zur Antwort bekommt, da müssen Sie

schon mit drei Stunden rechnen, wei-
 terfragt, wie denn das mit maximal 350
 DM Kassenhonorar (1xI, 3xVit.E, 3xWK,
 3xWF, 3xRö) bei gleichzeitig mindestens
 600 DM Praxiskosten (3 Std. á 200 DM)
 realisiert werden soll, und zur Antwort
 bekommt - das sei nicht sein Problem -
 dann bereitet Endo nicht mehr Freude,
 sondern Frust: Das Dilemma zwischen
 angeblichem Fachstandard - für die
 Hochschule natürlich das, was dort ge-
 macht wird - und der täglichen Kassen-
 praxis, die diesen Standard definitiv
 nicht erlaubt, wird in kaum einem ande-
 ren Bereich der Zahnmedizin so deut-
 lich wie hier. Da wäre es, um das obige
 Beispiel zu benützen, betriebswirt-
 schaftlich gesehen besser, dem Patien-
 ten 100 DM zu schenken und ihn mit
 seinem Endoproblem in eine andere
 Praxis zu schicken oder gleich in die
 Zahnklinik. Was also tun?

Soll man es so machen wie Kollegin E.
 aus München, die auch beim Kassen-

patienten Endoleistungen nur auf Privatrechnung erbringt und für die Wurzelbehandlung eines unteren Frontzahnes 1750 DM verlangt (forum 62, S.28)? Oder wie der Kollege P. aus Bad Homburg, der für eine Endo am Zahn 46 3505,62 DM haben will (Kasten)? Oder soll man unter den gegebenen Bedingungen so schnell wie möglich und so gut es geht arbeiten? Auch wenn manche Kollegen das anders sehen (Endo an Molaren ist bei uns nicht drin o.ä.): Meines Erachtens hat auch der Kassenpatient Anspruch auf eine Molaren-Endo ohne Zuzahlung; und die mache ich dann, so gut ich es unter den

jeweiligen Bedingungen eben schaffe. Ein paar Stichworte dazu, zum Vergleich mit den 10 Tipps von Roland Ernst:

1. Kofferdam habe ich bei Endo-Behandlungen noch nie gelegt - Sulkusflüssigkeit ist trotzdem kaum in die Kanäle gelaufen; ich lege trocken mit (Parotis-) Watte rollen und, wenn nötig, mit getränkten Retraktionsfäden.
2. Lupenbrille immer, auch bei anderen Behandlungen (wer einmal damit angefangen hat, verzichtet nicht mehr darauf, weil man einfach viel sicherer wird).
3. Röntgenkontrollen - direkt am Stuhl - mache ich selbst; geht am schnellsten

Heil- und Kostenplan der Praxis Dr. P., Bad Homburg

Zahn	Nr.	Art der Leistung	Satz	DM
	003	Heil-und Kostenplan	2.3	55.66
46	2x 204	Anlegen von Spanngummi	3.5	50.04
	4x ä5035	Rö v. Teilen Skelett e. Ebene	1.8	131.32
		Analogberechnung nach §6,2 GOZ		
		Digitale Radiographie, je Aufnahme		
46	4x Ä5000	Röntgen, je Projektion	2.5	57.00
	§4 (3)	Nickel-/Titanfeilen, Einmalgebr.		200.00
46	239	Trepanation	5.0	35.75
46	4x 236	Extirpation der Pulpa	4.3	208.12
46	4x 241	Aufbereitung eines Wurzelkanals	9.8	1207.36
46	8x 240	Elektrometr. Längenbestimmung WK	2.3	141.68
46	8x 242	Elektrophysik.-chemische Methode	3.5	215.60
46	4x 242	Elektrophysik.-chemische Methode	3.5	107.80
		Analogberechnung nach §6,2 GOZ		
		Entfernung Smear Layer		
46	243	Medikamentöse Einlage	2.3	32.89
46	4x 244	Füllung eines Wurzelkanals	9.8	862.40
		für allg. konserv. Leistungen ca.		200.00
		Voraussichtlicher Betrag		<u>DM 3505.62</u>

und der Patient kann sitzen bleiben. Es reicht m.E. eine Messaufnahme mit Nadel ISO 30 und eine WF-Kontrolle.

4. Aufbereitung ab ISO 10/15 bis 30 per Hand, dann weiter mit Giromatic und Handinstrumenten bis 60, minimum 50.

5. Aufbereiten unter wiederholtem Einbringen (nicht mit Spritze, sondern mit Lentulo) von Hypochlorit 10%, zum Schluss »neutralisieren« mit H_2O_2 10% und trocknen mit Papierspitzen.

6. Wenn der Kanal wirklich trocken ist (m.E. am wichtigsten), sofort abfüllen. Ich mache das, wie ich es vor 35 Jahren gelernt habe, mit mit 20% Jodoform vermischem Harvard-Zement und nachgeschobener Guttapercha-Spitze (2ISO-Größen kleiner als maximale Aufbereitung). Früher habe ich eine zeitlang N2 benützt, auch AH26 und Diaket, bis mir, in anderem Zusammenhang, ein Histologe riet, mehr Jodpräparate einzusetzen: Jod sei viel länger wirksam als manches Antibiotikum und Jodallergien seien viel seltener als man glaubt (stimmt - ich habe in der ganzen Zeit erst eine Handvoll Jodallergiker gesehen, von denen mich alle auf dem Anmeldebogen vorgewarnt hatten). Seit her verwende ich nicht nur massenhaft Betaisodona-Salbe nach PAR-Eingriffen (die Patienten haben fast keine Nachbeschwerden) sondern auch, wie gesagt, Harvard-Zement mit Jodoform. Damit kann man auch gangränöse Kanäle (wenn man sie trocken bekommt) sofort abfüllen und bei periapikalen Entzündungen auch (leicht) überstopfen - heilt ab und der Überschuss wird resorbiert.

7. Häufigere medikamentöse Einlagen halte ich für ungünstig, weil beim Med-Wechsel auch immer wieder Bakterien in die Kanäle gebracht werden. Einlagen

von $Ca(OH)_2$ in gangränöse Kanäle haben bei mir nicht funktioniert. Ich benütze in akuten Fällen Ledermix (in den trockenen Kanal), und zwar 1 Mal, nach einer, spätestens 2 Wochen, Ledermix raus und WF-Jodoform-Zement rein.

Es ist ja nicht nachzuvollziehen, dass manche Hochschullehrer einerseits die Anwendung antibiotischer Mittel in der Endodontie als mittelschweres Vergehen betrachten - zur reinen Lehre gehören nur $Ca(OH)_2$ und Guttapercha - andererseits in der Parodontologie mit Antibiotika nur so rumgesaut wird. Richtig ist wahrscheinlich auch hier der wohl-dosierte Mittelweg: So wenig wie möglich, aber so viel wie nötig.

Resümee: Wenn man wirklich konsequent und zügig »Griffe klopf«, also Kerr 15, Hedström 15, K20 H20, K25 H25 etc., und keine Größe (aus Zeitgründen) überspringt, geht das alles meistens in vernünftigen Zeiten (pro Kanal weniger als 10 Min.). Mit meinen Jodoform-Zement-Guttapercha Füllungen bin ich zufrieden, ca. 10% oder weniger werden zusätzlich reseziert (von mir selbst nur an Frontzähnen, sonst Überweisung zum Chirurgen). Eine Statistik über die Liegedauer habe ich nie geführt, ich schätze aber, dass der größere Teil von ihnen den Zahn 5-10 Jahre oder länger erhält. Sicher ein akzeptables Ergebnis, wenn man bedenkt, dass speziell in diesem Bereich die Kassenvergütungen nur als Zumutung bezeichnet werden können, Endodontie also - besonders im Molarenbereich - im Grunde nur etwas für Idealisten ist. Gerade hier ist es deshalb unumgänglich, dass sich die Hochschule an der BEMA-Umstrukturierung beteiligt!

*Dr. Hanns-W. - Hey
München*

Erste Schritte mit NiTi

Wer bisher seine Wurzelkanäle maschinell aufbereitete, durfte es niemandem erzählen. Vielleicht mal eine Autobahn ohne Kurven und Engstellen, aber niemals die gekrümmten Alltagskanäle der oberen Molaren, die wir alle täglich ausfeilen. Endo hieß: Blasen an den Fingern, ohne Fleiß ...

Konnte man da nicht in den letzten Monaten öfter Sagendinge lesen von bruchfesten Feilen aus Nickel-Titan, die unter Umständen doch..., wenigstens bis zum vorletzten Millimeter..., blasenfrei und schnell? Natürlich fand man die meisten Artikel in jenen Journalen, die man nie bestellt und bezahlt hatte, und gegen deren Euphorie man schon lange gewappnet ist. Dann auch in der DZZ, mit aller Vorsicht natürlich und angemeldetem weiteren Forschungsbedarf, wie immer. Nachdem ich auf das Gewirbel mit Gummihandschuhen herzlich verzichten kann, habe ich erst mal einen Kurs gemacht, abgewartet bis die Begeisterung nachgelassen hatte, einen Vertreter geholt und ein Einsteigerset bestellt. Nachdem man da schon einiges Geld los ist, muß man's natürlich auch probieren. Also noch einmal ein paar extrahierte Zähne aufbereitet, meinen Luftmotor auf 300 U/min. geeicht und auf die erste Autobahneinfahrt gewartet. Dann der erste obere Zweier! Gegen die alten Gewohnheiten mit dem dicken (ISO 60) Instrument angefangen. Voorsichtig! Nie fester aufdrücken, als mit einem weichen Bleistift, hatte es im Kurs geheißt. Was soll ich sagen - bei ISO 35 war ich unten. Einfach so! Dann

die WF mit erweichter α - und β -Guttapercha. Entschlossen zwei Sekunden lang den Compactor gegen den Widerstand halten, langsam an der Kanalwand hochziehen - end of story. Bis man die Guttapercha allerdings in der richtigen Stärke auf dem Compactor hat, gibt's eine längere Lernkurve.

Seither (Oktober 99) habe ich alle Endos mit NiTi und Thermoguttapercha gemacht. Etliche davon auch ein zweites Mal, was kein Problem ist, denn die Guttapercha-Wurzelfüllung ist genauso schnell wieder draußen wie man sie eingebracht hat. Überfüllt habe ich auch einige, bisher nur mit Schmerzen am Tag der Behandlung als einziger Komplikation. Manche amerikanischen Endodonten sollen diese Überfüllungen (Schilder-puffs) eher als Qualitätsmerkmal verstehen, weil dann garantiert nicht unterfüllt wurde.

Dies ist ein erster Erfahrungsbericht und mir ist klar, daß er nach 'quick and dirty endodontics' klingt. Über Methodik, Material und dazugehörige Theorie kann man derzeit zwar noch nicht in der 'Brigitte', aber sonst überall nachlesen.

*Dr. Kai Müller
Seefeld*

Weitere Stimmen aus der Praxis

Zum Thema „Endodontie“ wurden die Kollegen der DAZ-workgroup (daz-intern@egroups.com) zum Erfahrungsaustausch über praktische, das heißt in der Praxis ausgeführte Endodontie aufgerufen. Neben den längeren Berichten

der Kollegen R. Ernst, H-W. Hey und K. Müller kamen folgende Kurzratschläge:

WK (Wurzelkanalaufbereitung):

Nachdem von mir im Laufe der Zeit auch verschiedene andere Verfahren ausprobiert worden sind, bin ich immer

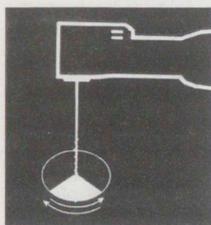


Abbildung 1

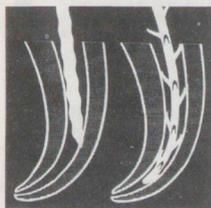


Abbildung 2

wieder zur zuerst eingeübten maschinellen Aufbereitung zurückgekehrt, zum atraumatischen Bewegungsablauf der Giromatic (Abb.1.) mit den original MicroMega Reibahlen unter reichlicher Wasserspülung. Durch die 1/4 Kreise werden die Instrumente nicht überdehnt und Frakturen sind so gut wie ausgeschlossen, auch ist durch die rein horizontale Bewegung ein „Durchnieten“ des foramen apikale, wie bei anderen Systemen möglich, hier unwahrscheinlich. Das abgerundete Ende der Reibahle läßt zumeist den höheren Widerstand am physiologischen Foramen spüren. Als weiteren Vorteil der Reibahlen sehe ich die Fähigkeit der elastischen Ras-

peln, (Abb.2) sich beim engen Kanal erst näher an den Schaft zu legen um sich im Laufe der Aufbereitung wieder zu spreizen. Dadurch wird die Anzahl der einzusetzenden Reibahlen reduziert. Sehr wichtig für den Erfolg ist natürlich auch die Routine.

U. Happ

Längenkontrolle:

Root ZX hat bei mir weitgehend die Römeß verdrängt

M. Logies

Med (medikamentöse Einlage):

Ca(OH)₂, Ca(OH)₂, Ca(OH)₂: zweimal mindestens für mehrere Wochen, besser dreimal, zusammen mit einer breiten Eröffnung des coronalen Kanaldrittels oder der coronalen Kanalhälfte mit Gates-Glidden sowie einer sachgerechten Abtragung des Pulpendachs und der in das Pulpenlumen ragenden Sporne in Höhe des Kanaleingangs, dazu jeweils gute Desinfektion mit Chlorhexidindigluconat 0.2% sowie Iontophorese, das läßt eine Ausheilung selbst großer apikaler Osteolysen, noch immer leider Granulom genannt, erwarten. Beides, Calciumhydroxyd und Chlorhexidindigluconat, sind billigst in der Apotheke erhältlich. Teuer sind die Gatesbohrer, aber die Aufbereitung eines großen Kanalteils und die Irritationen beim Feilen und Messen entfallen.

C. Deppe

WF (Wurzelkanalfüllung):

Nach Aufbereitung mit definierter Stufe folgt als Goldstandard laterale Kondensation; deutlich flotter geht's, wenn nach

Einbringen der ersten passenden Gutta-spitze zum Verschluss des foramen apicale (masterpoint) im Anschluss weitere Points eingebracht und nach McSpaden verdichtet werden. Etwas üben und nicht zu stark gekrümmte Kanäle versuchen (Frakturgefahr).

W.-G. Esders

Die VDZM/DAZ Frühjahrstagung am 6./7. Mai 2000 in Frankfurt gibt bestimmte Gelegenheit, mit Claudia Barthel von der Zahnklinik Nord der Charité Berlin, auch über diese „Erfahrungen“ aus der täglichen Praxis zu diskutieren (siehe auch Seite 16 bzw. 18).

Ein Weihnachtsmärchen

Es begab sich zu jener Zeit, als der hl. Vector den Zahnärzten verkündete:

Ihr da, die Ihr mühsam und mit blutigen, verkrampften Fingern die alten Konkremente aus den tiefen Taschen holt, ich verkünde Euch eine frohe Botschaft:

Ein Gerät wird kommen, für nur 7 Riesen, welches Euch all die Mühe abnimmt. Einfach rein in die Tasche, 2 min. rumrühren, fertig. Keine Konkremente, keine müden Finger, keine OP mehr, ganz einfach und schnell. Quasi vollautomatisch.

Die Botschaft wurde lang vor Markteinführung laut verkündet, so daß ein jeder sehr gespannt war und das rare Wunder teil haben wollte.

Einen gab es, der skeptisch probieren wollte, und zwar richtig. So beorderte er vergangenen Montag einen Boten des

Marschreiers St. Vector in seine Praxis, arbeitete geschlagene 15 Minuten, mit betäubenden Essenzen in die Gingiva gespritzt, ausschließlich an drei Zähnen (14,15,17) mit Taschen um 6 mm, genau nach Vorschrift unter den aufmerksamen Augen des Dürr-Boten.

Der geduldige Patient, ein Pfarrer, spielte mit und erlaubte die anschließende Öffnung des so malträtierten Gebietes. Statt wundersam sauberer Wurzelflächen zeigten sich zahlreiche tiefe, harte Konkremente an allen Zähnen, die die wabernde Wunderspitze offensichtlich nicht entfernen konnte. Trotz 15 Minuten Arbeit und trotz eingehender Überwachung durch den Dürr-Boten.

Jenen Boten verdroß es sehr, er meinte zwar, es wäre doch ganz schön sauber geworden. Die paar Konkrementreste würden ja wohl nicht stören...

Die Botschaft des hl. Renggli, daß nur eine wirklich saubere Wurzeloberfläche (und nicht eine fast saubere) zum Reattachement fähig sei, war ihm leider nicht bekannt (profan: ein bisschen sauber ist wie ein bisschen schwanger: geht nicht).

So wird aus der Weihnachtsüberraschung leider nur ein Weihnachtsmärchen. Automatisches Arbeiten in tiefen Taschen ohne die Pflicht zur chir. Sichtkontrolle bleibt - zumindest nach den Erfahrungen des Unterzeichners - auch weiterhin ein Traum. Auch wenn St. Vector vollmundig das Gegenteil behauptet.

Denn wenn es schon bei einem Pfarrer nicht funktioniert - beim wem dann sonst?

Dr. Michael Cramer

Die INTRAORAL PRESSUREDEPENDENT REGISTRATION (=IPR)- ein Arbeitsbericht

Bei der DAZ-Jahreshauptversammlung 1998 in Berlin referierte Priv. Doz. Dr. A. Vogel, Leipzig, zum Thema »Die Rekonstruktion der Bisslage unter Einsatz des IPR-Systems« und demonstrierte dabei sein elektromyografisches Messsystem. Bald danach hat sich Dr. Ursel Dittmann, Seefeld, das Gerät angeschafft und gibt nachfolgend ihre Erfahrungen damit wieder.

Das Gerät läßt eine altbekannte Methode der Stützstiftregistrierung erheblich erweitern: Der Entwickler des Gerätes, Dr. Vogel (Leipzig,) hat festgestellt, dass nur dann eine korrekte und reproduzierbare Bisslage gefunden wird, »wenn die Stiftposition und die determinierte Registrierkraft das neuromuskuläre System des Patienten so beanspruchen, dass eine stabile Gleichgewichtslage entsteht.« ...Lage und Kraft des Stützstiftes werden auf einem Monitor dargestellt. Der Stützstift - die Spitze ist eine rollende Kugel - kann in der Sagittalebene verstellt werden. Die ausgeübte Kraft wird vom Patienten mittels eines Farbsignals kontrolliert.

Das aufgezeichnete Bewegungsbild wird bearbeitet und die HR-Lage (habituelle Relation) festgelegt. Mit Hilfe eines Präzisionskreuzmesstisches und kleinen Hilfsteilen gelingt die Verschlüsselung OK zu UK sehr leicht. Das Messbild wird ausgedruckt und kann während der Behandlung auch dem Patienten die Veränderung sichtbar machen. Ziel dieser Therapie: »Die IPR Software ermittelt für Sie eine HR-Lage (habituelle Relation), in der die Kondylen in je-

dem Fall freiliegen. Die Stärke des Diskus ist ca. 1mm. Diese subtrahiert der PC vom Abstand der retralen zur neuromuskulären Kontaktposition. Der verbleibende Abstand wird halbiert. Die jetzt ermittelte Position wird zur Verschlüsselung benutzt die Kondylen stehen frei, der Diskus hat nach allen Seiten Platz.« (Handbuch IPR S. 2-25)

Das Gerät beansprucht, wenn es nicht an einen PC im Sprechzimmer angeschlossen werden kann, ca. 80 x 80 cm, am besten eine ruhige Ecke. Ich habe es auf dem mitgelieferten Wagen stehen und ziehe es bei Anwendung zum Behandlungsstuhl, messe nur in einem meiner beiden Zimmer.

Es handelt sich bei IPR um ein relativ neues System, bei dem die aufgetretenen Fragen in kontinuierlicher Fortbildungsreihe geklärt werden müssten. Zwar wurde bei einer Umfrage das Fortbildungsinteresse abgefragt, aber trotz lebhaft bekundetem Wunsch von vier Kollegen findet bisher nichts statt.

Fallbeispiele:

Lena, 25J. Der eigentliche Anlass, mich mit dem IPR Gerät zu beschäftigen,

war meine Tochter. Lena hat nach kieferorthopädischer Behandlung im Alter von 12-14 Jahren schon als 18-jährige Gelenkschmerzen entwickelt, die Molaren wurden aufbissensibel, verloren ihre Höcker durch Abrasion und beim Kauen knackte ein Gelenk. Es würde zu weit führen, die ganze Geschichte zu erzählen. In Kürze nur Folgendes: Ich machte mehrere Schienen für sie - eine mittels Stützstiftregistrat nach Brisko, eine anschließend an einen Frontzahn nach Schulz-Bongert, sie war Seminarfall bei Piet Troost, bekam dort eine Schiene nach Gutowski. Ein Vierteljahr später wurde elektronisch axiografiert, sie bekam eine neue Schiene, die Weisheitszähne wurden entfernt, sie wurde einige Wochen später, wiederum im Kurs, eingeschliffen, hatte dann zwar auf allen Seitenzähnen Kontakt, bald aber auch wieder massive Schmerzen an den Gelenken und wurde richtig stressanfällig. Sie machte Feldenkraisübungen und ließ sich rolfen, ging zur Krankengymnastik und hatte die ganze Sache gründlich satt.

Ich stellte sie verschiedenen Kollegen vor, alle waren sehr vorsichtig, zögernd, ich selbst auch. Lena studiert Zahnmedizin, das erhöhte ihre Toleranz und ich konnte sie überreden, nachdem ich das IPR-Gerät kennengelernt hatte, zum letzten Mal etwas Neues zu versuchen: Wir fuhren nach Minden zu Dr. Samson, der seit vier Jahren konsequent mit IPR arbeitet. Er machte eine Messung, sie bekam eine Schiene, und sie sagte: »Das ist die erste, die sich wirklich gut anfühlt«. Die Schmerzen verschwanden, der hypertrophierte Masseter wurde wieder schlank, die Tochter trug die

Schiene Tag und Nacht und entspannte sich. Ich habe sie mehrmals nachgemessen, die Schiene wurde einartikuliert und nachgearbeitet und das Aufzeichnungsbild wurde immer klarer. Im Herbst habe ich sie, nach zehnmonatiger Schienenzeit mit vier Overlays (Gold) versorgt. Auf die Prämolaren werde ich kleine Keramikchips aufkleben, sie sind nur teilweise im Kontakt zum Gegenkiefer. Sie ist seit drei Monaten beschwerdefrei und findet sicher in die Zentrik.

Pat. F. 64 J. Bei dieser Patientin machte ich noch vor meiner IPR Zeit im OK eine totale Prothese und im UK eine Galvanoteleskoparbeit auf 43,33,34. Trotz aller Sorgfalt hatte Frau F. ständig Schmerzen an 43, sie konnte auf dieser Seite nicht kauen und die Auf- und Abnahme des ZE war an diesem Zahn schmerzhaft auch nach Remontage. Nach der IPR-Messung zeigte die Modellanalyse, dass die rechte Seite zu niedrig war und keinen Kontakt zum OK hatte. Die Seite wurde im Labor mit Kunststoff erhöht und nach umgehend eingetretener völliger Beschwerdefreiheit etwas später auf dieser Seite mit neuen Zähnen ausgestattet.

Pat. Dr. P. 55J. Dieser Patient hatte keine Schmerzen, hat aber durch Parodontose viele Zähne eingebüßt. Die restlichen Zähne sind im OK und UK zum Teil mit Teleskopkronen versorgt. Die Zähne sind gelockert. Vor zwei Jahren wurden im OK zwei Implantate gesetzt, die in den vorhandenen ZE integriert sind. Der ZE passt gut, die Zähne sollten aber erneuert werden, weil sie abgenützt und verfärbt waren. Ich habe Dr. P. auf die Möglichkeit einer genauen Zentrikbe-

stimmung hingewiesen. Er war daran sehr interessiert und verstand, dass eine korrekte Belastung den Stress für Zähne minimiert. Bei der Messung ergab sich eine einseitige Nonokklusion. Die Zähne wurden neu aufgestellt und obwohl Bisslage und Höhe verändert worden waren, kam der Patient damit ohne Schwierigkeit zurecht. Bei der Nachuntersuchung drei Monate später waren die Zähne deutlich fester und die Gingiva reizlos.

Pat. Frau W. 44J.: Frau W. ist seit 15 Jahren in meiner Behandlung. Sie hatte an allen Molaren und Prämolaren umfangreiche Amalgamfüllungen, die quadrantenweise durch Kronen und Teilkronen ersetzt wurden. Trotz guter Pflege traten immer wieder parodontale Probleme auf, Zahnfleischbluten, gerötete, empfindliche Gingiva und sehr temperaturempfindliche Frontzähne. Die Sanierung dauerte etwa 2 Jahre. Zehn Jahre später extrahierte ich im dritten Quadranten die devitalen 37 36 wegen starken Knochenabbaus und apikaler Veränderung. Geplant war ein Monoreduktor mit Kronen auf 34 35. Bei der IPR-Messung konnte die Patientin die Lateralbewegung nach links nicht ausführen, ohne mit dem Gelenk gleichsam einen Sprung nach links zu machen. Sie bekam eine Schiene, die links um 0,4 mm erhöht wurde (Kondylenscheiben im SAM). Bei späteren Messungen führte sie gleichmäßige Bewegungen aus. Die Modellanalyse ergab, dass die Kronen im rechten Quadranten, von 44 bis 47 zu niedrig waren und wahrscheinlich waren das auch die im linken Quadranten, das konnte ich nach der Exzision nicht mehr feststellen. Die Arbeit ist

jetzt mit temporärer Symphonie-Verblendung provisorisch befestigt. Im rechten Quadranten wurden die Kronenoberflächen sandgestrahlt, silanisiert und mit einer Artglas Kaufläche beklebt. Die Patientin benötigte eine längere Gewöhnungszeit, berichtete aber nach 14 Tagen, es ginge jeden Tag besser mit dem Kauen. Ich habe bei Frau W. 8 mal gemessen und immer wieder mit Dr. Vogel telefoniert, weil ich mich bei diesem Fall sehr unsicher fühlte. Es hat sich aber der Zustand der Gingiva deutlich verbessert und die Zähne sind nach Aussage von Frau W. nicht mehr empfindlich. Ich habe sie darauf hingewiesen, dass die 10 Jahre alten Kronen im 4. Quadranten neu gemacht werden müssen, die Kronen im dritten werden keramisch verblendet. Die Patientin ist nach Ansicht ihrer einartikulierten Modelle damit einverstanden.

Bedienung des Gerätes und Montage der Messplatten:

Beides ist einfach. Nur bei dem Einbau der Messschablonen hatte der Techniker bei einem sehr schmalen Kiefer Schwierigkeiten, der distalere Einbau kann aber durch die Verstellungsmöglichkeit des Messstiftes in der Sagittalen ausgeglichen werden. Der Kaudruck wird über eine Farbsäule aufrechterhalten: rot=zuviel, grün=korrekt. Extreme Lateralbewegung wird durch ein akustisches Signal vermieden. Bis auf zwei konnten alle Patienten die Bewegungen ausführen. Einer der beiden hatte infolge von Gelenkarthrose so starke Schmerzen, dass die Messung abgebrochen werden musste, der andere Patient war so unkoordiniert, dass die Messung unbrauchbar war.

In welchen Fällen wird gemessen?

Ich bespreche in allen prothetischen Fällen, die über eine Einzelkrone oder kleine Inlays hinausgehen, die Möglichkeit einer Messung. Ich erkläre, warum ich die Messung für wichtig halte: »Eine dauerhaft schonende prothetische Versorgung ist nur dann zu erwarten, wenn die Zähne guten Kontakt zueinander haben, nicht zuviel und nicht zu wenig, und wenn die Muskeln rechts und links im Gleichgewicht sind. Es sollte keine Seite zur Umgehung oder Überwindung eines Hindernisses mehr Kraft brauchen als die andere.« Dazu bringe ich einfache Beispiele. Ich spreche in dieser Sitzung immer darüber, dass die Messung keine Kassenleistung ist. Die erste Messung kostet runde 500 DM, die Hälfte davon sind Laborkosten. Bei der Befundaufnahme eines neuen Patienten teste ich mit Shimstockfolie die Kontakte, wenn auffällige Nonokklusion mehrerer Zähne vorliegt, mache ich darauf aufmerksam. Bei Schmerzen im Gelenk, bei Schienentherapie, bei Totalprothetik, bei PA-Fällen. Sinnvoll ist es sicher auch nach Kfo Behandlung, wie das Beispiel meiner Tochter zeigt.

Anzahl der Messungen in 11 Monaten:

Ich habe 70 Messungen durchgeführt, nicht berücksichtigt sind die Messungen bei einer Mitarbeiterin, bei der Tochter, bei einer Patientin, die sich sehr nett als Übungsobjekt zur Verfügung stellte, und die Messungen bei Frau W., deren Behandlung noch nicht abgeschlossen ist. (Ich hatte vor Behandlungsbeginn 3 Messungen vereinbart und berechne auch nur 3).

Überprüfung der zementierten Arbeiten:

Ich habe die bisher fertiggestellten Arbeiten wegen der kurzen Tragedauer nicht alle erneut überprüft. Die Patienten, die ich gesehen habe, sind alle sehr zufrieden mit dem anhaltend guten Gefühl beim Kauen. Die auf den Goldkautflächen gut zu beurteilenden Kontakte bleiben klein, nahezu punktförmig. Die Zähne werden fester.

Betreuung durch den Entwickler des IPR Gerätes:

Bei Unklarheit kann man nach Leipzig faxen und mit Dr. Vogel bzw. seinem Mitarbeiter telefonieren. Ich habe auch das Angebot von Dr. Samson angenommen und ihn fragend angefaxt: Vogel und Samson verschlüsseln unterschiedlich, der eine weiter retral als der andere. Das ist anfangs recht verwirrend, die eigene Sicherheit nimmt aber zu. Es fehlt eine gründliche Fortbildungsveranstaltung, in der man aufgetretene Fragen besprechen kann, auch wäre weiterführende Literatur hilfreich. Ich greife manchmal auf den theoretischen Teil des Buches von BRISKO zurück.

Ärgerlich ist auch der sehr unkulante Umgang mit einer Sensorreparatur (ca. 350 DM) innerhalb der Garantiezeit von 1 Jahr auf alle Teile. Der Hersteller besteht darauf, dass die Anwenderin so derb mit dem 25000 DM Gerät umgegangen sein soll, dass kein Garantieanspruch bestehe. D. h. hinsichtlich Kundenfreundlichkeit besteht noch erheblicher Nachholbedarf. Es geht darum, die Garantie mit einem Kabelabriss anzuerken-

nen. Das flache Kabel, das vom Sensor zum Computerstecker führt, ist überaus heikel befestigt und mit einer dünnen Silikonschicht überzogen. Der Hersteller führte den Bruch auf unsachgemäße Handhabung meiner Mitarbeiterinnen zurück. Die Auseinandersetzung dauert noch an.

RESÜMEE

Ich finde das IPR-Gerät zwar sehr teuer, die Arbeit damit macht mir aber Spaß. Ich hatte trotz 25 jähriger Arbeitserfahrung immer wieder Schwierigkeiten mit der korrekten Bisslage, Frontzähne fä-

cherten sich plötzlich auf, oder auf einer Seite wurden trotz guter Pflege mehrere Zähne locker. Der Techniker rief an und monierte, die Bisslage sei aber ganz anders als beim letzten Mal. Seit ich messe, ist die Arbeit besser geworden, solche Techniker Anrufe bleiben aus. Behandlungen werden zügiger fertig, und der Patient kann anhand seiner einartikulierten Modelle sehen, was in seinem Zahnsystem gut ist und was verbessert werden könnte.

*Dr. Ursel Dittmann
Seefeld*

Gesucht... Gefunden

Kooperation/Hannover - Suche zulassungsberechtigte(n) Partner(in) für eine fortbildungsaktive und gleichzeitig sozial verantwortliche Zahnheilkunde. Sie sollten teamfähig sein und den Willen haben, fachlich erfolgreich zu sein. Dr. F.J. Schraad, Hauptstr. 17, 30855 Langenhagen, Tel. 0511/748848

Stellensuche: KfO-Weiterbildungsstelle von junger Zahnärztin gesucht. Angebote an DAZ-Geschäftsstelle, Tel. 0221-973005-45, Fax 0221-7391239

Stellensuche: berufserfahrene Zahnärztin (bisher eigene Praxis) sucht Tätigkeit im Angestelltenverhältnis in Hamburg und Umgebung. Angebote an DAZ-Geschäftsstelle, Tel. 0221-973005 45, Fax 0221-7391239

Neues Tätigkeitsfeld - Zahnarzt mit langjähriger Berufserfahrung sucht aus gesundheitlichen Gründen Arbeitsmöglichkeit ohne Behandlungstätigkeit. Hinweise an DAZ-Geschäftsstelle Tel. 0221-973005-45, Fax 0221-7391239

Praxisaufgabe - Zahnarztpraxis in Köln aus gesundheitlichen Gründen abzugeben. NAV-Wirtschaftsdienst, F. Reins- hagen, Tel./Fax: 0221-97355-194-152

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

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

Strahlenreduzierung durch digitales Röntgen?

Digitales Röntgen erfordert erhebliche Investitionen. Ein wichtiges Argument, mit dem die Industrie und industriennahe Publikationen bei den Zahnärzten das nötige Geld locker machen wollen, ist die mit dem digitalen Röntgen (angeblich) mögliche Strahlenreduzierung. Auch von kritischen Patienten, die z.B. Gerd Grödes Buch „Kostenfalle Zahnarzt - Über das Geschäft mit den Zähnen“ gelesen haben, muß man erwarten, dass sie nach digitalem Röntgen verlangen, weil dieses angeblich zu einer verminderten Strahlenbelastung führt. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, die Fakten und auch einige alte Patentschriften zu sichten.

In „College Magazin Zahnarzt Wirtschaft Praxis“ vom Dezember 1999 findet sich auf den Seiten 81 - 85 „Zahnarzt Spezial“ ein Interview mit Prof. Dr. U. J. Rother über die Strahlenbelastung bei digitalem und konventionellem Röntgen in der Zahnheilkunde. Das College Magazin wird kostenlos verteilt und finanziert sich daher wohl vor allem über Werbung der Dentalindustrie. Die aber möchte digitales Röntgen verkaufen. Gerade deshalb ist es interessant, die Fakten und Daten aus diesem Interview mit Prof. Dr. Rother genauer zu betrachten. Zunächst wird festgestellt, dass eine mit digitalem Röntgen angefertigte Panoramaschichtaufnahme von der Strahlenbelastung her nicht besser dasteht als eine konventionell unter Verwendung von Verstärkerfolien vom Typ Kodak Lanex-Medium (= 200-fach verstär-

kend) angefertigte Aufnahme. Immerhin. Mein für 12495 U\$ zuzüglich Fracht und MWSt per E-Mail geordnetes, unter www.Pancorp.com im Internet zu beschaffendes und seit über 10 Jahren auf dem Markt befindliches OPG mit Fernröntgen wurde gleich mit Kodak Lanex Regular Folien (= 400-fach verstärkend) geliefert, sodass bereits dieses an sich sehr preiswerte und einfache Gerät nur halb soviel Strahlenbelastung verursacht wie das von Prof. Dr. Rother untersuchte moderne digitale Panoramaröntgengerät der Firma Siemens. Allerdings kann man auch das OPG von Siemens mit Kodak Regular Folien betreiben, sodass dann das konventionelle OPG auch bei Siemens nur halb soviel Strahlenbelastung verursacht wie die teurere digitale Variante.

Und wie sieht es mit den intraoralen Aufnahmen aus?

Zunächst muß man dabei bedenken, dass es zum digitalen Röntgen keine Sensoren für das Standard Format 3 x 4 cm und für das Bißflügelformat 2,7-5,4 cm gibt. Alle Sensoren haben offenbar nur das Format 2 x 3 cm oder weniger. Man versuche einmal nur mit konventionellen Filmen der Größe 2 x 3 cm auch im Seitenzahnbereich auszukommen. Ich brauche im Seitenzahnbereich erheblich mehr Röntgenbilder, es kommt zu einer Vervielfachung der Wiederholungsrate und der Überblick ist wegen der kleineren Bilder auch noch schlechter, wenn ich alles nur mit Bildern im

Format 2 x 3 cm röntge. Wenn dazu beim digitalen Röntgen dann auch noch die von Steffen Schmitt im letzten DAZ-forum geschilderten Probleme wegen der Starrheit der Sensoren und der Rechtwinkeltechnik kommen, dann ist digitales Röntgen für mich ein großer, dazu noch viel Geld kostender Rückschritt.

Aber wie sieht es mit der Strahlendosisreduzierung aus, wenn man Wiederholungsaufnahmen und - durch das kleinere Bildformat bedingte - zusätzliche Aufnahmen einmal nicht berücksichtigt? In dem Artikel des College-Magazins findet sich dazu eine interessante Vergleichstabelle, aus der man folgendes entnehmen kann:

Konventionelle Kodak Ektaspeed Plus Filme verursachen nach dieser Tabelle exakt die gleiche Strahlenbelastung wie digitales Röntgen mit dem System Dexis. Nur kann man die konventionellen Ektaspeed Plus Filme eben auch in den Formaten 3 x 4 cm und 2,7 x 5,7 cm kaufen und alleine schon damit viele zusätzliche Aufnahmen und Wiederholungsaufnahmen einsparen.

Das nach dieser Tabelle beste digitale System für intraorales digitales Röntgen, das System Digora, erfordert exakt 50% der Strahlenbelastung, die man mit konventionellen Kodak Ektaspeed Filmen hat. Dies aber eben nur unter der Bedingung, dass die verfügbaren größeren Filmformate und die flexible Ausführung dieses konventionellen Films im Vergleich zu dem digitalen System keine zusätzlichen Aufnahmen und keine Wiederholungsaufnahmen einsparen, was, wie gesagt, nicht der Praxisrealität entspricht.

Der Vergleich zwischen digitalen und konventionellen mit Verstärkerfolien durchgeführten Panoramaschichtaufnahmen legt die Frage nahe, ob man denn nicht auch intraoral Verstärkerfolien verwenden kann. Wenn man dies könnte, dann wäre eine Strahlenreduzierung möglich, die über das hinaus ginge, was derzeit per digitalem Röntgen möglich ist. In naher Zukunft wären dann noch weitere drastische Strahlenreduzierungen möglich, wie man dem wissenschaftlichen Teil der FAZ vom 5.1.2000, Seite N1, »Extrem empfindliche fotografische Schicht«, entnehmen kann. Demnach haben nämlich Wissenschaftler von Agfa-Gevaert/Belgien ein Verfahren entwickelt, mit dem man zumindest blau und grün empfindliche Filme bis zu zehnmal lichtempfindlicher als bisherige Filme machen kann. Das Prinzip des konventionellen Röntgens mit Verstärkerfolien funktioniert nun aber gerade damit, dass die Röntgenstrahlen in den Verstärkerfolien in grünes (z.B. Kodak Lanex) oder blaues Licht umgewandelt werden. Wir werden also in Zukunft drastisch empfindlichere und damit auch weniger Strahlendosis erfordernde Filme für die Panoramaschichttechnik und eben auch für andere mit Verstärkerfolien arbeitende Röntgentechniken bekommen.

Eine Recherche in der Patentdatenbank des amerikanischen Patentamtes zum Einsatz von Verstärkerfolien für das intraorale Röntgen liefert insbesondere die US-Patente Nr. 4108308, Franke et. al.: Package for intraoral dental x-ray films, eingereicht am 5.11.1976 und Nr. 5033046, Romero, Device of x-ray intensifying and anti-diffusion screens for in-

tra-oral dental radiographic plates, eingereicht am 22.9.1989.

Ersteres ist ein Patent von Mitarbeitern der Firma Siemens, demzufolge diese offenbar bereits 1976 den Einsatz von Verstärkerfolien für das intraorale Röntgen entwickelt haben. Um die Verstärkerfolien gleichmäßig auf den Film zu drücken, hat man bei Siemens damals aufbauend auf US-Patent 3958693, Greene, Vacuum X-ray envelope, eingereicht 20.1.1995, eine Vakuumverpackung der Filme vorgeschlagen. Es liegt nahe, dass die Verstärkerfolien und wesentliche Teile der Verpackung bei einem solchen System aus Kostengründen wieder verwendet werden müssen. Sofern also überhaupt ein Interesse an einer derartigen Möglichkeit der Strahlendosisreduzierung bestünde, wäre zu fragen, ob die Filme durch ein Recycling-System von Firmen oder aber mit einem einfachen Vakuumverpackungsgerät in der Dunkelkammer des Zahnarztes verpackt werden sollten.

Der Argentinier Jose Romero hat 1990 ebenfalls die Anwendung von Verstärkerfolien für intraorale Röntgenaufnahmen patentieren lassen. Er schlägt offenbar ein starres Gehäuse vor, bei dem er zum Zahn und Röntgenstrahler hin ein sehr feines Metallgitter zur Verminderung der Streustrahlung vorsieht. Wegen des älteren Siemenspatentes dürfte nur noch das wegen seiner Starrheit vielleicht ohnehin nicht so interessante Streustrahlenschutzgitter noch geschützt sein.

Ein Argument gegen den Einsatz von Verstärkerfolien ist u. U. die daraus resultierende Reduzierung der Auflösung. Laut Entwurf DIN 6850, Teil 50, Seite 20,

Tabelle 6 wird für 400-fach-verstärkende Folien eine Auflösung von 2,4 Lp/mm (Linienpaaren pro Millimeter) für 200-fach verstärkende eine solche von 2,8 LP/mm und für 100-fache eine von 3,4 LP/mm als Minimum gefordert. Damit wären Linien (z.B. Wurzelkanalfeilen) von 0,21mm, 0,18mm bzw. 0,15mm noch zu erkennen. In der Regel dürften damit 200 oder sogar 400-fach verstärkende Folien für intraorale Aufnahmen völlig ausreichen. Die Grenze wird hier wohl eher von der Elektronik der Röntengeräte gesetzt. Eigene Versuche mit einem Molaren auf einer 400-fach verstärkenden Lanex-Regular Kassette ergaben jedenfalls, dass z.B. das Siemens Heliodent MD selbst mit der kürzest möglichen Belichtungszeit von 0,01 Sekunden noch reichlich überbelichtete Bilder liefert.

Fazit:

Sollte eine über die Verwendung von konventionellen Kodak Ektaspeed Filmen hinaus gehende Strahlenreduzierung gefordert werden, dann ist dies kein Grund zum Umstieg auf digitales Röntgen. Die konventionelle Film-Verstärkerfolientechnik ist schon heute so gut oder besser als das digitale Röntgen, und es besteht zudem die Aussicht, dass die konventionelle Technik in naher Zukunft noch erheblich verbessert wird. Diese konventionelle Technik ist grundsätzlich auch für intraorale Aufnahmen anwendbar. Die Anschaffung und Verwendung entsprechender Mikrokassetten oder recycelbarer Vakuumverpackungen wäre voraussichtlich erheblich kostengünstiger als ein Umstieg auf digitales Röntgen.

*Christoph Becker
Kelberg*

**DEUTSCHES INSTITUT FÜR PSYCHOSOMATISCHE ZAHNMEDIZIN,
PSYCHOLOGIE IN DER ZAHNHEILKUNDE UND
ZAHNÄRZTLICHE PSYCHOTHERAPIE**

LEITUNG: DR. PETER MACHER, ZAHNARZT UND FACHARZT FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN

D-77855 ACHERN HAUPTSTRASSE 77

TELEFON +49 7841 290855 FAX: +49 7841 28993

oralophobie@gmx.de Internet: www.oralophobie.de

S E M I N A R E 2000

- [ORALOPHOBIA 1] Der Angstpatient in der zahnärztlichen Praxis.
Einstiegsseminar
18.02. - 20.02.
31.03. - 02.04.
26.05. - 28.05.
30.06. - 02.07.
20.10. - 22.10.**
- [ORALOPHOBIA 2] Der Angstpatient in der zahnärztlichen Praxis
Aufbauseminar
22.09. - 24.09.
24.11. - 26.11.**
- [ORALOPHOBIA 3] Klinik I
Siehe Internetseiten**
- [ORALOPHOBIA 4] Klinik II
Siehe Internetseiten**
- BURNED OUT ??? Das Burnout-Syndrom in der Zahnmedizin
Stress in der Zahnarztpraxis
03.03. - 05.03.
02.06. - 04.06.
03.11. - 05.11.**

**Seminarunterlagen und Anmeldung unter obiger Adresse
oder bei www.oralophobie.de**

Seminarort: *****Hotel *BeAir* Sasbachwalden

Beitrag pro Seminar: DM 950.- +MwSt

Für Studenten gegen Vorlage des Studentenausweises: DM 380.- + MwSt

Der Zahnarzt als Buchhalter ?

Am Beginn meiner beruflichen Laufbahn war ich der Meinung, ich müßte in erster Linie nur Zahnarzt sein. Um alle wirtschaftlichen Angelegenheiten, dachte ich, sollten sich die Experten dieser Fächer in meinem Auftrage kümmern. Die im Laufe der Jahre durch größere Praxisroutine entstehenden Freiräume ließen mir dann aber mehr Möglichkeiten, auch etwas in die Geheimnisse der Buchhaltung und Betriebswirtschaft einzutauchen. Anstehende wirtschaftliche Entscheidungen wie zusätzliche Anschaffungen, Umbauten bzw. Praxiswechsel ließen zudem auch die Notwendigkeit der eigenen eingehenderen Beschäftigung mit den Bedingungen des Geldflusses immer wichtiger werden.

Grundlegende Voraussetzung zur Erlangung einer Übersicht über den wirtschaftlichen Befund der eigenen Praxis ist die ordentliche Verbuchung aller finanziellen Transaktionen, die im Zusammenhang mit der Praxis vorkommen, im Buchhalterdeutsch »Geschäftsfälle« genannt. Diese reichen von der Bezahlung der Rechnung eines Patienten bis zur kleinsten Anschaffung für die Praxis. In den meisten Fällen dürfte diese Aufgabe von den Angestellten einer Steuerkanzlei durchgeführt werden, nachdem in (mehr oder weniger) regelmäßigen Abständen die gesammelten Belege und Bankunterlagen aus der Praxis zum Steuerberater wandern. Jahresabschlußergebnis ist dann die Einnahme-Überschubrechnung, welche neben allen Buchhaltungsaufgaben von den Steuerberatern, oft unter Mitwirkung von Datenverarbeitungsfirmen wie der Datev, reichlich liquidiert

wird. Dem Praxisinhaber fehlt einerseits bei dieser Handhabung der finanziellen Geschicke oft die nötige Übersicht über das Wohlergehen der eigenen Praxis. Andererseits fehlt auf der Steuerkanzlei-seite oft aber auch das ausreichende Verständnis aller Buchungsvorgänge der Praxis, was sich in häufigen Rückfragen der teilweise überforderten Kanzleiden an den Praxisinhaber oder auch in Fehlbuchungen bemerkbar macht. Die nicht selten fehlende Bereitschaft des Steuerberaters, sich ausreichend um die genaue wirtschaftliche Lage und Entwicklung der Praxis Gedanken zu machen, läßt weiter den Gedanken reifen, den sensiblen Bereich der Aufarbeitung aller praxisrelevanten Finanzdaten gar nicht erst aus der Hand zu geben.

Es geht auch ohne Datev

Das Verständnis über viele wirtschaftliche Zusammenhänge meiner Praxis entstand bei mir erst, nachdem ich mich entschlossen hatte, alle Daten selbst aufzubereiten und fortan die Buchhaltung selbst durchzuführen. Außerordentlich hilfreich und motivierend war das Erscheinen verschiedener ausgeklügelter Buchhaltungsprogramme, wobei ich mich eher instinktiv für das Programm »Buchhalter« der Firma Lexware entschied, das derzeit für den vergleichsweise geringen Betrag von DM 249,- zu haben ist. Erst später erfuhr ich aus verschiedenen Quellen, aber auch durch meinen eigenen Umgang mit der Software, daß das Lexware-Programm zu den Spitzenreitern am Markt zählt.

Zur Erstellung der Buchhaltungsdaten müssen bekanntlich sämtliche Zahlungsvorgänge im Zusammenhang mit der Praxis erfaßt werden und einer Vielzahl von Einzelkonten zugeordnet werden. Die Zahlungsvorgänge werden den Auszügen aller Finanzkonten entnommen, über die Praxisgeschäfte abgewickelt werden. So wird es Einnahme- wie auch Ausgabekonten oder auch gemischte Konten bei möglicherweise verschiedenen Geldinstituten geben. Auch die Praxiskasse zählt zu Praxiskonten, die verbucht werden müssen. Hierbei kommt eine einfache Einnahmen/Ausgabenbuchung zum Tragen, die, neben mehreren anderen Buchungsformen, im »Lexware Buchhalter« besonders elegant gelöst ist und dem Benutzer nur sehr geringe Vorkenntnisse abverlangt.

Das Programm stellt zunächst zur übersichtlichen Verbuchung einen Kontenrahmen zur Verfügung, der jedem von der Lektüre der eigenen Summen- und Saldenlisten vertraut ist. Genauer gesagt sind im »Buchhalter« sogar eine ganze Reihe von Standard-Kontenrahmen enthalten, so u.a. auch ein »Ärztekontenrahmen« (entspricht dem SKR 81 der Datev), der bereits viele praxisrelevante Kontenbezeichnungen voreingestellt hat. Dieser oder ein beliebiger Kontenrahmen kann vor der ersten Buchung gewählt werden und auch im nachhinein noch verändert und aktualisiert werden.

Genauso kann auch ein höchst individueller Kontenrahmen selbst erstellt werden. Dieser muß sich nur an die Grundaufteilung aller Kontenrahmen halten, die nötig ist, um später bei vorzunehmenden Auswertungen der Daten die richti-

gen Zuordnungen treffen zu können. So liegen beispielsweise alle Einkaufskonten innerhalb der Nummern 3000 und 3999, Finanz- und Privatkonten zwischen 1000 und 1999 sowie Anlage- und Kapitalkonten zwischen 0 und 999.

Nach nur wenigen Voreinstellungen, z.B. um die bisher von der Steuerkanzlei benutzten gewohnten Kontenbezeichnungen weiterverwenden zu können, kann das Einnahmen-Ausgabenbucher schon beginnen. Die Buchungen sollten dabei immer am Anfang eines Jahres, d.h. für das laufende Jahr mit den Bankauszügen des Januar beginnen, wobei zuerst für jedes Bankkonto der Abschlußsaldo des Vorjahres auf einem Bestandskonto einzubuchen ist.

Die Software erleichtert das Buchen

Besonders vorteilhaft erweist sich eine gute Software bei der Erledigung immer wieder gleicher Aufgaben. In der Buchhaltung sind dieses die laufend wiederkehrenden Buchungen wie Gehälter, Krankenkassen- oder sonstige Versicherungsbeiträge, KZV- und Patientenzahlungen, Mietausgaben usw. usw.. Das »Buchhalter«-Programm bietet hier eine große Hilfe, das Buchen schnell und fehlerfrei durchzuführen. Nicht nur die erforderlichen Texte beim Einbuchen können in einer langen Liste abgespeichert werden, sondern gleichzeitig auch die Bezeichnungen der Soll- und Habenkonten (also des Finanzkontos auf der einen und des Buchungskontos auf der anderen Seite) sowie auch der zu buchende Betrag, sofern er sich Monat für Monat wiederholt. Durch die Eingabe der Buchungskontonummer auf der Soll- bzw. Habenseite ist durch die Anwahl eines so

gespeicherten Buchungstextes sofort eindeutig geregelt, ob es sich bei der Buchung um eine Einnahme oder eine Ausgabe handelt, was bedeutet, daß man nicht bei jeder Buchung überprüfen muß, ob das Vorzeichen des gebuchten Betrages stimmt. Selbstverständlich ist auch ständig während des Buchens eine Aktualisierung dieser Buchungstexte möglich, was freilich bei längerer Anwendung des Programms immer seltener erforderlich sein wird.

Jeder Buchungsvorgang ist damit nach dem anfänglichen Aufruf des zu buchenden Bankkontos sehr schnell erledigt. So müssen das Datum und die Nummer des Kontoauszuges angegeben werden, was bei diversen Buchungen von demselben Auszug nur einmal am Anfang zu erfolgen hat. Danach wird aus der Liste der Buchungstexte der erforderliche Eintrag ausgewählt und, sofern der Buchungsbetrag voreingestellt und richtig ist, mit nur einem Mausklick die Buchung in einen Stapel ausgelagert. Etwas länger dauert die Buchung nur dann, wenn manuell ein Buchungstext und dann noch der Betrag und das Gegenkonto eingegeben werden müssen. Diese Buchungen kommen aber eher selten vor.

Aus dem so entstehenden Buchungstapel können jederzeit Einträge verändert oder gelöscht werden, was z.B. erforderlich wäre, wenn nach vollständiger Verbuchung eines Kontoauszuges der Abschlußsaldo der Bank (der immer stimmt!) nicht mit dem der Buchungsliste übereinstimmt. Eine möglichst frühzeitige Kontrolle dieser Übereinstimmung macht natürlich die Suche nach der eigenen Fehleingabe leichter. Sollte die Zeit nicht reichen, die Buchungen

komplett abzuschließen, so kann das Programm an jeder beliebigen Stelle unterbrochen werden, ohne daß die vorgenommenen Buchungen verlorengehen. Beim Beenden des Buchungsvorganges fragt das Programm, ob nun alle Buchungen in das Journal übernommen werden sollen. Erst durch diese Übernahme ist »Buchhalter« in der Lage, alle Kontenzuordnungen vorzunehmen und damit auch Auswertungen durchzuführen. Der Übernahme in das Journal sollte aber erst dann zugestimmt werden, wenn Sicherheit herrscht, daß alle Buchungen (weitestgehend) richtig waren und auch die Abschlußsaldi stimmen. Denn im Journal selbst kann ein spurloses Löschen von korrekturbedürftigen Einträgen nicht mehr erfolgen. Änderungen sind natürlich auch dann noch möglich, jedoch wird, einer buchhalterischen Vorschrift gehorchend, auch die Stornierung der Buchung vermerkt.

Mit der Übernahme in das Journal werden auch die Kontenblätter aller Buchungskonten angelegt sowie alle mit anteiliger Umsatzsteuer gebuchten Beträge automatisch auf den zutreffenden Umsatz- bzw. Vorsteuerkonten verbucht. Eine spätere Stornierung, die an einem beliebigen Punkt der Buchhaltung vorgenommen wird, ist dann natürlich auch automatisch auf allen anderen beteiligten Konten verzeichnet.

Vielfältige Auswertungen machen den Steuerberater entbehrlich

Bestechend sind die Möglichkeiten, mit denen die Software die eingegebenen Daten auswertet. Nachdem alle Praxiskonten sowie das Praxis-Kassenbuch bis zu einem bestimmten Zeitpunkt ver-

bucht wurden, können nicht nur Summen- und Saldenlisten oder Kontenblätter erstellt werden, sondern es läßt sich auch zu einem beliebigen Zeitpunkt im Jahr eine betriebswirtschaftliche Auswertung sowie die komplette Einnahmen-Überschußrechnung durchführen. Jedenfalls in dieser Hinsicht macht die Software den Steuerberater völlig entbehrlich.

Ferner kann zu jedem Zeitpunkt die Umsatzsteuervoranmeldung betrachtet und ausgedruckt werden. Dieses ist für die Praxen interessant, die mit ihrem Praxislabor Umsatzsteuer vereinnahmen, setzt aber voraus, daß die eingenommene Umsatzsteuer auch entsprechend eingebucht wurde. So muß im Kontenrahmen neben den automatischen Vorsteuerkonten für Laboreinkäufe und -nebenkosten ein Einnahmekonto für umsatzsteuerpflichtige Laboreinnahmen vorhanden sein. Bei den zu verbuchenden Zahlungen von Patienten bzw. der KZV muß per Praxissoftware bekannt sein, welcher Anteil der Einnahme unter die Umsatzsteuerpflicht fällt. Die Einbuchung der Patientenzahlung ist dann jeweils gesplittet erforderlich, was zwar umständlich klingt, mit der »Buchhalter«-Software aber dennoch recht zügig zu bewältigen ist. Das Programm stellt damit dann sämtliche Vor- und Umsatzsteuerbuchungen selbständig gegenüber und druckt die entsprechende, vom Finanzamt akzeptierte Anmeldung auf Blankopapier.

Der Jahresabschluß

Es sollte bei alledem nicht verwundern, daß Lexware »Buchhalter« auch bei der finanzamtsgerechten Aufbereitung der Einnahmen-Überschußrechnung alle

Optionen bereithält. Hierzu gehört dann selbstverständlich auch die Berücksichtigung der Pkw-Eigennutzung wie auch die Verbuchung der Abschreibungen. Alle Bestandteile des Anlagevermögens können mit der Software mit Hilfe des sogenannten Afa-Rechners sehr schön verwaltet werden. Dieses Unterprogramm hilft bei der Wahl der Abschreibungsdauer und der Abschreibungsart, wobei bei der Wahl einer anfänglich degressiven Abschreibung der beste Zeitpunkt für den Wechsel zur linearen Abschreibung errechnet und vorgeschlagen wird. Auch Sonderabschreibungen können eingegeben und berücksichtigt werden.

Der Afa-Rechner erstellt gemäß der eingegebenen Anlage- und Abschreibungswerte für jedes Jahr einen Anlagenspiegel, der über die aufgelaufenen Abschreibungszahlen, die Jahresabschreibungshöhe sowie die Restbuchwerte der Anlagegüter informiert. Nicht nur kann ein übersichtlicher Ausdruck dieses Spiegels der Einnahme-Überschußrechnung beigelegt werden, die jährlichen Abschreibungszahlen können auch programmunterstützt in die Buchhaltung übertragen werden. Bei der Verbuchung der angeschafften Wirtschaftsgüter wird in der Buchhaltung zunächst der Anschaffungswert auf einem Anlagekonto verbucht. Gleichzeitig muß das Anlagegut im Afa-Rechner eingegeben werden, wobei darauf zu achten ist, daß einerseits das hier gewählte Anlagekonto mit dem der Buchhaltung übereinstimmt und andererseits das richtige Buchungskonto eingestellt wird, über das die Jahr für Jahr abgeschrieben Summen erfaßt werden. Bei der Übertragung der Abschreibungswerte in die Buchhaltung ist so sichergestellt, daß die richtige Ab-

schreibungssumme sowohl in der Einnahme-Überschußrechnung erscheint als auch jeweils den Anlagekonten, die ja nicht von der Einnahme-Überschußrechnung erfaßt werden, gutgeschrieben wird, die damit am Ende der Abschreibungsdauer auf Null geführt sind. Genauso ermöglicht das Programm eine Reihe manueller Buchungsmöglichkeiten, bei denen der Nutzer dann allerdings selbst auf die richtige Wahl von Soll- und Habenkonto achten muß. Beispielhaft sei hier nur die Eingabe einer Ansparabschreibung erwähnt, die auf einem gleichnamigen Buchungskonto im Soll erfaßt wird und auf einem passenden Anlagekonto ihr Gegenkonto finden muß.

Enorm erleichtert wird die Arbeit mit dem »Buchhalter« durch die jederzeit aufrufbare Hilfe- und Ratgeberfunktion. Hierdurch wird der Laie nicht nur genauestens in die Möglichkeiten der Software eingewiesen, sondern genauso in diverse buchhalterische Vorschriften. Völlig selbstverständlich für die Firma Lexware ist desweiteren ein regelmäßiger Updateservice, um das Programm ständig an die sich ändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen anzupassen. So war 1998 ein Update für den erhöhten Umsatzsteuersatz vonnöten. Ein weiteres Update ermöglicht den problemlosen Umstieg auf die Buchung in Euro.

Nur ein kleiner Ausschnitt des Leistungsspektrums

Das Leistungsspektrum der Software ist damit aber noch lange nicht erschöpft. So ist es möglich, alle Buchungen gleich mehrerer Firmen nebeneinander mit einem Programm zu verwalten. Es sind

auch sämtliche Optionen vorhanden, die über die Einnahme-Überschußrechnung hinaus auch eine Bilanzierung ermöglichen, die bei Zahnärzten aber normalerweise nicht erforderlich ist. In diesem Zusammenhang wickelt das Programm auch das komplette Mahnwesen ab.

Als einen Vorteil des Einsatzes von Buchhaltungssoftware erachte ich auch die Möglichkeit, alle Daten übersichtlich, handlich und schnell auffindbar abgespeichert zu haben. Ausreichende Datensicherung vorausgesetzt erübrigt sich zudem jegliches Ausdrucken und Archivieren von Journalen, Summen- und Saldenlisten, Kontenblättern u.ä., was nicht nur eine Platzersparnis bedeutet. Der jederzeitige Überblick über die aktuellen Praxisergebnisse sowie die sich daraus ergebenden Steuerungsmöglichkeiten sind weitere bedeutende Merkmale. Schließlich ersetzt die Software den Steuerberater auf vielfältige Weise auch bei solchen Aufgaben, die wir bislang nicht ohne ihn bewältigt hätten. Die Steuerberater selbst betrachten diese Entwicklung hin zur Buchhaltung in eigener Regie oft sogar positiv und sind teilweise auch bereit, bei der auch für den Laien zu bewerkstellenden Ersteinrichtung des Programms behilflich zu sein.

In den drei Jahren der Anwendung habe ich bisher mit meiner Buchhaltung so positive Erfahrungen gemacht, daß ich jeden Kollegen, der Zeit und Interesse hierfür erübrigen kann, ermutigen möchte, diese Geschicke in die eigenen Hände zu nehmen. Da hier die vielfältigen Möglichkeiten nur angerissen werden konnten, stehe ich für weitere Tipps und Anregungen natürlich gerne zur Verfügung.

Dr. Eberhard Riedel, München

Abschied vom Handwerkermodell ??

Heners und Walther führen erneuten akademischen Beweis grosser Realitätsferne

Die "Qualitätssicherung" als einer der Aufmacher der allerersten ZM im neuen Jahrtausend - das liess auf neue konkrete Ansätze für dieses bislang offiziell allenfalls peripher behandelte Thema hoffen. Unter dem Titel "Abschied vom Handwerkermodell Zahnheilkunde" versuchten wieder einmal die Karlsruher Professoren Heners und Walther, dem staunenden Zahnärztevolk ihre tiefgreifenden Erkenntnisse nahezubringen, plakativ untermauert durch allerlei zusammengesuchte Wissenschaftstheorie.

Und tatsächlich liest man zunächst selten so eindeutig formulierte Sätze, z.B. diesen hier (sinngemäss): *Es gibt eine eklatante Diskrepanz zwischen dem wissenschaftlichen Anspruch der Zahnheilkunde und dem in der Praxis tatsächlich Realisierbaren, die nach einer Begründung schreit.* - Wie richtig, möchte man sagen, aber nicht nur ist es das Realisierbare, das von den theoretischen Möglichkeiten abweicht (denn das wäre ja nur eine Binsenweisheit, die man nicht weiter begründen müsste), vielmehr lässt das angesichts der praktischen Möglichkeiten tatsächlich Realisierte viel zu oft zu wünschen übrig. Und mit einer schlichten Begründung des Missstandes mag sich vielleicht der Wissenschaftler zufriedengeben, der Praktiker und erst recht der Standesvertreter hingegen sollte aber doch eher nach der Beseitigung oder wenigstens Verkleinerung dieser Diskrepanz trachten. Dennoch weckt der Ansatz Neugier, auch wenn er sehr zaghaft und etwas zu kurz gedacht ist.

Und die Autoren überraschen gleich noch mehr: *Um nicht missverstanden zu*

werden: es gibt ein gutes und ein schlechtes Ergebnis zahnärztlicher Tätigkeit. Es gibt den guten und den schlechten Zahnarzt... - Da mag es also vermutlich doch noch den einen oder anderen unter uns gegeben haben, der das nicht gewusst hat, denn sonst wäre es den Autoren sicher nicht so wichtig gewesen, diese Erkenntnis hier mit aufzunehmen. Und wenn es in dieser Sache je zu Missverständnissen gekommen ist, so waren die Autoren selbst daran nicht unbeteiligt, wenn man in früheren Veröffentlichungen zu diesem Thema nachliest.

Angesichts so viel schonungsloser Selbsterkenntnis, so könnte man naiv denken, bleiben nur noch schonungslose Massnahmen zur Verbesserung der Lage, wobei die Qualitätssicherung endlich, wie auch im Sinne gesetzlicher Forderungen, als ein wirksames Instrument gegen die Unprofessionalität verstanden und eingesetzt wird. Aber wer so denkt, dürfte endgültig überrascht sein über all das, was sich die Autoren wieder haben einfallen lassen, um diesen Kelch von der Zahnärzteschaft abzuwenden. Schon im ersten Absatz beschwören sie

ein *gesellschaftliches und berufspolitisches Desaster*, wenn Qualitätssicherung zur Unterscheidung zwischen "gutem" und "schlechtem" Zahnarzt missbraucht wird. Nicht der *Ausgrenzung der "schlechten Ausprägung"* dürfe Qualitätssicherung dienen, sondern nur der *Aufgabe, das "gute" und das "schlechte" Ergebnis rational zu analysieren und aus der Unterscheidung dieser Ausprägungen Strategien zur Minimierung des "schlechten Ergebnisses" zu entwickeln. Und weiter: Qualität ist also kein moralischer Wert, sondern eine Beschaffenheit.*

Es will nicht recht einleuchten, warum hier der Qualitätsbegriff seiner ethisch-moralischen Komponente beraubt werden soll, wenngleich das bei beiden Autoren nicht neu ist. Natürlich beschreibt Qualität ausschliesslich die Beschaffenheit einer Leistung, das völlige Vernachlässigen moralischer Massstäbe würde dann aber bedeuten, keinerlei qualitätssichernde Konsequenzen aus der festgestellten schlechten Qualität zu ziehen und es tatsächlich bei der Beschreibung bzw. der reinen Strategieentwicklung zu belassen, woraus sich aber gleich das gesamte Unterfangen ad absurdum geführt hätte. Ist hier die Angst vor den Konsequenzen einer praktisch angewandten Qualitätssicherung spürbar? Macht diese Angst blind vor den tatsächlich bestehenden Möglichkeiten, eine wirksame Qualitätssicherung auch "human" in die Kollegenschaft einzubringen? Macht es nicht stutzig, dass durchgreifende Massnahmen mittlerweile von einer immer grösser werdenden zahnärztlichen Basis gefordert werden, von den zahnärztlichen Standesvertretungen aber nicht?

Der Rest der Heners/Walther-Abhandlung ist leider durchwachsen mit derlei Ungereimtheiten, deren einzige Logik in der klaren Zielsetzung besteht, von einer konkreten Qualitätssicherung beharrlich abzulenken und wegzuführen, und die erkennen lassen, dass die Autoren an einer Erhöhung der Professionalität in unserem Lande überhaupt kein Interesse haben. Stattdessen werden akademische Plakate mit banalen Regelkreisen gemalt, die nur zur pseudowissenschaftlichen Überfrachtung taugen.

Qualität beginnt beim Dialog von Zahnarzt und Patient: Richtig! Grundsätze wie "Nihil nocere" (dem Patienten keinen Schaden zufügen) und "Solus aegroti salus" (Das Wohlbefinden des Kranken im Auge behalten): auch richtig, man musste es mal sagen! Leider bleiben diese Forderungen aber ziemlich beziehungslos im Raume stehen. Im gleichen Absatz wird nämlich die Problematik der richtigen Therapiefindung behandelt und darauf verwiesen, wie wichtig der Dialog und die klare Absprache zwischen Zahnarzt und Patient sind. Kein Wort liest man allerdings von den reichhaltigen Missbrauchsmöglichkeiten, die heute von so manchem Zahnarzt in geschickter Anwendung zweifelhafter Marketingstrategien zum Nachteil vieler Patienten ausgenutzt werden, bei denen jeweils die Einigung mit dem Patienten via Abdingung oder Honorarvereinbarung nach ausgiebigem Dialog erschlichen wird. Muss Qualitätssicherung nicht eher bei diesem Missbrauch des Arzt-Patient-Dialoges einsetzen oder aber bedeutet Qualitätssicherung im Sinne der Autoren vielmehr: Wie schwatze ich meinem Patienten den überflüssigen Zahnersatz am erfolgreichsten auf?

Die Definition des zahnärztlichen Behandlungszieles fiele, so wird weiter theoretisiert, bei der Entfernung einer Karies leichter als bei der Zahnersatzplanung mit stark reduziertem Zahnbefund. Natürlich, aber auch diese Platitüde geht an dem Sinn und der Notwendigkeit von Qualitätssicherung scheinheilig vorbei, denn was nützt die allerbeste Zielvorgabe, wenn dann nicht einmal das vermeintlich leichte Ziel der vollständigen Kariesentfernung nach den Regeln der Kunst erreicht wird.

Eine eher vernebelnde, mit Sicherheit aber keine erhellende Absicht darf hinter folgenden gestelzten Sätzen vermutet werden: *Die mechanische Dimension einer zahnärztlichen Behandlung bekommt ihre Bestätigung zunächst nämlich nicht durch die korrekte Durchführung, sondern durch die Akzeptanz des Patienten. Eine Überbetonung der mechanischen Manipulation könnte zu der Einschätzung führen, dass eine korrekte mechanische Behandlung auch konsequenterweise ein erfolgreiches Ergebnis nach sich ziehen muss.* - Nun, die Selbstverständlichkeit, dass zahnärztliches Tun nicht reines Handwerk ist, geht wahrlich nicht auf das aufklärende Schaffen von Heners und Walther zurück. Dass Patienten nicht ausschliesslich unsere "mechanischen Manipulationen" honorieren und daher der handwerkliche Anteil nicht unbedingt eine Überbetonung erfahren muss, ist auch nicht strittig. Aber glauben die Autoren, man könne das Handwerk deshalb unbemerkt unter den Tisch fallen lassen? Wo doch angeblich sowieso die Zusammenhänge zwischen mechanischer Präzision und akzeptablem Behandlungser-

gebnis überhaupt nicht erwiesen sind? Darf man deshalb bei der Qualitätssicherung auf handwerkliche Kriterien verzichten? Offenbar ja, denn die Autoren formulieren weiter, dass es *ein elementarer Fehler zahnärztlicher Qualitätssicherung sei, die Trainingsparameter des Zahnmedizinstudiums zur Grundlage qualitätssichernder Massnahmen zu machen. Dieses sei eine unzulässige Verharmlosung des zahnärztlichen Eingriffs.* - Und weiter: *Erst wenn wir den zahnärztlichen Eingriff in seiner wirklichen Kompliziertheit ... und nicht in seiner naiv-technischen Vereinfachung zur Grundlage einer Qualitätssicherung machen, geben wir ... der Qualitätssicherung eine zukunftssträchtige und emotionsfreie Basis.*

Die Autoren scheinen wirklich zu glauben, mit dieser Theorie einen praktischen Ansatz zur Qualitätssicherung gefunden zu haben. Ein Schelm, der dieses als den grossen Befreiungsschlag für die gebeutelte Zahnärzteschaft entlarvt. Aber was soll man positiveres vermuten anlässlich der hier vorgeschlagenen neuerlichen immensen Verkomplizierung des Themas? Wäre es nicht glaubwürdiger, für die Autoren wie auch die Zahnärzte, in den Bereichen mit der Qualitätssicherung schon einmal anzufangen, die jetzt schon klar als dringend verbesserungsbedürftig zutage treten, nämlich genau bei den handwerklichen Defiziten und dem am Patientenbedürfnis vorbeigehenden Behandlungsplanung? Für grosse Nachuntersuchungsstudien über die Zusammenhänge zwischen mechanischer Präzision und therapeutischem Nutzen fehlt uns mittlerweile die Zeit, wobei die bereits vorliegenden Erkenntnisse zumindest vorläufig allemal

reichen. Auch brauchen wir keine starren studentischen Erfolgskriterien, die ja für die Praxis nicht immer relevant sind, sondern beispielsweise nur die konsequente Anwendung gutachterlicher Kriterien, allerdings als routinemässig vorbeugende Erhebung von Planungen und Ausführungen und nicht erst, wie bislang, zur nachträglichen Fehlerbeschreibung, wenn der Patient ein Behandlungsergebnis rügt. Nehmen uns die Patienten auf Dauer die ihnen von uns nahegebrachte Prophylaxe als glaubhaft ab, wenn wir von dieser, bezogen auf die Qualität unserer Berufsausübung, nichts wissen wollen? Dürfen wir uns wirklich noch, wie die Autoren Glauben machen wollen, dahinter verschanzen, man könne die wünschenswerte technische Qualität nicht mit der erforderlichen Genauigkeit messen?

Heners und Walther machen aber wirklich Ernst und nennen ihre Absicht schon in der Überschrift unverhohlen beim Namen: allein der *Abschied vom Handwerkermodell* gibt nach ihrer Meinung auf einmal die Perspektive wahrer Qualitätssicherung, dürfte aber zumindest den vielen Praktikern nicht recht einleuchten, die für die Ausübung ihres Berufes auch die solide handwerkliche Qualität für ganz unverzichtbar halten, weil für sie die gewissenhafte Einbeziehung dieser Komponente nicht eine Abwertung oder Einengung ihrer beruflichen Tätigkeit, sondern vielmehr eine Herausforderung und Auszeichnung bedeutet.

Aber allen Zweiflern zum Trotz versuchen die Autoren, ihre Hypothese noch mit allerlei wissenschaftstheoretischen

Exkursionen zu untermauern: *Wissenschaftliche Daten und deren unvoreingenommene Interpretation sind dynamische Grössen und stehen einer statischen Therapiebestimmung im Wege.* - Diese sogenannte dynamische Wissenschaft, die auch das jeweils von der dynamischen Realität etwas abweichende statische Lehrgebäude verständlich macht, eignet sich nämlich trefflich dazu, vorkommenden Behandlungsfehlern generell den Nimbus des Unvermeidlichen zu geben.

Auch den Versuch einer mathematischen Erklärung für die Sinnlosigkeit einer angewandten Qualitätssicherung bleiben die Autoren nicht schuldig. So ordnen sie alle Leistungsniveaus von "ideal" bis "schlecht" unter einer Gausschen Glockenkurve an, bei der im Niveau des qualitativen Mittelmasses die meisten Zahnärzte vertreten sind. Würde man nun, so die abenteuerliche Argumentation der Autoren, die schlechten Zahnärzte am linken Ende der Kurve, die sogenannten "bad apples", aufspüren, denunzieren und ausmerzen, so würde dieses an der Form der statistischen Verteilung nicht viel ändern. Lediglich die Standardabweichung der Kurve ist etwas anders, aber das schlechte Ende, nun freilich mit anderen Zahnärzten besetzt, bleibt. Die Schlussfolgerung von Heners und Walther daraus: bei der Qualitätssicherung darf weder idealisiert noch denunziert werden, stattdessen reicht die Dokumentation, Beschreibung und Analyse, um den negativen Extremwertbereich zu minimieren und den Mittelwert zu verbessern. Das ganze erhält auch einen schönen Namen: "Dynamisches praxisbezogenes Optimierungsmodell".

Ist das nun wirklich die ganze befreiende Wahrheit? Oder wäre es nicht eventuell sinnvoller gewesen, statt eine statistische Normalverteilung zu bemühen die bad apples etwas realistischer zu interpretieren (wenn die schlechten weg sind, bleiben die besseren übrig)? Aber auch das Bild einer Wurst, das dem Niveau obiger Argumentation völlig entspricht, wäre ganz plakativ gewesen und kommt der Realität an der entscheidenden Stelle deutlich näher. Eine Wurst hat zwar nicht unbedingt den gleichen akademischen Anstrich wie eine Glockenkurve, aber sie hat, wie diese auch, immer zwei Enden, und zwar verblüffenderweise auch noch dann, wenn man das eine Ende abschneidet. Wenn nun die Wurst auf einer Seite etwas zu lange aus der Verpackung hing und dort angetrocknet ist, so kann man auch gestrost von einer guten und einer schlechten Seite der Wurst sprechen. Was liegt da näher, als die schlechte Seite abzuschneiden, um dann wenigstens noch den Rest der Wurst geniessen zu können. Denn durch diese simple Massnahme ist nicht nur die Durchschnittsqualität der Wurst unzweifelhaft gestiegen, sondern aus einer Wurst mit einem guten und einem schlechten Ende wurde eine Wurst mit zwei guten Enden.

Sicher haben die Autoren recht, dass *menschliche Tätigkeit und Tätigkeit am Menschen einer Verteilung unterliegt, und positive und negative Extremwerte fester Bestandteil kollektiven und individuellen Bemühens sind*. Allein insofern stimmt das Bild mit der Wurst nicht. Die Schlussfolgerung jedoch, man müsse und dürfe mit qualitätssichernden Massnahmen an der schlechten Seite nicht

ansetzen, ist nicht nur an dieser Stelle durch nichts begründet, sondern vielmehr aus Sicht der vielen sich gewissenhaft bemühenden Zahnärzte lebensfremd und aus Sicht so vieler schlecht behandelter Patienten zynisch.

Qualitätssicherung, falls sie die deutsche Zahnärzteschaft jemals zustande bringt, ist nur dann glaubwürdig und effektiv, wenn sie in ihrem ersten Schritt gerade am schlechten Ende des Leistungsspektrums ansetzt. Es ist sogar zu vermuten, dass dieser erste Ansatz den mit Abstand grössten Effekt aller überhaupt notwendigen Qualitätssicherungsmassnahmen haben wird. Ihn zu umgehen ist daher in jeder Beziehung unverantwortlich. Die Behauptung der Autoren, Massnahmen dieser Art seien unmöglich, spiegelt nur den politischen Willen der Standesführung wieder, nicht aber die praktischen Möglichkeiten, über die sich zum Beispiel gerade der DAZ in der Vergangenheit viele Gedanken gemacht hat.

Der aus aller leeren Theorie folgende Ansatz von Heners und Walther, ein *die Wirklichkeit der Zahnheilkunde erfassendes dynamisches praxisbezogenes Optimierungsmodell* ins Leben zu rufen, ist genauso unkonkret wie unpraktikabel und an gewollter Nebulösität und Scheinheiligkeit kaum noch zu überbieten. Das Ansinnen erscheint sehr bewusst darauf angelegt, zahnärztliche Inkompetenz im Rauschen *dynamischer .. Leitlinien, die die Unsicherheit des zahnmedizinischen Eingriffs miteinbeziehen*, untergehen zu lassen und ist a priori vollkommen ungeeignet, verlorengegangenes Vertrauen in den Berufsstand wiederzugewinnen.

Denn unsere Patienten kritisieren uns für mangelnde Berufsauffassung, mangelndes Wissen, mangelndes Wollen und mangelndes Können. Diesem mit akademischer Weitschweifigkeit begegnen zu wollen ist nichts als selbstgefällige Flucht vor Realität und Verantwortung.

Wie lange wird die deutsche Zahnärzteschaft noch für derart unmündig gehalten, dass man glaubt, sie würde sich ein so durchsichtiges "Vordenken" zu eigen machen? Wenn allen Ernstes behauptet wird, dass es in unserem Beruf Qualität ohne die angemessene Berücksichtigung der handwerklichen Präzision gäbe, dann kommt das in etwa der Behauptung gleich, es gäbe Zahngesundheit ohne Mundhygiene.

Warum werden uns zudem eigentlich die Autoren Heners und Walther so oft im Doppelpack präsentiert? Soll uns dieses das besondere Gewicht ihrer Aussagen suggerieren, nach dem Motto: zwei Professoren auf einmal können sich nicht irren? In Wahrheit entsteht doch vielmehr der Gesamteindruck, dass Quantität hier die Qualität aufwiegen soll. Wäre es daher nicht besser, diese beiden Kapazitäten anstelle ihrer eher fruchtlosen Synergie auf getrennten Feldern der Qualitätssicherung arbeiten zu lassen, in der Hoffnung, dass dann etwas mehr dabei herauskommt?

*Dr. Eberhard Riedel
München*

Zum 75. Geburtstag von Dr. Kimmel

Nicht ohne Grund stehen unsere guten Wünsche für den Koblenzer Zahnarzt, Zahntechniker, Fachjournalisten und Wissenschaftler an dieser Stelle. Denn es war vor allem Dr. Kimmel, der die vom DAZ seit Jahrzehnten eingeforderten Bemühungen im Bereich Qualitätssicherung (QS) unterstützt und durch zahlreiche eigene intensive Arbeiten differenziert hat. Wie Kollege Riedel im nebenstehenden Beitrag steht auch Kimmel in kritischer Distanz zu den von Heners/Walther wissenschaftlich verbrämten Abwiegelungen konkreter QS-Maßnahmen für die Praxis. »Wissenschaft und Praktiker können keine QS-Konzepte ohne Einbeziehung der Industrie realisieren und auch nicht, ohne die betriebswirtschaftlichen und psychologischen Rahmenbedingungen der zahnärztlichen Normalpraxis zu berücksichtigen«, so Kimmel. Deshalb hat er sich nicht nur mit Theorien beschäftigt, sondern mit konkreten wissenschaftlichen Studien über Arbeitsprozesse und technische Strukturen, die ein gutes Behandlungsergebnis erst möglich machen.« Das Urgestein der Zahnheilkunde« (DZW) hat sich dabei nicht nur mit einer Fülle von Beiträgen in zahnärztlichen Fachzeitschriften um die Weiterentwicklung der Zahnmedizin verdient gemacht, sondern war dazu, wie der DZW zu entnehmen ist, Autor oder Koautor von 69 Büchern!

Der DAZ gratuliert seinem Ehrenmitglied und wünscht von Herzen Kraft und Gesundheit für viele weitere Jahre. HWH

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™

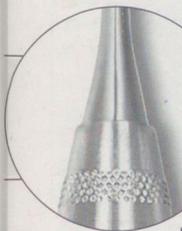
Optimales Gewicht
fein ausbalanciert für ermüdungsfreies Arbeiten



Griffigkeit

Die neue griffige Struktur unterstützt die Arbeitsbewegungen 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
Tel. +49(0)62 24 - 97 00-0 • Fax +49(0) 62 24 - 97 00 - 97 • www.hu-friedy.com

Jodsalz mit Fluorid weiter im Aufwärtstrend

Anteil am gesamten Haushaltspaketsalzabsatz hat sich weiter erhöht

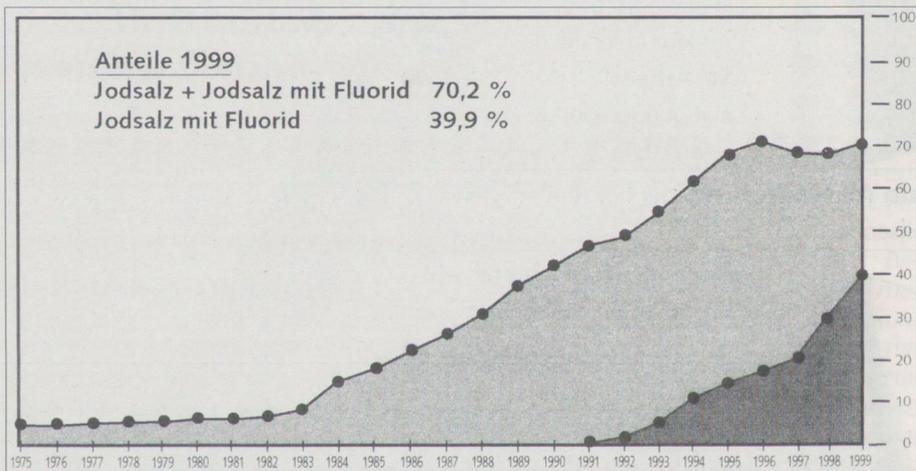
Der Anteil von fluoridiertem Jodsalz am gesamten Haushaltspaketsalzabsatz ist 1999 um weitere 10 Prozent gestiegen. Er liegt damit nach Angaben der deutschen Salzindustrie Ende 1999 bei knapp 40 Prozent.

Diese erfreuliche Steigerung ist nach Angaben der Informationsstelle für Kariesprophylaxe des DAZ sowohl auf die intensive Aufklärung als auch auf die

dierung ebenfalls die einfachste, wirksamste und preiswerteste Möglichkeit der Kariesprophylaxe mit Fluoriden sehen, von der zudem die ganze Familie profitiert.

Jedoch auch der Lebensmittelhandel trägt wesentlich zur Verbreitung dieses Kombinationssalzes bei. So ist Jodsalz mit Fluorid seit geraumer Zeit nicht nur in allen Lebensmittelgeschäften erhält-

Anteilsentwicklung jodierte und jodiert/fluoridierte Speisesalze im Paket in %



Empfehlung vieler Zahn- und Kinderärzte zurückzuführen. In gleichem Maße engagieren sich Prophylaxe- und Beratungskräfte sowie einschlägige Fachinstitutionen, die in der Speisesalzfluori-

lich, es wird dort zudem in den meisten Fällen für den Verbraucher gut sichtbar und aufmerksamkeitsstark plaziert. Einige Handelsketten führen sogar nur noch Jodsalz mit Fluorid.

Die immer breitere Verwendung von fluoridiertem Jodsalz wird von Wissenschaftlern des Zahngesundheitswesens ebenso begrüßt wie von vielen wissenschaftlichen Gesellschaften und Fachinstitutionen. Sie entspricht auch den Empfehlungen aktueller Kariespräventionskonzepte mit Fluoriden, die vor allem die Verwendung fluoridierter Zahnpasta und den Einsatz fluoridierten Speisesalzes vorsehen.

Eine noch breitere Verwendung von fluoridiertem Speisesalz und somit ein noch besserer Schutz vor Karies wäre nach Ansicht der Informationsstelle für Kariesprophylaxe möglich, wenn dieses Salz ohne Einschränkung auch in Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung zum Einsatz kommen könnte. Dort ist die Verwendung derzeit nur mit einer beim Bundesministerium für Gesundheit zu beantragenden Ausnahme genehmigung möglich, an die allerdings eine Reihe von Bedingungen geknüpft sind.

Die Informationsstelle appelliert deshalb an alle Verantwortlichen im Gesundheitswesen, bei Beratungsgesprächen im Rahmen der Kariesprophylaxe vorzugsweise fluoridiertes Jodsalz zu empfehlen, damit dies möglichst bald in allen Haushalten verwendet wird. Dies auch vor dem Hintergrund, dass dieses Salz eine doppelte Schutzwirkung hat, und zwar sowohl vor Karies als auch vor jodmangelbedingten Schilddrüsenkrankheiten, die auf Grund des endemischen Jodmangels in Deutschland eine ähnliche »Volkskrankheit« sind wie die Zahnkaries.

Zahnfleiscentzündungen: Welche Maßnahmen wirklich helfen

Mehr als 80 Prozent der Zahnfleisch-erkrankungen könnten allein durch eine verbesserte Zahnreinigung beherrscht oder ganz verhindert werden. Die vollständige Beseitigung von bakteriellen Zahnbelägen, vor allem in den schwer zugänglichen Zahnzwischenräumen, stehe dabei im Mittelpunkt. Jedoch seien die dazu nötigen Hilfsmittel wie Zahnseide, Zahnzwischenraumbürstchen, Zahnholzchen oder medizinische Mundspüllösungen noch zu wenig bekannt. Dies erläuterte Dr. Wolfgang Bengel, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DGP) in Dresden.

Um die Kenntnis und Anwendung dieser Vorbeugemaßnahmen zu verbessern, zur Früherkennung von Zahnfleischkrankungen beizutragen und die Behandlungsverfahren des Zahnarztes zu erläutern, startet die DGP jetzt eine Aufklärungskampagne. Sie wird von der Lörracher Wybert elmex Forschung als offiziellem Partner unterstützt. Zentraler Inhalt ist ein neu erstellter »Ratgeber gesundes Zahnfleisch«. Er wird über Zahnärzte kostenlos an Patienten abgegeben oder kann direkt angefordert werden bei: elmex Beratungs-Service, Postfach 2420, 79514 Lörrach, Fax 07621/ 907-124. Die Behandlung einer Parodontitis erfordere eine zeitaufwendige und intensive Betreuung durch ein Team von Zahnarzt und speziell ausgebildeten Fachkräften. Bei rechtzeitiger Behandlung und guter Mitarbeit des Patienten sei diese chronische Erkrankung günstig zu beeinflussen und sogar zum Stillstand zu bringen, so Bengel.

DGP, Regensburg

Bundesverdienstkreuz für Berliner Prophylaxe-Akvisten

Zahngesundheit für die uns anvertrauten Patienten - ganz besonders für Kinder und Jugendliche - so lautet das Motto, unter dem sich Dr. Sylvia Dohnke-Hohrmann und Dr. Peter Nachtweh über Jahre für die Aufwertung der Prophylaxe in der Zahnheilkunde eingesetzt haben. Das Engagement von Dr. Dohnke-Hohrmann im Zahnmedizinischen Dienst und ihr ehrenamtliches Wirken im BZÖG, die Verknüpfung der eigenen Tätigkeit im "Amt" mit dem Wirken der Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen (LAG) in Berlin hat sich auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen positiv ausgewirkt. Das Neuköllner Basis- und Intensivprophylaxemodell innerhalb der LAG Berlin ist Produkt ihrer Aktivitäten.

Der langjährige Vorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft Berlin Dr. Peter Nachtweh hat nicht nur die LAG schon lange vor der gesetzlichen Regelung durch den §21 SGB V aus der Taufe gehoben und auf den erfolgreichen Weg gebracht. Ihm zuerst ist es zu verdanken, dass heute gruppenprophylaktische Aktivitäten zur Normalität gehören und die LAG Berlin bundesweit Anerkennung und Vorbildwirkung gefunden hat. Mit 80 Mitarbeiterinnen kann die LAG heute für die bis zu 12-jährigen Kinder flächendeckend Gruppenprophylaxe durchführen. Über sein Wirken in der LAG hinaus hat Kollege Nachtweh im vergangenen Jahrzehnt die Berliner berufspolitische Landschaft geprägt. Sein unermüdlicher Einsatz in der Zahnärztekammer und KZV als Delegierter,

Vertreter, Vorstandsmitglied und in bundesweiten Gremien sei deshalb hier ebenfalls besonders hervorgehoben. Stets sachlich kritisch und trotzdem optimistisch, immer integrativ, wenn es gilt "Gräben" zu überwinden - so kennt die Berliner Kollegenschaft den Ausgezeichneten. Wir gratulieren den beiden geehrten Kollegen recht herzlich zur Veleihung des Bundesverdienstkreuzes.

Ernährung: Fluoridgelée verhindert Zahnschäden durch saure Lebensmittel!

Mit Sorge beobachten Zahnmediziner zunehmende Schäden am Zahnschmelz, die in Form von Erosionen und Abrasionen auftreten. Sie werden vor allem auf den zunehmenden Konsum von stark säurehaltigen Speisen und Getränken zurückgeführt, die den Zahnschmelz auflösen. Werden die Zähne im zeitlichen Zusammenhang mit der Säureexposition mit abrasiven Pflegemitteln und mit einer ungeeigneten Technik geputzt, kommt es zu unwiederbringlichen Verlusten an Zahnhartsubstanz.

Eine auf dem internationalen Kongress für Kariesforschung in Barcelona vorgestellte Studie der Universitätszahnklinik Gießen zeigte, daß diese Schäden durch Anwendung von höher konzentriertem sauren Fluoridgelee (elmex) komplett verhindert werden können. Zahngelees ohne Fluorid oder mit neutralem pH-Wert hatten keinen protektiven Effekt.

Congress European Organisation for Caries Research, Barcelona

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.

Ganz ganzheitlich ?

Die Weiterentwicklung der Zahnmedizin ist wesentlich bestimmt durch Innovationen der Technologien und Werkstoffe. Dies ist keine besonders aufregende Erkenntnis sondern ein bekannter Trend der Naturwissenschaften. Nach Jahrzehnten fast blinder Technikgläubigkeit in der Gesellschaft und damit auch der Zahnheilkunde macht sich seit einigen Jahren nun gesunde Skepsis breit und tritt die zuletzt fast immer primär gestellte Frage nach der Machbarkeit gegenüber der Frage nach der Sinnhaftigkeit vieler Therapien allmählich etwas zurück. Ich hüte mich wohl, hier den mittlerweile schon inflationär gebrauchten Begriff des »Paradigmenwechsels« zu verwenden. Denn die Hinwendung zum Menschen, zur Ergründung seiner eigentlichen Probleme war stets erstes Ziel jeglicher Heilkünstler. Hier war also nur eine leichte Rückbesinnung nötig. Während also diese Dinge derzeit wieder etwas zurecht gerückt werden, tritt seit den 80er Jahren eine geradezu technologiefeindliche medizinische Schule immer mehr in den Vordergrund, die sich den Namen »Ganzheitsmedizin« gegeben hat und mittlerweile auch einen zahnmedizinischen Zweig beinhaltet.

Mir scheint die rasante Verbreitung dieser »Ganzheitsmedizin« durch einen nicht weniger bemerkenswerten Trend entscheidend gefördert: Der enorme Erkenntniszuwachs der Naturwissenschaft bleibt wenigen Spezialisten vorbehalten und führt nicht zu einem adäquaten Wissensniveau in der Gesellschaft. Vielmehr tritt das Gegenteil ein: In Resignation vor der Unmenge an neuen Dingen werden kaum noch die vor zwanzig Jahren zur Allgemeinbildung gehörenden »einfachen« Grund-

lagen der Naturwissenschaft beherrscht oder, schlimmer noch, gar nicht erst gelehrt.

Und dieser Trend eröffnet den großen Vereinfachern Tür und Tor (und riesige Märkte!). Längst hat sich »Bio-« als Synonym für »gut« etabliert, während Chemie automatisch mit »schlecht« gleichgesetzt wird. Der Chemie-Unfall ist immer eine Schreckensvision, der Begriff Bio-Unfall dagegen existiert gar nicht. Der moderne Mensch verlangt »genfreie Lebensmittel« und ißt zur Gesunderhaltung gern »Enzym«. Vor dem »Schwermetall« fürchtet er sich, kommt ihm dagegen dasselbe Atom als »Spurenelement« daher, kann er nicht genug davon bekommen und gibt eine Menge Geld dafür aus. Nicht nur die Boulevardpresse schwimmt mit, auch die Marketingexperten der Industrie. Zwei Beispiele:

- Man bietet uns Bio-Legierungen an, die doch zweifelsfrei chemisch/physikalisch erzeugt wurden, wobei die Kriterien für »bio« jeder für sich selbst festlegen darf. Bis vor einiger Zeit galten in stiller Übereinkunft kupferfreie Legierungen als besonders »bio«. Inzwischen hat ein unermüdlich auf allen Dentalausstellungen präsenter »ganzheitlicher« Zahnarzt eine Legierungsgruppe auf den Markt gebracht, die ausdrücklich viel Kupfer enthält, da dieses Element schließlich auch Bestandteil des natürlichen Organismus sei. Statt dessen lehnt dieser Kollege die Zulegierung des Edelmetalles Iridium auf das Schärfste ab, da es »nicht von dieser Welt« sei. Es wäre vielmehr in grauer Vorzeit mit einem Kometen auf die Erde gelangt, könne also von daher gar nicht biokompatibel sein.¹

- Die inzwischen übliche umgangssprachliche Verwendung des Begriffes »Allergie« zeugt von einem tiefen Unverständnis dieses Krankheitsbildes. Auch Fremdwörterbücher folgen dem Lauf der Unwissenheit:

»Allergie: körperliche oder seelische Überempfindlichkeit«. Otto Normalverbraucher glaubt inzwischen beispielsweise, dass insbesondere ein geschwächtes Immunsystem zu Allergien, also überschießenden(!) Reaktionen neige. Auch die Industrie wirbt gerne schon mal mit der »antiallergischen« Eigenschaft neuer Kunststoffe, die dann ja strenggenommen hohe Anteile von Corticoiden enthalten müssten. Nicht ganz so absurd ist die auf einem Werbeprospekt gefundene Aussage, eugenolfreie Präparate würden Eugenolallergien verhindern. Genauso richtig wäre dann aber auch ein Satz einzuschätzen wie der, dass ausschließlicher Verzehr von Spinat Pilzvergiftungen verhindere.

Ärgerlich statt lächerlich aber ist dann schon, wenn sich der zahnärztliche Berufsstand dem pauschalen Vorwurf ausgesetzt sieht, er würde den Menschen durch seinen Materialeinsatz mehr Schaden als Nutzen zufügen. Also mittels Dentalkeramik radioaktive Verseuchung produzieren, mittels Dentalkunststoffen Krebs erzeugen und mittels Dentallegierungen alle denkbaren Krankheiten dieser Welt hervorrufen, von A(lzheimer) bis Z(ungenbrennen). Die Bekämpfung all dieser Erkrankungen erzeugt zwar immense Kosten, aber selten einen deutlichen Nutzen. Nur: den schwarzen Peter des Preistreibers und Vergifters bekommt in jedem Falle die Zahnärzteschaft. Um diesem Dilemma zu entkommen, bedarf es einer Synthese aus

- Verständnis und psychologischem Einfühlungsvermögen in die Probleme der Patienten,
- gesunder Skepsis gegenüber Technikdogmatikern und Bio-Fundamentalisten,
- wissenschaftlicher Grundausbildung auf den Gebieten der Biochemie, Biophysik, Allgemeinmedizin und schließlich

— einer ständigen geistigen Synopsis der Erkenntnisse *aller* zahnmedizinischen Subdisziplinen.

Treffendste Bezeichnung für diese Synthese wäre dann wirklich »ganzheitliche Zahnmedizin«, ein Begriff, der zu Unrecht, aber leider sehr nachhaltig von den Anhängern der Glaubensmedizin usurpiert worden ist. Ein klassischer Fall solcher Usurpation ist die Funktionskieferorthopädie, von ganz normalen schulmedizinisch tätigen Kollegen erdacht und begründet, danach in einem ganz normalen wissenschaftlichen Streit diskutiert und inzwischen ganz normal etabliert als eine Methode im Gesamtspektrum mit speziellen Indikationen, aber eben auch Kontraindikationen. Irgendwann aber hat ein cleverer Kollege dieser Methode das Attribut »ganzheitlich« vorangestellt und sie damit in einen konstruierten Gegensatz zur restlichen, schulmedizinischen Kieferorthopädie gestellt. Das eigentlich Ärgerliche dabei ist nicht die neue Bezeichnung, sondern der künstliche Widerspruch zu genauso erfolgreichen anderen Therapievarianten. Dabei passt die FKO vollkommen zwanglos in das Grundkonzept der gesamten Kieferorthopädie: die gerichtete Ausnutzung von Kräften. Seien es nun »körpereigene« oder »körperfremde«.

Nun könnte man Gläubige ohne weiteres ihrem Glauben anhängen lassen, wären da nicht einige problematische Berührungspunkte. Einer davon ist das weite Feld der Unverträglichkeitsreaktionen gegenüber Zahnersatz. Gerade hier wäre ein ganzheitlicher Ansatz im letztgenannten Sinne dringend notwendig. Statt dessen besetzte die Glaubensmedizin diese Problematik in nicht unerheblichem Maße. Das liegt leider auch an der Ignoranz vieler sogenannter Schulmediziner gegenüber den oben

genannten vier Punkten. Ganz abgesehen davon, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Beschäftigung mit solchen Patienten praktisch kaum honorieren.

Nun könnte an dieser Stelle um die jeweiligen Methoden der glaubenden und wissenschaftlichen Mediziner gestritten werden, wie dies ja in der Fachpresse auch bisweilen geschieht. Auf einer anderen Ebene findet dieser Streit dagegen viel zu selten statt: auf der Ebene der Etymologie der jeweiligen Glaubensrichtungen. Gerade dort aber erzielen die selbsternannten Ganzheitler mangels schulmedizinischer Verteidigung regelmäßig Erfolge beim »einfachen Bürger«. Wenn wir also einige Zeilen weiter oben die Ganzheitlichkeit für uns Schulmediziner reklamierten, soll dies nun ein Aufruf sein, sich auch mit der begrifflichen Welt der Glaubensmedizin auseinander zu setzen.

Nehmen wir doch einmal die zahnmedizinisch-alternative Fraktion etwas näher unter die Lupe. Dabei sollen drei Ebenen interessieren, auf denen wir nachfolgend einige beliebte Worthülsen hinterfragen wollen:

- 1.) die klassischen Vorwürfe gegenüber der Schulmedizin,
- 2.) die Selbstdarstellung der Alternativen und
- 3.) die Apologie alternativen Methoden.

1.) Gegen die Schulmedizin

Allen gegenteiligen Beteuerungen zum Trotz ist das Gesundheitswesen längst ein Markt geworden. Während einige Berufsgruppen noch eisern am Werbeverbot festhalten, kämpfen andere ganz ungegeniert um diesen Markt, indem sie Bedürfnisse wecken. Oder vereinfacht ausgedrückt: Krankheit erfinden. »99 % aller Patienten vertragen ihren Zahnersatz - glauben Sie das wirklich?« fragt uns per Anzeige in al-

len denkbaren Zahnärztestopfen der Hersteller von Bioresonanzgeräten. Da haben wir die selbsternannten schon einmal Ganzheitler erpapt: Sie ahmen nämlich auch gern einmal die bösen Schulmediziner nach. Diese hatten etwa zum Ende der 70er Jahre auf fast allen Gebieten den entscheidenden therapeutischen Durchbruch gefunden und brauchten nun dringend Ersatzarbeitsgebiete. Sie fanden sie in einer geradezu inflationären Diagnostik mit teuerstem Gerät und kleinstmöglichen Messbereichen. Der zugegebenermaßen nicht ganz unbegründete Vorwurf, **Schulmedizin sei seelenlose Apparatemedizin** trifft nun aber auch auf einige Glaubensrichtungen der »Sanften« zu.

1. Beispiel: Bioresonanz. Ein einfacher Frequenzanalysator (für »Heilzwecke« zum etwa zehnfachen Preis angeboten) kann zwischen guten Schwingungen der gesunden Gewebe und bösen Schwingungen der erkrankten Gewebe unterscheiden, das Gerät wandelt die böse Schwingung in Gedankenschnelle in eine phasengleich-spiegelbildliche Schwingung um und löscht sie damit aus. Einfach und genial zugleich, eben typisch »ganzheitlich«. Nur wie unterscheidet der Apparat gut und böse? Und wie bewegt er seine Elektronen mit Gedankenschnelle? Man fragt sich, wieso lärmgeplagte Diskothekennachbarn nicht öfter mal diese einfache und geniale Idee ausnutzen und Techno-Sound zu Grabesstille auslöschen!

2. Beispiel: Elektroakupunktur. Die dafür produzierten Apparate weisen einige Besonderheiten auf. Bunte Leuchtdioden flackern lustig vor sich hin, einzig zu dem Zweck, den Vorstellungen zu entsprechen, die Erna Musterfrau von modernster Technik hat. Etwa so, wie man in den 60ern Weltraumstationen immer als blinkernde Irrlichtagglomerate darstellte. Auf einigen

der Geräte sind die innerlich verwendeten Schaltpläne abgebildet. Wer Physik als Abiturfach abwählen konnte, wird eventuell vor dem Schaltzeichen eines Transistors als Herzstück des Ganzen ehrfürchtig erschauern. Die Skalierung des Messinstrumentes ist dimensionslos - eine Provokation für jeden Physiklehrer! Sie erinnern sich sicher noch an die in solchen Fällen unweigerlich folgende Frage »Meinst Du Pflaumen oder Äpfel?« Immerhin reicht die Skala von 0 bis 100 und hat manchmal auch einen grünen Bereich, was positive Emotion wecken kann. Während der Therapeut nun den Körperwiderstand des Probanden misst und dabei al gusto feuchte, gefettete oder trockene Elektroden verwendet, kann er den »Zeigerabfall« um verschieden viele »Teilstriche« (oder Birnen?) erkennen und dann feststellen, ob (Zitat:) »Disharmoniemuster und Informationen blockierende oder verfälschende Faktoren der Regelkreisstörungen« vorliegen. »Zeigerhochstand« (aha!) deutet auf Entzündung, »Zeigertiefstand« auf Degeneration. Die beiden eben genannten Methoden fußen also ausschließlich auf der Einführung jeweils eines speziellen Gerätes, Geräte und Methoden wurden zusammen erfunden und werden zusammen vermarktet. Keine Apparatermedizin?

Schulmediziner sind medizinische Dogmatiker, so lautet ein weiterer Vorwurf. Wer aber mit Glaubensmedizinern diskutiert, erfährt rasch, dass gerade sie oft dogmatisch die Lehre irgend eines Gurus verfechten. Oft findet sich der jeweilige Messias im Namen der Lehre wieder: Elektroakupunktur nach Voll »EAV«, Bach-Blüentherapie, Hall V-Tox-Behandlung, Mora-Therapie usw. Ebenso dogmatisch und gar nicht ganzheitlich sehen sie oft die Wurzel allen

Übels im gerade aktuellen Feindbild. Stichwort Amalgamvergiftung (von den Engländern boshaft als german disease bezeichnet). Während sie vermeintliche Ganzheit predigen und das linear-kausale Krankheitsverständnis als falsch und also schulmedizinisch ablehnen, vermitteln sie ihren Klienten doch genau dieses. Sie postulieren nur einen beim Publikum emotional sehr wirksamen Umweg zwischen Ursache und Wirkung: das Grundsystem nach Pischinger. Irgendeine Noxe wirkt also nicht auf »einfachem« Wege sondern bringt das biokybernetische Regelkreissystem durcheinander. Prinzipiell geht es danach aber wieder recht monokausal zu: Je nach Glaubensrichtung sind entweder Metalle im Mund oder Pilze im Darm oder Radioaktivität im Kochtopf usw. für immer dasselbe und gleichzeitig komplette Krankheitsspektrum verantwortlich. Dagegen reagieren die Glaubensmediziner oft ziemlich wütend auf einen endlich auch in der Zahnmedizin anerkannten, ernsthaft ganzheitlichen Ansatz, die Psychosomatik. Niemand solle sich in die »Psychoecke« stellen lassen, dies sei nur eine medizinisch verklausulierte Abschiebung schulmedizinisch unlösbarer Fälle.

Schulmedizin ist sture Normierung des Menschen, so eine andere Anschuldigung. Dies ist eine Pauschalisierung, und daher ebenso oft falsch wie richtig: Denken wir an ein bekanntes Beispiel jüngerer Geschichte, die umstrittene Normierung des Serumcholesterinwertes, mit der erhebliche Teile der Bevölkerung per definitionem krank wurden³. Vermutlich eine falsche Normierung. Vergessen wir aber auch nicht, dass Normierung z.B. bei der Früherkennung (und damit möglichen Lebensrettung) vieler schwerer Krankheiten gute Dienste

leistet. Doch was tut die Glaubensmedizin? Spätestens seit Beginn der Amalgamkampagne steht sie der Schulmedizin in nichts nach. Metallionen-Konzentrationen in den verschiedensten Körperflüssigkeiten sind, auch bei völligem Wohlbefinden der Probanden, nun plötzlich Anlass für hektisches Therapieren.

Besonders stolz war man auf den vermeintlich gut gelungenen Coup, Speichel von Amalgam tragenden Menschen den zuständigen Behörden als Trinkwasserproben zur Kontrolle unterzujubeln. Die erklärten natürlich, Wasser mit solchen Inhaltsstoffen und in derart hohen Konzentrationen dürfe nicht als Trinkwasser genutzt werden. Dabei wurde von den Initiatoren vergessen, dass jeder Organismus ein großes Speicherorgan ist. Schickte man das Blut der gesündesten Menschen dieser Erde zur Analyse, würde es als viel zu eisenhaltig niemals Trinkwasserqualität erreichen.

Kaum zu kommentieren ist das vernichtende Urteil, die Schulmedizin wäre »zu analytisch und zu naturwissenschaftlich«, vermutlich lässt gerade die Ablehnung dieser Eigenschaften die Glaubensmediziner so »volksnah« erscheinen.

2.) Die Selbstdarstellung

Gern bezeichnen sich die Ganzheitler auch als Natur-Heilkundler und verbinden mit Natur das Gute an sich. So wie sich der städtisch lebende Mensch die Natur etwa als Ort der Sommerfrische vorstellt. Doch die Natur ist für den Menschen eine meist ungastliche Welt, in der gelitten, gehungert und vorzeitig gestorben wird, die mit »Natur«-Katastrophen und launischem Klima für alles, nur nicht für menschliche Bedingungen sorgt, die nicht im Traum daran denkt, den Menschen gnädig zu

nähren oder zu gesunden. Alles will ihr mühselig abgerungen werden⁴. Die in der Natur vorkommenden Alkaloide verschiedenster Pflanzen gelten allerdings, werden sie durch Massenproduktion breit einsetzbar, nicht mehr als natürlich, sondern als chemische Keulen. Naturheilkunde wurde eigentlich zu Beginn des 19. Jh. als »Wasserheilkunde« geboren und verwendete (übrigens auch ziemlich dogmatisch) für nahezu alle Erkrankungen kaltes Wasser, innerlich wie äußerlich.⁵ Ihre bewährten Methoden sind längst Bestandteil der Physiotherapie und werden üblicherweise auch von jedem Zahnarzt angewendet: feuchte Wärme bei bestimmten Kiefergelenkerkrankungen, Kühlung einer akut entzündlichen Schwellung etc.

Ein anderes, beliebtes Attribut ist auch im Hausfrauenmilieu trendy: **schonend**. Irrendwelche Mittel entfernen irgendeine verkrustete Schicht (Kesselstein, Waschmaschinenstein und eben auch Zahnstein) immer besonders **schonend**, obwohl doch allgemein klar ist, dass die benutzten Chemikalien nur dank ihrer Aggressivität überhaupt eine Wirkung haben können. Eine ähnlich positiv besetzte Eigenschaft durfte zur Richtungsbezeichnung aufsteigen: **sanft**. Dass »sanfte Medizin« mitunter wirklich sanft, also komplett ohne Nebenwirkung bleibt, mag daran liegen, dass sie vielleicht überhaupt keine Wirkung hat. Wie sanft aber ist es, mittels Chemiecocktail DMPS alle im Körper nur greifbaren zweiwertigen Metalle auszuleiten? Wie sanft wird mit dem vermeintlich Pilzverseuchten umgegangen, wenn ihm eine absolute Null-Zink-Diät verordnet und damit seine Wundheilungsfähigkeit rapide abgesenkt wird? Wie sanft fühlt sich der »beherdetete« Patient behandelt, wenn (den Empfehlungen Daunderers folgend) nach der

reihenweisen Entfernung verdächtiger Zähne die Extraktionswunden wochenlang offen gehalten werden? Wie sanft schläft ein bis dato sorgloser Bürger, wenn er erfährt, dass man ihm jahrelang weisgemacht hat, die im OPTG deutlich sichtbare Verschattung sei der knöcherne Gaumen, wo es doch in Wahrheit sein Quecksilberspiegel ist? Ganzheitsmedizin sei **nebenwirkungsfrei**, behaupten ihre Betreiber. Damit begehen sie zwei sehr beliebte Fehler:

— Die Übertragung moralischer Wertvorstellungen auf die Natur. Die Festlegung, was nun angestrebte Haupt- und zu vermeidende Nebenwirkung sei, ist eine durchaus subjektive. Den Molekülen, Spannungen oder elektromagnetischen Wellen ist nicht die Unterscheidung zwischen gut und böse gegeben. Wir Menschen definieren, welches Ziel mit einem Medikament oder einer Methode angestrebt wird und was von daher als Haupt- und Nebenwirkung zu gelten hat. Es gibt genug Beispiele dafür, dass mit neuen Erkenntnissen plötzlich eine früher »ertragene« Nebenwirkung als Hauptwirkung auf einer anderen Ebene segensreich einsetzbar wird.

— Das Vereinnahmen der absoluten Wahrheit für sich. Gerade die böse Schulmedizin hatte jahrhundertlang diesen Fehler begangen. Heute sollte niemand mehr behaupten, dass dort, wo nichts wahrgenommen wird, auch nichts sei. Dies mag man wohl glauben dürfen, daraus ergibt sich dann auch zwanglos die entsprechende Bezeichnung für all diese Methoden.

Ein weiteres beliebtes Synonym der Glaubensmedizin ist Erfahrungsmedizin. Damit wird aber verdrängt, dass alle Heilkunst zunächst auf Erfahrungen beruhte. Auch die Schulmedizin ist immer durch vielfache Induktion zur Deduktion, also einer Lehrmeinung, gekommen.

Merkwürdig dabei ist jedoch die offensichtlich stattfindende Selektion. Oder sollten wirklich mit all diesen Methoden nie schlechte Erfahrungen gemacht worden sein? Ich hörte jedenfalls aus dem Munde oder las aus der Feder eines ihrer Anhänger noch nichts dergleichen. Es scheint, dass auch der Begriff der »Erfahrung« ausschließlich positiv belegt wird. Ein derart handelnder Schulmediziner würde von seinen ganzheitlichen Kollegen vermutlich in der Luft zerrissen.

Wie man solche Erfahrungen machen kann, war in einem Text über den Einsatz der Homöopathie in der Zahnmedizin nachzulesen: Bei Nachblutungen post extraktionem wurde dort eine entsprechend dieser Theorie verdünnte Arznei als sehr wirksam empfohlen. Unterstützend könnte dann auch noch eine Drucktamponade der betroffenen Stelle angewendet werden.

Auch ich kann an dieser Stelle von ähnlich guten Erfahrungen berichten: Vor Extraktionen verwende ich immer eine schmerzlindernde kalte Kompresse. Zur Unterstützung dieser völlig nebenwirkungsfreien Maßnahme verabreiche ich zusätzlich noch ein Lokalanästhetikum. Nur leider könnte diese Empfehlung in keiner ernsthaften Fachzeitschrift veröffentlicht werden, dabei folgt sie doch völlig der Logik der zuvor genannten!

Fortsetzung im nächsten Heft

Dr. F. Blankenstein, Berlin

1 H. Werner: »Gedanken zum Auropent ABI System« Köln 1998,

2 Fremdwörter-Lexikon Honos-Verlag Berg-Gladb. 1997

3 Lenzen, D.: »Krankheit als Erfindung« 1991 (Fischer)

4 Madsen H.: »Naturheilkunde ohne Natur?«

Der Artikulator 56, 1996

5 Blankenstein, F.: »Dr. Joseph Schmitz, Begründer der Wasserheilanstalt Boppard« Berlin 1988

Vorsorge fürs Alter über Direktversicherungen

Interessantes Modell für Arbeitnehmer und Arbeitgeber

Steigende Lebenserwartung, hohe Arbeitslosigkeit, eine abnehmende Bevölkerung stellen die Zukunft der über Jahrzehnte sehr leistungsfähigen Gesetzlichen Rentenversicherung in Frage. Grund zur Sorge haben in besonderer Weise die Bezieher niedriger Einkommen. Nicht wenige von ihnen - vor allem Frauen - sind im Gesundheitswesen tätig, als Pflegekräfte, als Helferinnen in Arztpraxen, auch als Mitarbeiterinnen in Zahnarztpraxen.

Natürlich gibt es Möglichkeiten privater Vorsorge durch Versicherungen und Vermögensbildung - der Markt ist voll von solchen Angeboten. Wer jedoch ohnehin mit seinem Monatseinkommen knapp dran ist, wird sich nur schwer zu solchen Vorsorgeformen entscheiden können. Unser Vorschlag, vor allem an zahnärztliche Arbeitgeber: Prüfen Sie doch einmal, ob nicht eine zusätzliche betriebliche Alterssicherung im Interesse aller Beteiligten sein könnte, vielleicht anstelle einer Gehaltserhöhung! Wenn eine Lebens- bzw. Rentenversicherung als sogenannte Direktversicherung vom Arbeitgeber für einen Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin abgeschlossen

wird, dann lassen sich bei Steuer und Sozialversicherung erhebliche Anteile sparen. Ein Betrag bis maximal 3.408 DM (unter Umständen bis 4.200 DM) pro Jahr und pro Angestellte(n) unterliegt einer Pauschalsteuer von 20% (plus Solidarbeitrag plus Kirchensteuer). Gleichzeitig ist bis zur gleichen Grenze der Direktversicherungsbeitrag sozialversicherungsfrei, soweit er vom Arbeitgeber zusätzlich zum übrigen Gehalt gezahlt wird. Der Arbeitnehmer hat die Möglichkeit, den vom Arbeitgeber gewährten Beitrag aufzustocken, z.B. so, daß beide Beträge zusammen die genannte Höchstgrenze erreichen. Dann ist auch sein Anteil sozialversicherungsfrei, sofern er per "Gehaltsumwandlung" aus einer Einmalzahlung wie Weihnachtsgeld oder Urlaubsgeld an die Versicherung überwiesen wird. Da der Sozialversicherungsanteil bei jeder Mark etwa 40 Pfennig (von Arbeitgeber und Arbeitnehmer je hälftig zu tragen) ausmacht, hat man durch diese Regelung eine klare Ersparnis. Bei Beziehern höherer Einkommen, ggf. auch bei einer geringverdienenden verheirateten Person in Steuerklasse V, bringt die Pauschalbesteuerung eine weitere Einsparung.

Jahresbruttoentgelt von Arzt- und Zahnärzthelferinnen

(ohne geringfügige Beschäftigung, Stand: 1996)

unter 26.000 DM	.....	36 Prozent
unter 36 000 DM	.....	24 Prozent
unter 46 000 DM	.....	20 Prozent
46 000 und mehr	.....	10 Prozent
Keine Angabe	.....	10 Prozent

Quelle: BdA Presse-Info 4.02.00

Natürlich spart der Arbeitgeber insgesamt kein Geld, sondern muß mehr hinlegen, wenn er eine solche betriebliche Alterssicherung etabliert. Er fährt aber günstiger, als wenn er versucht, seinem Mitarbeiter eine vergleichbar hohe Netto-Gehaltserhöhung zukommen zu lassen, weil man aufgrund der geringeren

Abgabenbelastung "mehr hat von der Mark". Die zusätzliche Alterssicherung, die nach Erreichen des Rentenalters als einmaliger Kapitalbetrag oder monatliche Rente zur Auszahlung kommt, kann für den bzw. die Angestellte im Alter ein wichtiges, ja nötiges Zubrot sein. Sie basiert, anders als die umlagefinanzierte Gesetzliche Rentenversicherung (GRV), auf dem Kapitaldeckungsprinzip und bringt eine deutlich höhere Leistung (u.a. deshalb, weil der Staat private Versicherungen nicht wie die GRV als "Verschiebebahnhof" bzw. zur Finanzierung eigentlich versicherungsfremder Leistungen benutzen kann). Beim Abschluß einer Direktversicherung wird eine "garantierte Ablaufleistung" zugesichert. Das ist ein Kapitalbetrag, der sich aus dem Sparanteil der eingezahlten Prämien, verzinst mit derzeit 4%, ergibt und dem Versicherten auf jeden Fall zusteht. Darüber hinaus stellen die Versicherer eine Überschußbeteiligung in Aussicht; derzeit werden hierfür zusätzlich *ca.* 3,5% Verzinsung angesetzt. Dieser Wert ist jedoch abhängig von der Entwicklung auf dem Kapitalmarkt und wird nicht garantiert. Bei der Wahl einer Monatsrente anstelle einer Kapitalzahlung werden garantierte Ablaufleistung plus Überschußanteil in entsprechende Monatszahlungen umgerechnet.

Zur Beruhigung des Arbeitgebers sei mitgeteilt, daß nur geringer verwaltungstechnischer Aufwand entsteht. Die spätere Gewährung der Leistungen läuft rein über den Versicherer. Während der Ansparphase kann der Arbeitgeber seine Praxisliquidität erhöhen durch seine Prämienanteile und letztere ggf. auch beim Fortgang des Mitarbeiters inner-

halb der ersten Jahre behalten. Unverfallbare Rechte des Arbeitnehmers auf das, was vom Unternehmen beigesteuert wurde, entstehen erst nach Erfüllung bestimmter Kriterien. Natürlich kann man von Anfang an anderes vereinbaren - wie es überhaupt ein Kennzeichen der Direktversicherungen ist, daß sie Arbeitgeber und Arbeitnehmer großen Gestaltungsspielraum lassen.

Das macht die Sache natürlich kompliziert. Mit einer detaillierten Darstellung des Themas Direktversicherung könnte man dieses ganze Forum füllen. Ein mittellanger Beitrag war vorbereitet, mußte jedoch aktuellen Themen weichen und wird erst in Forum 69/00 veröffentlicht. Wer bereits vorher mehr wissen möchte, kann sich mit der DAZ-Geschäftsstelle (Tel. 0221/973005-45) in Verbindung setzen. Außerdem haben wir auch eine kleine Broschüre verfügbar darüber, welche Leistungen ein Arbeitgeber sonst noch, insbesondere in Arzt- und Zahnarztpraxen, gewähren kann, ohne sich gleich wieder die üblichen Lohnnebenkosten einzuhandeln.

Übrigens sind meine Ausführungen nicht zu verstehen als Ablehnung solidarischer Sicherungssysteme. Im Gegenteil hoffe ich sehr, daß es uns gelingt, sie tauglich zu machen für das neue Jahrtausend. Das heißt aber keineswegs, daß man sich beschränken muß auf das, was staatlich verordnet ist. Eigene Initiative hat noch nie geschadet. Mindestens sollte man sich über seine Möglichkeiten informieren.

*Irmgard Berger-Orsag,
Troisdorf*



Thema Ruhestandsvorsorge:



Standardabsicherung? Verlangen Sie mehr!

Eine moderne *Qualitätsvorsorge für den Ruhestand* sollte Ihre individuellen Versorgungswünsche bis ins hohe Alter hinein realisieren können! Sie allein bestimmen das Maß an *Sicherheit, Rentabilität und Liquidität*.

Der INTER-Rentenplan sorgt für Wertbeständigkeit und Flexibilität Ihrer privaten Altersvorsorge – für Sie und Ihren Lebenspartner.

Der INTER-Rentenplan verbindet die Anlagesicherheit einer privaten Rentenversicherung mit der Flexibilität eines Investmentfonds; Anlagekonzept und Anlagerendite sichern im Bedarfsfall auch dem Lebenspartner eine Zusatzversorgung – und das garantiert!



Coupon bitte per Telefax oder per Post einsenden!

INTER Ärzte Service
Erzbergerstraße 9 – 15
68165 Mannheim
Telefon (06 21) 4 27-6 56
Telefax (06 21) 4 27-5 98
<http://www.inter.de>
E-Mail aerzteservice.HV@inter.de

Ja, ich bitte unverbindlich um weitere Informationen zum Thema

Ruhestandsvorsorge: INTER-Rentenplan

Senden Sie mir ausführliche Unterlagen zu _____

Ich bitte um ein persönliches Gespräch. _____

Setzen Sie sich mit mir unter Telefon _____ in der Zeit
zwischen _____ Uhr und _____ Uhr in Verbindung.

Absender/Praxis-Stempel:



Medizin im §§§§§§§§-Dschungel

*Rechts-Infos aus dem Internet für
Zahnarzt und Patient*

Ob man es nun begrüßt oder nicht – juristische Fragestellungen erobern immer größeren Raum im Medizinbetrieb, auch in der Zahnmedizin. Da klagt ein Patient gegen seinen Zahnarzt, weil ihm sein neuer Zahnersatz vollständig mißlungen scheint. Ein anderer moniert die unzureichende Kostenübernahme durch seinen Versicherer. Zahlreiche Zahnärzte ihrerseits wenden sich gegen die Honorarverteilung durch ihre Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) – in Niedersachsen bspw. gibt's derzeit weit über 1000 Verfahren dieser Art. Andere Zahnärzte suchen juristischen Rat, um nicht durch eine Wirtschaftlichkeitsprüfung Honorar zu verlieren. Auch die KZVen ziehen vor Gericht, so z.B., wenn plötzlich millionenschwere Rückforderungen eines Kassenverbandes für zurückliegende Jahre auf den Tisch kommen. Auch wenn, was in manchen Bundesländern notorisch geschieht, Verhandlungen über Zahnarztthonorare scheitern, sind wieder die Juristen gefragt. Als Schiedsamtsvorsitzende geben sie im Zweifelsfall den Ausschlag. Auf der obersten Ebene ist es nicht anders. Weitauß mehr Juristen als Fachleute aus Gesundheitsberufen wachen im Gesundheitsministerium über das Wohl von Millionen Kranken und Gesunden. Nicht zuletzt die Entwicklung in der zahnmedizinischen Versorgung wird immer wieder unter rechtlichen Aspekten durchleuchtet.

Rechtliche Auseinandersetzungen nehmen zu

Rechtliche Probleme überall - man könnte die Reihe beliebig fortsetzen. Im Medizinbereich gibt es zwar ein dichtes Netz aus Bestimmungen zur Regulierung des Umgangs miteinander. Dennoch bleibt genug Raum für Konflikte. In zunehmendem Maß sind sogar die häufig geänderten und zum Teil widersprüchlichen Regeln selbst eine Quelle für Auseinandersetzungen.

Dies bedeutet, daß insbesondere die an verantwortlicher Stelle als Profis im Gesundheitswesen Tätigen gar nicht umhinkommen, sich mit den rechtlichen Grundlagen ihres Tuns auseinanderzusetzen und bei drohenden Streitfragen noch ein wenig tiefer in die Materie einzusteigen. Dabei ist neben Gesetzen, Verordnungen usw. auch die aktuelle Rechtsprechung von Bedeutung.

Informationsquellen für Laien vonnöten

Der Nicht-Jurist, z.B. ein Zahnarzt, braucht hierfür eine Quelle, aus der er sich gezielt zu seinem Problem informieren kann, ohne tagsüber Bibliotheken oder Spezialisten aufsuchen oder gar kontinuierlich irgendwelche Veröffentlichungen auswerten zu müssen. Manchmal hilft eine zahnärztliche Zeitschrift, die gerade zur richtigen Zeit den passenden Rechtstipp veröffentlicht oder ein richtungsweisendes Urteil dokumentiert. Doch wann hat man schon solches Glück? Im Normalfall empfiehlt es sich, juristische Datenbanken anzuzapfen, und zwar auf einem zeitgemäßen Weg: übers Internet. Wie auch bei anderen Informationspro-

blemen bietet das weltweite Netz sich hier an: quasi als elektronisches, Tag und Nacht nutzbares Nachschlagewerk.

Ein Jurist würde wahrscheinlich als erste Quelle Juris (www.juris.de) nennen. Für Profianwendungen ist diese umfangreichste deutsche Rechts-Datenbank – sie umfaßt sämtliche Rechtsgebiete – sicher unerlässlich. Für den Nichtjuristen, der nur gelegentlich etwas recherchieren will, erweisen sich die hohen Gebühren (1,80 DM pro 1000 Zeichen), die mangelnde Vorabinformation über gesuchte Urteile (man kennt weder Inhalt noch Länge) sowie die Fachsprache und die umständliche Anmeldungs- und Zahlungsprozedur jedoch als Hindernis.

Diverse Angebote zum Medizinrecht im Internet vorhanden

Eher auf den Nicht-Juristen abgestimmt ist die Urteilsdatenbank Jurat (www.jurat.de). Sie bietet ca. 6.500 Urteile in Kurzfassung, wobei die für 5 DM pro Stück erhältliche Kurzfassung allerdings oft so kurz ist, daß man sich dann doch noch das Urteil im Wortlaut anhand des Aktenzeichens besorgen muß. Hierfür nehmen die Gerichte Gebühren abhängig von der Textlänge, circa 2 DM pro Seite, bis zum Erhalt des Urteils vergehen meist mehrere Wochen. Erwähnt sei, daß der Informations-Kunde bei Jurat ein Mindestkontingent von 50 Urteilen (250 DM) per Vorkasse bezahlen und ein Anmelde- und Abbuchungsformular an Jurat und an sein Geldinstitut übermitteln muß.

Wer mit Hilfe von Suchmaschinen weitere Quellen auf tun will, findet verschie-

dene kostenlose und kostenpflichtige Angebote. Zum einen sind einzelne Rechtsanwaltskanzleien im Netz vertreten, die ihre Dienstleistungen im medizinrechtlichen Sektor vorstellen und – sozusagen als ihre „Schaufensterauslage“ – kostenlos aktuelle Veröffentlichungen und Artikel zu speziellen Themen des Medizinrechts anbieten. Des Weiteren präsentieren sich einschlägige Organisationen wie der Deutsche Anwaltverein und die Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht sowie Fachverlage und Firmen mit juristischem Angebot (z.B. www.Marktplatz-Recht.de, liiert mit der Firma Soldan und der Soldan-Stiftung) und Infoangebote von und für studentische Nutzer (www.jura.mail.de), um nur einige zu nennen.

Urteilsdatenbanken kostenpflichtig

Völlig einleuchtend ist, daß nirgendwo ein kostenloses umfassendes Urteilsangebot auftaucht. Denn wenn schon die Gerichte für jedes Urteil eine Gebühr verlangen und bei einem professionellen Internet-Info-Pool weitere Kosten hinzukommen für Beschaffung und redaktionelle Bearbeitung der Urteile, Entwicklung und Pflege einer benutzerfreundlichen Datenbank, Mieten von Serverplatz usw., dann müssen diese Ausgaben zwangsläufig über Abrufgebühren an die Nutzer weitergegeben werden.

Diesem Prinzip folgt auch einer der neueren Anbieter auf diesem Sektor, auffindbar unter der naheliegenden Internetadresse www.MedizinRecht.de. Der Initiator dieser Datenbank, Jurist Thomas Schlegel, schrieb seine Examensarbeit zu einem Thema aus dem Bereich Re-

produktionsmedizin und stellte dabei fest, daß er kaum auf Vorarbeiten zurückgreifen konnte, sondern sich einen eigenen Datenbestand aufbauen mußte. Das rege Interesse für seine Daten bei Fachkollegen und bei von der Problematik betroffenen Patienten brachte ihn auf die Idee, die von ihm gesammelten juristischen Materialien allgemein zugänglich zu machen und zugleich seine Sammlung inhaltlich auszuweiten. Sein Ziel war und ist, möglichst alle dem Bereich des Medizinrechts zuordenbaren Urteile aufzubereiten und online anzubieten. Schnell war eine entsprechende Firma gegründet.

Breites Informationsspektrum bei MedizinRecht.de

Schon wenige Monaten nach dem Start ist MedizinRecht.de bereits deutlich gewachsen. Neben Urteilsdatenbanken und Recherchemöglichkeiten zum Arzt- und Medizinrecht (insbesondere Arzthaftungsrecht, Honorarrecht, Standesrecht, Krankenhausrecht, Arbeitsrecht usw.) sind inzwischen auch Urteile zum Arzneimittel- und Apothekenrecht, Versicherungs- und Sozialrecht sowie Pflegerecht hinzugekommen. Ein Infopool zum Medizinproduktrecht befindet sich im Aufbau. Der zahnmedizinische Bereich ist mit einer eigenen Urteilssammlung zu Haftungs- und Honorarfragen, standes- und arbeitsrechtlichen Themen usw. vertreten. In wenigen Wochen wird eine spezielle Datenbank zu zahnärztlichen Abrechnungsfragen (GOZ-Urteile) startklar sein.

Um Vollständigkeit und fachliche Qualität seiner Datenpools zu gewährlei-

sten, hat Thomas Schlegel Kooperationsbeziehungen zu den einschlägigen Fachverlagen (Deutscher Apotheker Verlag, Verlag für Arztrecht, Verlag Versicherungswirtschaft, Institut für Gesundheitsrecht und -politik) etabliert, deren Material er für seine Datenbank kauft und mit seinem fünfköpfigen Mitarbeiterstab aufbereitet. Mit Blick auf die Dynamik des sich entwickelnden medizinrechtlichen Bereichs bemüht er sich zugleich um weitere Kooperationspartner und Aktionsfelder.

Benutzerfreundlichkeit – ein wichtiges Kriterium

Wer über MedizinRecht.de Urteile ansehen bzw. die Texte erhalten will, muß hierfür zahlen (11 DM für 1 Urteil, Vergünstigungen bei größeren Kontingenten). Vorteilhaft für den Nutzer des Systems ist, daß man zunächst ohne Gebühren seine Recherchen durchführt und nicht, wie z.T. andernorts, die Katze im Sack kauft. Vielmehr erhält man eine kostenlose Trefferliste mit dem Leitsatz, dem verkündenden Gericht und dem Verkündungsdatum angezeigt und kann so vor dem kostenpflichtigen nächsten Schritt der Recherche eine Beschränkung auf ein oder wenige inhaltlich interessante Urteile vornehmen. Beim Bezahlen stehen alle heute gängigen Wege von zugesandter Rechnung über Lastschrift bis hin zur Online-Abwicklung zur Verfügung. Wichtig für nicht-juristische Nutzer der Datenbank dürfte im übrigen sein, daß Zusammenfassungen und sonstige Texte in allgemein verständlicher Sprache gehalten sind.

Für diese Laien sind sicher auch die weiteren, überwiegend kostenlosen Infor-

mationen in MedizinRecht.de von Interesse. Man findet Gesetzestexte, Literaturübersichten, Adressendatenbanken, Expertenlisten (mit spezialisierten Rechtsanwälten, Gutachtern/Sachverständigen, Unternehmensberatern, Patientenanstalten), Terminhinweise usw. und kann einen kostenlosen elektronischen Newsletter abonnieren. Aufsatzsammlungen zu einzelnen Teilbereichen des Medizinrechts sollen in Kürze den Informationspool ergänzen. Dabei sind aktuelle Beiträge zu Themen wie: Abrechnungsprobleme, Kostenerstattung, Steuerabzugsfähigkeit von Leistungen usw. vorgesehen.

Weiterentwicklung von Info-Pools und Fortbildung geplant

Aber nicht nur das: Jurist Schlegel denkt auch an „offline-Angebote“. Falls Sie nicht wissen sollten, was das ist: „off-line“ ist das, was man früher, als die höhere Daseinsform des Virtuellen, des „on-line“-Seins noch nicht erahnbar war, für das „normale Leben“ gehalten hat. Sowas wie: zusammen sein und direkt miteinander kommunizieren, lernen, arbeiten, z.B. in einem Fortbildungsseminar. Oder bei einer DAZ-Tagung. Oder wenn Herr Schlegel seinem zweijährigen Sprößling erklärt, was „online“ ist, dann wird er das wahrscheinlich auch noch „offline“ tun. Aber ganz sicher bin ich mir da nicht ... Doch zurück zum Medizinrecht im Internet. Programme wie MedizinRecht.de sind m.E. eine Hilfe, um die eigene rechtliche Situation besser einschätzen und seine Interessen wirksamer wahrnehmen zu können. Insofern ist die Zunahme kostenloser sowie nutzerfreundlicher und preiswürdiger kommerzieller Angebote zu begrüßen – einerseits.

Wünschenswert: Konfliktlösung ohne Gerichte und Juristen

Andererseits sind Tausende von Gerichtsurteilen natürlich auch ein Armutszeugnis für unsere Gesetzgebung, die oftmals selbst Rechtsunsicherheit schafft, sowie ein Zeichen mangelnder Konfliktlösefähigkeit unter den direkt Betroffenen. Insofern wünsche ich mir natürlich weniger, daß die medizinjuristische Kompetenz von Fachleuten und Laien zunimmt, als vielmehr, daß man auch ohne sie auskommt.

Es sollte stattdessen einfache Regelungsstrukturen geben und die Bereitschaft, in Konfliktfällen miteinander faire Kompromisse zu schließen. Dabei könnten im Vorfeld, sozusagen vorbeugend, juristische Fachleute durchaus dabei helfen, sinnvolle Regeln zu definieren und dadurch Konfliktpotentiale gar nicht erst entstehen zu lassen. Das heißt, sie sollten eine ähnliche Rolle spielen, wie man sie sich im Zeichen der Prävention von Ärzten und Zahnärzten wünscht: daß sie Hilfe zur Selbsthilfe leisten und mit dazu beitragen, sich so weit wie möglich überflüssig zu machen.

Ob die Verbreitung juristischer Informationen übers Internet und andere Kanäle, die weiten Teilen der Bevölkerung offen stehen, zur Verringerung rechtlicher Auseinandersetzungen im Medizinbereich beiträgt, wird sich zeigen. Sie könnte eine Chance sein, seine Kräfte mehr auf das zu konzentrieren, um das es im Gesundheitswesen wirklich geht: um das Bekämpfen von Krankheit und Fördern von Gesundheit.

*Irmgard Berger-Orsag
Troisdorf*

Urteilsdatenbanken:

- **Medizin-/Arztrecht** (z.B. Haftungs-/Honorar-/Standes-/Krankenhaus-/Arbeitsrecht u.ä.)
- **Arzneimittel-/Apothekenrecht** (z.B. Arzneimittelzulassung, -regreß, Wettbewerbesrecht u.ä.)
- **Zahnarztrecht** (z.B. Abrechnungs-, Kostenerstattungs-, Standes-, Haftungsrecht u.ä.)
- **Pflegerecht** (z.B. Pflegekosten-, Heim-, Arbeits-, Sozialhilfe-, Haftungsrecht u.ä.)
- **Versicherungs-/Sozialrecht** (z.B. Versicherungsvertrags-, Kostenerstattungs-, Berufsunfähigkeits-, u.ä.)

Aufsatzdatenbanken:

- **Abrechnungsrecht GOÄ und GOZ**
- **Versicherungsrecht**

Sonstige Leistungen:

Veranstaltungskalender, Experteneintragungen, Newsletter, Literaturlisten, Stellenmarkt, Recherchedienst, Seminare/Fortbildungsveranstaltungen...

So erreichen Sie uns: MedizinRecht.de, RA Thomas Schlegel, Geschäftsleitung
Dahlmannstr.22, 60385 Frankfurt Tel: 069-43059-600 Fax: 069-43059-565 eMail: info@MedizinRecht.de

Im Namen des Volkes

Wie wir von der Staatsanwaltschaft Köln erfahren haben, wurde das wegen Abrechnungsbetrugs durchgeführte Ermittlungsverfahren gegen Dr. Dr. Knut Schuppan nach Zahlung einer Geldbuße in Höhe von 50 000 DM eingestellt.

Die Bayerische Landeszahnärztekammer, die Dr. Schuppan als Referenten für ein Implantologie-Seminar im Rahmen des »Tages der Akademie« am 11. Mai 2000 eingeladen hatte, wurde über diesen Vorgang informiert und hat, »da die Aktivitäten der BLZK und deren Akade-

mien für die Kollegenschaft immer mit Vertrauen auf Neutralität, Objektivität und Qualität verbunden sind«, Dr. Schuppan aus dem Fortbildungsprogramm entfernt.

Der DAZ begrüßt diese konsequente Entscheidung der Zahnärztekammer, weil Abrechnungsbetrug kein Kavaliersdelikt ist, welcher in diesem Fall nicht nur der Implantologie, sondern dem gesamten Berufsstand erheblichen Schaden zugefügt hat.

HWH

Leserbriefe... Leserbriefe.

Sehr geehrter Herr Abel!

Lassen Sie mich eine kurze Anmerkung zu Ihrem Austrittsschreiben aus dem DAZ machen: Recht haben und erfolgreich sein ist die eine Seite des Lebens. Das streben wir alle an. Recht zu haben und keine offensichtlichen Erfolge vorweisen zu können, ist die andere.

Trotz Misserfolgen nicht zu resignieren und aus Überzeugung weiterzumachen, halte ich trotzdem für erforderlich.

Freundliche Grüße, Eva Hübner, Berlin

Sehr geehrter Herr Kollege Hey,

über Ihre Rezension meines Buches habe ich mich sehr gefreut. Denn das, was Sie schreiben, deckt sich voll mit meiner Meinung. Nur eine Anmerkung: Ein Gremium von Professoren und Praktikern der Zahnärztekammer Nordrhein arbeitet unter meiner Leitung seit 10 Jahren an einer Neubeschreibung der Zahnheilkunde: "Handbuch Zahnheilkunde", Loseblattausgabe, Asgard-Verlag St. Augustin. Leider wird das Werk von der Bundeszahnärztekammer weitgehend ignoriert, weil es offenbar nicht genug der Realität entspricht, was immer man darunter verstehen will.

Das alles ist schon sehr frustrierend.

Freundliche Grüße, Ihr Schulz-Bongert

Ignoranz der Körperschaften

Die Veranstaltung am 10.12.99 in der Univ. Witten-Herdecke, an der ich als Privatperson (also nicht etwa als Vertreter des MDK) teilnahm, zeigte, daß die Vertreter der Körperschaften nach wie vor jene Ignoranz pflegen, die die Ministerin zu-

recht gelegentlich die Haare raufen ließ und läßt. Unbeeindruckbar (Hr. Krenkel) z.B. von der Kritik durch PZVD-Jäckel und stoisch (Hr. Bartling) trugen sie die Parolen vergangener Tage vor. Der niedergelassenen Zahnärzteschaft wird von und mit solchen Vertretern ein schlechter Dienst erwiesen. Der Kern der Gesetzgebung für die ZM, die Neuverfassung des BEMA, wird nicht als Chance begriffen. Es wird wider jegliche realistische Einschätzung ein auch mit der Opposition nicht durchsetzbares Konzept hochgehalten.

ZA Ch. Deppe

Minister Eichel: "Ich mache doch keine Steuerreform für freie Berufe und Chefärzte"

Was kann man anderes von einem Parlament bzw. einem seiner Angehörigen verlangen, dessen Mitglieder in der Mehrzahl üppigst versorgte Beamte und Angestellte sind, freie Berufe können die spezifischen Bedingungen ihrer Arbeit offensichtlich gegen diese Übermacht nicht mehr mit Aussicht auf Würdigung darstellen.

Ein Abgeordneter bezieht im Alter von 58 Jahren für eine Tätigkeit als stellvertretender Verwaltungschef einer Universitätsstadt für 1 Jahr und ein paar Tage eine Rente von 2200 DM, eine ehemalige Landesministerin mit einem umfänglichen Katalog an kostenintensiven Fehlleistungen, die selbstverständlich der Staat, also der Wahlbürger zahlen muss, bezieht im Alter von 45 Jahren eine Rente von fast 3000 DM im Monat. Diese Selbstbedienungsmentalität ist "zum Kotzen" - noch mehr zum Kotzen ist der Umstand, dass diese Klasse das alles für ihr selbstverständlich zustehend hält. Dr. Schmeißer, Reutlingen

Buchbesprechungen

E. Zöller, St. Haßfeld, M. Schuhbeck:
Zahnärztliche Implantologie interaktiv
 1 CD-ROM & Begleitheft.
 Thieme Verlag, Heidelberg (1999).
 Preis: 268 DM. ISBN 3-830-4019-65.

In diesem Lehr- und Lernmedium wird dem Einsteiger und Fortgeschrittenen das Stoffgebiet der Implantologie in multimedialem Gewand auf CD-ROM präsentiert. Die Inhalte der zahnärztlichen Implantologie sind in Diagnostik, Planung und Chirurgie gegliedert und werden durch vertonte Videosequenzen und Animationen unterstützt.

Mit Hilfe einer Lernfunktion wird der Anwender über einen vorgegebenen Pfad durch die einzelnen Kapitel geführt und der Stoffinhalt im Sinne einer Schulung didaktisch aufbereitet dargeboten.

Die Implantologie wird in diesem Werk in Theorie und Praxis ausführlich dargestellt. Die einfach aufgebaute Oberfläche des Programms sowie die Videosequenzen und Animationen tragen zu einer guten didaktischen Aufbereitung des Inhaltes bei. Das Erarbeiten der einzelnen Kapitel wird somit zu einem großen Vergnügen.

Für den Einsteiger stellt das Werk eine gute und ausführliche Fortbildungsmöglichkeit dar, um sich einen umfassenden Überblick über die Implantologie zu verschaffen und sich darüber hinaus auch noch einige Vorgehensweisen für die Praxis anzueignen.

Lediglich für den Fortgeschrittenen wäre es wünschenswert, die Kapitel über Augmentationsverfahren und Sinusbodenelevation ausführlicher zu gestalten. Insgesamt ist die multimediale CD-ROM

ein ansprechendes Lehrmedium, das durch seine Inhalte wie auch durch die graphische Darstellung überzeugt. Systemvoraussetz.: Win 3.x, Win 95/98, Pentium 200 MHz, 32 MB RAM, 4-fach CD-ROM, Grafikkarte mit 4 MB Speicher im Modus 800x600 (Highcolor), 16 Bit Soundkarte.
Dr. Uhl

Kongress Kalender Zahnmedizin 2000
 Spitta Verlag GmbH, Voll-Version (Buch inkl. Online-Daten 2000)
 39 DM, ISBN 3-932753-79-8

Seit Jahrzehnten wird der Kongress Kalender Zahnmedizin als Standard-Handbuch für zahnärztliche Fortbildung geschätzt. Rasch kann man sich über rund 1000 nationale und internationale Veranstaltungen aus allen Disziplinen einen Überblick verschaffen oder sich anhand der täglich aktualisierten Kongress-Datenbank im Internet orientieren. Die Daten sind nach Fachgebieten, Orten und chronologisch geordnet. Aufgeführt sind jeweils Titel, Termin und Ort, wissenschaftliche Leitung, Kongress-Sprache, Ausstellungsmöglichkeiten und Auskunftsstellen sowie Anmeldefristen und Infos zur Organisation. Bestellen kann man ihn telefonisch beim Spitta-Verlag unter der Telefon-Nr.: 07433/ 9520 oder per Fax: 07433/ 952111.
S. Lange

Renate Soldan
**Angst vorm Zahnarzt -
 und wie man sie überwinden kann**
 Verlag Vandenhoeck & Ruprecht,
 Göttingen 1999 ca. 128 Seiten mit Abb.
 Preis: DM 19,80, ISBN 3525017324,

Angst vorm Zahnarzt- ein mild belächeltes Gefühl, das aber für Betroffene zum

existenziellen Problem werden kann. Wie oft hören wir das als Kollegen in der täglichen Praxis? Wo liegen die Ursachen? Wie können wir als Zahnärzte, wie können Psychologen helfen? Dieses kleine Taschenbuch zeigt Patienten oder Betroffenen erste Schritte zur Angstbewältigung in Anlehnung an verhaltenstherapeutische Techniken auf. Geschrieben hat es eine Lehrerin, die in der Praxis ihres Mannes in Norddeutschland Erfahrungen mit Patienten gesammelt hat und auch auf eine eigene Leidensgeschichte zurückblicken kann. Es ist in bewusst einfacher Sprache verfasst und erhebt keinen Anspruch auf Wissenschaftlichkeit, will aber Betroffenen Hilfsmöglichkeiten aufzeigen und zu einer Bewusstseinsweiterung bei professionellen Helfern führen.

Den Schluß des Buches bildet eine interessante "Checkliste"-Anregungen für Zahnärzte, die man sich eigentlich immer wieder vor Augen halten sollte, auch wenn viele Punkte selbstverständlich erscheinen! Ich könnte mir gut vorstellen, dass dieses Buch für viele Patienten eine spannende Wartezimmerlektüre darstellt, wenn es mal wieder zu Verschiebungen im Terminplan kommt. Wir wurden in unserer Praxis auch schon von einem Patienten gefragt, ob es möglich ist, das Buch für ein paar Tage auszuleihen. *S.Lange*

Klaus Oehler

Der zahnärztliche Sachverständige

Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln, 1999, 244 S., geb., 198 DM, ISBN 3-934280-00-5

In dem Buch werden die Anforderungen an einen zahnmedizinischen Gutachter dargestellt. Der Leser erfährt, welche Auf-

gaben im Einzelnen ein zahnmedizinischer Sachverständiger hat und welche gesetzlichen Bestimmungen zu beachten sind. Der Autor stellt dar, wie ein korrektes Sachverständigen-Gutachten aufgebaut sein muss und welche Aufgaben und Pflichten sich für den Sachverständigen ergeben. Berücksichtigt man, dass seit einigen Jahren die Anzahl der Begutachtungsfälle insbesondere im Bereich der Privat-Patienten erheblich zugenommen hat und auch gerichtliche Auseinandersetzungen zwischen Zahnärzten und Patienten immer häufiger werden, so ist dieses Buch für jeden Zahnarzt eine sinnvolle Lektüre. Anhand dieses Buches kann jeder Zahnarzt, der mit einer Begutachtung seiner Behandlungsmaßnahmen konfrontiert wird, überprüfen, ob die Begutachtung von dem Sachverständigen korrekt durchgeführt worden ist.

Das Buch beschreibt auch typische Komplikationen und Fehler, die einem Zahnarzt bei der Aufklärung, Diagnostik, Behandlung und Dokumentation unterlaufen können. Diese Komplikationen und Fehler werden durch eine umfangreiche aktuelle Urteilssammlung belegt. So kann der Leser sich darüber informieren, wie die Gerichte die Sachlage in konkreten Behandlungsfällen beurteilt haben.

Dieses Buch sollte eine Pflichtlektüre sein für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte, die als Gutachter tätig sind. Betrachtet man die unterschiedliche Qualität von erstellten Gutachten in Deutschland, so kann dieses Buch dazu beitragen, sowohl im Interesse der Patienten als auch im Interesse der behandelnden Zahnärzte die Qualität zahnärztlicher Gutachten wesentlich zu verbessern.

Dr. Ebenbeck

Silberstreif am Horizont: Kooperation statt Konfrontation?

Bei der ersten Ratssitzung im neuen Jahr und Jahrhundert am 22.01.00 in Hannover waren vor allem die DAZler aus Niedersachsen der Meinung, dass massive Veränderungen in der zahnärztlichen Szene bevorstehen. Dabei gibt es die Chance, dass nicht nur Führungsfiguren in Körperschaften und Verbänden ausgetauscht, sondern auch der Kurs gegenüber Politik, Vertragspartnern und den eigenen Kollegen auf eine neue Grundlage gestellt wird. Vielfältige Gesprächskontakte in verschiedenen Regionen zeigen: Auch im FVDZ oder in KZBV und KZVen reift die Erkenntnis, dass die Zahnärzteschaft es sich nicht länger leisten kann, ihre Kräfte im Konflikt mit dem Rest der Welt aufzureiben, dass Patienten und Zahnärzten letztlich geschadet wird durch Ausstiegsdrohungen, Verzicht auf GKV-Leistungen und Aufgabe des Anspruchs, Zahnmedizin sei Teil der Medizin.

BEMA-Neustrukturierung nur gemeinsam möglich

Wichtige Vertreter der zahnärztlichen Standesführung treten den Weg aus dem Abseits an und plädieren dafür, für einen konstruktiven Neuanfang möglichst alle Potentiale zu nutzen. So sollen auch bisher ausgegrenzte Kritiker einbezogen werden. Der DAZ ist angesprochen und wird gern seine Vorschläge in das für die nächsten zwei Jahre vordringliche Projekt der Neuformulierung von BEMA und Leistungsbewertungen einbringen. Das rot-grüne Re-

formgesetz bietet nach DAZ-Meinung, obwohl handwerklich schlecht gemacht, positive Ansätze in Bezug auf Ausbau der Prävention, Effizienzsteigerung durch Vermeidung nicht indizierter Behandlungen, Qualitätssicherung. Realisiert werden können diese Ansätze jedoch nur gemeinsam - bei Zusammenarbeit aller Zahnärzte und bei fairer Berücksichtigung der Interessen von Patienten, Leistungserbringern und Finanzierern. Der DAZ hat Kontakte zu den verschiedenen Beteiligten und wird dafür werben, dass bei der Umsetzung der anstehenden Reformaufgaben schon in einem sehr frühen Stadium ein Austausch stattfindet und gemeinsame Zielsetzungen und Perspektiven definiert werden.

Regelungen für 2000 zum Teil noch offen

Neben dieser zukunftsgerichteten Diskussion standen in Hannover natürlich auch aktuelle Fragen des Umgangs mit dem seit Januar in Kraft getretenen Gesetz auf der Tagesordnung. Für reichlichen Unmut sorgte die neue GOZ-Begrenzung auf 1,7 bei Standardtarif-Versicherten. Sie bedeutet eine Vergütungshöhe bei Privatpatienten unterhalb des GKV-Honorars. Bei Notfallbehandlungen ist sie nicht zu umgehen. Jedoch wird inner- und außerhalb des DAZ diskutiert, den Patienten im Normalfall abweichende Vereinbarungen nach § 2 GOZ vorzuschlagen. Noch zentraler war und ist die Frage nach der Festlegung der Budgets für das Jahr 2000 und nach der Flexibi-



lität dieser Budgets. Das neue Gesetz läßt hier mehr Spielraum für Verhandlungen in den einzelnen Ländern, so dass vernünftige Gesprächsbeziehungen zwischen den jeweiligen Partnern eine wichtige Rolle spielen werden. Zur Frage, ob die ZE- und KFO-Punktwerte für 2000 auf der abgesenkten 99er oder der höheren 97er Basis bestimmt werden sollen, gibt es unterschiedliche Auffassungen bei KZBV und Spitzenverbänden und die Absicht, die Klärung durch Sozialgerichts-Musterverfahren herbeizuführen.

DAZ-Termin 25.3.00 in Hannover

Bis zum nächsten DAZ-Treffen auf Bundesebene, vorgesehen für Samstag, den 25. März 2000, zwischen 11 und 18 Uhr in Hannover in der Verbraucherzentrale Niedersachsen, Herrenstr. 14, wird einiges mehr an Fakten auf dem Tisch liegen. Alle interessierten DAZler sind herzlich zu der Sitzung eingeladen (Infos zur Tagesordnung Tel. 0221/973005-45).

DAZ-Frühjahrstagung 6./7.5.00

Ebenfalls schon vormerken sollte man sich die DAZ-Frühjahrstagung am 6./7. Mai 2000 in Frankfurt. Vor dem Fachvortrag von Dr. Claudia Barthel aus Berlin (vgl. Seite 18) steht am Vormittag ein gesundheitspolitisches Thema auf dem Programm. Angefragt ist Prof. Schwartz von

der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover, der zugleich dem Sachverständigenrat im Gesundheitswesen vorsteht. Er hat in den letzten Jahren bemerkenswerte Stellungnahmen zum Beispiel zu Vergütungssystemen und Patientenrechten im Gesundheitswesen abgegeben und dürfte ein geeigneter Gesprächspartner sein bei der Frage, wie die Weiterentwicklung des GKV-Leistungskataloges und der Leistungsbewertungen verwirklicht werden kann.

Nähere Infos zur Tagung auf Seite 16 bzw. 80. Das Jahr 2000 wird spannend. Machen Sie mit!

Es grüßt Sie: Irmgard Berger-Orsag

*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

Termine 2000... Termine 2000... Termine..

- 24.-27.2.2000, Chicago: **Midwinter-Meeting der Chicago Dental Society** Infos, ggf. gemeinsame Buchung über Dr. K. Müller, Tel 08153-990233, Fax -990234, E-Mail Kai_F_Mueller@t-online.de
- 3.3.2000, Kassel: Arbeitstagung des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG) zum Thema: „**Ein Konzept zur Verbesserung der Mundgesundheit in Deutschland – Wie können die verschiedenen Prophylaxeansätze wirkungsvoller aufeinander abgestimmt werden?**“ (Tel 07151/501629)
- 3./4.3.2000, Bielefeld/Neues Rathaus: Konferenz der Uni Bielefeld, Gesundheitswissenschaften, und der Ärztekammer WL zum Thema „**Patientenberatung, Konsumentensouveränität – Wege zum mündigen Verbraucher im Gesundheitswesen**“
- 11.3.2000, 9.00 Uhr, Neumünster/Holstenhallen: Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag zum Thema „**Der Patient im Mittelpunkt der Praxis**“
- 23.3.2000 - 20.4.2000 - 18.5.2000 - 16.6.2000 - 20.7.2000 - 24.8.2000 - 21.9.2000 - 19.10.2000 - 16.11.2000 - 21.12.2000: **Treffen der DAZ-Studien-gruppe Oldenburg**
- 24./25.3.2000, Aachen/Universitätsklinikum: **Cerec-Advanced Training**, Trainer: Priv.-Doz. Dr. Jerome Rotgans (Tel/ Fax 02302/30451, jerome.rotgans@t-online.de)
- 25.3.2000, Hannover/Verbraucher-Zentrale Niedersachsen: **DAZ-Ratssitzung** 11-18 Uhr
- 31.3.-2.4.2000, Hamburg: **8. Kongress für ZMF, ZMP, DH und Fachschwestern für Zahn- und Mundhygiene**, Leitung: Prof. Gülzow, Themen u.a. Kariesrisiko-Einschätzung, plastische Deckung von Rezessionen, myofunktionelle Therapie (Tel 040/73340536, Fax 73340575)
- 14./15.4.2000, Aachen/Universitätsklinikum: **Cerec-Basisseminar**, Trainer Priv.-Doz. Dr. Jerome Rotgans (Tel/Fax 02302/30451, jerome.rotgans@t-online.de)
- 15./16.4.2000, Beginn 11.30 bzw. 9.00 Uhr, Köln: **Außerordentliche Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes**
- 6./7.5.2000, 10.00 Uhr, Frankfurt/Bürgerhaus Bornheim: **DAZ-VDZM-Frühjahrstagung**; am 6.5.2000, 10.00 Uhr, Referat zu aktuellem gesundheitspolitischem Thema, angefragt: Prof. Dr. F.-W. Schwartz, Med. Hochschule Hannover, Vorsitzender des Sachverständigenrates; ab 14.00 Uhr Vortrag und Diskussion zum Thema „**Bewährtes und Neues aus der Endodontie, Komplikationen, Problemlösungen**“, Referentin: Dr. Claudia Barthel, Zahnklinik Nord der Charité Berlin, am 7.5.2000, 9.00 Uhr: **DAZ-Ratssitzung**



- 31.5. - 4.6.2000, Berlin: **Gesundheitstag 2000** (Tel 030/85999779, Fax - 85999778, info@gesundheitstag.de)

- 5.-9.6.2000, Westerland: **45. Fortbildungstagung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein mit Helferinnen-Fortbildung und Dentalausstellung**, Thema: „EDV-Anwendung in der klinischen Zahnheilkunde“

- 15.-17.6.2000, Aachen: **Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie** (DGMP) mit Sitzung des Arbeitskreises „Psychologie und Zahnmedizin“ zum Thema „**Theoretische und klinische Aspekte der Zahnbehandlungsangst**“ (Tel 06421/283672, Fax 286559, Margravs@mailers.uni-marburg.de)

- 16./17.6.2000, Helsinki: 14. Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie (EGZE) zum Thema: „**Psychologie und Ergonomie in der Zahnheilkunde**“ (Fax 0033-3-886623)

- 28.6. - 1.7.2000, San Francisco/USA: Kongress „**CARS 2000 - Computer Assisted Radiology and Surgery**“ (Tel 07742/922434, Fax 922438, http://cars.tu-berlin.de)

- 7.10.2000, Berlin: **DAZ-Jahrestagung 2000 mit Fachfortbildung zur modernen Parodontologie**, Referent: Dr. Stefan Hägewaldt, Charité Berlin, und Mitgliederversammlung

- 10.-12.11.2000, Berlin/Haus am Köllnischen Park: **Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes** mit öffentlicher Veranstaltung am 10.11.2000, 10 Uhr (Tel 0221/973005-0)

- 16.11.-18.11.2000, Frankfurt: **Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Zahn- und Kieferheilkunde** (DGZMK) in Kooperation mit dem Hessischen Zahnärztetag

- 24./25.11.2000, Bad Homburg: Sitzung des Arbeitskreises „**Psychologie und Zahnmedizin**“ der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) mit der Arbeitsgemeinschaft Funktionsdiagnostik zum Thema „**Craniomandibuläre Dysfunktionen**“ (Tel 06421/283672, Fax 286559, Margravs@mailers.uni-marburg.de)

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

Redaktionsschluss für forum 69:
10. April 2000

E-Mail-Anschluß??? Alle DAZler können an der DAZ-internen kostenlosen E-Group teilnehmen. Anmelden bei Kai_F_Mueller@t-online.de

Haben Sie ein Händchen im Umgang mit Dentalfirmen? Oder kennen so jemanden? Wir brauchen Unterstützung bei der Aquisition von Forum-Werbeanzeigen. Damit Sie auch übermorgen noch Forum lesen können. Hinweise an Tel. 0221/973005-45, Fax 0221/7391239



Der DAZ stellt sich vor



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

Kooperation mit dem NAV-Virchow-Bund

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

Studiengruppen

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

Informationen

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

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

Hilfe für den Zahnarzt-Alltag

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

Standespolitik

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

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

Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinistudiums mit folgenden Veränderungen:

- Schwerpunktverschiebung von der prothetisch-technischen zur prophylaktisch-konservierenden Seite
- Verkürzung der vorklinischen Ausbildung bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums
- Einbindung qualifizierter Praktiker in die Universitätsausbildung.

Delegation

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

Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

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

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz
- Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal
- Zulassung von fluoridiert - jodiertem Speisesalz in Backwaren, Konserven und Gemeinschaftsküchen.

Qualität

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

- vermünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die KVZen
- die Entwicklung und Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen durch Kammern und KZVen.

Impressum

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

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

Redaktion, Irmgard Berger-Orsag, Dr. Roland Ernst, Dr. Ulrich Happ, ZÄ Silke Lange, Dr. Eberhard Riedel, Dr. Till Ropers, Dr. Rainer Seemann, Dr. Stefan Zimmer
V.i.S.d.P. Dr. Hanns-W. Hey

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

DAZ-Kontaktadressen



DAZler in vielen Regionen jetzt auch per E-Mail erreichbar!

Bei Interesse an unserer Arbeit wenden Sie sich bitte an eine der DAZ-Studiengruppen oder an unsere regionalen Ansprechpartner:

Baden-Württemberg

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

Berlin

E. Jakobczyk, Jenaer Straße 54,
12627 Berlin, Tel. 030 9915108,
Fax 03342 302708;
Dr. Annette Bellman,
E-Mail AKP.Bellmann@t-online.de

Sachsen / Chemnitz

Dr. R. Eisenbrandt, Markusstr.8,
09130 Chemnitz,
Tel. 0371 4012228, Fax 0371 4028686,
E-Mail Ralf_Eisenbrandt@t-online.de

Elbe - Weser

Dr. Frank Kopperschmidt,
Bahnhofstraße 5, 21717 Fredenbeck,
Tel. 04149/1066;
Dr. Till Ropers, E-Mail Dr.Ropers--
_Dzingel@t-online.de

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
Dr. Ulrich Happ, E-Mail DrHapp@talknet.de

Oberbayern / München

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

Dr. Kai Müller,
E-Mail Kai_F_Mueller@t-online.de

Nordrhein

Nordrhein, Dr. Rainer Küchlin,
Am Buschhof 12, 53227 Bonn,
Tel. 0228 440231, Fax 0228 462862

Oberpfalz

Dr. Martin Ostermeier, Bernsteinstraße
1, 93152 Nittendorf, Tel. 09404 4455,
Fax 09404 5290
E-Mail Dr_Ostermeier@t-online.de

Oldenburg

Rolf Tödtmann, Oldenburgerstraße 291,
26180 Rastede, Tel. 04402 928811,
Fax 04402 928831;
Dr. Roland Ernst, E-Mail
Ernst.Roland@t-online.de

Rheinhessen

Dr. Andreas Vahlenkamp, Betzelsstr.27,
55116 Mainz, Tel. 06131 222218,
Fax 06131 237294

Schleswig Holstein

Wolfram Kolossa, Bahnhofstraße 43,
24217 Schönberg, Tel. 04344 9020,
Fax 04344 3349,
E-Mail Wolfram.Kolossa@t-online.de

Thüringen

Dr. B.Kröplin, Leine-Einkaufszentrum,
37308 Heilbad Heiligenstadt, Tel./ Fax
03606 9518, E-Mail MKroeplin@aol.com

Westfalen - Lippe

Dr. U. Zibelius, Mittelstr. 17, 32657 Lemgo
Tel. 05261 10166, Fax 05261 92901

DAZ-Geschäftsstelle

Irmgard Berger-Orsag, Belfortstraße 9,
50668 Köln Tel. 0221 973005 - 45, Fax
7391239, E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de

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-Frühjahrstagung

von DAZ und VDZM in Frankfurt/Main, Bürgerhaus Bornheim

Hiermit melde ich mich zur Tagung von DAZ und VDZM am 6./7. Mai 2000 an

- Ich bin niedergelassener Zahnarzt.....
- angestellter Zahnarzt.....
- Student.....
- Ich nehme am 6.5. teil.....
- Ich nehme an der DAZ-Ratssitzung, 7.5. teil.....
- Ich würde gerne Infos über den DAZ erhalten.....

Meine Adresse/ Tel./Fax/ e-mail

An den
**Deutschen Arbeitskreis
für Zahnheilkunde -DAZ-**
im NAV Virchow-Bund
Belfortstraße 9
50668 Köln

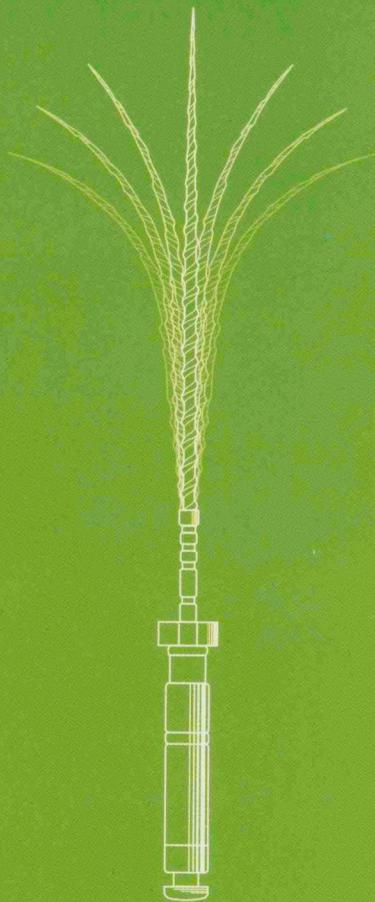
Fax 0221 - 7391239

e-mail:
DAZ.Koeln@t-online.de

Premiere für FlexMaster®: Das neue maschinelle Nickel-Titan Konzept von Antaeos. Das neue FlexMaster® System bietet durch sein Instrumentendesign Stabilität und Flexibilität in der Anwendung. Wir stellen FlexMaster® Feilen aus Nickel-Titan her und rüsten sie mit K-Schneidkanten im einzigartigen konvexen Querschnitt aus. Das Resultat ist eine Feile mit größerer Stabilität, Schneidleistung und Torsionswiderstand. Bei Anwendung der Crown Down Technik benötigen Sie mit dem FlexMaster® Konzept nur 4 verschiedene Feilen, um kleine, mittlere oder weite Kanäle auszuformen. So schonen Sie Ihre Instrumente und sparen Zeit am Stuhl. Um mehr über FlexMaster® zu erfahren rufen Sie 089 / 627 34-152 an, oder füllen Sie den Coupon aus und faxen diesen an uns. Sie erhalten dann unser Schulungsvideo. Wenn Sie FlexMaster® kaufen wollen, wenden Sie sich an Ihren Fachhändler.



FlexMaster®



Stabil und Flexibel



Das FlexMaster® Konzept nutzt die Konizitäten 06, 04 und 02 in leicht nachvollziehbaren Sequenzen für weite, mittlere und enge Kanäle.



Der einzigartige konvexe Querschnitt der FlexMaster®-Instrumente gibt ihnen mehr Stabilität, Schneidleistung und Torsionswiderstand.

Anforderung eines kostenlosen Videos mit einer Demonstration der maschinellen Nickel-Titan FlexMaster® Instrumententechnik

Name

Adresse

PLZ Stadt

Telefon

Ihr Fachhändler

Tele: 089 62 73 4-152

Fax: 089 62 73 4-190

Senden an:

VDW GmbH

Postfach 830954

81709 München

Anzeige

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



Medizinische Mund- und Zahnpflege
aus der **elmex**[®] Forschung


WYBERT GmbH
Spezialist für orale Prävention