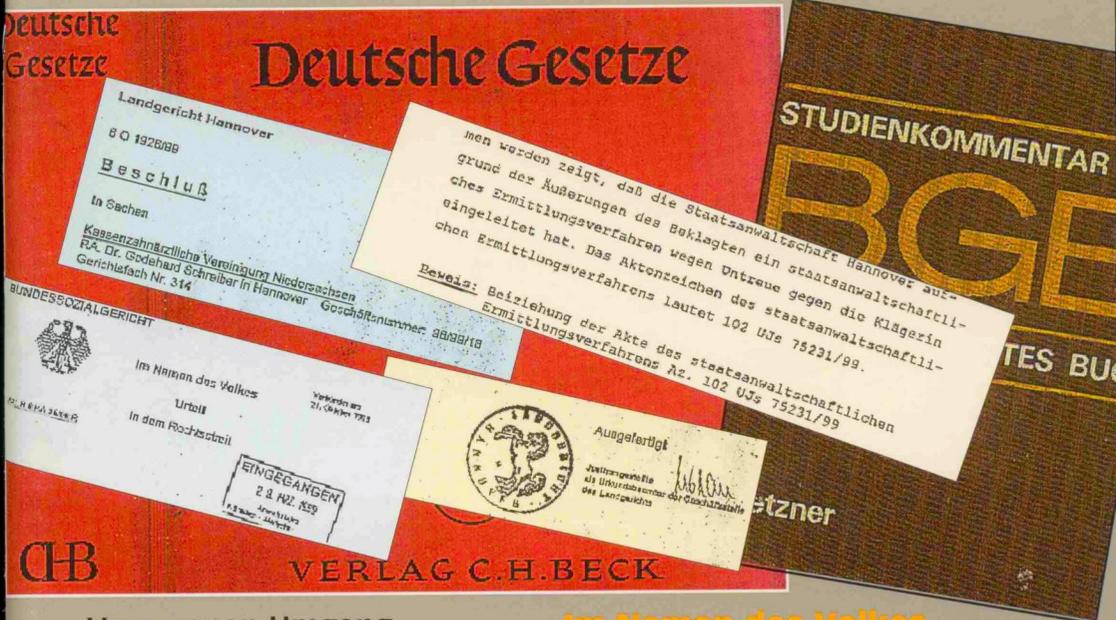


69

DAZ forum

von Zahnärzten für Zahnärzte
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

19. Jahrgang 2. Quartal 2000 Herausgeber DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands



Vom neuen Umgang
miteinander

Stetes Bohren bringt Reform

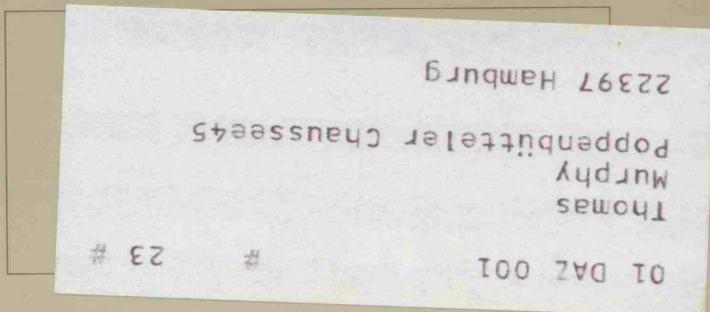
Das Praxislabor
Und es rechnet
sich doch

Fu1 - Fu3: Lichtblick
oder Rückschritt?

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

Im Namen des Volkes

Zahnmedizinische
Studienreform





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

Die ideale Komplettlösung – Buchhaltung, Faktura und Lohnabrechnung in einem Paket!

Der Alleskönner zum kleinen Preis

Mit Lexware financial office verwalten Sie Ihre Finanzen optimal und benötigen dafür nur noch die halbe Zeit. Denn in diesem Büropaket stecken die tausendfach bewährten Programme **Lexware buchhalter**, **Lexware faktura plus** und **Lexware lohn + gehalt**. Buchen, Rechnungen schreiben, Löhne und Gehälter berechnen, Termine koordinieren: Endlich haben Sie alles im Griff! Die Einzelkomponenten sind perfekt aufeinander abgestimmt und lassen Sie **Zeit und Geld sparen!**



Lexware financial office

CD-ROM mit Benutzerhandbuch und den kompletten Hand- und Lehrbüchern der Einzelprogramme
DM 499,-* (€ 255,13)
Bestell-Nr. 09017-0001
Update DM 299,-*
* zzgl. Versandkostenanteil

Besonders günstig: Wenn Sie bereits ein Einzelprodukt aus dem Paket besitzen, bezahlen Sie für Lexware financial office nur den Update-Preis!

Leistungsmerkmale

- ✓ Zentrale Benutzerverwaltung mit Passwort- und Rechtevergabe (firmen-, applikations- und funktionsbezogen)
- ✓ Zentrale Auswertungen, jetzt auch mit graphischen Darstellungsmöglichkeiten und Soll-Ist-Vergleich
- ✓ Applikationsübergreifende Kennzahlen
- ✓ Übergreifende Kostenstellenverwaltung
- ✓ Internetanbindung zum Lexware Server
- ✓ Mandantenfähig
- ✓ Verfügbarkeit von Ratgebern und Helfern per MediaBook
- ✓ Datensynchronisierung
- ✓ Datenübergabe per Protokoll an andere Zielapplikationen zur Weiterverarbeitung
- ✓ Beliebig am Bildschirmrand „andockbar“, verschiebbar, ein-/ausblendbar. Frei erweiterbar durch eigene Programm-Icons, Menüs und Verknüpfungen
- ✓ 32-Bit-Version
- ✓ Lexware europricing u.v.m.

Jetzt 4 Wochen lang kostenlos testen!

Anfordern:

per Telefon ☎ 07 61/470 88 77 oder ✉ per Post

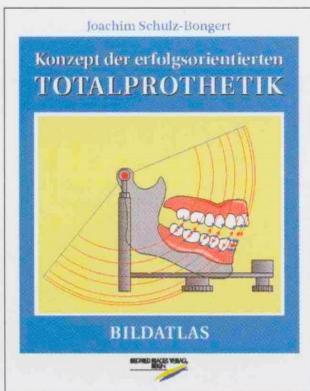
oder per E-Mail @ online@haufe.de

WN 370462

Haufe...

Rudolf Haufe Verlag
Hindenburgstr. 64
79102 Freiburg
<http://haufe.de>

Manchmal erspart ein Bild tausend Worte. Deshalb enthält die neue Schulz-Bongert-Kassette 1100 vierfarbige Abbildungen. In der Praxis am Patienten fotografiert, nicht gestellt. 2 zahnmedizinische Bild-Atlanten = 1 einmaliges Bild-Werk! Eine objektive, gründliche Buchbesprechung sagt mehr aus als tausend ausgefeilte Werbesprüche. Deshalb hier aktuelle Rezensionen:



Bibliographie: 160 großformatige Seiten (21,5 x 25 cm), 300 vierfarbige Abbildungen, Abbildungsreihen, Graphiken, Checklisten zu jedem Kapitel, E-falin-Einband mit Schutzumschlag. Gebunden. Einzelpreis DM 298,- inkl. MwSt.

Naturngemäß liegen bei dem „neuen Schulz-Bongert“ erst wenige Buchbesprechungen vor. Dafür aber zwei besonders gründliche.

DAZ forum 67/99, Köln: Die Professionalisierung ...

„Die Professionalisierung und Vereinfachung implantologischer Verfahren und deren zunehmende Integration auch in die „normale“ Zahnarztpraxis hat in den letzten Jahren die reine Totalprothetik natürlich etwas in den Hintergrund treten lassen. Andererseits hängt die Funktionsfähigkeit von Totalprothesen im wesentlichen von speziellen Abformtechniken und Registriermethoden ab, die man auch für die Herstellung anderer Zahnersatzbehandlungen brauchen kann. Totalprothetik ist sozusagen die Hohe Schule, deren Kenntnis auch den Ritt durch normales Gelände erleichtert. Und wenn die Hohe Schule dann noch – wie hier – in Form eines Bildatlanten angeboten wird, ohne die lähmende Bleiwüste langatmiger Theoriendarstellungen, dann ist das eine nachvollziehbare und anschauliche Hilfe, ein Kochbuch sozusagen, das sich in der Praxis gut verwenden lässt. Allerdings, und dieser Aspekt wird an diesem Buch besonders deutlich: Führt man sich vor Augen, wieviel Zeit die Herstellung von Totalersatz notwendigerweise erfordert, wenn man auf keinen der angegebenen Arbeitsschritte verzichtet (ich wüßte nicht, auf welchen), dann ist es völlig ausgeschlossen, diesen Arbeits- und Zeitaufwand für die Kassenvergütung von 465 DM (OK) bzw. 555 DM (UK) zu leisten! Den Privat Zahnarzt Schulz-Bongert ficht das natürlich nicht an – der Vertragszahnarzt, eingeklemmt zwischen seinem Qualitätsanspruch, seinen Betriebskosten und dem festen Kassenhonorar, sieht sich hier in einer haarsträubenden Situation, die nur dadurch gelöst werden kann, eine 08/15-Prothese in höchstens zwei Ar-

beitsstunden herzustellen oder die Kosten für einen guten Zahnersatz privat zu liquidieren. Gerade die Totalprothetik wäre also ein gutes Beispiel dafür, wie notwendig die Beschreibung und Bewertung eines neuen Leistungsverzeichnisses zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen ist – ein Ansinnen, das der DAZ seit geraumer Zeit bei den Körperschaften, der Hochschule und der Politik anmahnt – bislang vergeblich.“ *Hanns W. Hey, München*

Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin, Ausgabe 1/2000:

„Totalprothetik ist derzeit kein fachlich brennendes Thema, dennoch: Auch bei einer subtotalen Prothesenversorgung sind die in diesem Buch aufgezeigten Grundsätze notwendig und wertvoll. Das in Jahrzehnten in der Praxis ständig aktualisierte und verfeinerte systematische Konzept für totalprothetische Rehabilitation wird in der für den Autor typischen Schritt für Schritt-Technik akribisch beschrieben und mit wohl einzigartigem Bildmaterial dokumentiert. In zahlreichen Kursen am Patienten von A-Z, also in praxis demonstriert, stellt der für präzise wie praktikable Darstellungsweise bekannte Praktiker eine erfolgreichere Systematik von der Anamnese bis zur Abschlussuntersuchung vor.“

Das Ergebnis soll, kann und muss sich rechnen lassen, daher wird die Darstellung wirkungsvoll durch praktische Hinweise, Tipps und „Tricks“ ergänzt. Der zahnärztlichen Praxis wie auch dem Dental-Labor wird mit dem Werk ein Hilfsmittel zur Verfügung gestellt, das dem Ziel, Befriedigung bei Behandler und Patienten, dienen will.

Der Autor, langjährigster und erfolgreicher Privatpraktiker in Düsseldorf, hat sich in der Zahnheilkunde Deutschlands grosse Verdienste erworben, indem er auf verschiedensten Ebenen Beiträge zur Einführung der Gnathologie in Deutschland geleistet hat. So hat er denn bereits 1992 in 3. Auflage über die Anwendung gnathologischer Systematik bei seinem Konzept der restaurativen Zahnmedizin publiziert. Dabei kamen ihm seine Ausbildung sowohl zum Zahntechniker als auch zum Zahnarzt und seine Kontakte zur amerikanischen Gnathologie zustatten, indem er immer vom Praktiker für den Praktiker geschrieben und unterrichtet hat. Nachdem er über den festsitzenden gnathologisch hergestellten Zahnersatz bereits umfassend berichtet hat, stellt er dem Praktiker in diesem Bildatlas auch seine gnathologischen

Kenntnisse für den abnehmbaren, totalen Zahnersatz zur Verfügung. Dabei nimmt er mit entlasteten Schreinemakerslöffeln den Erstabdruck, mit z. T. entlasteten, individuellen Löffeln und einem alastomeren Abdruckmaterial den Funktionsabdruck. Die Kieferrelation wird im Normalfall ohne jegliche grafische Aufzeichnung, doch aber mit Stützschaube im UK und Registrierplatte im Oberkiefer mit korrekter zweihändiger gnathologischer Führung genommen, bis sich die Kondylen „bei zwischengelagertem Diskus am anterioren, nach kaudal gerichteten Teil der Gelenkgrube befinden“. Dort verhardt der Behandler mit dem oben erwähnten Handgriff, bis die zur Verschlüsselung verwendete Zinkoxid-Eugenol-Paste erhärtet ist. Die Herstellung des Registrierbehelfs mittels Stahlbohrer, Gewindeschneider und mittels Rohrzange für die Fixierung der Kontermutter wird beschrieben. Für

zusätzliche Informationen bezüglich Montage der Modelle in den Dentatus oder in den Whip-Mix-Artikulator kann ein Quick-Mount eingesetzt werden, sofern man vorher schon eine Bissgabel verwendet hat.

Es wird auch gezeigt, dass man bei der Herstellung von Totalprothesen nach Einholung des Einverständnisses durch den Patienten sogar den Hinge-Achsen-Punkt tätowieren kann! Später wird auch die dreidimensionale Registrierung auf Schablonen mit Eingravierung von Exkursionen in den Spitzenkunststoff (IMJ) an 3 Stellen gezeigt, wie wir dies von Swanson und Wipf allerdings auf starren Clutches und an 4 Stellen gleichzeitig kennen.

Zwar kann anschliessend sowohl der Dentatus wie auch der Whip Mix im Gegensatz zum TMJ-Artikulator nur zweidimensional nachprogrammiert werden. Die Auswahl der Frontzähne erfolgt nach der Kretschmer'schen Typenlehre, nach Vermessung der Philtrum- und Nasenflügelbreite sowie nach den Wünschen des Patienten anhand von vom Autor zusammengestellten Zahnarrangements, auf welche im Detail nicht eingegangen wird. Die anschliessende Zahnauflistung richtet sich nach den Vorstellungen von Spee und Wilson bezüglich Kalotte und nach gnathologischen Kontaktvorstellungen. Ein Kreuzbiss existiert dabei nie! Dass dabei erstaunlich häufig und im Übrigen offenbar unabhängig vom Zahnprodukt weit bukkal liegende Okklusionskontaktpunkte in Totalprothesen eingebaut werden, ist logisch. Der Feinjustierung der Okklusion punktzentrisch, anterior und „diagonal“ laterotrusion anlässlich der Remontage der gestopften und danach aus den Muffeln okklusal ausgebetteten Prothesen

durch Schleifen einerseits, als auch der Goldbasis für untere Prothesen und der perforierten Goldverstärkung im anterioren Bereich für obere Prothesen, andererseits wird grosses Gewicht beigemessen. Das Eingliedern der Prothese nimmt sich eigentlich einfach aus, da ja an den Funktionsrändern und in der Okklusion im Gegensatz zu weiter südlich, zum Beispiel in der Schweiz hergestellten Prothesen in der Regel so gut wie nichts zu korrigieren ist und wenn schon: höchstens anlässlich der Nachsorge.

Schulz-Bongert beschreibt nach seinen eigenen Worten eine Minimalmethode zur erfolgsorientierten Totalprothetik in 5 Sitzungen, woran keine weiteren Abstriche gemacht werden können. Dass Zahnprothesen wirklich erfolgreich hergestellt und eingegliedert werden können, wird auch durch klar gegliederte Checklisten ermöglicht. Folgt man diesen Checklisten, profitiert man nochmals vom grossen Erfahrungsschatz des Autors und kann eigentlich nichts falsch machen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass überall dort auf der Welt, wo individuelle Prothetik praktiziert wird, gute Prothetik gemacht wird, bei Joachim Schulz-Bongert mit gnathologischem Hintergrund, geprägt vor allem von Arne Lauritzen.“

Felix M. Weber, Zürich

Wenn ein Rezensent, alles, wofür Autor und Verlag gearbeitet haben, in wenige Zeilen „packt“, erübrigt sich die Veröffentlichung weiterer Besprechungen:

„Was will der Leser einer Buchbesprechung vor allem erfahren? Ob er das Buch erwerben soll, weil es für seine Zwecke brauchbar erscheint? Die Aussichten auf Umsatzbarkeit in seine Praxisgegebenheiten interessieren ihn primär, daher die Antwort vorweg: ALLES IN DIESEM BUCH IST BRAUCHBAR, ALLES IST UMSETZBAR, KURZUM: DER PREIS DES WERKES RECHNET SICH!“



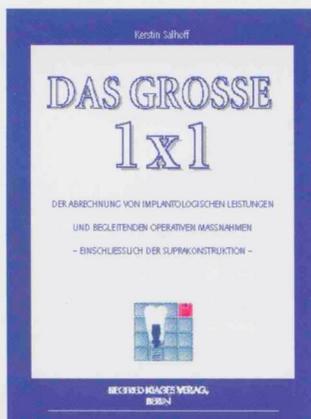
Bibliographie
Kassette: 2 Bände, 618 großformatige Seiten mit 1100 vierfarbigen Abbildungen.
Separates Register zusätzlich.
2-farbige Schmuckkassette, glanzfolienbeschichtet. SONDERPREIS: DM 398,- inkl. MwSt. (statt DM 696,-)



Bibliographie: 458 Seiten im Atlasformat (21,5 x 25 cm) 800 vierfarbige Abbildungen, Graphiken, Abbildungsreihen, Fallbeispiele von A-Z. Materialliste, Literaturverzeichnis, Register. E-falteinband mit Schutzumschlag. Gebunden. Einzelpreis DM 398,- inkl. MwSt.

Die Schulz-Bongert-Kassette enthält beide Werke in der Originalausstattung zum Sonderpreis (Fast 25 Jahre SKV, s.o.). Sie präsentiert eines der ungewöhnlichsten zahnmedizinischen „Buch-Abenteuer“ ebenso ästhetisch wie standfest. Sie werden und sollen das Werk mit Freude zur Hand nehmen.

AUS DEM VERLAGSPROGRAMM 2000:



Bibliographie: 88 großformatige Seiten (31,5 x 22,5 cm), 4-farbig dokumentierte Fallbeispiele, Musterbriefe, Formulare, Tabellen, Merkblätter, gebunden. DM 148,- inkl. CD-ROM, inkl. MwSt.

Das Abrechnungs-Handbuch mit „Pfiff“ – dem Nutzen modernster, unmittelbar anwendbarer Technologie, der CD-ROM.

Erstaunlich ist das schon: Nahezu jede Praxis rechnet zu den eigenen Ungunsten ab! Dies ist eines der Ergebnisse aus mehr als 100 Kursen, die die Autorin Kerstin Salhoff bundesweit durchgeführt hat.

Als Expertin für zahnärztliche Abrechnung,

Schwerpunkt Implantologie, hat sie diese praxiserprobte Abrechnungshilfe entwickelt.

Im Zentrum des Werkes steht die Abrechnung implantologischer Leistungen, begleitender operativer Maßnahmen einschließlich der Suprakonstruktion. Einige Fallbeispiele werden vierfarbig dokumentiert, in der Praxis bewährte Musterbriefe und Formulare helfen rasch und wirksam.

Die perfekte Ergänzung des Handbuches ist die begleitende CD-ROM. Die Zahnarztpraxis ist damit in der Lage, nicht nur die vorgeschlagene Musterbriefe, Tabellen und Formulare bedarfsgerecht auszudrucken, sondern auch zu individualisieren: Patienteninformation par excellence!

Jahrelang vergriffen – endlich wieder lieferbar:

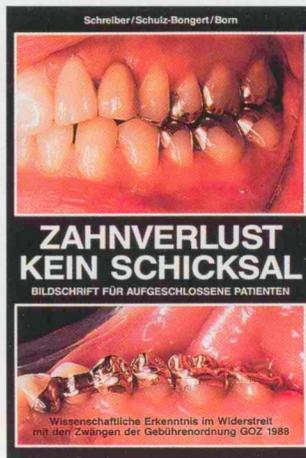
Die Bildschrift für aufgeschlossene Patienten des Autorenteam Schreiber/Schulz-Bongert/Born hatte und hat nahezu Kultstatus. Derart offen und präzise war bis dahin bei uns noch nicht „Tacheles gerechnet worden“.

Die Zahnärzteschaft hat das Werk zu der am weitesten verbreiteten Patienteninformation in Deutschland gemacht.

Spitzenleistungen zum Nulltarif gibt es nirgendwo auf der Welt. Von der Ursache, der Erkrankung, bis zum erzielten zahnmedizinischen Behandlungsergebnis wird in Text (Siegfried Schreiber, Prof. em./Ulrich Born) und Bild (Schulz-Bongert) patientenverständlich belegt, wie eine zahnärztliche Spit-

zenleistung entsteht und zu bewerten ist. Von A wie Aesthetik bis Z wie Zahnverlust muss die Spannweite zahnmedizinischen Handelns reichen. Dies können Sie Ihren Patienten schwarz auf weiß, in diesem Falle besser vierfarbig auf weiß deutlich machen.

Für Ihren aufgeklärten Patienten ist eben ZAHNVERLUST KEIN SCHICKSAL.



Bibliographie: 144 Seiten im Großformat (30,5 x 22 cm), 265 vierfarbige Abbildungen, Abbildungsreihen, gebunden. Einzelpreis DM 98,-, 3 Expl. je DM 86,-, ab 10 Expl. je DM 68,- inkl. MwSt.

Der Titel dieser Monographie ist ebenso einfach wie präzise:

Systematische Halte- und Absaugtechnik ist ZUSAMMENARBEIT IM MUND.

Der tägliche Kampf gegen „schlechte Sicht“ und das Wasser im Mund des Patienten war der Anstoß für den Autoren Michael Speich, diese formal sehr ungewöhnliche Arbeitsanleitung zu entwickeln (großes Querformat, aufklappbares Ringbuch). Theorien, „wie man richtig absaugt“, nutzen wenig.

Daher entstand ein Bilderbuch, zum Abgucken einer sicheren, vernünftigen Absaughaltung. Das Prinzip: Anschauen, nachmachen, ausprobieren.

Das durchweg vierfarbig gestaltete Werk führt Schritt für Schritt hin zu einer Kräfte sparenden, Patienten schonenden ZUSAMMENARBEIT IM MUND.



Bibliographie: 32 großformatige Bildtafeln (30 x 21,5 cm quer), 154 4-farbige Abbildungen, Abbildungsreihen, 200 g cellophanierter, abwaschbarer Kunstdruckkarten. DM 96,- inkl. MwSt.

Bestellkarte – Bitte ausgefüllt absenden oder faxen: 0 30 / 8 24 19 92

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Joachim Schulz-Bongert:
Zahnärztliche Prothetik 1 & 2 | DM 398,- |
| <input type="checkbox"/> Band 1 Rest. Zahnheilkunde | DM 398,- |
| <input type="checkbox"/> Band 2 Totalprothetik | DM 298,- |
| <input type="checkbox"/> Kirstin Salhoff
Abrechnung Implantologie inkl. CD-ROM | DM 148,- |
| <input type="checkbox"/> Gerhard Tanzer:
Problematische Totalprothesen | DM 148,- |
| <input type="checkbox"/> Michael Speich
Zusammenarbeit im Mund | DM 96,- |
| <input type="checkbox"/> Zahnverlust kein Schicksal
(Staffelpreise) Einzelpreis | DM 98,- |

Praxisstempel

Bitte ausreichend freimachen, wenn Briefmarke zur Hand.

SIEGFRIED KLAGES VERLAG
BERLIN

Breitenbachplatz 12
14195 Berlin

Restauflage – Jetzt gleich mitbestellen!



Bibliographie: 224 Seiten, 248 meist mehrfarbige Abbildungen, Grafiken, Zeichnungen nach dem FALSCH-RICHTIG-PRINZIP, gebunden DM 148,- inkl. MwSt.

Inhalt

Editorial	Brauchen wir den Hauszahnarzt?	2
Berufspolitik	Vom neuen Umgang miteinander	3
	In Ulm, um Ulm und um Ulm herum	5
	PE KZVN scheitert vor Gericht	11
Aus der Praxis	Das Praxislabor	12
	Analyse-Tabelle Praxislabor	16
	Gewerbliches Labor	17
	In den Fängen von Programmierern	18
Ganzheitliche ZHK	Ganz ganzheitlich? <i>Fortsetzung aus forum 68</i>	20
Prophylaxe	Das Wagnis langfristiger Voraussagen...	23
	Lichtblick oder Rückschritt?	30
Kurzmeldungen	»Handbuch Medikamente« gestoppt?	31
Junges forum	Stetes Bohren bringt die Reform	34
	10 Jahre Arbeitsgruppe Studienreform	36
	Integrierte Zahnmedizinerausbildung	38
	Greifswald	44
	Kommt eine Modellklausel?	47
DAZ-web		42
Leserbriefe		56
Buchbesprechungen		59
Aus der Wissenschaft	Die Zukunft der restaurativen Zahnmedizin	68
Kleinanzeigen		72
Verbandsnachrichten		73
Termine		76
Der DAZ stellt sich vor		77
Impressum		78
Kontaktadressen		79

Brauchen wir den Hauszahnarzt?

Durch integrierte Zahnmedizinerausbildung soll bei den Studenten interdisziplinäres Verständnis geweckt und eine patientengerechte umfassende Behandlung z.B. durch Zusammenlegung der Kurse in konservierender, parodontologischer und prothetischer Zahnheilkunde (siehe auch Seite 39) eingeübt werden. Der Patient soll schon in der Ausbildung zusammenhängend zahnmedizinisch-ärztlich versorgt werden. Gilt diese sehr begrüßenswerte Umgestaltung des Studiums nur für die Ausbildung oder kann sie auch die spätere zahnärztliche Tätigkeit prägen?

Wenn beides ja, wäre das nicht anachronistisch, gegen den Zeitgeist, gegen die globale Entwicklung? Nach der »alternativ-ganzheitlichen« Modewelle des letzten Dezenniums verkommt unsere umfassende zahnmedizinische Tätigkeit zu einem wirtschaftlich orientierten Fachidiotentum der technokratischen »Spezialisten«.

Alle Zukunftszeichen deuten auf diese Entwicklung: z.B. durch für die Patienten in der Regel undurchschaubare »Fach«-gruppen, Zertifizierungen, »Qualitätssiegel« und durch die Bezeichnung der Spezialgebiete oder Tätigkeitsschwerpunkte auf dem Praxisschild und der Homepage und durch Marketingstrategien der Dentalindustrie (z.B. Publikumswerbung Degussa, Sirona).

Abgesehen vom Fachwissen gibt es die Fachausrüstung wie Cerec, Computer-Gelenkvermessung, Endo-/Op-Mikroskop, Implantationsinstrumentenvielfalt, In-

traoral-Kamara oder Laser-Behandlung, um nur einige zu nennen, die der »normale Zahnarzt« nicht alle detailliert beherrschen und die er erst recht nicht kaufen kann, zumindest nicht in wirtschaftlich vertretbarem Maß. Und die nur ein Bruchteil der Patienten zur Behandlung wirklich benötigt. Ist die »Spezialisierung« also ein Weg aus dem Dilemma?

McDent oder auch Flemming als Beispiel zeigen uns einen Weg der Bedarfsweckung und Vermarktung - ihre Betreuten sind einfach die besseren mit viel ISO 9000ff und Garantien. All die »Ganzheitlichen« mit oder ohne Heilpraktiklizenz und bald auch die mit den Kammergeförderten »Spezialgebiet«-Schildern gehen den gleichen Weg, wobei alle diese Anbieter ihre eigenen Interessen haben - Jürgen Pischel fragt in diesem Zusammenhang ganz offen: »Abzocker-Modell« für Kammern? (Kommentar in der DZW 12/00).

Der Spezialisierung kann man im Sinne der Wissenschaft und der Fortbildung viel Gutes abgewinnen, nur, wo bleibt der Patient?

Wo bleibt in Zukunft der Patient mit den »normalen« Problemen, der sich mit Zahnschmerzen z.B. einem »ganzheitlichen« Spezialisten anvertraut und sich die Zähne zur Amalgambefreiung ausfräsen läßt, um dann mit minderwertigem Zement in den Zähnen und einem für ihn unbezahlbaren Behandlungsplan in der Hand die Praxis verläßt und feststellen muß, daß er zwar behandelt aber nicht versorgt ist. Als Folge davon bekommt dann der Patient spezialistenfähige Probleme mit dem Kiefergelenk, dem Parodont und dem Endodont, und kann so dem Gnathologen, dem Parodontologen,

dem Endodontologen und dem Oralchirurgen Arbeit geben. Auch wird der Wiederaufbau durch einen versierten, nein, spezialisierten Prothetiker, eventuell unter Einbeziehung des Implantologen bald nötig sein.

Wer soll dieses »Spezialisten-hopping« managen? Können das die medienverunsicherten Patienten selbst, können das die Patientenberatungsstellen mit ihren Listen, können das die Krankenkassen mit dem medizinischen Dienst oder die Verbraucherzentralen therapiegerecht lenken oder können da Patientenschutzrechte greifen - wohl kaum. Braucht es hierzu den Hauszahnarzt, der dann wie der Hausarzt den Zugang zum Spezialisten steuert?

Oder, und das ist wahrscheinlicher, ist die herkömmliche Praxis mit 1-3 Kollegen ein auslaufendes Modell? Bekommen wir einerseits die fremdbestimm-

ten Kliniken (von Krankenkassen oder Wirtschaftsunternehmen eingerichtet und geleitet), die dann mit Werbung, Fachausrüstung und Dumpingpreisen wie z.B. in Österreich die freien Praxen kaputt machen und uns angestellt-abhängigen Spezialisten dann sagen, wo es mit der Behandlung langgeht: erst ein bisschen Lifestyle verkaufen, dann hauptsächlich Profit erwirtschaften. Oder überleben wir als Franchise-Unternehmer, wie es uns McDent verspricht und uns kostenträchtig an der Leine führt direkt zum Lifestyle-Profit?

Ist das die Zukunft der Zahnmedizin für unsere Patienten, für uns? Wer will das? Das Berufsbild des Zahnarztes - vom Studium bis zur Praxis - ist deshalb Schwerpunktthema dieses Heftes.

Dr. U.Happ, Hamburg

Vom neuen Umgang miteinander

Es ist nur scheinbar Ruhe eingekehrt in der berufspolitischen Szene, vier Monate nach Inkrafttreten der „Gesundheitsreform 2000“. Die gelben Mützen sind eingepackt; hinter verschlossenen Türen arbeiten in den beiden Lagern die Experten an den Hausaufgaben, die ihnen gesetzlich mit Frist zum Jahresende 2001 aufgetragen worden sind. Es geht um nicht weniger als um die Neugestaltung des 35 Jahre alten BEMA.

Das kleinere Problem dabei ist die Neubeschreibung und Bewertung: das ist

Schreibtischarbeit von Zahnarztexperten und Ökonomen. Das viel größere Problem besteht im Ringen um den Umfang des Leistungskataloges. Welche zahnärztlichen Leistungen werden weiterhin sozialversicherungsfähig und -pflichtig sein? Nur noch die Prävention? Nur noch die Kinderbehandlung? Wird Zahnersatz noch Kassenleistung sein und wenn nicht, wird sich der Gesetzgeber nach den Erfahrungen von 1998 die Richtlinien und die Preisgestaltung aus der Hand nehmen lassen? Wenn schon heute für eine betriebswirtschaftlich

ehrliche Honorargestaltung von konservierend-chirurgisch- und parodontaltherapeutischen Leistungen das Kassengeld nicht reicht, werden sich nach einer Neubewertung riesige Lücken auf-tun. Es wird sicher nicht mehr Geld in den Topf fließen, also wird rationiert werden müssen. Zahnärzte - und dabei werden sie von der Wissenschaft unterstützt - weisen diese Aufgabe der Politik zu. Die Politiker geben den schwarzen Peter aber an die Selbstverwaltung zurück, und dabei pfeift ihnen der Gegenwind europäischer Rechtsprechung um die Nase, denn unsere deutsche Selbstverwaltung ist für derartig weitgehende Eingriffe in den Leistungskatalog nicht ausreichend demokratisch legitimiert.

Ein gesellschaftliches Problem also ist es, das sich da auftut: kein existentiell bedrohliches, aber in seiner Wirkung auf den Alltag der Bürger auch kein kleines. Ganz sicher aber ist es ein lösbares unter zivilisierten und verantwortungsbe-wußten Partnern. Diese Regierung hat sich als ethische Maxime auf die Fahnen geschrieben, Schwache und der Hilfe Bedürftige zu schützen. Dies sollte auch eine ethische Maxime jedes Arztes sein.

Wer Anfang April in Ulm bei der hochkarätig besetzten Strategie-Arbeitstagung dabei war (siehe Bericht auf S. 5), konnte die Gewißheit mit nach Hause nehmen, daß das dort versammelte Expertentum ausreicht, um eine Lösung zu finden.

Aber auch dieses Expertentum bedarf des Schutzes: des Schutzes z.B. vor (nicht anwesenden, aber von außen laut trommelnden) Kassenvorständen, die geradezu machtergreifend mit preisdik-

tierenden Einkaufsmodellen drohen nach dem Motto: wer das Geld hat, der bestimmt die Regeln. Es bedarf auch des Schutzes vor (nicht anwesenden, aber immer noch laut trommelnden) Zahnarzt-Spitzenfunktionären, die zur Durchsetzung ihrer eigenen Wertvorstellungen die Praxen ihrer eigenen Kollegen und deren Patienten dadurch als Geiseln nehmen, daß sie ihnen von Ende Oktober bis zum Rest des Jahres aus angeblichen Budgetzwängen kein Honorar mehr auszahlen (wie 1998 in Niedersachsen geschehen).

Vor allem Expertentum muß Einigkeit darüber bestehen, daß unser zivilisiertes Gemeinwesen solche Exzesse demaskieren muß.

Frau Fischer hat es in Ulm auf den Punkt gebracht, als sie sagte: *jetzt müssen alle ihre Vorstellungen einbringen, wer aber nur forciert Eigeninteressen einfordert, verschlechtert seine Position.* Hoffentlich hat sie dazu die Autorität.

Dann nämlich sind schlechte Zeiten angebrochen für die nur auf Konflikt getrimmten Dental-Dinosaurier mit ihren stammtischluft-geschwängerten Maximalansprüchen. Einer grünen Ministerin scheint zu gelingen, woran mehrere konservative männliche Vorgänger gescheitert sind: einen politischen Gestaltungsrahmen zu schaffen, in dem ein lösungsorientiertes Abwägen von Interessen scheinbar unvereinbarer Positionen möglich zu sein scheint.

Der DAZ wird nicht nachlassen, sein kleines Gewicht mit in die Waagschale zu legen.

*Dr. R. Ernst,
Edeweicht*

In Ulm, um Ulm und um Ulm herum

**Modellprojekt „Zahnärztliche Versorgung im Rahmen der GKV“
7. Tübinger Forum am 7./8. April 2000 in Ulm**

Milieugeschädigt kommt sich vor, wer aus Niedersachsen anreist und an dieser Veranstaltung teilnimmt. Da sitzen Zahnärzte und Kassenvertreter an einem Tisch und hören einander zu, ein KZV-Chef singt Frau Ministerin zur Begrüßung ein Lied, die FDP redet mit der SPD, der FVDZ mit dem DAZ, der Präsident der BZÄK und der Ministeriale aus dem BMG freuen sich über denselben Witz, die SPD-Spitzensozialpolitiker diskutieren sachlich über Vertrags- und Wahlleistungen, niemand polemisiert um des Konfliktes willen - kurz: die Meinungsführer des gesamten Spektrums von Zahn-Gesundheits-Politik breiten ihre Ansichten zur gegenwärtigen Situation aus, streiten mit Argumenten, respektieren sich wertschätzend als Gleiche unter Gleichen - oh seliges Baden-Württemberg!

Eingeladen von der KZV Tübingen und mitgetragen von der KZV Sachsen, professionell organisiert von Horst Cox, dem Hauptgeschäftsführer von Tübingens KZV-Chef Dr. Wolfgang Rumetsch, trafen sich knapp hundert geladene Experten zum Meinungsaustausch über den gegenwärtigen Stand zahnmedizinischer Gesundheitspolitik im Ulmer Hotel Maritim.

Gastgeber Rumetsch eröffnete mit einem Plädoyer für die Einführung von bedarfsbezogenen Festzuschüssen. Hauptargument dafür sei die Planungssicherheit für alle Beteiligten: Patienten, Ko-

stenträger und Zahnärzte. Diese Festzuschüsse könnten durchaus auch über die KZVen abgerechnet werden.

Prof. Staehle, unermüdlicher Vorkämpfer für den vielbeschworenen Paradigmenwechsel von reparativer zu mehr präventionsorientierter und minimalinvasiver Zahnheilkunde, meldete seine Zweifel an den angeblich kostensenkenden Impulsen von mehr "Eigenverantwortung" an. Für ihn gibt es keine medizinisch begründbare Grenzziehung zwischen obligater "Need-Dentistry" und fakultativer "Want-Dentistry". Den dazwischen liegenden Sowohl-als-auch-Bereich beziffert er mit mindestens 60%, vielleicht aber auch 80%. Die Grenzlinien könnten nicht medizinisch, sondern müßten politisch-ökonomisch gezogen werden. Dieses Dilemma zog sich wie ein roter Faden durch alle Beiträge. Die deutlichste Gegenmeinung dazu formulierte Prof. Pfaff, Vorsitzender der SPD-AG Gesundheitswesen, der diese Grenzziehung von der Wissenschaft und der Selbstverwaltung der Kassen und Zahnärzte einforderte, womit er ziemlich allein dastand.

Staehles Meinung wurde weitgehend bestätigt durch den Dresdener Prof. Walter, der die Ergebnisse seiner "Sachsenstudie" vorstellte, die den normativen (objektiven) und subjektiven Behandlungsbedarf ermittelt hatte. Zwischen beiden klafft eine große Lücke. Die GKV könne nur den Bedarf abdecken, dessen therapeutischer Nutzen, zahnmedizinische Notwen-

digkeit und Wirtschaftlichkeit nachgewiesen ist. Das ist ein großes Feld, aber sehr viel weniger, als der subjektive Bedarf, der sich u.a. in erwartetem Gewinn an Lebensqualität ausdrückt und den die moderne Zahnheilkunde durchaus abzudecken in der Lage ist.

Die Sinne für die Tricks der Demoskopen schärfte Prof. Schwarze (Bamberg), der die Präferenzen von Befragten vor Einführung neuer Versorgungsformen (HMOs, "Einkaufsmodele") beleuchtete. Er verglich Befragungen z.B. in Deutschland und in den USA zu den Gewichtungen der Bürger von freier Arztwahl, Akzeptanz von unterschiedlichen Qualitätsniveaus, unterschiedlicher Versicherungsbeiträge und unterschiedlich umfangreichen Leistungskatalogen miteinander.

Mein Eindruck: Die großen Versicherungsgesellschaften, in deren Auftrag solche Befragungen durchgeführt werden, sind der Politik und auch uns Zahnärzten weit voraus. Wir sind gut beraten, wenn wir unsere Standesführung zur Wachsamkeit aufrufen und solche Befragungen möglichst selbst durchführen. Damit wären unsere Öffentlichkeitsarbeits-Etats besser angelegt als mit dem massenhaften Kauf gelber Mützen.

Rüdiger Saekel, sturmerprobter Beamter unter inzwischen sieben (?) Bonner Gesundheitsministern, zog eine durchweg positive Bilanz der letzten zwanzig Jahre: immer mehr Gesundheit für immer weniger Geld. Er listete aber auch noch einmal akribisch den Handlungsbedarf auf, den uns das neue Gesetz auferlegt hat. Dabei sieht er durchaus noch Erweiterungsmöglichkeiten für den GKV-Leistungskatalog, z.B. in besserer Diagnostik (Kariesmonitoring, Risi-

koeinstufung), z.B. in Compositetechnik als Erstversorgung, z.B. im Entfernen subgingivalen Zahnsteins, z.B. in substanzschonendem Zahnersatz (Klebe- und metallfreie Brücken). Er wünscht sich eine schärfere Definition der Mehrkosten- und der reinen Privatleistungen, eine Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten z.B. in konsequentem risikoorientiertem Recall mit persönlichem Zahngesundheitspaß. Er nimmt die Scheu vor neuen Vertragsformen mit Verträgen mit längeren Gewährleistungen, die Patienten zu regelmäßigen Zahnarztbesuchen verpflichten. Nachhaltig fordert er eine BEMA-Umstrukturierung, in der die einzelnen Versorgungsbereiche gleich gewichtet werden. Seine Ausführungen sind gleichermaßen geprägt von profundem Wissen über eine bessere Zahnheilkunde wie von dem unerschütterlichen Glauben, sie von Staats wegen durchsetzen zu können und auch zu sollen.

Von alledem nichts wissen wollte U. Müller vom Konkordat der Schweizer Krankenversicherer, der geradezu kontrapunktisch ein ebenfalls gut, aber ganz anders funktionierendes System vorstellte. Dort gibt es auf der Basis einer vorbildlich vom Staat organisierten flächendeckenden Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche ein rein privates System mit einer Kostenbeteiligung von min. Sfr. 230.- bei 10% Eigenbeteiligung an allen Leistungen bis max. Sfr. 600.-. Alle zahlen unabhängig vom Einkommen für denselben Versicherungsschutz gleich viel Beitragsprämie mit Abstufungen für Kinder und Sozialfälle. Nach einem bis heute noch nicht abgeschlossenen Konzentrationsprozeß versichern die zehn größten Gesellschaften ca. 80% der Schwei-

Unsere Linie: Satin-Steel™

Stabilität
durch ideale
Rockwell-Härte

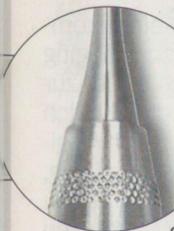
Superscharf
durch Präzisionsschliff
und Immunity-Steel™

Optimales Gewicht
fein ausbalanciert für
ermüdungsfreies Arbeiten



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

Ideale Abwinkelung der handgefertigten
Arbeitsenden



Größerer Durchmesser von
9,5 mm für entspannteres Greifen

Sanfter konischer Übergang
vom Handgriff zum Arbeitsende
vermeidet Druckstellen

Verschleißfestigkeit durch Immunity
Steel™, unseren dreifach wärmebehandelten
Spezialstahl

*Hu-Friedy 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 Paro-
dontologie und*

*Diagnostik kann mit
diesem Griff
bestellt werden.*



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

zer. Müller: "1964 gab es 1250 arme und kranke Krankenkassen, heute gibt es 106 reiche und moderne Krankenversicherer." Was Müller nicht sagte: durch diesen Konzentrationsprozeß wächst die Macht der Versicherer, die mit immer rigideren HMO-Einkaufsmodellen massiv Druck auf die Vertragsfreiheit der Zahnärzte ausüben. Müller gefällt sein System: "Wir werden in den nächsten zwanzig Jahren nichts daran ändern."

Die Position der Spitzenverbände der Krankenkassen zur "Weiterentwicklung des Leistungskataloges" vertrat Herr Gabe vom BKK- Bundesverband. Er wies auf die vom Gesetzgeber bis zum 31.12. 2001 dem Bundesausschuß (Zahnärzte/Krankenkassen) vorgegebene Aufgabe hin, den Leistungskatalog neu zu definieren, Richtlinien vorzugeben und die Rahmenbedingungen für den Bewertungsausschuß (*Anm.: Zeitmeßstudien und Modellpraxis*) zu beschreiben. Es folgte der wohl unverzichtbare Appell, "ressourcenvernichtende Defizite zu beseitigen" und "Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven" auszuschöpfen. Aus den etwas weitschweifigen Auslassungen über den "abnehmenden Grenznutzen von zunehmenden Leistungen" konnte der aufmerksame Zuhörer dann aber auch entnehmen, daß dem Wunsch nach einem unendlichen Leistungskatalog seitens der Kassen doch langsam Grenzen gesetzt sind. Deutlich und richtig war auch sein Hinweis auf die fehlende Konsumentensouveränität. Durch die Dominanz des Behandlers könne der Patient nicht frei entscheiden, ein Punkt, auf den auch andere Referenten hingewiesen haben.

(Anm.: die Zahnärzteschaft sollte möglichst schnell im Wettbewerb zwischen Kassen, Patientengruppen, Verbraucherorganisationen etc. ihre Sachkompetenz einbringen und ihre Auffassungen von qualitativ hochwertiger Zahnheilkunde unter die Leute bringen.)

Prof. Oberender (Bayreuth) propagierte den Ausstieg der gesamten Zahnheilkunde aus dem Leistungskatalog der GKV spätestens dann, wenn bei weiterhin begrenzten Einnahmen die Finanzmittel für lebenswichtige Maßnahmen wie z.B. Pränatalmedizin oder Chirurgie gebraucht würden. Den Zahnärzten riet er, sich "moralisch aufzurüsten", auf die Wellness-Welle aufzuspringen und im gesteigerten Gesundheitsbewußtsein den Wachstums- und Beschäftigungsmotor zu sehen. Eine Milliarde DM mehr im Gesundheitswesen schaffe 10.000 (netto 6.000) neue Arbeitsplätze. Er rief auf zu Zertifizierungen, zu Gewährleistung, zu "Entfeudalisierung" der Körperschaften, die die Schlechten schützten, zu Benchmarking und zu freierem Waren- und Kapitalverkehr im Gesundheitswesen.

Prof. Eekhoff, Sprecher der "Reformkommission Soziale Marktwirtschaft", ging nicht ganz so weit, aber auch er rief zur Beschränkung der GKV auf die wirklich notwendigen Leistungen auf. Zusatzleistungen seien nicht versicherungsfähig, weil nachfrageorientiert und nach oben offen. Eine Begrenzung der Mehrkosten sei qualitätsschädigend, weil die Einführung neuer Methoden nur durch hohe Honorierung von Spitzenleistungen möglich sei. Nur durch ständige Innovation würde der Qualitätsdurchschnitt

insgesamt angehoben. Nur dadurch sei der hohe Leistungsstandard für den Normalbürger zu sichern. (*Eine kritische Würdigung zum kürzlich veröffentlichten Bericht der Reformkommission finden Sie im DAZ-Forum Nr.68, S.11*).

Kirschner, SPD, Vorsitzender des Gesundheitspolitischen Ausschusses des Bundestages, stellte noch einmal die Absicht des Gesetzgebers bei der "Gesundheitsreform 2000" dar. Karies und Parodontalerkrankungen seien vermeidbare Krankheiten und da setze das Gesetz mit seinem Auftrag zur Stärkung der Gruppenprophylaxe, zur BEMA-Umstrukturierung und zur Qualitätssicherung an. Gesundheitspolitik sei mehr als Fiskalpolitik und Prävention sei in der Zahnmedizin von allen medizinischen Bereichen am wirkungsvollsten. Sein Wort in Gottes Ohr! Noll, FDP, selbst Zahnarzt, wollte davon wenig wissen und plädierte temperamentvoll für die Grundversorgung und den Arbeitgeberfestbeitrag.

Prof. Pfaff, SPD-MdB, schlug moderatere Töne an: er möchte über das Vehikel Gesundheitspolitik nicht die Gesellschaft verändern und kann sich den Pflichtleistungskatalog durchaus um Privatleistungen erweitert vorstellen. Die Grenze möchte er aber nicht von der Politik, sondern von der Selbstverwaltung ziehen lassen, die Politik gäbe nur die Normen vor, womit er die Hauptkonfliktlinie der nächsten zwei Jahre beschrieben haben dürfte.

Bahlo, Präsident der Dt. Gesellschaft für Versicherte und Patienten, legte den Finger in die Wunden des Systems aus der Sicht seines Klientels: Marktwirtschaft funktioniere nur mit starken Kunden. Dazu wies auf immer schlechter

ausfallende Zufriedenheitsstudien hin. Die KZVen erfüllten den Sicherstellungsauftrag nicht, wenn zu angeblich budgetbedingten Leistungsverweigerungen aufgerufen werde. Es gäbe eine falsche Verwendung von Ressourcen, wenn das Geld nicht dahin flösse, wo es hingehöre. Durch die schon vorhandene Mehrklassenmedizin fände eine Entsolidarisierung statt, chronisch Kranke und sozial Schwächere würden schlechter behandelt als Gesunde, bei den Leistungen gäbe es zu wenig Ergebnisbeschreibung und die Wissensdefizite von Patienten führten zu mangelnder Kostentransparenz. Er sieht Handlungsbedarf zur Stärkung der Patientenposition.

Und dann stieg eine (stark erkältete) Ministerin Fischer in den Ring. Auch sie zog noch einmal eine sehr positive Bilanz Bonner Gesundheitspolitik und beschwor den Paradigmenwechsel. Der Bedarf an Totalprothetik sei in den letzten zwölf Jahren um 37% zurückgegangen, jetzt gehe es weniger ums Geld, als darum, Präventionsorientierung und Qualitätssicherung zu stärken. Letztere sei ein immer noch stark unterschätzter Steuerungsparameter von Kosten. Stärkung von Konsumentensouveränität steuere Transparenz bei der Nachfrage von Leistungen - sie rief zum Wettkampf um das Vertrauen der Verbraucher auf. Dabei wolle sie niemandem etwas wegnehmen, sondern Alternativangebote stärken. Zu diesem Zweck habe man eine Arbeitsgruppe gebildet, die die Verbesserung von Rahmenbedingungen zur Patientenberatung zum Ziel hat. Die Zahnärzteschaft ist zur Mitarbeit eingeladen. Auch sie räumte der Zahnmedizin eine Sonderstellung im Gesundheitswesen ein,

wenn es darum geht, bei sinkender Lohnquote und demografischem Wandel dem Finanzmangel im System zu begegnen. Sie wies dazu auf den bevorstehenden Bericht des Sachverständigenrates zum Thema Unter- und Überversorgung hin. Ihr Resümee: das Gesundheitswesen ist ein Wachstumssektor, in dem jeder seine legitimen Interessen offenlegen soll und in dem die Diskussion ebenso offen geführt werden soll. Es verschlechtere aber jeder seine Position, der allzu forciert nur seine Eigeninteressen einfordert. Letzteres dürfte an die Adresse eines bestimmten Flügels zahnärztlicher Interessenvertreter gerichtet gewesen sein und wirft ein Schlaglicht auf die Ursachen des wirtschaftlichen Absturzes der deutschen Zahnärzteschaft in den letzten zwei Jahrzehnten.

Danach gab es eine lebhafte Diskussion von vielen anderen hochkarätigen Teilnehmern, von denen hier noch Prof. Wasem, Gesundheitsökonom aus Greifswald, genannt werden soll, der unser gesamtes gegliedertes GKV- und PKV-System mittelfristig für nicht EU-fähig hält. Er sieht im Europa der Zukunft eine Pflichtversicherung für alle auf uns zukommen, ob mit gleichen Prämien, ob im Umlageverfahren oder mit einkommensbezogenen Beiträgen, ließ er offen. Leistungen würden auf jeden Fall rationiert werden müssen und die Entscheidung darüber müßten die Regierungen fällen. Nur sie seien legitimiert für so weitgehende gesellschaftliche Eingriffe. Der Selbstverwaltung fehle diese Legitimation. Ein Hoffnungsschimmer oder eher trübe Aussichten angesichts der ungeheuren Anstrengungen, die derzeit die Selbstverwaltung bei der

Neugestaltung des Leistungskataloges auf sich nimmt?

In den anderen 'gesellschaftlich relevanten Gruppen' wird die Neugestaltung des Gesundheitswesens offen diskutiert. Gewiß nicht überall ideologiefrei, aber durchweg offener als bei uns Zahnmedizinern. Wir haben die Chance, attraktive Modelle zu erarbeiten und sie zur Diskussion zu stellen. Die Zeit, wo man uns die alleinige Kompetenz für die Strukturen der zahnmedizinischen Versorgung zugebilligt haben mag, ist allerdings vorbei. Ohne ständigen Austausch mit der Mehrzahl der Meinungsbildner in dieser Gesellschaft bleiben wir isoliert. Umso größer das Verdienst der kleinen unbeugsamen Veranstaltergruppe um die Herren Cox und Kollegen Rumetsch, die mit dieser Arbeitstagung ein Forum geschaffen haben, auf dem die gesundheitspolitischen Aspekte zahnärztliche Berufspolitik behutsam wieder der gesellschaftspolitischen Realität nähergebracht werden konnten.

Und noch eines fiel auf: die personelle, politische und argumentative Präsenz der "drei Säulen der deutschen Zahnärzteschaft". Dem KZBV-Vorsitzenden hätte sich bei solcher Meinungsvielfalt sicher der Magen umgedreht: er hat sich klugerweise die Teilnahme von vornherein erspart. Sein Stellvertreter saß still in der dritten Reihe der Zuhörer. In der ersten fand man immerhin den Präsidenten der BZÄK und ein paar Plätze weiter ein FVDZ-Vorstandmitglied - alle vereint in stummer Teilnahme. Manchmal ist Schweigen Gold.

Dr. Roland Ernst, Edewecht

DAZ zur Situation in Niedersachsen: KZVN scheitert - mal wieder - vor Gericht!

Köln, den 11. April 2000

Der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) beehrte am 24. 02. 2000 vom Landgericht Hannover, dem Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund, vertreten durch seinen Vorsitzenden Wolfram Kolossa, die Behauptung zu untersagen "... es wurden Millionenbeträge einbehalten, die bis heute nicht vollständig ausgezahlt sind".

Der DAZ hatte zuvor in mehreren Veröffentlichungen kritisiert, daß die Körperschaft von den Krankenkassen überwiesene Honorar beträge aus 1994 und 1995 nur verspätet oder unvollständig an die Zahnärzte, die die entsprechenden Leistungen erbracht hatten, weitergegeben hat.

Am 06.04.00 wurde das Urteil verkündet:

Der Antrag der KZVN wurde in vollem Umfang zurückgewiesen. Es handelt sich um eine nicht zu beanstandende Behauptung.

Nachdem der Geschäftsführer der KZVN Rudolf Theinert zunächst am 24. 02. 2000 eidesstattlich versicherte, daß die Gesamtvergütung für 1994 und 1995 am 19. 12. 1997 restlos verteilt worden ist, mußte er auf Einrede des DAZ zugeben, daß selbst am 31. 03. 2000 noch ein sechsstelliger Betrag nicht ausgekehrt ist.

Wann erfüllt die KZVN endlich ihre Aufgaben und zahlt erarbeitete Honorare zeitnah aus?

Stattdessen werden kritische Sachfragen durch die KZVN nicht sachlich beantwortet, sondern Kritiker werden in endlosen Verfahren vor Gericht gezerrt. Das Prozesskostenrisiko trägt ja auch nicht der Vorstand der KZVN - sondern die niedersächsische Zahnärzteschaft!

Nach Ansicht des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde muß dieses Verhalten endlich ein Ende haben.

Niedersachsens Zahnärzte können nicht mehr bis zu den Wahlen warten; der Vorstand der KZVN muß umgehend zurücktreten!

Das Praxislabor:... und es rechnet sich doch.

Im DAZ-forum 66/99 habe ich den Bericht zum Praxislabor beendet mit dem Resümee, daß sich ein Praxislabor bei knallharter Kalkulation neben guter Serviceleistung für unsere Patienten auch wirtschaftlich rechnen und manche Arbeitsgänge erheblich erleichtern kann. Es gilt aber auch, daß die zahnärztliche Behandlung nicht zur Arbeitsbeschaffungsmaßnahme für das Labor degradieren darf, genauso wie das Labor nicht das zahnärztliche Behandlungsspektrum auf wenige Techniken beschränken darf. Wir müssen m.E. unser Labor auf das wirtschaftlich Machbare spezialisieren und mit dem Service der gewerblichen Labore sinnvoll kombinieren, damit wir in unseren Therapieentscheidungen indikationsbezogen frei sind (soweit es die GKV und das Portemonnaie des Patienten zulassen). Dieses möchte ich nun mit Zahlen untermauern.

In der ZWP 1/00 wird von Dr.Saneke das Praxislabor als „eine zusätzliche Einnahmequelle“ vorgestellt, das selbst in schwachen Monaten ein Auftragsvolumen von DM 40.000 (bei 2 ZÄ+Ausbildungsassistent) nicht unterschreiten soll. Dafür sind 2-3 Techniker notwendig, die mit „ausschließlich hochwertigen neuen Markengeräten“, einem Materialumsatz (Gold ,Zähne, Fertigteile) von ca. DM 10.000 und ca. DM 20.000 Kosten für Lohn, Raum, Verbrauchsmaterial, Sonstiges und Zinsen) sowie einem Investitionsvolumen von DM 160.000 pro Monat DM 10.000 Gewinn „im expandierenden Selbstzahlermarkt“ mit

entsprechend gestalteter Gebührenordnung erwirtschaften. Ein durchaus verlockendes Ergebnis, was bei meinem Patientenstamm nach obigen Prämissen ausgeschlossen ist und ein Glücksfall sein muß.

In der DZW 4/00 wird eine betriebswirtschaftliche Studie der Weidhüner & Partner Beratungsgesellschaft unter dem Titel „Das durchschnittliche Praxislabor lohnt sich nicht“ - oder doch? vorgestellt, die nach Auswertung vieler Praxislabor von ganz anderen Ergebnissen spricht: Im durchschnittlichen Praxislabor wird uns bei einem monatlichen Auftragsvolumen von DM 14.860 von 1.3 Technikern und einem Materialumsatz von 3.600 DM bei einem Investitionsvolumen von DM 104.000 bei etwa DM 12.400 Kostendruck ein monatlicher Verlust von ca. DM 1.130 beschert. Um gerade eine Kostendeckung, den break-event-point zu erreichen, müßte der Laborumsatz mindestens DM 21.333 monatlich betragen und, um das Labor auf zwei volle Technikerstellen zu erweitern, müßte der gesamte Praxisumsatz auf 1.3 Millionen bei ca. 30% Laborumsatz pro Jahr gesteigert werden - ein nicht gerade einfaches (und wünschenswertes) Unterfangen für die Kassenpraxis mit Totalbudgetierung - trotzdem wäre das Labor dann immer noch keine Einnahmequelle!

Dennoch waren laut Studie die allermeisten der beteiligten Zahnärzte der Ansicht, daß sie mit ihrem Praxislabor Geld verdienen - 96% der Praxen in der Studie

verfügten aber nicht über eine differenzierte Kostenrechnung. Deshalb bietet die Studie eine „Analyse-Tabelle an (siehe S.16), mit der jeder sein Labor selbst daraufhin analysieren kann, ob die vermeintlichen Gewinne in der Realität Verluste sind. Diese Tabelle habe ich nun mit unseren auf 12 Monate hochgerechneten Zahlen ergänzt und komme zu sehr interessanten Ergebnissen:

In unserer Praxislaborgemeinschaft mit drei beteiligten ZÄ + 1 Ausbildungsassistent werden nur „Arbeitsvorbereitungen“, herausnehmbarer Zahnersatz und Schienen hergestellt, erweitert und repariert - im Gegensatz zum Labor Dr.Saneke (im folgenden A), das bevorzugt die „hochwertigen“ Arbeiten, also Keramik, Goldguß und Implantatversorgung fertigt. Dies macht auch über 50% des Arbeitsanfalles bei dem Durchschnittslabor (im folgenden B) aus. Deutlich unterschiedlich sind daraus folgend die Umsatzzahlen: A: DM 480.000, B: DM 178.300 und wir DM 63.754. Wir können mit unseren Aufträgen kaum eine 1/2 Teilzeitkraft auslasten, A braucht 2-3 Vollkräfte, B 1,3. Der Umsatz ist direkt an die Kosten gekoppelt: „hochwertige“ Arbeiten brauchen teure Materialien (Gold, Fertigteile) und werden bei A mit DM 120.000 kalkuliert, betragen bei B DM 43.000 und bei uns sind es DM 935. Ähnlich verhält es sich mit den Personalkosten: (A: DM 144.000, B: DM 86.100 und wir DM 30.219) und mit den Ausrüstungs- bzw. Investitionskosten (A:DM 160.000 B: DM 104.000 und wir DM 14.400). Zur Ausrüstung waren bei uns schon ein Gipstrimmer, Rüttler und Technikmotor vorhanden, im übrigen haben wir uns auf dem reichhaltigen

Gebrauchtmarkt umgesehen und das Labor großzügig mit Geräten und Materialien ausgestattet, alles sofort bezahlt und abgeschrieben. Bei B werden die Geräte über Kredit verzinst und über ca. 7 Jahre abgeschrieben. A, dessen hochwertige neue Markengeräte nach einem Jahr auch Gebrauchtgeräte sind, berücksichtigt in seiner Bilanz nur die Zinsen seiner Kredite, nicht die Afa oder Tilgung. Hier müßten zum Vergleich DM 23.000 jährlich bzw. 2.000 monatlich angesetzt werden. Da seine Berechnung auch andere Kosten wie KZV/Inkassogebühren, Forderungsausfälle, Verwaltungskosten vergisst, ist sein monatlicher Überschuß über DM 10.000 schön gerechnet und mit den Durchschnittswerten (B) nicht vergleichbar. Deshalb werde ich zum weiteren Vergleich nur den Durchschnitt (B) nehmen - obwohl es mir ein Rätsel ist, wie das Durchschnittslabor mit DM 360.- Miete pro Monat auskommen will.

Die Studie von Weidhüner und Partner bringt als Zwischenergebnis das betriebswirtschaftliche Produktionsergebnis, das ein für mich erstaunliches Resultat zeigt (vergleiche Tabelle): Obwohl wir nur 1/3 des Durchschnittsumsatzes gemacht haben, unsere Mitarbeiterin 14% weniger Stundenumsatz als der Durchschnitt machte, liegt unser Produktionsergebnis ca. 5% über dem Durchschnitt. Dafür sehe ich zwei Ursachen: hoher Umsatz bei feststehendem ZE bringt hohe Kosten (insbesondere Personal und durchlaufendes Material), hohe Investitionen bringen viele Zinsen. Obwohl im ersten Jahr bei uns die (voll abgeschriebenen) Investitionskosten höher als der Durchschnitt sind, fahren

wir durch das Sparen der Zinsen günstiger, insbesondere entfallen diese Ausgaben bei uns in den nächsten 6 Jahren.

Letzte Meldung

Laut DZW vom 03.05.00 läßt die SPD-Arbeitsgruppe Gesundheit in einer Anfrage vom Bundesjustiz- und Bundesinnenministerium verfassungsrechtlich prüfen, ob durch eine Änderung des SGB V den Zahnärzten eine Anfertigung von Zahnersatz im Praxislabor untersagt werden kann. Damit folgt sie einer Forderung des Verbands Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI): **"Herstellung der Zahntechnik muß Exklusivrecht des ZTM' werden"**, der sich eine lästige Konkurrenz vom Halse schaffen will. Nach VDZI-Präsident Lutz Wolf seien die "zahnärztlichen Hilfsbetriebe Praxislabore" zu einem gewerblich orientierten "Profit-Center" mutiert. Der VDZI wünscht zusätzlich² die Einführung des "Prothetikers"³ sowie Absenkung der Praxislabor-Honorare von jetzt -5% auf -20%.

Hier wird vom VDZI ein verzweifelter Verteilungskampf gestartet, über den sich Kassen und Politiker nur freuen können: sind doch die deutschen Zahntechniker die teuersten, deren Preise im Ausland über 50% unterboten werden. Verlierer dieser Forderung werden die Zahntechniker (sie werden sich als Insel-Monopolisten einer angepassten Honorarordnung unterwerfen müssen) gemeinsam mit den Zahnärzten sein (sie werden eines Teils ihrer Freiberuflichkeit beraubt), und die Patienten - letztere, weil sie auf gute Serviceleistungen verzichten müssen. Und das mit dem **Profit-Center** nach Wolf, das war wohl nichts - siehe nachfolgende Berichte. *U. Happ*

1) Zahntechnikermeister

2) Zitiert aus dem Rundfax der IG WIR, Hamburg vom 4.05.00

3) Zahntechniker, der dem Patienten nicht invasiven ZE wie 28er eingliedern darf

Nimmt man dann das Betriebsergebnis, wird dieser Trend noch deutlicher: Hat das Durchschnittslabor einen jährlichen ehrlichen Verlust von 7.6 % oder DM 13.500 zu verbuchen, so läuft es bei uns auf eine Null-Nummer (+ 0.017%) heraus. Auch ein trauriges Ergebnis. Aber ich kann es schönrechnen: sonstige Personalkosten oder Instandsetzungskosten hatten wir im ersten Jahr nicht, Verwaltungskosten auch nicht (habe ich selber gemacht), diese Zahlen sind nur zur Vergleichbarkeit von mir addiert worden, und die Investitionskosten konnten fast vollständig mit den EGZ-Zuschuß nach SGB III, § 217-228 ausgeglichen werden, sodass der tatsächliche Jahresüberschuss ca. DM 8.300 beträgt. Und unsere Geräte sind bezahlt.

Deshalb zum Schluß noch einmal an die Kollegen, die mit dem Praxislabor liebäugeln:

Prüfen Sie sehr genau, welche ZE-Arbeiten Sie in den vergangenen Jahren in Auftrag gegeben haben und welche davon Sie nach knallharter Kalkulation wirtschaftlich selbst machen (lassen) können. Bedenken Sie: hoher Laborumsatz bringt nicht unbedingt hohen Gewinn - und bei Umsatzflauten stehen Sie mit den Kosten da. Bereiten Sie sich gut vor und lassen Sie sich umfangreich beraten, nicht unbedingt von denen, die Ihr Labor einrichten oder finanzieren wollen. Sehr brauchbar ist stattdessen das Loseblattwerk vom SPITTA-Verlag: „Das zahnärztliche Praxislabor“ (siehe Buchbesprechung im DAZ-forum 66/99), das wirklich neben praxisnah aufbereiteten zahntechnischen Themen umfassenden Rat zu gesetzlichen, steuer-, arbeits- und versicherungsrechtlichen sowie vertrag-

lichen Fragen gibt und uns die Abrechnungspositionen anbietet. In den Nachlieferungen hat Herr Stemmann einen sehr schönen Weg zur Privatabrechnung gefunden: Zeigt er erst tabellarisch die Positionen für eine bestimmte Arbeit nach der vertrauten BEL II auf, so ordnet er dieser Liste die umfangreicheren BEB 97 Positionen mit Erläuterungen zu. Angeschlossen wird eine Liste mit weiteren möglichen Zusatzleistungen, sodass man mit dieser Liste sehr leicht die Positionen für einen Kostenvoranschlag oder eine fertige Arbeit zusammenstellen kann. Die Nachlieferung von März 2000 enthält einen sehr bemerkenswerten Beitrag von Dr. Hermann, wie man sein Praxis-Angebot mit Auslands-Zahnersatz ergänzen kann. Sehr schön finde ich insgesamt, wie ei-

nen die Autoren fast persönlich ansprechen (und für Fragen über einen Infoservice offen sind) und ihre Liebhabereien verraten. So mußte ich z.B. über die hochgelobte Handschleuder des Herrn Wall schmunzeln (es geht wirklich, als Student habe ich damit gute, aber auch schreckliche Erfahrungen gemacht - ein Kommilitone hatte mit dem Gold auch den Karabinerhaken so erhitzt, daß dieser sich beim Schleudern aufbog und der Korb nebst Gold und heißer Muffel durch den Übungsraum flog). Die im Nachtrag vorgestellte gipslose Prothesenreparatur ohne Modell hingegen würde ich lieber nicht nachvollziehen - aber das muß jeder angehende Laborleiter selbstverantwortlich entscheiden.

Dr. U.Happ, Hamburg

Guinand-Dentalgerätehandel

Deichstraße 8a

26382 Wilhelmshaven

Tel: 04421-994667 Fax: -454240

**Wir haben ständig eine große Menge günstiger
Gebrauchtgeräte mit Garantie im Angebot z.B.**

KaVo K9 Technikmaschine DM 980

KaVo SF Technikmaschine DM 1400

KaVo Doppeltechnikertisch DM 3200

Techniktischabsaugungen KaVo oder Freuding je DM 980

Degussa Tiegelschleuder TS 3 DM 4600

Neugeräte Dampfstrahler:

2 Liter Gerät 820 DM, 5 Liter Gerät 1200 DM

Alle Preise zzgl. Mwst. und Versand

Zahlen aus der DZW 4/00

„Das durchschnittliche Praxislabor lohnt sich nicht“ - oder doch?!

Ergänzender Vergleich der Durchschnittsdaten 1998 mit unseren Daten 1999

Ergebnisrechnung pro Jahr (alle Werte gerundet), unsere Werte auf 12 Monate hochgerechnet (Durchschnittliche Mitarbeiterzahl: 1.3, wir 0.5)

	Studiendurchschnitt	In %	unser Beispiel
Laborumsatz ohne MWSt	178.300	100	63.754
Materialkosten (z.B. Gold, Zähne)	43.100	24.2	935
Verbrauchsmaterial	9.800	5.5	2.655
Personalkosten	86.100	48.3	30.219
Gebühr KZV/Abrechnungsgeb.	5.900	3.3	2.035
durchschn. Forderungsausfälle	2.1440	1.2	740
Abschreibung (Afa)	13.000	7.3	14.400 ²
Zinsen Kontokorrent	3.000	1.7	-
Zinsen Darlehen	3.120	1.7	-
Produktionsergebnis	12.140		12.770
sonstige anteilige Personalkosten	5.400	3.0	1.900 ³
Raumkosten (Kaltmiete) 360 x 12	4.320	2.4	in nächster Zeile enthalten
Energiekosten (32 % der Kaltmiete)	1.380	0.8	5.460
Instandsetzungs-/haltungskosten	9.000	5.2	3.400 ³
anteilige Verwaltungskosten (3 %)	5.400	3.0	1.900 ³
Betriebsergebnis	- 13.560⁴	- 7.6%	+110
Investitionskosten (50.000-350.000)	104.000⁴		14.400⁵
Durchschnittliche Umsatzleistung pro Arbeitsstunde	gewerbl. Labor	94.90	
	Praxislabor	76.11	unser Labor 65.59 ⁶
Durchgeführte Arbeiten (Schätzung)	durchschnittl Praxislabor: Kronen/Brücken usw 52% davon 58% Gold, 42% Keramik Reparaturen 10% herausnehm.ZE 28% dabei ist wohl KBR enthalten Kombi-Arbeiten 8%		unser Praxislabor ---- 35 % 60 % 5 %

1) Betriebswirtschaftliche Studie zum Praxislabor der Weidhüner & Partner Beratungsgesellschaft zitiert aus DZW 4/00: "Das durchschnittliche Praxislabor lohnt sich nicht" - oder doch?

2) Diese gesamte Geräteausrüstung und Materialgrundausrüstung wurde sofort bezahlt und abgeschrieben

3) Diese Kosten sind bei uns rein kalkulatorisch aufgenommen, tatsächlich aber nicht entstanden

4) Wird im Verlauf von durchschnittlich 8 Jahre abgeschrieben (Afa), verzinst und getilgt.

5) Enthält auch die Grundausrüstung Material. Wurde sofort abgeschrieben und durch öffentliche Mittel (EGZ Zuschuß laut SGB III, §217-228) bis auf ca. DM 3.000 ausgeglichen. Einige Altgeräte waren schon vorhanden.

6) Da keine materialkostenintensiven Kronen- Brückenarbeiten angefertigt werden, ist entsprechend auch der Matenalkostenanteil geringer.

...und wie sieht es im gewerblichen Labor aus?

Für Zahn technikerbetriebe zeigt der Betriebsvergleich in Schleswig-Holstein für 1997 laut „Branchen spezial“ (ein Wirtschaftsbericht der Dt. Volks- und Raiffeisenbanken vom März 2000) ein im Durchschnitt noch schwach positives Ergebnis (siehe Tabelle). Aktuellere Daten liegen nicht vor, doch kam es 1998 zu einem bundesweit drastischen Umsatzeinbruch von 30%, der in nahezu allen (!) Betrieben zu einem negativen be-

triebswirtschaftlichen Ergebnis geführt haben dürfte. Nach Erhebungen des VDZI konnte durch bessere Auftragslage in III/99 der negative Trend gestoppt, eventuell für das ganze Jahr ein leichtes Umsatzplus verzeichnet werden, auch für 2000 wird auf Grund des Nachholbedarfes ein leichtes Umsatzwachstum erwartet. Betriebe mit überdurchschnittlichen hohem Fixkostenanteil sind in ihrer Existenz weiterhin gefährdet.

Ergebnisrechnung für Zahn techniker in Schleswig-Holstein 1997

Größenklasse (Beschäftigte)	1-5	6-10	11-20	über 20
Durchschnittlicher Umsatz in 1000 DM	502	931	1620	3039
folgende Angaben in % des Betriebsumsatzes (=100%)				
Verbrauchsmaterial	3,3	3,5	3,1	3,0
Einzelkostenmat. (z.B.Edelmet.)	13,9	14,3	16,3	16,0
Rohgewinn	82,5	82,1	80,5	80,7
Personalkosten				
(ohne Unternehmerlohn)	21,5	32,5	37,8	36,3
Personal Verwaltung	7,0	6,0	7,4	11,3
Abschreibung	4,6	4,0	2,8	2,5
geringw. Wirtschaftsgüter	0,9	0,5	0,2	0,3
Miete / Pacht	4,7	1,9	2,0	1,4
Kfz-Kosten	3,1	2,0	2,3	2,1
sonstige Kosten	11,3	10,0	11,0	8,7
Ergebnis vor Steuern	29,5	25,1	17,1	18,2
kalkulat. Unternehmerlohn	21,5	13,1	7,7	4,4
kalkulat. Eigenkapitalzins.	1,1	2,4	1,5	2,2
Betriebswirtschaftliches Ergebnis	7,0	9,6	7,9	11,4

Diese Aufstellung zeigt, daß bei den gewerblichen Laboren die kleinen Betriebe durch eine günstigere (Lohn) Kostenstruktur prozentual im Ergebnis zwar besser abschneiden - dies aber nur durch Einsatz der eigenen Arbeitskraft des Laborinhabers. Der gute Ertrag wird durch den einzusetzenden kalkulatorischen Unternehmerlohn gefressen, wobei die Arbeitszeit sicher nicht auf die 36 Stundenwoche beschränkt werden kann - wir kennen diese Problematik aus unserer selbständigen zahnärztlichen Tätigkeit. Diese Aufstellung zeigt uns auch, daß wir bei der uns jetzt häufig angebotenen zahnärztlichen Beteiligung an gewerblichen Laboren sehr kritisch rechnen und vorsichtig sein müssen.

U.Happ, Hamburg

In den Fängen von Programmierern

Spät aber immerhin habe ich vor 6 Jahren beschlossen, endlich auf EDV umzusteigen. Der junge Mann, bei dem ich das Programm erwarb, war sehr hilfsbereit und nach 2 Monaten heftiger Inanspruchnahme seiner freundlichen Hotline beherrschte ich die wichtigsten Funktionen leidlich. In kurzen Abständen erreichten mich zahllose Updates- oft zur Verbesserung der Software, oft aber auch, um Fehler zu beheben und natürlich auch um die sich ändernden Abrechnungsmodalitäten zu berücksichtigen. Ich richtete mir meine Texte und Vorgaben für alles in Frage kommende ein, realisierte die geplante Personaleinsparung und war zufrieden.

Nach 3 Jahren: ein neues Programm, zwangsweise, nach Vorankündigung unumgänglich, eine tolle Verbesserung, nicht schwieriger. Wieder Wochen starker Hotlineinanspruchnahme mit oft ärgerlich langen Wartezeiten. Offensichtlich war ich nicht der einzige, der mit dem Umstieg so seine Probleme hatte. Aber gut: ich adaptierte das neue Programm, lernte neue Tastenkombinationen, bastelte an Druckereinstellungen usw. Nach einem Jahr waren auch die meisten Schwächen (Fehler) bereinigt. Der Rest war Gewöhnungssache. Anfang 1999 eine neue Hiobsbotschaft neues Programm, völlig neu - WINDOWS! Viel besser, leichter, ja kinderleicht zu erlernen, besonders mit Schulung (3 Werktage, alles in allem ca. 3000 DM)! Abwarten so lange wie möglich und Windows lernen war meine Überlegung dazu.

Am 1.1.2000 war es dann soweit. Mit dem alten Programm hatte ich noch alles erledigt, was irgendwie mit Geld zu tun hat:

Quartalsabrechnung, Privatrechnungen, HKPs und Pa-Pläne. Alles sollte ins neue Programm übernommen werden: Patienten, Pläne, Einstellungen Texte etc.

Und dann der erste Schlag: Mein alter Computer ist zu langsam, hat zu wenig Speicher. Also muss ein Neuer her. 3000 DM wegen eines neuen Programms! Und dann die neue Software! Heil- und Kostenpläne aus 1999: futsch. Individuelle Texte: weg. Das komplette Recallsystem: die alten Daten werden anders interpretiert. Fehler in den Leistungskatalogen. Briefköpfe: futsch. Bankverbindungen: Fehlanzeige. Die Liste ließe sich weiterführen. Und das Schlimmste: diese Fehler tauchen erst auf, wenn ich im entsprechenden Programmabschnitt arbeite! Wenn mir der Programmschreiber das vorher mitgeteilt hätte... Schlimm genug, aber ich hätte die fehlenden Teile rechtzeitig ergänzen können. Also - wie schon gehabt - nächtelang Texte eingeben, Einstellungen anpassen etc. etc. Die Hotline ist wieder überlastet, aber i.d.R. geht es auch ohne.

Und das alles nur, weil angeblich DOS out ist. Weil bei Zahnärzten und deren Helferinnen die bunte Windows-Bilderwelt so beliebt ist und wg. der 2000-Problematik. Seltsam nur, dass bei meinem Hausarzt, meinem Autoverleih, meinem Buchhändler... die alten DOS-Programme problemlos weiterverwendet werden.

Fazit: Ich musste viel Geld und vor allem Zeit aufwenden ohne irgend einen Vorteil zu haben. Für mich und wohl für sehr viele Kolleginnen und Kollegen ist es unsinnig, ein Imagingprogramm oder Digitalröntgen einbinden zu können.

Oder sehe ich das alles falsch, vielleicht weil ich langsam alt werde?

Dr. Diewald, Regensburg



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 Zusatzvorsorge – 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:



inter
VERSICHERUNGEN



Ganz ganzheitlich?

Nachfolgend Fortsetzung und Schluss eines Beitrags aus dem DAZ-forum 68, der sich mit wachsender Technologiefurchbarkeit und der zunehmenden Hinwendung zur sog. »Ganzheitsmedizin« befasst.

3. Apologie »alternativer« Methoden

Eher verwirrend ist das Studium der »ganzheitlichen« Methoden. Grundsätzlich fällt auf, dass neuerdings mit Diagnostik therapiert wird. »Austesten« wurde zum Lieblingswort. Tests haben immer ein Ergebnis, mag es positiv oder negativ sein. Das Ergebnis an sich ist schon ein Erfolg des Tests. Therapie aber beinhaltet immer das Risiko der Erfolglosigkeit. Entsprechend »vorbehandelte« Überwiesene verlangen gar nicht mehr primär nach Therapie, sondern möchten weiter getestet werden. Die Interpretation der Testergebnisse ist dann aber heiß umstritten bzw. fragwürdig. Man denke nur an die »Tübinger Speichelstudie«, aus der man durchaus auch den Schluss ziehen konnte, dass Kaugummi wegen der Gefahr von Quecksilberfreisetzung aus Füllungen verboten werden müsse.

Eine Kasuistik: Eine 41jährige Patientin erschien in der Sprechstunde des Autors und bat um Untersuchung ihrer Quecksilberbelastung. Wegen zunehmender Mundöffnungseinschränkung(!) und schmerzhafter Verhärtung im Wangengewebe hatte sie sich beim Allgemeinmediziner vorgestellt, der eine Speichelprobe entnommen und nach festge-

stellten erhöhten Hg-Werten dringend eine »Amalgamsanierung« (an sich schon ein Unwort) empfohlen hatte. Wir fanden ausgedehnte verrucös leukoplakische Bezirke der Wangenschleimhäute links und rechts und einen RPP-ähnlichen Knochenabbau im Molarengebiet. Unseren Verdacht auf präkanzeröse Entwicklung oder Schlimmeres konnten wir nicht weiter verfolgen, da die Patientin eine Probeexzision nicht als Test sondern als schulmedizinischen Holzhammer empfand und weitere Behandlung ablehnte!

Die Alternativmediziner verwenden bevorzugt eine in der Grundaussage sehr allgemein gehaltene, in der einzelnen Wortbedeutung aber hoch wissenschaftlich anmutende Sprache. Man beruft sich auf das Erkennen von Schwingungen und Information bzw. Informationsblockaden (elektromagnetische Schwingung wird dabei auch gerne als immateriell bezeichnet). Die »bioenergetischen Verfahren« bedienen sich »biofunktionaler Regulations- und energetischer Terminalpunktagnostik«. Eine genaue Erklärung dieser Gedankengerüste ist schwer zu erhalten. Dem Verfasser wurde in einem Einführungsseminar zur Bioresonanz auf seinen eher ironisch-rhetorischen Einwurf, der Energieerhaltungssatz schein hier nicht mehr zu gelten, freudig geantwortet, so prägnant habe noch keiner das Verfahren auf den Punkt gebracht und gerade dies eben sei der Vorteil.

Kybernetik ist das Schlagwort vieler Methoden, der Laie versteht es nicht (genauso wenig wie manche schulmedizinischen Tiraden am Krankenbett), aber es klingt eben gut.

»Wer heilt hat recht!« Dieses Totschlagargument hat wohl jeder schon einmal entgegen geschleudert bekommen. Es ist eine der klassischen Argumentationshilfen für die internen Schulungen der Glaubensmediziner. In seiner gewollten Totalität ist diese Aussage geradezu lächerlich falsch. Denkbar wäre eher: »Wer heilt, könnte in diesem Falle recht gehabt haben«. Wie rasch man nämlich damit auf dem Holzweg landen kann, sei an dem einfachen Beispiel des »Prothesenkarenztestes« erläutert. Dieser sogenannte Test wird gerne als vermeintlicher Beweis für eine vorliegende Allergie gewählt. Und das geht so einfach: Wenn ein Patient mit herausnehmbarem Zahnersatz irgendwelche lokalen Schleimhautprobleme hat, die nach einigen Tagen der Prothesenkarenz verschwunden sind, muss es sich um eine Allergie handeln. Es sollte aber doch wohl Allgemeingut sein, dass mit der Herausnahme von Prothesen auch alle anderen Reizfaktoren verschwinden: die Schleimhaut und damit auch die palatinalen Speicheldrüsen werden von mechanischer Belastung befreit, das zwischen Basis und Schleimhaut etablierte, eine Candidabesiedlung begünstigende saure Milieu normalisiert sich, möglicherweise bestehende okklusale Störungen fallen in der Zeit der Karenz weg, damit auch die derart ausgelösten Habits oder Druckstellen.

Das merkwürdige an diesen Aussagen ist, dass ihren Propagandisten gar nicht auffällt, dass sie die ihr innewohnende Logik niemals auf das restliche Leben anwenden würden! Die komplette Missachtung des Phänomens »Zufall« bedeutete ja die Aufwertung jeder »Noch-

mal - Glück - gehabt Situation« zu einer festen Regel!

Gut und böse sind Eigenschaften der Menschen, also auch der Ärzte, Zahnärzte, Naturheiler und Astrologen. Und weil gut und böse keine Kriterien zur Wahl dieser Berufe sind, finden wir diese Eigenschaften entsprechend der Gaußschen Kurve jeweils in Normalverteilung. Ob die uns umgebende Natur mit allen chemischen, biologischen, physikalischen Erscheinungsformen gut oder böse ist, definiert jeder Betroffene für sich. Dass aber der gute Mediziner an erste Stelle seiner Bemühungen das Wohl der Patienten zu stellen hat, ist sicher unstrittig. Jeder Mediziner muss also ein Ganzheitsmediziner sein. Nämlich seine Patienten in ihrer physischen und psychischen Ganzheit sehen. Der »böse« Zahnarzt wird nur die isolierte Kavität, die Zahnlücke links oben, die radix relicta rechts unten, die 7 mm - Tasche bei 18 oder den Versicherungsstatus des Patienten erkennen. Der »gute« Zahnarzt hat den synoptischen und damit im besten Sinne des Wortes ganzheitlichen Blick. Geht uns letzterer jedoch ab, dann müssen wir uns die Vorwürfe der Glaubensmediziner zu Recht gefallen lassen!

Wir Zahnärzte sollten den zweiten Teil unserer Berufsbezeichnung, nämlich den »-arzt« ernst nehmen. Sie findet sich erstmals im preußischen Medicinal-Edikt von 1713 und sollte schon damals ganz offensichtlich die Fokussierung auf ein all zu eng gewähltes Arbeitsgebiet verhindern.

*OA Dr. med. F. Blankenstein
Berlin*

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.

»Das Wagnis langfristiger Voraussagen ist zu begrüßen«

Reaktion eines Epidemiologen auf die Schrift »Ökonomischen Effekte der Individualprophylaxe«

*Die neue gesundheitsökonomische Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) - **Ökonomische Effekte der Individualprophylaxe**, Dokumentation eines computer-gestützten Simulationsmodells - widmet sich dem Zusammenhang zwischen der individualprophylaktischen Versorgung von Kindern/Jugendlichen und den finanziellen Auswirkungen im zahnärztlichen Sektor. Im Rahmen dieses Forschungsprojektes wurden erstmals bevölkerungsdemographische, oralepidemiologische und ökonomische Daten in eine mathematische Verknüpfungsstruktur gestellt. Wichtige Einflussfaktoren - Wirkungsgrad und Inanspruchnahme individualprophylaktischer Leistungen, Anzahl der zahnärztlichen Praxisinhaber und Bevölkerungsentwicklung - können für Modellrechnungen auf der Grundlage des Simulationsmodells beliebig variiert werden.*

*Die folgenden Kommentare von **Prof. Th. Marthaler**, Zürich, konzentrieren sich auf einige Aspekte der Individualprophylaxe und die im DMFT erfasste Kariesprävalenz und ihre Veränderungen.*

3.2.2 Modul Mundgesundheit,

Säkularer Trend

Anfangs wird erinnert, dass "erst mit dem Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes zum 1. Januar 1989 die Individualprophylaxe (IP) für Kinder und Jugendliche in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GVK) aufgenommen wurde". Im nächsten Abschnitt wird daraus gefolgert: "Vor diesem Zeitpunkt ist jede Verbesserung der Mundgesundheit primär auf den säkularen Trend zurückzuführen, nach diesem Zeitpunkt folgt die Entwicklung der Mundgesundheit einem Trend, der den säkularen Trend und die durch Zahnärzte erbrachte IP miteinander verbindet.

Die Aussage im nächsten Abschnitt "Das Jahr 1989 stellt demnach eine Zäsur dar" erscheint allerdings übertrieben. Weshalb?

1. Gemäss dem Urteil vieler Fachleute ist der Gebrauch fluoridhaltiger Zahnpasten - mindestens zweimal pro Tag - der Hauptgrund für den säkularen Abfall. Unseres Wissens besteht aber weder eine Zäsur - zwischen vor und nach Januar 1989 - hinsichtlich

- des Prozentanteils der fluoridhaltigen Zahnpasten
- des Verkaufs solcher Zahnpasten
- des Verbrauchs an Zahnbürsten.

Der Verbrauch dieser elementaren Hilfsmittel der Vorbeugung ist kontinuierlich

angestiegen. Er wird sich zunehmend positiv auf den säkularen Trend auswirken.

2. Das fluoridierte Kochsalz, 1991 in Deutschland eingeführt, hatte 1993 einen (ungefähren) Marktanteil von 7%, 1995 von 17%, 1997 von 24%; bis 1999 ist er bereits auf 40% gestiegen.

3. Die Aktionen in den Schulen - meist unter der Leitung von LAGs - sind über die Jahre kontinuierlich ausgebaut worden.

4. Schon vor 1989 haben viele deutsche Zahnärzte Prävention in den Praxisalltag eingebaut, und die übrigen, damals die überwiegende Mehrheit, konnten oder wollten ihre Praxis verständlicherweise nicht von einem Jahr auf das andere in eine prophylaxeorientierte überführen. Abgesehen von organisatorischen Schwierigkeiten, die zweifelsohne oft erfolgreich gelöst wurden, ist das Umdenken ein Prozess, der sich in der gesamten Zahnärzteschaft eher in Jahrzehnten als in Jahren vollzieht - Bezuschussung hin oder her. Fortbildung in Prophylaxe ist seit 1989 zunehmend gefragt; sie wird sich ebenfalls "säkular" auf die Mundgesundheit auswirken. Dazu kommt, dass die Vorbeugung im zahnmedizinischen Studium zunehmend Gewicht erhält. Dies verleiht sowohl der Individualprophylaxe wie auch Gruppenprophylaxe zusätzlichen Auftrieb.

Die genannten Punkte verstärken die Wirkung des säkularen Trends, also des generellen "Caries Decline". Diese positive Wirkung wird erst dann an ihre Grenzen stoßen, wenn der durchschnittliche Kariesbefall sehr niedrig ist und deutlich mehr als die Hälfte der Kinder bzw. Jugendlichen (noch) nicht von Karies be-

fallen sein werden. Dies kann bei 12-Jährigen in einigen Bundesländern schon ab dem Jahre 2000 der Fall sein.

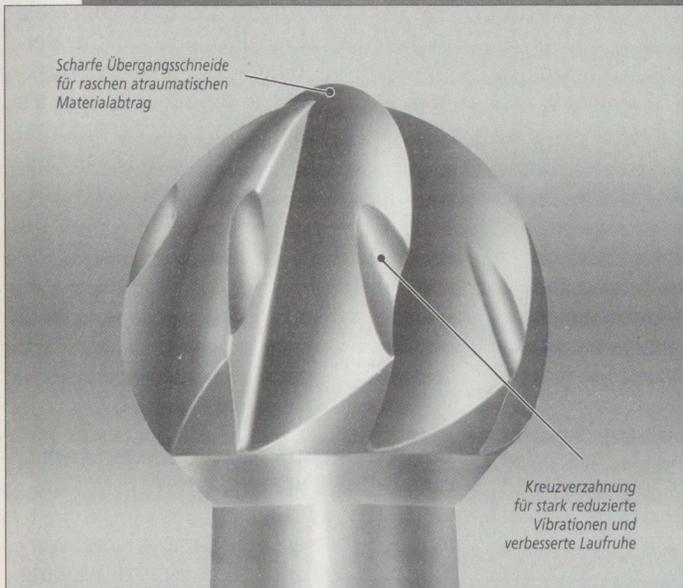
Das unter Punkt 4 erwähnte Umdenken, oder die "Umorientierung von einer restaurativen hin zu einer präventiven Zahnheilkunde" (Seite 7, Geleitwort) verstärkt den säkularen Trend langfristig. Ohnehin wird der Zahnarzt, der Mundhygieneinstruktionen erteilt, bei den motivierbaren Patienten nicht nur die Reinigungstechnik verbessern, sondern auch die Benützung von Zahnpflegemitteln erhöhen; die nunmehr häufigen Empfehlungen des Zahnarztes zum Gebrauch des fluoridierten Speisesalzes werden sicher von einem steigenden Teil der Patienten befolgt. Allerdings könnten nur eingehende soziologische Studien und internationale Vergleiche Hinweise liefern, wie stark hierzu die IP in den Praxen den säkularen Trend verstärkt. Individual- und Gruppenprophylaxe sind untrennbar verzahnt.

3.2.3 Modul Mundgesundheit,

Ergebnisse, Längsschnittanalyse

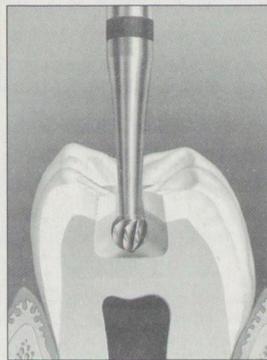
Laut Tabelle 4 hatten 19-Jährige der alten Bundesländer 1989 11,7 DMF-Zähne, und für 2000 werden noch 9,3, für 2020 noch 7,8 DMFT erwartet. Klimek et. al (Kariesbefall, Restaurationsarten und Fissurenversiegelungen bei deutschen Rekruten in den Jahren 1992 und 1996. Dtsch Zahnärztl Z 54 (1999) 5) fanden bei 20-Jährigen 1992 noch 11,2 DMFT, 1996 bereits nur 7,5 DMFT. Die Individualprophylaxe konnte sich bei den 1990 schon 14-Jährigen bis 1996, im Lebensabschnitt 14 bis 20 Jahre, nur minimal, wenn überhaupt,

DIE ZEIT DES RATTERNS IST NUN ABGELAUFEN



Hartmetall-
Rosenbohrer H15E
zum schonenden
Exkavieren

Das besondere Kennzeichen
des H15E: Grüner Ring und
goldener Schaft



Der neuartige Komet-Rosenbohrer H15E arbeitet mit guter Schnittfreudigkeit für nahezu druckloses, schnelles und vor allem pulpschonendes Entfernen der Karies.

■ Die Zeit des guten alten Rosenbohrers zum Exkavieren ist vorbei, denn dieser bewährte Klassiker konnte entscheidend verbessert werden:

Der außergewöhnlich ruhige Lauf des H15E garantiert einen bisher unerreichten Behandlungs-Komfort. Und dies zum Preis des alten H15!

GEBR. BRASSELER GmbH & Co.KG
Postfach 160, 32631 Lemgo
Telefon (05261) 701-0, Telefax (05261) 701-289
e-mail: info@brasseler.de, <http://www.kometdental.de>



Qualität zahlt sich aus.

ausgewirkt haben. Auch diese Fakten zeigen, dass die für das Modell gewählten Voraussagen über den säkularen Rückgang für die jüngeren Erwachsenen viel zu pessimistisch sind.

Vollends unglaublich ist die Prognose, dass bei der Altersgruppe 29-Jährige, im Jahre 2000 mit 14,6 DMF-Zähnen (diese Schätzung für "jetzt" dürfte relativ genau sein), 2020 immer noch 12,4 DMF-Zähne gemäss säkularem Trend vorhanden sein sollen (Tabelle 4). Bei den obgenannten Rekruten fiel der DMFT auch ohne bezuschusste Intensivprophylaxe schon innert 4 Jahren von 11,2 auf 7,5, also um nicht weniger als 3,7 Einheiten.

4. Individualprophylaktisches Wirkungsmodell, Modellstruktur.

im Modell wird angenommen, dass der Effekt der IP sich vom 17. bis zum 50. Altersjahr abbaut; in der Zusammenfassung heisst es entsprechend, dass "sich der in der Jugend erarbeitete Gesundheitsvorsprung bis zum 45. bzw bis zum 55. Lebensjahr verbraucht". Dies mag für die zur Diskussion stehenden IP, gemäss GKV vom 6. bis zum 17. Altersjahr, zutreffen, ist aber erwiesenermassen unrichtig in Bezug auf lebenslange Benützung von optimal fluoridiertem Wasser oder Salz. Einige ältere amerikanische und neuere irische Studien zeigen den bis ins hohe Alter anhaltenden Nutzen, der auch für die Salzfluoridierung anzunehmen ist. Darüberhinaus übt fluoridierte Zahnpaste, so lange sie der alte Mensch verwendet - oder verwenden kann - , stets ihre Schutzwirkung aus. Aus dieser Sicht ist das Modell auch langfristig zu pessimistisch.

6.1 Beispielszenario, Vorgaben

Die IP soll die Inzidenzraten des DMFS um 75 % senken - so wird es im Beispielszenario angenommen. Diese Annahme ist eher optimistisch; das wird jedoch die langfristige DMFT-Prognose nicht verschlechtern, denn der säkulare Rückgang wird ohnehin viel rascher sein als im Modell vorgegeben. Es ist schlechthin unvorstellbar, dass (laut Abb. 24 im selben Kapitel) der durchschnittliche 6-Jährige des Jahres 1984 ohne IP dann zum im Jahre 2003 als 19-Jähriger 9,5 DMF-Zähne haben sollte - siehe die obigen Rekrutenergebnisse, ebenfalls (noch) ohne IP mit 7,5 DMFT und die neuesten deutschen Ergebnisse bei 14- oder 15-Jährigen.

Beziehung Munderkrankungsniveau und zahnärztliche Kosten

Es darf an dieser Stelle daran erinnert werden, dass selbst der drastische Rückgang der Karies im Kanton Zürich in den Jahren 1967-1986 praktisch keine Verminderung der Gesamtkosten der Schulzahnpflege erbrachte (Brändle et al 1990). Geringfügige Einsparungen wären tatsächlich erreicht worden, hätte man nicht mit den freiwerdenden Finanzen die Kieferorthopädie ausgebaut; in den Jahren 1981 bis 1986 belief sich der Anteil der Kieferorthopädie auf 24-29 %, also auf 37 bis 46 CHF der Gesamtkosten der Schulzahnpflege von rund 160 CHF. Dabei hatten sich von 1964 bis 1984 der DMFT und DFS aber um 80 bis 85% vermindert (MENGHINI GD, STEINER M, MARTHALER TM: Zahngesundheit und weitere orale Befunde bei Schülern in 16 Landgemeinden des Kantons Zürich 1996. Acta Med

Dent Helv 3: 87-92 (1998)). Allerdings belastete der Zuzug von kariesaktiven und dental vernachlässigten Ausländerkindern, vor allem aus Südosteuropa, die Schulzahnpflege zunehmend (Menghini et al 1995).

Der Aufwand für die Vorbeugung in den Schulen betrug Mitte der 80iger Jahre rund 20 CHF pro Jahr und Kind, inklusive der Entschädigungen der teilweise sechsmal die Schulen besuchenden Schulzahnpflegehelferinnen. Deshalb fällt dem Verfechter des Primats der Gruppenprophylaxe in den Schulen und der Kollektivprophylaxe über fluoridiertes Salz oder Wasser folgender Umstand auf: Die Individualprophylaxe, wenn zügig ausgebaut, erzeugt in den Jahren 2000 bis 2010 offenbar einen "Kostenbuckel". Dieses Resultat hatten Steiner und Helfenstein in einem anderen Simulationsmodell, das auf selektiver Prophylaxe fusste, schon 1992 vorausgesagt (Helfenstein U, Steiner M.: Prediction of costs in a selective caries prevention program. Comm. Dent Health 9:49-55; 1992); dabei wurden die Selektionskosten, die wegen der Speicheltests bedeutend sind, gar nicht eingerechnet.

All dies bestätigt meine Ausführungen im forum 65 (Seite 40), dass primäre Förderung des säkularen Trends durch Gruppen- und Kollektivprophylaxe mehrfach billiger ist als die Betonung der IP. Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass Vorbeugung zu einem Gesundheitsgewinn führt, der über dem monetären Nutzen steht.

Das Absinken des Honorarumsatzes schon ab 2010 dürfte nach Schweizer

Erfahrungen etwas früh angesetzt sein. Der (steigende oder) sinkende Honorarumsatz wäre für bessere Wissenschaftlichkeit durch den des sinkenden Arbeitsanfalls (oder Arbeitsvorrats) zu ergänzen; dieser ist nicht von Tarifen oder Tarifsystemen abhängig und würde besser mit dem Gewinn an Mundgesundheit korrelieren. Im Simulationsmodell COSIMO-PX ist der Rückgang des Arbeitsanfalles zwangsläufig enthalten.

Zum Rückgang des Arbeitsvorrates ergab sich für die Schweiz folgendes:

Gegenüber den Sechzigerjahren betrug der Arbeitsanfall pro Person im soeben zu Ende gegangenen Jahrzehnt für die Null- bis 40-Jährigen (also rund die Hälfte der Bevölkerung) nur noch ein Viertel. Diese schon im Jahre 1993 publizierte Voraussage wurde bisher nie bestritten (MARTHALER TM: Zahnkaries und Zahnverlust bis zum Jahre 2008: Prognosen für die 25- bis 65jährigen Erwachsenen. Schweiz Monatschr Zahnmed 103: 1476-1477 (1993)).

Zwei noch unpublizierte Studien von 1994 und 1999 von Erwachsenen im Kanton Zürich bestätigen die Grundlagen der Hypothese. Die auf einfachen Voraussetzungen ruhende summarische Voraussagemethode konnte auf die ältere Bevölkerung nicht angewendet werden; hier zeigen sich die Vorteile komplexer Simulationsmodelle, also hier des COSIMO-PX.

Technische Fortschritte können die Zahnmedizin verteuern oder verbilligen. Die ständig steigenden Ansprüche, die durch neue kosmetisch orientierte Res-

taurationsmöglichkeiten geweckt werden und in der menschlichen Natur liegen, werden die Kosten erhöhen. Ein Rückgang der Kosten, also des Honorarumsatzes, lässt sich meines Erachtens nur dann erwarten, wenn keine oder eine pro Schaden fixe Bezuschussung besteht, wie sie 1998 in Deutschland in Kraft war; noch wahrscheinlicher ist, dass sich erst mit einer sinkenden Zahl von Zahnärzten und Zahntechnikern wirkliche Einsparungen aus der steigenden Mundgesundheit ergeben.

Bemerkungen zum Simulationsmodell

Eine Verfeinerung des Modells wäre durch eine Unterscheidung verschiedener Patientenkategorien angezeigt:

- nicht motivierbare - dies wären die IP-Nichtteilnehmer
- beschränkt motivierbare unter den IP-Teilnehmern
- gut motivierbare unter den IP-Teilnehmern

Die beschränkt Motivierbaren ließen sich genau so ins Modell einsetzen, wie die IP-Teilnehmer im jetzigen Modell. Die gut motivierbaren Patienten, beispielsweise die Hälfte der IP-Patienten, wären diejenigen, welche die Nützlichkeit des im IP-Programm Erlernen an sich selber feststellen und, vom Erfolg angespornt, die relativ einfachen Regeln befolgen, welche Primärkaries wie auch Sekundärkaries und selbstredend Zahnverlust weitgehend verhüten. Bei diesen "verbraucht" sich der "Gesundheitsvorsprung" nicht, sondern er verstärkt sich ins hohe Alter - bis leider bei einem Teil

der Patienten altersbedingte Behinderungen ein letztes Wiederaufflackern von Karies und Parodontitis nach sich ziehen können.

In Bezug auf das vorgestellte Simulationsmodell (dessen Grundlagen und Eigenschaften man in einem Buch nur abstrakt bzw andeutungsweise darstellen kann) wäre es sicher falsch zu sagen, für solch langfristige Voraussagen wäre es zu früh - im Gegenteil, das Wagnis, langfristige Voraussagen zu versuchen, ist sehr zu begrüßen. Modelle müssen zwangsläufig vorgestellt, diskutiert, ja zerzaust und anschliessend verfeinert und der Wirklichkeit näher gebracht werden - dann werden sie sehr viel leisten. Bei einem jährlichen Honorarumsatz von 17 Milliarden ist der Aufwand berechtigt.

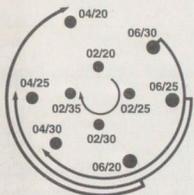
Die Autoren schreiben abschliessend, dass "in seiner jetzigen Fassung das Simulationsmodell ein geeignetes Instrument... " darstellt. Tatsächlich münden die meisten Grafiken über DMFT, DT, FT, MT in Prognosen aus, die sich im Prinzip gut mit langfristigen Erfahrungen der internationalen Kariesepidemiologie vertragen, soweit solche schon vorhanden sind. Es ist zu hoffen, dass das nützliche COSIMO-PX-Simulationsmodell weiter entwickelt wird und Einsichten ermöglicht in die optimale Anwendung der Prophylaxe, aber auch in Möglichkeiten der Gestaltung von Tarifen, welche die Zahnerhaltung bereits beschädigter Zähne erleichtern.

*Prof. Th. Marthaler,
Zürich*

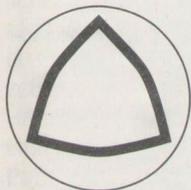
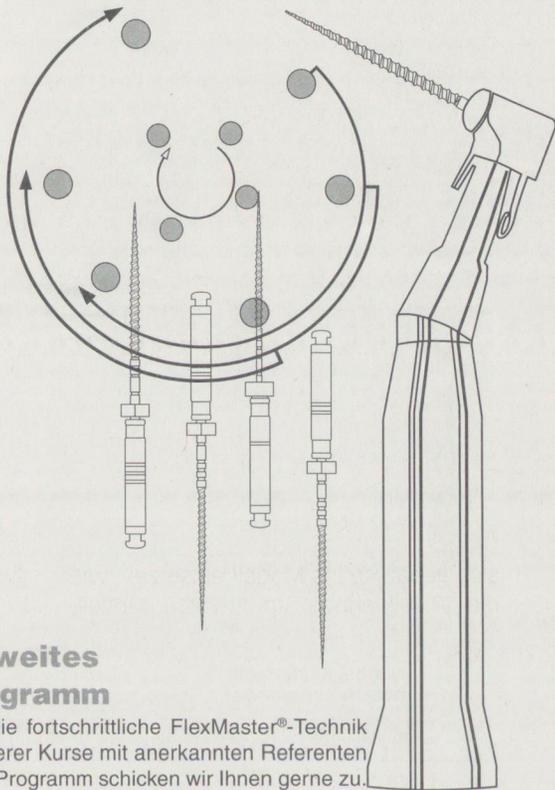
FlexMaster®

Premiere für FlexMaster®: Das neue maschinelle Nickel-Titan Konzept von Antaeos.

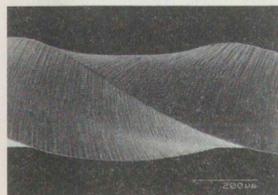
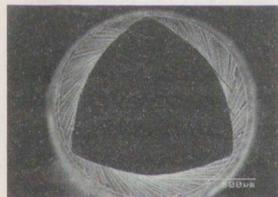
Das neue FlexMaster® System bietet durch sein Instrumentendesign Stabilität und Flexibilität in der Anwendung. Wir stellen FlexMaster® Feilen aus Nickel-Titan her und rüsten sie mit K-Schneidkanten im einzigartigen konvexen Querschnitt aus. Das Resultat ist eine Feile mit größerer Stabilität, Schneidleistung 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.



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.



Bundesweites Kursprogramm

Lernen Sie die fortschrittliche FlexMaster®-Technik in einem unserer Kurse mit anerkannten Referenten kennen. Das Programm schicken wir Ihnen gerne zu.

Anforderungskupon ausschneiden und einsenden oder faxen

Video Broschüre Schulungsunterlagen (bitte ankreuzen)

Name

Senden an:

Adresse

PLZ, Ort

Telefon

Ihr Fachhändler

VDW GmbH
Postfach 830954
81709 München

Tel.: 089/62 73 4-152
Fax: 089/62 73 4-195

DAZ Forum Mai 00

Lichtblick oder Rückschritt?

Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung (FU1-FU3) für Kinder vom 3. bis 6. Lebensjahr

Seit dem 1. Juli 1999 gelten die Prophylaxe-Richtlinien des § 26 Abs.1 Satz 2 SGB V. Die Informationen zur Anwendung der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen sind eher dürftig. Deshalb soll die überarbeitete Tabelle die Anwendung in der Praxis erleichtern:

BEMA Position	Wann	Was	Zu beachten
FU 1 25 Pkte	2 1/2 bis 3 1/2 Jahre (30.-42. Lebensmonat) oder Bei vollständigem Milch- gebiß auch früher	01 (Eingehende Untersuchung)	daneben keine 01 abrechnen
		Kariesrisikoeinschätzung nach dmf-1 Ernährungs- und Mundhygiene- beratung der Eltern mit den Zielen Keimzahlverminderung Verbesserung der Mundhygiene	01 frühestens nach 4 Monaten abrechnenbar, nicht im selben Kalenderjahr Daneben ist keine Ä1 abrechnenbar, wenn sie im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nrn.FU1-FU3 und IP4 erbracht worden ist.
FU 2 25 Pkte	ab 4. Geburtstag bis zum 6. Geburtstag (49.-72. Lebensmonat)		Jede FU - Leistung ist pro Kind nur einmal abrechnenbar. Hohes Kariesrisiko besteht im Alter von 3 Jahren: dmf-t > 0 4 Jahren: dmf-t > 2 5 Jahren: dmf-t > 4 6 Jahren: dmf-t > 5
FU 3 25 Pkte	im 6. Lebensjahr frühestens 6 Monate nach FU 2 abrechnungsfähig		
Nur bei Kindern mit hohem Kariesrisiko!			
IP 4 12 Pkte	ab 3. Geburtstag (Ab 37. Lebensmonat) Nur bei Kindern mit hohem Kariesrisiko!	lokale Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung mit Lack, Gel o.ä. einschließlich der gründlichen Beseitigung von Belägen und Trockenlegung der Zähne	einmal je Kalenderhalbjahr nur bei Kindern mit hohem Kariesrisiko! Entfernung harter Beläge: Nr. 107 (Zst)

Früherkennungsuntersuchungen werden wie Individualprophylaxeleistungen zum IP-Punktwert vergütet

Als Lichtblick empfinden alle Prophylaxeinteressierten die Einsatzmöglichkeit der IP 4 vor dem 6. Geburtstag für Kariesrisikokinder. Warum diese Leistung jedoch in keinem Fall vor dem 3. Geburtstag anwendbar sein soll, ist nicht nachzuvollziehen. Leider gibt es Kinder, die schon unterhalb dieser Altersgrenze ein hohes Kariesrisiko aufweisen und entsprechender Maßnahmen dringend bedürfen. Das Fehlen von professioneller Zahnreinigung vor der Fluoridierung, soweit es die Compliance des Kindes zulässt, werten wir aus Berliner Sicht als Rückschritt, denn im Berliner LAG-Modell zur Betreuung von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko zwischen 3. und 6. Lebensjahr war diese Maßnahme enthalten.

Dr. A. Bellmann, Berlin

„Handbuch Medikamente“ gestoppt?

(Annette Bopp, Vera Herbst; Hrg.: Stiftung Warentest, Berlin 2000, ISBN 3-931908-12-7, 776 Seiten, 78 DM)

Beim Erscheinen der ersten Auflage im März diesen Jahres löste es heftige Reaktionen aus: das „Handbuch Medikamente“ der Stiftung Warentest. Das Buch ist in einem mehrjährigen Prozess unter Mitwirkung zahlreicher Experten erarbeitet worden und versucht, die 5.000 am häufigsten verordneten Arzneimittel auf dem deutschen (und z.T. österreichischen) Markt zu bewerten und ihre Einsatzmöglichkeiten zu erklären. Verständlich geschriebene einführende Kapitel geben Grundinformationen zu den im Buch behandelten Organsystemen und Krankheitsbildern und den Möglichkeiten medikamentöser Therapie in den jeweiligen Bereichen, bevor die Präparate im Einzelnen dargestellt werden. Das Handbuch wendet sich in erster Linie an Endverbraucher, an Patienten. Es will das Gespräch mit dem Arzt oder Apotheker nicht ersetzen, sondern im Gegenteil zu solchen Gesprächen ermutigen und dem Patienten einen bewußteren und kompetenteren Umgang mit Arzneimitteln ermöglichen. Tatsächlich tappen Patienten oft verunsichert im Dunkeln – hier die knappe, meist gar nicht näher erklärte Verordnung durch den Arzt, dort die z.T. bedrohlich klingenden Nebenwirkungslisten des Waschzettels. Die Folge sind gesundheitliche Beein-

trächtigungen durch nicht oder falsch eingenommene Medikamente und 4500 Tonnen Arzneimittelmüll im Werte von stolzen 4 Mrd. DM jährlich.

Die Kritik an der Publikation der Stiftung Warentest kam durchaus aus unterschiedlichen Richtungen. Während die Hersteller, Apotheker- und Ärzteorganisationen sich gegen die Einstufung etwa eines Viertels der untersuchten Mittel als „wenig geeignet“ wandten, wurde von anderer Seite (z.B. in „Die Woche“, 17.3.2000) eine noch schärfere Bewertung gefordert.

*Das schöne Lächeln Ihrer Patienten
ist unsere beste Empfehlung*

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

**SCHMID
UND
PAULA**



Bruderwöhrdstr. 10
93055 Regensburg
Tel. 0941/791521

Ihre Zahntechnikermeister

B. Paula
B. Hoffmann
W. Lipinski

Tatsächlich hatte man bei den Expertentreffen lange über die Aufnahme der Kategorie „Abzuraten“ diskutiert, ehe die Entscheidung für eine weniger radikale Skala von „Geeignet“ über „Auch geeignet“ und „Mit Einschränkung geeignet“ bis hin zu „Wenig geeignet“ als schärfster Bewertung fiel. Dabei spielten sowohl fachliche als auch taktische Gründe eine Rolle. Man wollte nach den jahrelangen, aufwendigen Vorarbeiten Pharmafirmen, deren Produkte kritisch bewertet wurden, keine Handhabe bieten, die Verbreitung des Buches von Anfang an zu blockieren.

Am 3.5.2000 erlässt das Landgericht Frankfurt aufgrund des Einspruches einer Firma eine einstweilige Verfügung und stoppt die Auslieferung der 3. Auflage. Weitere Einsprüche von Pharmaunternehmen liegen vor. Allerdings, so ist von der Stiftung Warentest zu erfahren, greifen sie letztlich nicht die Substanz des Buches und nicht die Einstufung der jeweiligen Medikamente an, sondern betreffen eher Details der textlichen Darstellung. Die Berliner Verbraucherschützer sind zuversichtlich, dass sich hier Korrekturen vornehmen lassen und dass das Handbuch nicht auf Dauer blockiert wird. Im übrigen wird es auch jetzt schon als Erfolg gesehen: durch die ersten beiden Auflagen sind bereits 130.000 Exemplare unters Volk gekommen.

Wenn über das Gesundheitswesen diskutiert wird, sind sich alle Interessengruppen, ob Ärzte, Kassen, Pharmaindustrie, sonstige Leistungsanbieter, einig: Im Mittelpunkt steht der Patient. Hoffen wir, dass er – der Patient - sich nicht allein darauf verlässt. Damit er eine aktive und verantwortliche Rolle im

Gesundheitswesen spielen kann, braucht er zu allererst solide Informationen. Der Zugang zu solchen Informationen ist heute sicher nicht ideal - aber besser als je zuvor.

Irmgard Berger-Orsag

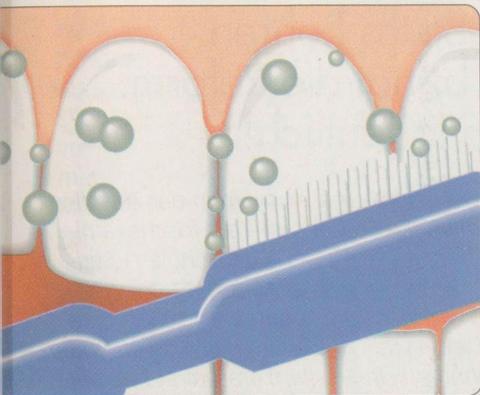
P.S. Wer in dem Handbuch übrigens Informationen zum engeren Bereich dessen, was Zahnärzte und Zahnpatienten interessiert, sucht, findet es auf den Seiten 159 ff beim Thema „Mund“ und wird unter den (am Schluß genannten) fachlichen Beratern möglicherweise bekannte Kollegen/innen entdecken ...

Geringere Versicherungsbeiträge bei Kollegialbehandlung

Die Central Krankenversicherung (CKV) hat einen neuen Tarif aufgelegt, der speziell auf Zahnärzte abzielt.

Bei einer Selbstbeteiligung von 1000 Euro für Erwachsene (500 für Kinder und Jugendliche) kann der Zahnarzt / die Zahnärztin über den Tarif KNZA sich und seine / ihre Familie noch kostengünstiger versichern, wenn auf die Erstattung zahnärztlicher Honorare verzichtet wird. Varianten mit Einschluß von Material- und Laborkosten sind möglich. Da der DAZ einen Gruppenvertrag mit der CKV unterhält, ist angedacht, diesen Tarif mit in den Vertrag aufzunehmen, so daß DAZ-Zahnärzte auch bei Wahl dieses Tarifes die Gruppen-Vergünstigungen, u.a. eine ca. 5%-ige Beitragsreduzierung, in Anspruch nehmen können. Wollen Sie Näheres wissen? Dann rufen Sie uns an unter Tel. 0221-973005-45.

Runde Evolution.



Pearls & Dents ist das Ergebnis langjähriger wissenschaftlicher Forschungen von Prof. Dr. Sander an der Uni Ulm und von Dr. Liebe. Das Neue ist die Art der Zahnreinigung: Weiche Polymer-Kügelchen werden von der Zahnbürste so in Bewegung gesetzt, daß sie bis in die Interdentalräume gelangen. Durch den Rolliereffekt werden die Zähne nachweislich optimal gereinigt und gepflegt.



Prof. Dr. Sander

Hart zu Plaque, zart zum Schmelz

Die in ätherischen Ölen getränkten Kügelchen erzeugen eine so glatte Oberflächenpolitur, daß sich neue Beläge nur schwer bilden. Dabei sind die Kügelchen wesentlich weicher als der Zahnschmelz, so daß eine Abrasion völlig auszuschließen ist. Der Reinigungseffekt liegt um 80% über dem herkömmlicher Zahncremes und ist dreimal schneller erzielbar.
RDA-Wert: 50

Medizinische Zahncreme

Zusätzlich beinhaltet Pearls & Dents eine wirkungsvolle Kombination von Amin- und Natriumfluoriden sowie hochwertigen natürlichen Wirkstoffen wie Panthenol, Bisabolol und einen Extrakt aus Kamillenblütenköpfen. Ergänzendes Xylit bremst Kariesbakterien und neue Plaque. Fluoridgehalt: Aminfluorid 800 ppm, Natriumfluorid 400 ppm.

Besonders empfehlenswert für

- Spangenträger (Multibandbehandlung)
- Kaffee-, Tee-, Rotweintrinker, Raucher
- und für jeden pflegebewußten Putzer

Der Beweis

Gern senden wir Ihnen Proben mit weiterem Info-Material. Überzeugen Sie sich selbst und testen die völlig neue Pearls & Dents.



Dr. Liebe
D-70771 Leinfelden-Echterdingen
Telefon (0711) 75 26 26
Telefax (0711) 75 66 66
<http://www.pearls-dents.de>
Email: service@pearls-dents.de



Pearls & Dents. Die andere Zahncreme.

Junges forum Junges forum Junges forum

Stetes Bohren bringt die Reform. Hoffentlich!

Schwerpunktmäßig befasst sich diese forum-Ausgabe mit Problemen der Ausbildung unserer jungen Kollegen. Zu Beginn stellen ein Student und ein frischexaminiertes Zahnarzt höchst unbefriedigende Erlebnisse in zwei Hochschulen (Südwestdeutschland und Hamburg) dar, die für eine dringende Änderung der Rahmenbedingungen sprechen. Anschließend werden die nunmehr 10-jährigen Bemühungen der DAZ/VDZM-Arbeitsgruppe vorgestellt, die einen innovativen und zukunftssträchtigen Reformvorschlag zum Zahnmedizin-Studium erarbeitet hat. Mit der integrierten Zahnmedizinerausbildung wird am Greifswalder Projekt gezeigt, was im Rahmen der bestehenden Approbationsordnung möglich ist. Abschließend wird aus der letzten Sitzung der Sachverständigenkommission des Bundesgesundheitsministeriums berichtet: Die politischen Mühlen mahlen langsam... aber sie mahlen.

Die Redaktion

Ich bin ein „Hochschulwechsler“... Ein großer Nachteil meiner „alten“ Universität war, daß die Kurse jährlich angeboten wurden und man bei Nichterfolg 1 Jahr nichts zu tun hatte. Ferner waren die einzelnen Abteilungen so untereinander zerstritten, daß die jeweilige Lehrmeinung in Frage gestellt wurde und der Streit leider immer auf den Rücken der Studenten ausgetragen wurde... In der Zahnerhaltung waren die Fächer Parodontologie, Kinderzahnheilkunde und Endodontie mit integriert, wobei man von Kinderzahnheilkunde nicht wirklich sprechen kann, da man während der gesamten Studienzzeit kein Kind als Patient zu Gesicht bekam... U. G.

Ich habe neun Fachsemester an der Universität Hamburg studiert. In all den Jahren waren die Probleme, mit denen die Studierenden konfrontiert werden, als „Zahnmediziner-Schicksal“ abgetan worden. Erst als ich die Möglichkeit bekommen habe, mein Studium in Greifswald fortzusetzen und zu beenden, ist mir klar geworden, daß dies so nicht stimmt. Hier habe ich feststellen können, daß das erlebte sogenannte „Zahnmediziner-Schicksal“ nichts anderes ist als ein „organisatorisches Trauerspiel“ und daß es mit einer stofflich und logisch aufgebauten Studienplanung sowie mit vernünftiger Organisation ein durchaus lösbares Problem darstellt. So ist es in der Zahnmedizinischen Fakultät in Hamburg kei-

ne Seltenheit, daß die Studenten gleichzeitig in zwei anwesendheitspflichtigen Kursen präsent sein müssen. Dabei fühlt sich keiner der zuständigen Professoren von der Problematik angesprochen. Vielmehr werden die um Lehrzeit geführten Machtkämpfe zwischen den Abteilungen auf den Schultern der Studierenden ausgetragen. Dies führt nicht unbedingt zur Steigerung der Lehrqualität.

Zu den organisatorischen Problemen kommt noch die lückenhafte Lehre hinzu. Um konkrete Beispiele zu nennen: Die Gnathologie wird nur ein Semester im Rahmen einer wöchentlich einstündigen Vorlesung „gelehrt“, und das im 10. Fachsemester (in Greifswald beginnen diese Vorlesungen bereits im 6. Semester). Die Hamburger Vorlesung handelt das Thema nur oberflächlich ab, die Übungen und die Anwendungen am Patienten fehlen komplett! Wie sollte es denn auch machbar sein, wenn in Hamburg nur mit Mittelwertartikulatoren gearbeitet wird?

Ein anderes Manko ist z.B. die Tatsache, daß das Thema „keramische Einlagefüllung“ in der Abteilung für konservierende Zahnheilkunde nicht nur als Behandlungsmaßnahme verboten ist (das ist das gute Recht der jeweiligen Abteilung) sondern auch noch totgeschwiegen wird. Weder Präparationsmethoden noch die unterschiedlichen gängigen Herstellungsmethoden werden auch nur erwähnt.

Diese Lehrinformationen, die zum praktischen Standardwissen gehören, müs-

sen doch zur Bildung des Urteilsvermögens der zukünftigen Zahnärzte vermittelt werden!

Der größte Fehler, den ein Student in Hamburg begehen kann, ist, eine Frage zu stellen oder seine Handlungsweise argumentativ zu verteidigen. Dadurch wird er schon abgestempelt: „auffällig geworden durch Unwissen“. Könnte es sein, daß sich verunsicherte Assistenten hinter diesem Spruch verstecken? Wo bleibt dann der Anspruch „Universität“ in einem Haus, in dem keine Fragen gestellt werden dürfen?

In Hamburg zu studieren bedeutet für den Auszubildenden ein Studium in einer Fakultät, in der er bis zur letzten Minute seiner Ausbildung als ein unreifer Mensch ohne Urteilsvermögen und als eine lästige Angelegenheit behandelt wird... Ein Fortbildungskurs im Punkt „Menschlichkeit“ würde eine enorme Bereicherung für so manchen Kollegen aus dem UKE Hamburg bedeuten.

J. B.

Die ausführlichen Studienpläne der DAZ/VDZM-Arbeitsgruppe sowie des Greifswalder Modells können von der DAZ-Homepage (Adresse: www.daz-web.de) heruntergeladen oder bei der DAZ-Geschäftsstelle angefordert werden:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde -DAZ-im NAV Virchow-Bund
Belfortstraße 9, **50668 Köln**
Fax 0221 - 7391239

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

10 Jahre Arbeitsgruppe Studienreform

Seit es den DAZ gibt, setzt er sich für eine Studienreform ein. Das gleiche gilt für die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM). Die beiden Berufsverbände tragen gemeinsam die **Arbeitsgruppe Studienreform in der Zahnmedizin (AGSR)**. Sie wurde im Dezember 1989 in Bonn von Studierenden und Zahnärzten gegründet.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe hätten nach der langen Zeit gerne die erfolgreiche Verwirklichung einer innovativen und zukunftssträchtigen Reform gefeiert. Aber diesbezüglich herrscht derzeit leider Funkstille, wie der Bericht in diesem Heft über die letzte Besprechung im Bundesministerium für Gesundheit zeigt (S.47). So blieb nur der Rückblick auf ein Jahrzehnt mit viel intensiver Arbeit, mehr als 40 Veröffentlichungen, Vorträgen, Diskussionen, einer wissenschaftlichen Umfrage unter Studierenden und mitunter heftigen Auseinandersetzungen mit Hochschullehrern der etablierten "großen" Fächer, deren Reformziel der kleinste gemeinsame Nenner ist. Erreicht wurde einiges: Zum Beispiel konnte die Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) überzeugt werden, dass Unterricht in fächerübergreifender Diagnostik und Behandlungsplanung und Unterricht in Gesundheitswissenschaften eingeführt werden

soll. Umgekehrt machte die Arbeitsgruppe Studienreform Abstriche an ihrem Konzept im Sinne des Kompromisses mit den Vertretern der Professorenschaft.

Schlussendlich liegen nun zwei inhaltlich und strukturell unterschiedliche Vorschläge zur Reform des Zahnmedizinstudiums vor; der eine von der VHZMK, der andere von der Arbeitsgruppe Studienreform in der Zahnmedizin. Eine weitere Annäherung der beiden Modelle erscheint nicht möglich und auch gar nicht wünschenswert. An fünf wesentlichen Punkten unterscheiden sich die Reformmodelle von VHZMK und Arbeitsgruppe Studienreform:

1. Die "invasive" Patientenbehandlung setzt bei der VHZMK erst im siebten Semester und damit spät ein, während im Modell der AG Studienreform der **erste Behandlungskurs bereits im sechsten Semester** liegt und die Arbeit am Patienten deutlich mehr Raum einnimmt.
2. Laut Empfehlung der AGSR liegt nach einem Kurs der zahnmedizinischen Propädeutik (1. Semester) der **Phantomkurs der Zahnerhaltungskunde schon im 2. Semester**.
3. Nach dem 2. Semester werden mit einer mehrtägigen **propädeutischen Prüfung am Phantomkopf** die praktischen "psychomanuellen" Fähigkeiten **anhand der typischen zahnärztlichen (Füllungstherapie) und nicht zahntechnischen Tätigkeiten** geprüft.
4. Die AG Studienreform schlägt vor, **einen der bisher zwei Phantomkurse**

der Zahnersatzkunde zu streichen, auch wenn die Studierenden weiterhin alle zahntechnischen Arbeiten *einmal* im Techniklabor eigenhändig durchführen sollen; Begründung ist, dass es auch in der Zahnerhaltungskunde nur *einen* Phantomkurs gibt, dass Labor-Prothetik einen zu großen Raum im Studium einnimmt.

5. **In den vorklinischen und klinischen Prothetik- und KfO-Prüfungen werden keine zahntechnischen Arbeiten von den Studierenden selbst angefertigt**, sondern sie werden nur eingegliedert.

Weitere Akzente des VDZM/DAZ-Studienreformvorschlages, der von Studierenden, Hochschulmitarbeitern und niedergelassenen Zahnärzten erarbeitet wurde, sind:

- präventive Zahnheilkunde wird mit größerem Stundenumfang eingeführt,
- vorklinische und klinische Inhalte werden in einer "logischen" Reihenfolge angeordnet
- früh kommen die Studierenden in Kontakt mit Patienten und üben zunächst Mundhygieneinstruktionen und Zahnreinigungen; schrittweise werden sie an invasive und komplexe Behandlungsmaßnahmen herangeführt
- in den klinischen prothetischen Kursen wird mehr am Patienten und weniger im Labor gearbeitet (nur die "zahnärztlichen" Labortätigkeiten werden durchgeführt)
- die Qualitätsbeurteilung von Zahnersatz wird gelehrt, damit die späte-

ren Zahnärztinnen und Zahnärzte optimal mit Zahntechnikern zusammenarbeiten, die Ergebnisqualität vorhandenen und neu angefertigten Zahnersatzes beurteilen und wie bisher ein Praxislabor leiten können

— Patientenurse in Prothetik, Zahnerhaltung, Parodontologie, Kinderzahnheilkunde und Alterszahnheilkunde laufen nicht wie bisher blockweise in verschiedenen Semestern, sondern erstrecken sich über zwei oder drei Semester, wodurch die Studierenden – wie in der späteren Praxis – auf allen zahnärztlichen Gebieten gleichzeitig arbeiten (keine "integrierten Kurse", sondern ein Credit-Point-System, also eine Liste zu erledigender Leistungen)

— der Anteil der Kieferorthopädie wird abgesenkt, aber kieferorthopädische Diagnostik verstärkt gelehrt; gleichzeitig ist die nachuniversitäre Weiterbildung in Kieferorthopädie zu verbessern

— Parodontologie und Kinderzahnheilkunde werden eigenständige Fächer.

Der Beispielstudienplan der Arbeitsgruppe Studienreform können von der DAZ-Homepage (www.daz-web.de) heruntergeladen oder bei der DAZ-Geschäftsstelle nebst Erläuterungen zu einzelnen Fächern oder zum Reformvorschlag angefordert werden.

AGSR

Literatur:
Strippel, H.: Studienreform in der Zahnmedizin.– Welche Reformvorschläge gibt es? In: Göbel, E.; Remstedt, S. (Hrsg.): Leitfaden zur Studienreform in Humanmedizin und Zahnmedizin. Mabuse-Verlag, Frankfurt a.M. 1995, S. 96–120.

Integrierte Zahnmedizinerausbildung im Rahmen der bestehenden Approbationsordnung

C. Splieth, T. Mundt, H. Steffen, J. Fanghänel, A. Welk, Th. Klinko
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Greifswald

Seit einiger Zeit wird über eine Veränderung der zahnärztlichen Approbationsordnung diskutiert. Der Zeitpunkt einer gesetzlichen Neuregelung erscheint allerdings ungewiss. Im Folgenden sollen daher Möglichkeiten von integrierten Kursen innerhalb der bestehenden zahnärztlichen Approbationsordnung dargestellt werden.

Kurs der zahntechnischen Propädeutik (1. Semester)

Im ersten Semester werden im Rahmen des Kurses der technischen (zahnmedizinischen) Propädeutik Grundlagen für ein interdisziplinäres Verständnis medizinisch und zahnmedizinischer Aufgabenfelder erarbeitet. Die Theorie wird durch praktische Übungen untermauert. Dabei werden manuelle Fertigkeiten und Fähigkeiten trainiert. Dem Studierenden werden verschiedenen Behandlungsschritte im späteren Berufes vorgestellt. Schwerpunkte sind die funktionelle Anatomie und Physiologie des Stomatognathen Systems, Einführung in klinische Arbeitssituation mit Arbeitsergonomie, zahnärztli-

cher Hygiene und das Verhältnis Arzt/Patient, neben Arbeitsabläufen und Management bei zahnärztlichen Restaurationen. Dazu wird bereits im ersten Kurs durch Ausführen von zahnärztlichen Leistungen von der Präparation bis zur Versorgung von Zähnen auf die Komplexität hingewiesen und trainiert. Weiterhin werden die Studenten im Rahmen eines Praktikums in die Grundzüge zahnärztlicher Werkstoffkunde und Materialprüfungen eingeführt. Zusätzlich erhalten die Studenten Vorlesungen über Grundzüge der Entstehung und Prävention von Karies und Parodontopathien (1 Sem.-Wochenstunde). Im Rahmen des TPK-Kurses befunden sie sich gegenseitig, erheben Mundhygienestaten und trainieren Hilfsmittel zur Mundhygiene (3 Sem.-Wochenstunden).

Phantomkurs der Zahnersatzkunde I einschl. Berufsfelderkundung (3. Semester)

Neben der Einführung und Vertiefung in die Problematik und Methodik definitiver zahnärztlicher Rekonstruktions- und Restaurationsmittel, wird dem Studierenden in unserer Einrichtung frühzeitig eine realistische Einschätzung des späte-

ren Berufsfeldes ermöglicht. Dazu findet im Rahmen des Phantomkurses der Zahnersatzkunde I eine Berufsfelderkundung statt. Sie beinhaltet ein mehrstündiges Praktikum in Praxen niedergelassener Kolleginnen und Kollegen (8 Stunden) im Umkreis unserer Universität.

Phantomkurs der Zahnersatzkunde II und Präventionspraktikum (4./5. Semester)

Zusätzlich zum Curriculum "Phantomkurs der Zahnersatzkunde II", der von der Approbationsordnung vorgegeben ist, werden den Studierenden im Rahmen von Community Medicine Dentistry in Vorlesungen die Inhalte und Methoden der Sozialmedizin, Grundlagen der Epidemiologie und die Mundgesundheitsprobleme in der Bundesrepublik Deutschland sowie Indikationen von Mundgesundheit (Befunderhebung, Dokumentation) dargestellt.

Das sogenannte Präventionspraktikum, an dem jeweils die Hälfte eines Studienjahres während des 4. bzw. 5. Semesters teilnimmt, beginnt mit einem Vorlesungsblock „Grundzüge der Kariesätiologie und Kariesprävention“ (4 Stunden). Danach bereiten die Studenten Referate zu den verschiedenen Themen der Kariesprophylaxe vor. Nach diesen Referaten erarbeiten die Studenten in Zweier- bis Dreiergruppen für jeweils einen Kindergarten oder eine Grundschule einen Präventionsplan, der im Plenum besprochen und modifiziert wird (3 Stunden). Als Hilfestellung dienen die Aufzeichnungen der vorherigen Jahrgänge, die seit 1993 in der Bibliothek auszuleihen

sind. Die Präventionspläne werden in ungefähr 10 Einrichtungen unter Betreuung einer Fachschwester oder eines wissenschaftlichen Assistenten umgesetzt (15 Stunden). Die Umsetzung des Präventionsplanes ist in Form einer Mappe, die auch das Referat und den Präventionsplan enthält, zu dokumentieren und auszuwerten.

Integrierte Behandlung in klinischen Kursen (7.–10. Semester)

In der klinischen Ausbildung wurden die Kurse für Zahnerhaltung, Parodontologie und Zahnersatzkunde zusammengelegt. Ziel des integrierten Kurses ist eine moderne, patientengerechte und bedarfsorientierte Behandlung, die an folgendem Konzept ausgerichtet ist:

1. Diagnose von Erkrankungen und Erkrankungsrisiko
2. Behandlungsplanung
3. Prophylaxe und orale Rehabilitation
4. Recall.

Neben den restaurativen Leistungen müssen daher parodontologische und kariespräventive Leistungen für die Patienten nach individuellem Bedarf erbracht werden. Die Kursbetreuung erfolgt immer gemeinsam durch jeweils einen wissenschaftlichen Assistenten der konservierenden und prothetischen Abteilung. Parodontologen, Chirurgen oder Kariologen werden nach Bedarf dazu gerufen. Für alle Patienten wird eine komplexe Befundung mit Kariesrisikoeinschätzung, Mundhygienediagnose und Befundung

des Parodontalzustandes verlangt. Der Behandlungsplan ist von den jeweiligen Fachvertretern abzuzeichnen. Die Studenten haben zwei Jahre klinischer Arbeitszeit, um die geplanten Behandlungen durchzuführen und die Kursleistungen zu erfüllen. Nach der Sanierung werden die Patienten in das Recall des Studenten aufgenommen und bis zum Ende seiner klinischen Ausbildung betreut. Es gelten die Punktanforderungen der jeweiligen Einzelkurse, überzählige Punkte können auf den nächsten Kurs angerechnet werden. Für die Einführung des Karies- und Parodontalmonitorings wurde im Gegenzug auf die Erbringung einer Teilkrone im Leistungskatalog Zahnerhaltung verzichtet. Zusätzlich wurden Bonuspunkte für Recall (1 Punkt) und Komplexsanierungen (5 Punkte) eingeführt, die auf den Zahnerhaltungs- oder Prothetikkurs angerechnet werden können (maximal 10 Punkte).

Für Patienten, bei denen keine ausreichende Therapie der Karies- oder Parodontalerkrankungsaktivität erfolgte, werden die Punkte von restaurativen Maßnahmen nicht anerkannt.

Mögliche Probleme des integrierten Kurses:

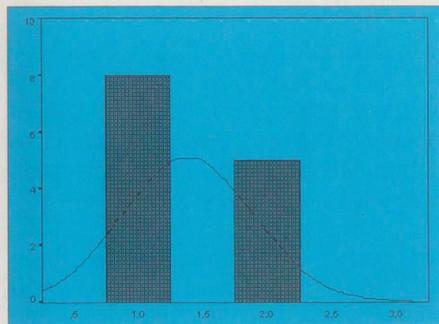
- einzelne Studenten schieben insbesondere die prothetischen Arbeiten vor sich her (2 Jahre Zeit)
- ab dem 7. Semester müssen alle Fachgebiete gleichermaßen berücksichtigt werden

- Koordination der einzelnen Fachdisziplinen
- Einordnung von Kurswiederholern
- krankheitsbedingter Ausfall eines Assistenten
- Fortsetzung der Behandlung in den Semesterferien

Insgesamt wird aber der integrierte Kurs, der in Greifswald 1996 wieder eingeführt wurde, von allen Beteiligten sehr positiv bewertet. Dabei stehen vor allem folgende Punkte im Vordergrund:

- stressfreies Arbeiten, da Zeitbegrenzung durch Semester weitgehend aufgehoben ist
- Orientierung am Behandlungsbedarf des Patienten und nicht am Punktebedarf des Studenten
- Bei anspruchsvollen Vorbehandlungen prothetisch zu versorgender Patienten ist die komplette Behandlung einschließlich der Interims- und definitiven Versorgung durch den gleichen Studenten möglich
- weniger Wechsel für Patient, Student, Assistent
- bessere Differenzierung nach Leistungsstand
- konsequentere Beurteilung durch Assistenten durch Betreuung der Studenten über 2 Jahre
- praxisnahes, patientenorientiertes Arbeiten (Komplexbehandlung)
- Komm-Struktur der Spezialisten, nicht der Patienten
- Überblickswissen für Assistenten
- Vereinheitlichung der Lehrmeinung zwischen den Abteilungen.

In einer im Januar 2000 durchgeführten Studentenbefragung wurden die integrierten Kurse mit Durchschnittsnoten von 1,38 bis 1,86 auf einer Skala von 1 (sehr gut) über 2 (gut) bis 3 (nicht gut)



Auswertung der Studentenbefragung zum klinischen, integrierten Kurs (7.-10. Sem.)

bewertet. Für den integrierten, klinischen Kurs (7.-10. Sem.) und das Präventionspraktikum (4./5. Sem.) wurden nur gute und sehr gute Bewertungen abgegeben.

Die ausführlichen Studienpläne zu der integrierten Zahnmediziner Ausbildung können von der DAZ-Homepage (Adresse: www.daz-web.de) heruntergeladen oder bei der DAZ-Geschäftsstelle (Adresse siehe Impressum) angefordert werden.

*Dr. Ch. Splieth, Zentrum für ZMK
Rotgerberstraße 8
17487 Greifswald*

DAZ-Jahrestagung 2000: PAR und Politik

Nachdem eine Gesundheitsministerin, wie wir sie im letzten Jahr als Referentin hatten, nicht leicht zu überbieten ist, kommt bei unserer Jahrestagung am 7.10.2000 in Berlin mal wieder ein fachliches Thema zum Zuge.

Ab 10.00 Uhr wird uns Dr. Hägewald aus der Abteilung von Prof. Bernimoulin an der Charité Berlin über den aktuellen Kenntnisstand in der Parodontologie aufklären. Angesichts der in den letzten Jahren in großer Zahl entwickelten Materialien und Techniken zur Infektionskontrolle und Gewebegeneration kann der Praktiker kaum einschätzen, welche dieser Methoden im Einzelfall zum gewünschten Erfolg führt bzw. ob man sich doch eher auf herkömmliche Verfahren stützen sollte.

"PAR ganz unter Kontrolle?" - Lassen Sie sich überraschen. Überraschendes bietet uns hoffentlich auch am Nachmittag ab 14.00 Uhr die DAZ-Mitgliederversammlung, zu deren öffentlichem Teil auch interessierte Nicht-DAZ'ler herzlich eingeladen sind. Da keine Vorstandswahlen anstehen, bleibt viel Raum für berufs- und gesundheitspolitische Diskussion.

Interessenten erhalten weitere Informationen über die Tagung unter
Tel. 0221-973005-45,
Fax 0221-7391239,
E-Mail DAZ.Koeln@t-onlinde.de.

Neue Web-Seite des DAZ!

Seit 4 Wochen stellt sich der DAZ mit einer neugestalteten Homepage den Internet-Nutzern dar. Das Ziel sollte und muß sein, mit einem neuen Layout mehr Neugierde auf den DAZ zu wecken, den Spaßfaktor, das neue Medium zu bedienen, auszunutzen, um eher unterhaltend Informationen, über unseren Berufsstand, aus der Berufspolitik, aus Sicht des DAZ zu vermitteln. Der Inhalt der DAZ-Web-Site gliedert sich in folgende Ordner, die zur Zeit mehr oder weniger oder auch noch gar nicht mit Leben gefüllt sind:

- Informationen über den DAZ an sich, über seine „Aktiven“, über die dezentralen Studiengruppen und Referate
- Offizielle Pressemitteilungen
- Stellungnahmen, Diskussionspapiere, Standpunkte der DAZ-Denkweise
- Hinweise auf das aktuelle bzw. neue DAZ-Forum, wesentliche Artikel und Veröffentlichungen alter DAZ-foren werden abrufbar sein
- Der DAZ als Dienstleister für die junge und alte Praxis bezüglich Organisation und auch in Fachfragen, mit nicht unwesentlicher Hilfe durch den NAV
- Der DAZ als Dienstleister für den sich im Netz verirrtten, zahnmedizinisch interessierten Patienten
- Kontakte schaffen zu anderen Organisationen, leichter Kontakte herstellen untereinander durch eine ausgesucht interessante Adressbörse.

Wer sich die ersten Seiten anschauen möchte, suche nach dem Internetaufruf die Adresse

www.daz-web.de

auf. Wenn die eigentliche homepage geladen ist, kann man sich über die linke Buttonreihe oder das Menü der rechten 2/3 Seite „weiter- oder zurückhangeln“.

Wir werden uns bemühen, die Seiten nach und nach mit Leben zu füllen. Dazu bedürfen wir der Hilfe derjenigen, die sich mit dem Medium auskennen. Noch wichtiger sind uns die Inhalte, die hinter einem ansprechenden Layout stehen sollen. Hierzu wird auf berufspolitischer Seite aus dem DAZ viel produziert. Wir sind zuversichtlich, dass die anderen Themenfelder sich ebenfalls ansprechend und gehaltvoll entwickeln.

Wer uns oder dem DAZ etwas mitzuteilen hat, wer Fragen stellen, beraten oder sich zu Themen äußern möchte, kann dies über die e-mail-Adressen:

DAZ.Koeln@t-online.de

Oder

Kontakt@daz-web.de

tun oder auch bereits über die Kontaktseite des DAZ-Web.

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde - Microsoft Internet Explorer - [Offlinebetrieb]

Datei Bearbeiten Ansicht Favoriten Extras ?

Zurück Vorwärts Abbrechen Aktualisieren Startseite Suchen Favoriten Verlauf E-Mail Drucken

Adresse www.daz-web.de

DAZ
DEUTSCHER ARBEITSKREIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

**Deutscher
Arbeitskreis für
Zahnheilkunde**
im NAV-Virchowbund

Auf den ersten Blick:

- [Reform 2000](#)

Dialogfähig
Aktiv
Zukunftsorientiert

Der DAZ
Presse
Standpunkt
Der Patient
Termine
DAZ Forum
Kontakte

Start Arbeitsplatz

Deutscher Arbeitskreis für Za... 23:56

Eine weitere besondere Möglichkeit des Informationsaustausches bietet die „interne workgroup“ zum e-mail-Austausch. Informationen und Anmeldungen hierzu liefert

Dr.Kai Müller,
Hauptstr.26, 82229 Seefeld,
Tel.08152-79646
Fax. 08152-980880
Mail : Kai_F_Mueller@t-online.de

Kontaktadresse für die Web-site :

Dr.Jost Wollstein,
Cloppenburg Str.288,
26133 Oldenburg
Tel 0441-42716
Fax 0441-48212
Mail Jost.Wollstein@t-online.de,
Oder Wollstein@daz-web.de,

Fabian Schreiber
fabian.schreiber@gmx.de



Greifswald tagt, feiert und verleiht Preise

100 Jahre Zahnmedizin

Anlässlich der diesjährigen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe und der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung sowie der 100-Jahr-Feier „Zahnmedizin in Greifswald“ wird der Preis „Kinder 2000: Community Dentistry für eine Welt“ vom Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Uni Greifswald und dem Verein „Kinder 2000“ ausgeschrieben:

Themen	Konzepte und vorzugsweise Umsetzung von oraler Prävention oder Therapie in sich entwickelnden Ländern wie z. B. Aus- und Weiterbildungsprogramme für zahnmedizinisches Fachpersonal, Mundhygiene- oder Fluoridierungsmaßnahmen
Einreichung	<ul style="list-style-type: none">• bis 30.6.2000• max. 15 Seiten (DIN-A4), deutsch oder englisch• anonym: Arbeit mit Kennwort und verschlossenen Umschlag mit Kennwort außen und Autoren incl. Adressen innen• Arbeit darf nicht gleichzeitig bei einem anderen Preisverfahren eingereicht sein• Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.
Adresse	Prof. Dr. G. Meyer, „Kinder 2000“, Zentrum ZMK Greifswald Rotgerberstr. 8 D-17487 Greifswald
Schirmherrschaft Jury	Kinder 2000 Verein zur Gesundheitsförderung in einer Welt renommierte Gutachter aus der Zahnmedizin und der Universität Greifswald
Verleihung	22./23.9.2000 anlässlich der Tagung der Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe in der DGZMK und der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung sowie der 100-Jahr-Feier „Zahnmedizin in Greifswald“
Preise	1. Preis 3 TDM, 2. Preis 2 TDM, 3. Preis 1 TDM
WWW-Info	http://www.dental.uni-greifswald.de/kinderkongress/preis-kinder2k.html
Rückfragen	Oberarzt Dr. Splieth, „Kinder 2000“, Zentrum ZMK Greifswald, Rotgerberstr. 8, D-17487 Greifswald splieth@mail.uni-greifswald.de

In deutschen
Zahnarztpraxen
das meistangewendete
Lokalanästhetikum

Ultracain®



... und wenn es die
Anamnese erfordert ...

neu **Ultracain® D**
ohne Adrenalin

... oder eine kurze Anästhesie ausreicht

Ultracain® D ohne Adrenalin 1,7 ml · Ultracain D ohne Adrenalin 2 ml. Wirkstoff: Articainhydrochlorid · **Verschreibungspflichtig. Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 1 ml Injektionslg. enthält 40 mg Articainhydrochlorid. Sonstige Bestandteile: Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Lokalanästhetikum zur Infiltrations- und Leitungsanästhesie in der Zahnheilkunde. Ultracain D ohne Adrenalin eignet sich vor allem für kurze Eingriffe an Pat., die aufgrund bestimmter Erkrankungen (z. B.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Allergie gegen den Hilfsstoff Sulfid) kein Adrenalin erhalten dürfen sowie zur Injektion kleiner Volumina (Anwendung in der Frontzahnregion, im Bereich des Gaumens). **Gegenanzeigen:** Ultracain D ohne Adrenalin darf nicht angewendet werden bei Überempfindlichkeit gegen Articain oder andere Lokalanästhetika vom Säureamid-Typ. Ultracain D ohne Adrenalin darf außerdem nicht angewendet werden bei schweren Störungen des Reizbildungs- oder Reizleitungssystems am Herzen (z.B. AV-Block II. u. III. Grades, ausgeprägte Bradykardie), akuter dekomp. Herzinsuffizienz (akutes Versagen der Herzleistung) oder schwerer Hypotonie. Eine Injektion in entzündetes Gebiet sollte unterbleiben. Das Arzneimittel ist nicht geeignet für länger dauernde Eingriffe (über 20 Min.) sowie für größere zahnärztl.-chirurg. Eingriffe. Bei Pat. mit Cholinesterasemangel muß Ultracain D ohne Adrenalin mit Vorsicht angewendet werden, da mit verlängerter u. u. U. verstärkter Wirkung zu rechnen ist. **Nebenwirkungen:** Dosisabhängig können Störungen des Zentralnervensystems auftreten: Unruhe, Nervosität u. Schwindelgefühl, Benommenheit bis z. Bewußtseinsverlust, Koma, Atemstörungen bis zum Atemstillstand, Muskelzittern, Muskelzuckungen bis zu generalisierten Krampfanfällen, Übelkeit bis Erbrechen. Während oder kurz nach der Injektion kann es zu vorübergehenden Sehstörungen (Flimmern vor den Augen, Blindheit, Doppelbilder) kommen. Gleichfalls dosisabhängig können Herz-Kreislauf-Störungen auftreten wie z.B. Blutdruckabfall u. Störungen der Herzrhythmik, in sehr seltenen Fällen bis hin zum Kreislaufzusammenbruch (Schock), u. Herzversagen. Unverträglichkeitsreaktionen (allergische u. allergieähnliche) können auftreten. Diese können sich äußern als ödemat. Schwellung bzw. Entzündung an der Injektionsstelle, daneben unabhängig von der Injektionsstelle als Rötung, Juckreiz, Konjunktivitis, Rhinitis, Gesichtsschwellung (Quincke-Ödem) mit Schwellung von Ober- u./o. Unterlippe u./o. Wangen, Glottisödem mit Schluckbeschwerden, Nesselsucht. In den schwersten Fällen kann es zu starker Atemnot (auch durch Verkrampfung der Bronchien) u./o. zum Kreislaufzusammenbruch (anaphylakt. Schock) kommen. Eine solche Reaktion erfordert sofortige ärztl. Behandlung. Nervenschäden sind keine spezifischen Nebenwirkungen von Ultracain D ohne Adrenalin, sie können jedoch als nicht ausschließbares Risiko jedes zahnärztlichen Eingriffs auftreten.

Ultracain® D-S 1 : 200.000 (1,7 ml, 2 ml, 20 ml)

Ultracain® D-S forte 1 : 100.000 (1,7 ml, 2 ml, 20 ml)

Wirkstoffe: Articainhydrochlorid und Epinephrinhydrochlorid. **Verschreibungspflichtig. Zusammensetzung:** Ultracain D-S 1:200.000: 1 ml Injektionslg. enth. 40 mg Articainhydrochlorid u. 0,006 mg Epinephrinhydrochlorid. Ultracain D-S forte 1:100.000: 1 ml Injektionslg. enthält 40 mg Articainhydrochlorid und 0,012 mg Epinephrinhydrochlorid. Sonstige Bestandteile: Max. 0,5 mg Natriumdisulfid (entsp. max. 0,34 mg SO₂), Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke. Die Zubereitungen Ultracain D-S 1:200.000 u. Ultracain D-S forte 1:100.000 in Mehrfachentnahmeflaschen enthalten zusätzl. 1mg Methyl-4-hydroxybenzoat pro ml als Konservierungsmittel. **Anwendungsgebiete:** Lokalanästhetikum zur Infiltrations- u. Leitungsanästhesie i. d. Zahnheilkunde. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Articain und Epinephrin oder einen der anderen Inhaltsstoffe. **Warnhinweis:** Ultracain D-S 1:200.000 u. Ultracain D-S forte 1:100.000 nicht bei Bronchialasthmatikern mit Sulfid-Überempfindlichkeit anwenden. Bei Pat. mit Cholinesterasemangel mit Vorsicht anwenden, da mit verlängerter u. u. U. verstärkter Wirkung zu rechnen ist. Wg. des Gehalts an Epinephrin Ultracain D-S 1:200.000 u. Ultracain D-S forte 1:100.000 nicht anwenden bei: Pat. mit paroxysmaler Tachykardie; Pat. mit hochfrequenter absoluter Arrhythmie; Pat. mit Kammerengwinkelglaukom; Pat., die nicht-kardioselektive Betablocker (z.B. Propranolol) einnehmen; u. bei Anästhesien im Endstrombereich. Bei Pat. mit "Paragruppenallergie" nur die parabenfreien Zylinderamp. verwenden (1,7 ml, 2 ml). Die iv. Anwendung ist generell kontraindiziert. Eine Injektion in entzündetes Gebiet sollte vermieden werden. **Nebenwirkungen:** Dosisabhängig können zentralnervöse Störungen auftreten: Benommenheit bis zum Bewußtseinsverlust, Atemstörungen bis hin zum Atemstillstand, Muskelzittern, Muskelzuckungen bis zu generalisierten Krampfanfällen, Übelkeit bis Erbrechen. Blutdruckabfall bis hin zum Schock und Herzversagen. Selten vorübergehende Sehstörungen (Flimmern vor den Augen, Blindheit, Doppelbilder). Allergische und allergieähnliche Unverträglichkeitsreakt., wie ödematöse Schwellung bzw. Entzündung an der Injektionsstelle, daneben unabhängig von der Injektionsstelle Rötung, Juckreiz, Konjunktivitis, Rhinitis, Gesichtsschwellung (Quincke-Ödem) mit Schwellung von Ober- u./o. Unterlippe u./o. Wangen, Glottisödem mit Schluckbeschwerden, Nesselsucht. In den schwersten Fällen starke Atemnot (auch durch Verkrampfung der Bronchien) u./o. Kreislaufzusammenbruch (anaphylaktischer Schock). Eine solche Reaktion erfordert sofortige ärztl. Behandlung. Häufig Kopfschmerzen, vermutl. auf den Epinephrin-Anteil zurückzuführen. Selten andere durch Epinephrin bedingte Nebenwirkungen (Tachykardien, Herzrhythmusstörungen, Blutdruckanstieg). In Einzelfällen können durch unbemerkte intravasale Injektion ischämische Zonen im Injektionsbereich bis hin zu Gewebnekrosen entstehen. Nervenschäden sind keine spezifischen Nebenwirkungen von Ultracain D-S 1:200.000 u. Ultracain D-S forte 1:100.000, sie können jedoch als nicht ausschließbares Risiko jedes zahnärztlichen Eingriffs auftreten. Allergische Reaktionen gegen das Konservierungsmittel Methyl-4-hydroxybenzoat möglich (Mehrfachentnahmefl.). Besondere Hinweise: Aufgrund des Gehalts an Natriumdisulfid im Einzelfall, insbes. bei Bronchialasthmatikern, Überempfindlichkeitsreaktionen, die sich als Erbrechen, Durchfall, keuchende Atmung, akuter Asthmaanfall, Bewußtseinsstörungen oder Schock äußern können. Im Rahmen verschiedener unerwünschter Wirkungen (s.o.) möglicherweise Einschränkung von Konzentrationsfähigkeit und Reaktionsvermögen. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Hoechst Marion Roussel Deutschland GmbH, 65926 Frankfurt (Main); Stand: Oktober 1998. AV 510 0047. Angaben gekürzt – weitere Einzelheiten siehe Fach- bzw. Gebrauchsinformation, die wir auf Wunsch gern zur Verfügung stellen. **Aventis Pharma Deutschland GmbH, 65926 Frankfurt (Main).**

Kommt eine Modellklausel für das Zahnmedizinstudium?

*Im vergangenen Jahr fügte das Bundesgesundheitsministerium eine Modellklausel in die ärztliche Approbationsordnung ein. Demnach können Universitäten innovative Medizin-Studiengänge anbieten. Nun denkt das Bundesgesundheitsministerium darüber nach, dies auch für das Zahnmedizinstudium zu ermöglichen. Das wäre ein völlig neuer Ansatz in der Studienreformdiskussion. Daher berichten hier die Vertreter der **DAZ-VDZM-Arbeitsgruppe Studienreform in der Zahnmedizin** ausführlich von einer ersten Expertenbesprechung zu diesem Thema, die im Bundesgesundheitsministerium stattfand.*

Die Ausbildung von Ärzten und Zahnärzten ist über die Approbationsordnungen bundeseinheitlich geregelt. Diese Regelungen verpflichten die Länder und Hochschulen, die Ausbildung in jeder Phase vergleichbar zu gestalten. Daher ist es beinahe unmöglich, grundlegende Änderungen der Ausbildung modellhaft zu erproben. Doch unlängst hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Zustimmung des Bundesrates eine 8. Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (AOÄ) erlassen, die am 12. Februar 1999 in Kraft trat. Mit ihr wurde ein § 36a "Modellstudiengang" in die Approbationsordnung eingefügt, der die Möglichkeit eröffnet, Modellstudiengänge einzurichten, die sich deutlich vom sonst üblichen Humanmedizinstudium unterscheiden.

Auf der DAZ-Jahrestagung am 2. Oktober 1999 hatte die Bundesgesundheitsministerin, Frau Andrea Fischer, die Absicht ihres Ministeriums angekündigt, auch für

die Zahnmedizin eine Modellklausel in die Approbationsordnung für Zahnärzte aufzunehmen. Durch eine solche Modellklausel würden dann auch Universitätskliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit Zustimmung der jeweiligen Fakultät in die Lage versetzt, einen Modellstudiengang durchzuführen. Sie müssten dafür einen inhaltlich begründeten Antrag zur Genehmigung an die zuständige Aufsichtsbehörde – das Kultus- und Wissenschaftsministerium des entsprechenden Landes – stellen. Keine Hochschule wäre jedoch verpflichtet, einen Modellstudiengang einzurichten, aber jede erhielte die Chance dazu und könnte diese ergreifen, wenn sie es denn möchte. Die Initiative müsste letztlich von den Zahnmedizin-Hochschullehrern und vielleicht den Studierenden vor Ort ausgehen.

Nach längerer Zeit lud das BMG für den 31. März 2000 zu einer weiteren

Sitzung der "10er-Gruppe" der Sachverständigenkommission zur Neuordnung des Zahnmedizinstudiums ein. Diesmal sollte weniger als in den früheren Sitzungen die "große Reform" diskutiert werden, sondern das Ministerium wollte die Meinung der Sachverständigen zur Einführung einer Modellklausel erfahren. Wie schon bei vielen Sitzungen zuvor, fehlten erneut die Vertreter der Bundesländer, was wohl auf deren nur mäßiges Interesse an der Zahnmedizinerausbildung hinweist. Es nahmen teil: für das BMG Ministerialrat Dr. Wanner, Frau Jebing und Frau Schmitt, für die Vereinigung der ZMK-Hochschullehrer (VHZMK) Prof. Dr. Roßbach und Prof. Dr. Heidemann, für die Bundeszahnärztekammer Dr. Carl (BZÄK), für den Freien Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) Prof. Dr. Pantke und PD Dr. Hüttemann und für die VDZM-DAZ-Arbeitsgruppe Studienreform in der Zahnmedizin Zahnarzt Bernhard Deppe und Dr. Harald Stripfel. Weil dies die erste Besprechung zu diesem neuen Thema war, berichteten wir hier im Detail über die verschiedenen Argumente.

BMG berichtet: Modellklausel im Medizinstudium

Dr. Wanner erläuterte zunächst den Hintergrund. Wie immer bei der bisherigen Studienreformdiskussion, sei die Entwicklung in der Humanmedizin prägend für die Zahnmedizin. Der letzte Reformentwurf des BMG für das Humanmedizinstudium unter der Ägide

Seehofer sei am Widerstand der Kultus- und Wissenschaftsressorts in den Bundesländern gescheitert. Das BMG hatte neben vielen anderen positiven Ansätzen beabsichtigt, sowohl in der ärztlichen als auch - zu einem späteren Zeitpunkt - in der zahnärztlichen Approbationsordnung ein verbessertes zahlenmäßiges Verhältnis von Auszubildenden zu Studierenden vorzusehen. Diese sogenannte Betreuungsrelation sei für das BMG ein wichtiger Qualitätsfaktor.

Die Kultusminister lehnten jedoch eine bundeseinheitliche, in der Approbationsordnung festzuschreibende Verbesserung der Betreuungsrelation kategorisch ab, weil sie in die Kapazitätsverordnungen (KapVO) "hineinregieren" würde, für die allein die Bundesländer zuständig seien. Auf Nachfrage bekräftigte Dr. Wanner, dass die Aussichten für die Zahnmedizin ebenfalls negativ seien, wenn es dem BMG nicht gelinge, die Humanmedizin-Studienreform durchzusetzen.

Unterdessen seien die Kultusminister dabei, das gesamte Kapazitätsrecht und vor allem die Finanzierung der Studiengänge durch die Bundesländer zu ändern. Es sollen zukünftig Budgets zugewiesen werden, die dann durch einen Kostennormwert zu teilen wären, der in der Medizin 350.000 Mark und in der Zahnmedizin 250-270.000 Mark betragen soll. Daraus ließe sich dann die Aufnahmekapazität errechnen, wobei es sich letztlich um ein System mit "Kopfpauschale" pro Student handele. Die

VHZMK ergänzte, mit der Realisierung dieser neuen KapVO sei etwa im Jahr 2002 zu rechnen. Weitere Überlegungen zur grundlegenden Neuordnung des Zahnmedizinstudiums, so das BMG, könnten demnach überhaupt erst dann angestellt werden, wenn die neue Muster-Kapazitätsverordnung vorliege.

Vor diesem Hintergrund sei es das Anliegen des Ministeriums, eine Modellklausel in die bestehende Approbationsordnung für Zahnärzte (AOZ) einzufügen, die es den Universitäten ermöglichen würde, im Vorgriff auf eine große Neuordnung Reformelemente im Kleinen zu erproben. In die spätere bundesweite Reform könnten dann die Erfahrungen aus Modellstudiengängen mit einfließen. Ziel der Besprechung sei es, zu erfahren, wie das von den Verbänden eingeschätzt wird.

Vorab wies das Ministerium aber noch darauf hin, die Situation in der Zahnmedizin sei anders als in der Medizin. In der Medizin habe es nämlich intensive Vorarbeiten der Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin um Prof. Scheffner in Berlin gegeben. Dort sei nicht nur ein kompletter Modellstudiengang entwickelt worden, sondern der Plan sei auch dem Wissenschaftsrat zur Begutachtung vorgelegt und mit vielen Beteiligten und Institutionen ausführlich diskutiert worden. Unermüdlich seien die Initiatoren für ihren geplanten Studiengang eingetreten. Das BMG hätte schließlich mit der AOÄ-Novelle "nur" noch die Verwirklichung dieses Reformstudiengangs ermöglichen müssen.

Modellstudiengang: Bedingungen und Anforderungen

Um Missverständnissen vorzubeugen, wies Dr. Wanner darauf hin, niemand sei "gezwungen", von einer Modellklausel Gebrauch zu machen. Es gehe um die Freigabe von rechtlichen Regelungen als Angebot.

Dr. Wanner beschrieb die Chancen, die eine Modellklausel eröffnet. Eine Universität könne in ihrem Modellstudiengang das Studium inhaltlich neu beschreiben. Es würden Spielräume auch für inhaltliche Verschiebungen eröffnet. Wenn also ein Modellstudiengang geplant werde, sollten die inhaltlichen Dinge im Vordergrund stehen: zu welchem Zeitpunkt was gelehrt wird und welche Kurse zusammengeführt werden können. Im Modellstudiengang könnten Vorstellungen zusammenlaufen, die nachher auch für eine bundesweite Reform Anregungen geben könnten. Jeder Modellstudiengang werde wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Beim Entwurf eines Modellstudienplans sollte die Universität die Kapazitätsfrage dagegen zunächst unbeachtet lassen, weil die Aufnahmequote an Studierenden primär nicht beeinflussbar sei.

Gefragt, ob die Kultusminister einer Modellklausel im Zahnmedizinstudium wohl Steine in den Weg legen würden, antwortete Dr. Wanner, dies sei nicht zu erwarten. Bereits die Zustimmung zum Modellstudiengang Medizin zeige

das an, und auch erste Äußerungen aus den Ländern wiesen darauf hin, dass sich die Kultusministerkonferenz einer Modellklausel in der Zahnmedizin-Ausbildung sicherlich anschließen würde.

Hochschullehrer: Erst Geld, dann Modell

In der Besprechung vom 31. März 2000 positionierten sich die Vertreter der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Modellklausel gegenüber mehr als verhalten. So führten sie zunächst aus, eine Menge Geld und mehr Personal sei für einen Modellstudiengang erforderlich. Wenn Reform- und Regelstudiengang – versetzt um ein Semester – gleichzeitig laufen würden, wäre wegen Kursparallelitäten teilweise doppeltes Personal erforderlich. Negativ beurteilten die VHZMK-Professoren auch den oben genannten Finanzansatz, den die Kultusminister für die Zahnmedizinausbildung ins Auge gefasst haben. Nicht 270.000, sondern 400.000 Mark seien pro Student erforderlich. Ganz unklar sei auch, wie viele Studierende letztlich mit einer neuen Kapazitätsverordnung zugelassen würden.

Also fragte die VHZMK: Wer bezahlt den Mehraufwand der Universität für den Modellstudiengang, wenn bei den Ländern ohnehin kein Geld für qualitätsverbessernde Maßnahmen da ist? Das BMG verwies darauf, ob ein Land Geld für einen Modellstudiengang an einer Universität zur Verfügung stellt, hänge

selbstverständlich davon ab, welchen Wert das Land dem Vorhaben zumisst. Wesentlich sei, für einen Modellstudiengang weitere Gelder einzuwerben; über das Land als Geldgeber hinaus. Beim Berliner Modellstudiengang habe das Bundesministerium für Bildung und Forschung und vor allem die Robert-Bosch-Stiftung mitfinanziert. Ohne die privaten Stiftungsgelder hätte nichts gestaltet werden können.

Die Finanzierung müsse solide sein, sonst würde das Land ohnehin nicht dem Studiengang zustimmen. Dadurch würde aber auch verhindert, dass die Hochschule durch den Modellstudiengang in finanzielle Probleme gerate. Darüber hinaus sei offensichtlich, dass zunächst eine inhaltliche Beschreibung eines geplanten Modellvorhabens vorliegen müsse, bevor es sich überhaupt lohne, an das Kultusministerium heranzutreten. Jedenfalls stünden für die Reformstudiengänge in der Medizin und der Zahnmedizin auf keinen Fall Mittel des BMG selbst zur Verfügung.

Ein Nebenaspekt sei, dass Modellstudiengänge durchaus auch in einem Bundesland "gebündelt" werden könnten.

Gleichzeitig drei verschiedene Studiengänge?

Zweiter Haupteinwand der VHZMK gegen Modellstudiengänge war, dass an einer Zahnklinik gleichzeitig drei unterschiedliche Studiengänge stattfinden würden: der derzeitige Regelstudiengang, der Modellstudiengang und der

Studiengang nach neuer KapVO. Das überfordere die Kliniken organisatorisch und sei nicht realisierbar.

Die Arbeitsgruppe Studienreform hielt diese Argumentation nicht für überzeugend. Schließlich dauere es Jahre der Konzeption und Vorbereitung, bis überhaupt ein Modellstudiengang starten könne; im Berliner Medizinstudiengang habe es zehn Jahre gedauert. Dadurch ergebe sich ohnehin eine Entzerrung.

Außerdem wies die Arbeitsgruppe Studienreform auf einen fundamentalen Unterschied zur Medizin hin: die viel niedrigere Zahl an Studierenden. Am Berliner Modellstudiengang würden 63 Studierende teilnehmen, parallel dazu würden aber mehrere hundert im Regelstudiengang studieren. In der Zahnmedizin wären an einer einzelnen Universität für eine Aufteilung in Regel- und Modellstudiengang aber auf keinen Fall genügend Studierende vorhanden. Die von der VHZMK aufgeworfene Problematik von Parallelstudiengängen werde in der Realität gar nicht vorkommen. Absehbar sei, dass, wenn eine Universität einen Modellstudiengang einführen wolle, sie auch nur den Modellstudiengang durchführen und den Regelstudiengang auslaufen lassen werde.

Wir reformieren schon, sagen die Professoren

Die Vertreter der Professorenschaft bekräftigten, auch das geltende Recht ermögliche einiges an Neuorientierung. Sie

hoben hervor, die Zahnkliniken wüssten, was geändert werden muss, und sie packten das auch an. Das lange den Hochschulen vorgeworfene Beharrungsvermögen an "festgefahrenen" Strukturen sei aufgebrochen. Viele Hochschulen versuchten bereits, inhaltliche Änderungen am Lehrplan umzusetzen, Lehrinhalte neu zu definieren – Beispiel Greifswald; auch wenn das kein echter neuer Studiengang sei.

BZÄK und FVDZ: Negatives Votum

Die Bundeszahnärztekammer sah *keine* Notwendigkeit für eine Modellklausel in der AOZ, da es sich deren Ansicht nach um reine Makulatur handle und den Aufwand einer Approbationsordnungsänderung nicht rechtfertige.

Der Freie Verband hatte den Kommissionsmitgliedern im Vorfeld der Sitzung ein zweiseitiges Papier zugesandt, in dem Ziele eines Modellstudiengangs, Voraussetzungen, Forderungen an die Einführung und eine Reihe offener Fragen formuliert wurden. In der Sitzung gingen die FVDZ-Vertreter auf dieses Papier allerdings nicht mehr ein. Sie erklärten vielmehr, sie hielten einen Modellreformstudiengang für überflüssig. Es sollten eher die bestehenden Spielräume genutzt werden. Die Hochschullehrer sollten bei den Kultusministern vorstellig werden, um zu erreichen, dass die Einschränkungen des Lehrplans durch die Kapazitätsverordnungen gelockert werden.

AG Studienreform: Pro Modellstudiengang

Die VDZM-DAZ-Arbeitsgruppe *Studienreform in der Zahnmedizin* argumentierte, mit einem Modellreformstudiengang könnten die inhaltlichen und strukturellen Änderungen erprobt und später bewertet werden. Es bestünde also die Möglichkeit, praxisnah Reformen zu erproben. Die AG habe daher erste Anregungen für eine Modellklausel-Regelung erarbeitet und den Gesprächsteilnehmern vorab zugesandt. Der Entwurf lehne sich teilweise an die Regelung in der Medizin an. Beispielsweise sei ähnlich wie in der Medizin-Modellklausel vorgesehen, dass die naturwissenschaftliche Vorprüfung und die zahnärztliche Vorprüfung *nicht* abgelegt werden müssten – sie würden durch Semesterprüfungen ersetzt (Deregulierung von staatlicher Seite, Übertragung von Verantwortung auf die Universitäten).

Gleichzeitig werden in dem Vorschlag der Arbeitsgruppe aber auch einige Ideen formuliert, die noch rechtlich geprüft werden müssen. So z. B. der Ansatz, die freiwillige *Möglichkeit* vorzusehen, im Modellstudiengang andere Prüfungsinhalte als im Regelstudiengang einzuplanen und dabei insbesondere in den staatlichen Prüfungen auf die eigenhändige Anfertigung von Zahnersatz und kieferorthopädischen Apparaten zu verzichten. Damit wird beabsichtigt, die übermächtige Dominanz zahntechnischer Inhalte im Stu-

dium zurückzufahren. Darüber hinaus könnte ermöglicht werden – auch dies wäre zunächst rechtlich zu prüfen – zwar auf den zweiten Phantomkurs Zahnersatzkunde zu verzichten, aber Nachweise zu verlangen für die Teilnahme an Unterrichtsveranstaltungen in zahnmedizinischer Propädeutik, Ergonomie, präventiver Zahnheilkunde, Gesundheitswissenschaften, zahnärztlicher Psychologie und Psychosomatik, zahnmedizinischer Diagnostik und Behandlungsplanung, Notfallmedizin, Alterszahnheilkunde und ein sich über das ganze Studium erstreckendes Praktikum der gesundheitsfördernden, präventiven und gegebenenfalls therapeutischen Versorgung von Patientengruppen in Kindergärten, Schulen, Behinderteneinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen oder Betrieben.

Ein in der Praxis gelungenes Modell könne später die Diskussion voranbringen. Es sei wichtig, dass die Länderministerien mit den Reformwünschen "von unten" konfrontiert würden, damit sie sich der Notwendigkeit der Reform bewusst würden.

Uni hat Interesse an Modellstudiengang Zahnmedizin

Weiterhin gab die Arbeitsgruppe Studienreform zur Kenntnis, dass die zahnmedizinische Klinik der Charité in Berlin Interesse an der Durchführung eines Modellstudiengangs geäußert habe. In Berlin seien die Realisierungschancen möglicherweise besser als anderswo,

weil bei der Konzeption des Modellstudiums durch die örtliche Nähe leicht auf die Erfahrungen der Berliner Humanmediziner zurückgegriffen werden könnte, und weil die Berliner Aufsichtsbehörde ohnehin schon mit dem Ansatz eines Reformstudienganges vertraut ist. Es sei nun sehr wichtig, betonte die Arbeitsgruppe, dass dieser Reformwille Anschub bekomme, wobei die hier diskutierte Modellklausel den Ausschlag dazu geben könne. Damit könnten dann auch die Berliner Zahnmediziner zusätzlich motiviert werden. Erst wenn die rechtlichen Rahmenbedingungen festgezurr sind, könnten sie sich darauf verlassen, dass sie ihre kreativen Ideen auch tatsächlich realisieren dürfen.

Es liege auf der Hand, fuhr die Arbeitsgruppe Studienreform fort, dass die hier anwesenden Vertreter der Professoren nicht die an einem Reformstudiengang Interessierten repräsentieren könnten, denn ebenso wie in der Medizin gingen Reforminitiativen eher von *sehr wenigen*, besonders stark motivierten Dozenten aus, als von einer Mehrheit in der Professorenschaft. Nun sollten VHZMK und BZÄK aber diesen besonders Interessierten nicht den Weg verstellen, indem sie die *Schwierigkeiten* bei einem Modellversuch so stark in den Vordergrund stellen!

Statements zur "großen Studienreform Zahnmedizin"

In der Sitzung am 31. März wurde nicht nur über die Modellklausel gesprochen, sondern auch über die "große Studienreform", auf die die Arbeitsgruppe Studi-

enreform jetzt schon seit 1989 und die BMG-Sachverständigenkommission seit 1993 hinarbeitet.

Die BZÄK verwies darauf, manche europäische Länder seien noch nicht einmal auf dem Ausbildungsstand, den Deutschland längst erreicht hätte. Die VHZMK ergänzte, im Gegensatz zu den angelsächsischen Ländern bedeute hierzulande "Approbationsreife" die Praxisfähigkeit.

Die BZÄK erklärte einerseits, die 10er-Gruppe zur Novellierung der AOZ habe in den letzten Jahren einen falschen Zugang zum Problem gehabt. Sie sollte vielmehr den "Spielraum in der bestehenden Approbationsordnung für Zahnärzte aufzeigen". Andererseits betonte die BZÄK, eine Novellierung der AOZ sei doch dringend erforderlich. Es ginge nicht an, auch weiterhin über den Bedarf hinaus auszubilden – die Studentenzahl müsse reduziert werden.

Dem schließt sich die VDZM-DAZ-Arbeitsgruppe Studienreform in der Zahnmedizin bekanntlich an. Die Arbeitsgruppe hob aber hervor, der bisher in den Beratungen gezeigte Reformwillen der die "Mehrheitsfächer" vertretenden Professoren sei stark zu bezweifeln, was auch durch die in der jetzigen Sitzung erfolgten Statements wieder gezeigt werde. Der bisher von der VHZMK mit Unterstützung der BZÄK vorgestellte Entwurf für einen neuen Studienplan greife viel zu kurz

und würde die tatsächlichen Strukturprobleme des Studiums nicht lösen. Es handele sich beim Professoren-Modell um einen viel zu halbherzigen Reformansatz.

Die Arbeitsgruppe Studienreform verwies auf die von ihr in 1993 vorgestellte Umfrage unter allen westdeutschen Studierenden des Abschlussessemesters. Dringenden Reformbedarf hatten die Studierenden gesehen, und zwar am ausgeprägtesten in zwei Punkten: Die Studierenden wünschten eine viel stärkere und früher einsetzende klinische Betätigung sowie eine deutliche Einschränkung der zahn-technischen Kurse. Diese Forderungen werden von den Professoren bestenfalls ansatzweise, dagegen im Studienplan der Arbeitsgruppe Studienreform voll umgesetzt. Nach den langen Diskussionen der Vergangenheit ist die Sachverständigen-Kommission schließlich zu einem guten Zwischenabschluss gekommen: Zwei Reformmodelle liegen auf dem Tisch, und zwar das der VHZMK und das der AGSR.

Die Modelle stimmten in einigen Punkten überein, unterschieden sich aber in fundamentalen Fragen. Beispielsweise setzt im Vorschlag der Arbeitsgruppe Studienreform der Patientenkontakt viel früher ein, und es wird durch den Verzicht auf einen zweiten zahn-technisch-prothetischen Propädeutikkurs Platz für neue Inhalte geschaffen. Auch nach dem Fazit des

BMGs seien die beiden Vorschläge, die unterschiedliche Akzente setzen, sehr brauchbar, um in die Diskussion mit den Bundesländern einzutreten. Über zwei unterschiedliche Vorschläge verfügen zu können, hatte das BMG günstiger beurteilt, als wenn es nur ein einzigen Vorschlag gäbe, bei dem dann – aus Sicht der Bundesländer – keine "Wahlmöglichkeit" mehr bestünde.

Modellklausel als Ersatzhandlung?

Der BZÄK-Vertreter äußerte die Vermutung, dass, wenn einer Modellklausel zugestimmt würde, die Politik danach möglicherweise nicht mehr die notwendige Motivation zur Durchführung einer "großen" Reform finden werde. Die Arbeitsgruppe Studienreform nahm diese Bedenken ernst. Dr. Wanner teilte mit, auch bei der langen Diskussion um das Berliner Modell sei diskutiert worden, ob durch den Modellstudiengang der "politische Druck herausgenommen werde, eine umfassende Reform des Medizinstudiums durchzuführen". Letztlich seien das aber nur Spekulationen gewesen.

Wie geht es weiter?

Dr. Wanner bemerkte, es scheine, das Bedürfnis nach einer Modellklausel sei in der Zahnmedizin nicht-so stark ausgeprägt wie in der Medizin. Sonst hätte man wohl bereits jetzt schon entsprechende Bestrebungen auf dem Tisch gehabt.

Die Arbeitsgruppe Studienreform verwies darauf, es sei allein aufgrund der in

der Zahnmedizin im Vergleich zur Medizin viel geringeren Zahn an Lehrkräften auch weniger wahrscheinlich, dass bereits fertig ausgearbeitete Konzepte vorlägen.

Alle Gesprächsteilnehmer betonten doch die Notwendigkeit der umfassenden Reform der AOZ und baten Dr. Wanner nachdrücklich, er solle an die Leitung des Ministeriums weitergeben, es gebe eindeutigen Reformdruck, und der Reformwille sei vorhanden. Bezüglich dieser grundlegenden Studienreform fasste Dr. Wanner daraufhin zusammen, es sei deutlich geworden, dass die erarbeiteten Reformmodelle in einigen Punkten weiterentwickelt werden sollten und aufgrund des Dazwischentreten der KapVO-Neuerungen *in drei bis vier Jahren* den Entscheidungsgremien vorgelegt werden können.

Bezüglich der Einführung einer Modellklausel zog Dr. Wanner das Fazit, das Ministerium hätte die Resonanz auf das Vorhaben "Modellklausel Zahnmedizin-studium" vor der Sitzung positiver eingeschätzt. Die Politik habe dann wenig Interesse, eine Modellklausel einzuführen, wenn sich nachher kein Bedarf erkennen lasse. Jedenfalls bedeute die in der Sachverständigenkommission mehrheitlich erkennbare Skepsis gegenüber einer Modellklausel keine Absage an generelle Reformen. Er werde dies und die ausgetauschten Argumente der Leitung des Ministeriums weitergeben. Ansonsten werde das Ministerium die Sachverständigenkommission im Som-

mer 2000 erneut einladen. Dann wird das BMG über die Ergebnisse der anstehenden Bund-Länder-Diskussion berichten, die sich mit der Neuregelung der Finanzierung und der Medizin-Studienreform befassen wird. Daraus werden sich dann günstige oder auch ungünstige Perspektiven für die Zahnmedizin-Studienreform ableiten lassen.

*Dr. Harald Strippel M.Sc.,
Mülheim a.d.R.,*

*ZA Bernhard Deppe,
Bonn*

Termin:

- 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, Margrafs@mail.uni-marburg.de)

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

Zum Beitrag im DAZ forum Nr. 67, S.49
"Real existierender Schwachsinn"
(HKP über 20,63 DM)

Sehr geehrter Herr Dr. Hey,

Ihr Ärger über den beschriebenen Vorgang ist verständlich. Auch die AOK Bayern ist daran interessiert, überflüssige Verwaltung abzubauen. Gerade deshalb haben wir der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns bereits zu Jahresanfang 1999 angeboten, für Wiederherstellungen inkl. Erweiterungen von Zahnersatzversorgungen bis zu einem Gesamtbetrag von DM 300,00 (inkl. Material- und Laborkosten) die Genehmigung pauschal zu erteilen, damit der Vertragszahnarzt in diesen Fällen einen Kassenanteil in Höhe von 65 v. H. bzw. bei Härtefällen in Höhe von 100 v. H. über die KZVB abrechnen kann. Dieses Angebot hat die KZVB permanent zurückgewiesen, so daß die Krankenkassen diese für alle Beteiligten - Versicherte, Zahnärzte und Krankenkassen - unbürokratische Lösung über das Landesschiedsamt erzwingen mußte.

Diese für uns unverständliche Verweigerungshaltung zeigte die KZVB auch bei anderen Angeboten der Krankenkassen, wie z. B. zur Übernahme der Bundeserklärung zu Mehrleistungen für vollkeramische Verblendungen außerhalb des Verblendbereiches oder zur Abrechnung von Mehrleistungen bei neuen Methoden der Kronen- Brückenherstellung. Offenbar trägt die KZVB diese - in anderen Bundesländern einvernehmlich gelösten - Probleme gezielt an die Pra-

xen heran, um damit auf dem Rücken der Patienten, der Zahnärzte und der Krankenkassensachbearbeiter "Crash-Politik" zu betreiben.

Wie Sie wissen, vertrete ich die Interessen der Krankenkassen in Bayern für den zahnärztlichen Bereich schon seit über 20 Jahren. Dabei kam es natürlich bei den systemimmanenten Konflikten über Vergütungsfragen auch zeitweise zu heftigen Differenzen der Vertragspartner auf Landesebene. Dabei haben wir aber unseren Direktionen und Geschäftsstellen vor Ort immer wieder empfohlen, das traditionell gute Verhältnis zu den (meisten) Zahnärzten vor Ort dadurch nicht beeinträchtigen zu lassen. Mit großer Sorge betrachte ich jedoch die Entwicklung in den letzten Jahren, die - betrieben von einigen extremistischen Zahnärztesfunktionären - auf eine Vernichtung des international anerkannten GKV-Systems der Bundesrepublik Deutschland hinzielt. Ich denke - bei aller berechtigten Kritik durch Zahnärzte und auch durch Krankenkassen zu notwendigen Reformen: Es gibt kein besseres.

*Günther Reiter,
Abteilungsleiter AOK Bayern*

Sehr geehrte Damen und Herren,

den DAZ habe ich gewählt, weil ich den Eindruck hatte, hier wird faire Zahnheilkunde gefördert. Aus diesem Grunde bin ich nicht einer Meinung mit dem Kollegen Hey, dass Endodontie ohne Koffer-

dam möglich ist. Erstens finde ich immer wieder die teilweise abstruse Ansicht „es geht ja auch ohne“. Warum, wenn ich mit Kofferdam besseren Schutz, besseren Zugang und bessere Übersicht habe? Um vorzubeugen - was will ich mit Zähnen anfangen, bei denen nicht einmal das Legen von Kofferdam möglich ist?

Aus meiner Erfahrung kann ich bestätigen, dass Kofferdam sicher konsequentes Teamwork mit der Helferin, gute Organisation und gutes Material bedarf. Auf der anderen Seite wird Kofferdam bei kurzer Erläuterung von nahezu allen Patienten toleriert und z.T. auch gefordert. Die Scheu vor Kofferdam ist sicherlich groß, aber die Vorteile liegen in der Zeit- und Materialersparnis, Qualitätssteigerung und erhöhtem Komfort für Patienten (NaOCl schmeckt wirklich grausam) klar auf der Hand - nicht nur für die Endodontie. Gerade Kofferdam ermöglicht uns eine einigermäßen wirtschaftliche „Kassen“-Endo.

Dr. Alexander Zill, Haar

Sehr geehrter Herr Kollege Zill,

mein Beitrag sollte lediglich beschreiben, wie ich - nicht ohne Erfolg - Endodontie betreibe, ohne mit erhobenem Zeigefinger zu fordern, andere sollten das genauso tun.

Ich halte es für gut, dass Sie immer Kofferdam legen, bin aber ziemlich sicher, dass 80% der Kollegen dies nicht tun. Allerdings ziehe ich daraus nicht den Schluss, die seien deshalb alle schlechte Zahnärzte. Außer einer erhöhten Sicherheit vor Aspiration hat das Legen

von Kofferdam doch keinen Einfluss auf die Qualität einer Wurzelfüllung. Auch muss man Hypochlorit nicht in solchen Mengen in die Wurzelkanäle spritzen, dass etwas davon in den Hals läuft - mit dem Lentulo in Kleinstdosen einrotiert ist mir das jedenfalls bislang nur sehr selten passiert.

Im übrigen verstehe ich Ihren Vorwurf nicht, es sei keine »faire Zahnheilkunde«, wenn man auf Kofferdam verzichtet. M.E taugt Kofferdam nicht als Dogma guter Zahnmedizin: Galt z.B. in der zahnfarbenen Füllungstherapie vor kurzem das Legen von Kofferdam noch als absolutes Muss - so fordert man jetzt wieder feuchtes Dentin...

Ich würde mir aber wünschen, dass gerade in der Endodontie Praktiker und Wissenschaftler gemeinsam Standards festlegen, den zeitlichen Mindestaufwand definieren und dann auch sagen, was dafür bezahlt werden muss, denn es ging mir ja vor allem darum, dass Endo-Leistungen besser vergütet werden.

Ihr Hanns-W. Hey

Lieber Kollege Zill,

auch wenn es von der anderen Seite häufig so dargestellt wird, stellt der DAZ an sich und seine Mitglieder nicht den Anspruch, ein Verband der „besseren Zahnärzte“ zu sein. Stattdessen versucht der DAZ, „ehrliche“ Zahnärzte zu sammeln, die ihre Meinung offen vertreten und zu ihrem Tun stehen, die den Fortschritt in der Zahnheilkunde kritisch fördern und dem Patienten und Kollegen gegenüber fair sind. Aus diesem Grunde sind Sie auch beim DAZ gut aufgehoben

und Ihre Meinung zur Endodontie, die Sie im Leserbrief geäußert haben, wird die innerkollegiale Diskussion sicher voranbringen. Doch wollen wir im DAZ andere Behandlungsmethoden, die sich jahrzehntelang bewährt haben, nicht pauschal verdammen, als „abstrus“ bezeichnen. Wenn sich die Lehrmeinung bezüglich Kofferdam (der schon in einem mir vorliegenden zahnärztl. Lehrbuch aus dem Jahre 1921 erwähnt wird!) langsam wandelt, so gibt es wie zu anderen im forum angesprochenen Fragen der Endodontie noch ein breites Meinungsbild, wie ich bei der nachfolgend wiedergegebenen Umfrage unter 28 DAZ-Mitgliedern herausbekommen habe:

1. Kofferdam lege ich bei ENDO-Behandlungen

immer (4 mal),	meistens (3 mal)
manchmal (7 mal)	nie (14 mal)

2. Röntgenmeßaufnahmen mache ich zur WK

immer (12 mal)	meistens (9 mal)
manchmal (6 mal)	nie (1 mal)

3. Thermoplastische WF (nach McSpadden) mache ich

immer (2 mal)	meistens (5 mal)
manchmal (2 mal)	nie (19 mal)

Die DAZ-VDZM Frühjahrstagung am 6./7. Mai 2000 gibt uns bestimmt gute Gelegenheit, mit Frau Dr. Barthel von der Zahnklinik Nord, Charité Berlin über „moderne“ und „gute“ Endodontie zu diskutieren (s. forum 68, S.18). Deshalb vielen Dank auch für Ihren Beitrag.

U.Happ, Hamburg

DAZ - forum 68, Dr. Kai Müller:
Business as usual.

Sehr geehrter Herr Kollege Müller,

Ihrem Editorial stimme ich voll zu bis auf...: sie schreiben: "Versuchen sie nicht, Ihre Patienten zu politischen Verbänden zu machen - sie werden es nicht". Das stimmt nicht! Überlegen sie bitte mit. Sie schreiben weiter: »Sagen Sie ehrlich, wenn die Kassenknete für Ihre Leistung nicht reicht. Die Patienten rechnen damit und bezahlen auch, wenn sie ihnen bei der Wert-Schätzung helfen. Verbänden sie sich mit Ihren Patienten auf dem Weg zu mehr Gesundheit und schonender Therapie.« Wenn das gelungen ist, ich hoffe es mit Ihnen, dann sind die Patienten bereits zu unseren politischen Verbänden geworden. Werden sie es also nicht doch?

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Dr. Klaus Hilfer
stellvertr. Vors. der »Unabhängigen
Zahnärzte in Bayern« (UZB)

Redaktionsschluss für das nächste forum: 17. Juli 2000

Buchbesprechungen

D. Herrlinger, C.I. Koschnitzke, U. Schmidt,
hrsgg. von Quintessenz
und Dental Magazin

Praxisambiente

Die Zukunft der Praxis, die Praxis mit
der Zukunft

344 Seiten, über 700 Abb., DM 348
Quintessenz-Verlag, Berlin 12/99,
ISBN 3-87652-519-5

Dieser sehr kostspielige Bildband ist nach den Angaben der Autoren weltweit das erste Buch, das sich detailliert mit den Aspekten einer erfolgsorientierten Praxisgründung auseinandersetzt. Gedacht für Praxisneugründer oder-moderisierer präsentiert es eine Übersicht etablierter Zahnarztpraxen in Deutschland mit zugegebenermaßen wirklich guten Fotodarstellungen. Umfangreiche Checklisten, Beispiele und Planungunterlagen sowie Tipps zu Standortanalysen und Bankgesprächen ergänzen diese Hochglanzaufnahmen, Empfehlungen zu modernster Praxisausrüstung mit digitalem Röntgen, Laser etc. fehlen am Ende auch nicht. Für meinen Geschmack sind die Vorschläge auf zu avantgardistischem Niveau. In Zeiten von Globalbudgets und immer geringer ausfallenden Einkommensbilanzen fragt man sich als zahnärztlicher Leser doch, wie solche schönen Praxisbeispiele finanziell realisiert werden sollen, leider. Die Dentalindustrie wäre gut beraten, sich auf die Marktveränderungen einzustellen.

S. Lange

Der Zahnarzt als Praxis-Manager

Hrsg.: Helmut Börkircher,
Quintessenz-Verlag
Band 1: Führungsstrategie von Helmut
Börkircher, 107 Seiten,
ISBN 3-87652-407-5
Band 2: Kostenmanagement
von Andreas Frodl, 96 Seiten,
ISBN 3-87652-413-X

Diese Bücher sind die ersten beiden einer neuen Reihe, welche aus zwölf einzelnen Bänden besteht.

Im ersten Band wird versucht, dem Zahnarzt ein Konzept an die Hand zu geben, mit dem er erfolgreich eine Praxis mit dem entsprechend motivierten Praxisteam aufbauen kann. Dem Leser wird vermittelt, daß er aufgaben- und mitarbeiterorientiert denken, handeln und führen soll. Zwei Hauptdimensionen werden betont, das Vorwärtsgen und das Zusammenhalten. Dabei wird immer wieder herauskristallisiert, daß die Praxisinhaber oder Führungspersonen situationsabhängig führen müssen. Man kann keine vorgegebenen Schemata abspielen, die erfolgreiche Praxisführung muß immer individuell die Mitarbeiter in das Praxismanagement einbeziehen.

Es werden einzelne Bausteine der Führungselemente in kurzen verständlichen Abschnitten vorgestellt, die am Ende des Kapitels noch einmal farblich hervorgehoben wiederholt werden. So wird die Meßbarkeit des Führungserfolges beschrieben, die Kernfunktion erläutert, nämlich die Verhaltensbeeinflussung. Der Führungsstil zeigt den Weg zum Führungsprozeß, der aus dem Planen, Entscheiden, Durchsetzen und Kontrol-

lieren besteht. Die Führungsaufgaben und die Führungstechniken führen letztendlich zu den Führungsleitsätzen der Praxis. Diese verstehen sich für den Autor als Leitfaden für die Beziehung und den Umgang untereinander im Team. Das erfolgreiche Management der eigenen Person ist allerdings unverzichtbare Voraussetzung für alle Führungsfunktionen. Denn nur wer sich selbst führen kann, wird auch verantwortungsbewußt andere führen können. Für viele unfehlbare Führungspersonen wäre dies sicherlich ein sinnvoller Ratgeber. Für jüngere Kollegen sind beide Bände empfehlenswert.

Der zweite Band über das Kostenmanagement versucht in der heute schwieriger gewordenen Zeit die Kosten aufzudecken, die tatsächlich noch gesenkt werden können. Denn bei einem festgelegten Budget und einer zunehmenden Versorgungsdichte wird der Gewinn in einer Zahnarztpraxis nicht unbedingt weiter steigen. Auch durch eine Umsatzsteigerung ist dies nicht mehr möglich. Es werden die Kostenarten vorgestellt und Schritt für Schritt die einzelnen Kostensenkungsmaßnahmen erläutert. Der Autor geht dabei von der Energiesparlampe über die Rentabilität eines Praxislabor zu den Kosten einer möglichen Raumpflegefirma bis zu den allgemeinen Praxiskosten wie Telefon und Briefpost. In jedem Abschnitt wird eine Kleinigkeit aufgespürt, die in der Summation der Kosten einen erheblichen Kostensenkungsbeitrag leisten kann. Dieser zweite Band ist äußerst aktuell und jedem Praxisinhaber zu empfehlen. Zum Preis der Bücher muß gesagt werden, daß im Quintessenz-Verlag keine

Kosten gespart werden können. Beim Bestellen der 12bändigen Reihe zahlt der Leser zum Subskriptionspreis 48,- DM pro Band. Wenn Sie nur ein Buch interessiert, kostet dieses 64 DM.

G.-U. Hillers

Hans-Uwe L. Köhler
Wie Sie Ihre Patienten überzeugen
Köhler-Verlag, Börwang/Allgäu,
3. überarbeitete Auflage 1998
DM 198

Sicher kennen einige Leser den plakativen Stil des Unternehmensberaters Hans-Uwe Köhler aus Fortbildungsveranstaltungen. Seine Behauptung: Jeder kann lernen, andere Menschen zu motivieren! wird in seinem Buch mit dem Untertitel »Der Zahnarzt und sein erfolgreiches Beratungsgespräch« mit psychologischen Hintergründen untermauert.

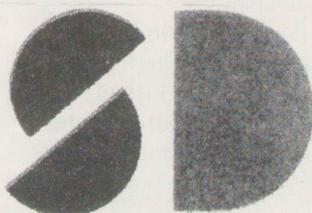
In 42 Kapiteln will er vor allen Dingen zeigen, wie man es schafft, die Beratung aus der Zufälligkeit oder der Ausschließlichkeit des Talentes hinüberzuführen in eine bewusste, professionelle und menschengewinnende Methode. Grundsätzliche Prinzipien des Beratungsgesprächs, Motivations- und Verkaufsstrategien, Überwindung von Phantasielosigkeit sowie Stärkung des eigenen Selbstbewusstseins sind nur einige Schlagworte aus dem Inhaltsverzeichnis.

Gut gefallen haben mir kleine Marketing-Weisheiten wie z.B.: Jeder hat die Patienten, die er verdient (nach dem Motto "entdecke die Möglichkeiten" ist es falsch, wenn man in Patienten etwas hineinver-

**Ihre
WAHL**

in

Schleswig - Holstein



**SCHUSCHAN
DENTALTECHNIK GmbH**

0431 - 79875

mutet anstatt aus ihnen die "Möglichkeiten" herauszuarbeiten). Oder »Beziehungsmarketing wird Erlebnismarketing um Längen schlagen«, was unsere menschlichen Seiten und Kommunikationsfähigkeiten fordert, wenn wir am Ball bleiben wollen. Den krönenden Abschluß des Buches bilden die "BIG POINTS" (Begriff aus dem Tennissport), die 10 Goldenen Regeln, die uns Leser in die Lage versetzen sollen, dass wir unsere Ziele mit unseren Patienten in unseren Praxen erreichen werden. Um neugierig auf das Werk zu machen, hier nur die Überschriften:

1. Nie mehr erklären, warum etwas nicht geht!
2. Surfen!
3. Machen Sie Ihren Traum endlich wahr!
4. Befreien Sie sich!
5. Raus aus der Geisterbahn!
6. Freuen Sie sich auf Ihren Patienten!
7. Gönnen Sie sich mehr Risiko!
8. Patentrezepte ? Patente Rezepte!
9. Sie haben die Freiheit der Wahl!
10. Ich bin, der ich bin!

S. Lange

Mich hat die »Fortbildung« von H.U. Köhler eher abgeturnt: Ein egomanischer Clown will Dir zeigen, wie man Eskimos Kühlschränke verkauft.

Kann ja sein, dass es Hans-Uwe tatsächlich gelingt, Herrn Inuit einen Frigidaire anzudrehen - ist das ein Beweis dafür, dass Frau Inuit sowas braucht?

H. Hey

Johannes Klammt
Praxis der Zahntentfernung

forum-med-dent

Aventis, Frankfurt, Januar 2000

Die Zahntentfernung ist der häufigste chirurgische Eingriff am Menschen, es ist auch die häufigste Operation, die wir in unserer Praxis durchführen, sie wird auch am meisten als Verdeutlichung von Patientenängsten in Karikaturen dargestellt. In unserer universitären Ausbildung hingegen spielt das Erlernen und Üben der notwendigen Operationstechniken nur eine untergeordnete Rolle, trotz der im Praxisalltag zahlreichen vermeidbaren und auch unvermeidbaren Störungen. So war es für Prof. J. Klammt erstaunlich, daß es im deutschen Sprachraum seit Anfang des Jahrhunderts keine geschlossene Darstellung dieser Problematik gibt. Er stellt uns seinen umfangreichen Erfahrungsschatz aus langjähriger Tätigkeit als Chefarzt der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Klinikums Schwerin/ Mecklenburg zur Verfügung. Seine Ratschläge geben uns die Chance, bei unseren Patienten durch sicheres, zielgerichtetes Vorgehen erfolgreich zu operieren und Ängste abzubauen.

Aventis Pharma, ein Zusammenschluß von Hoechst M. Roussel und Rhone Poulenc Rorer, stellt uns nun dieses Buch als vollständig überarbeitete und aktualisierte Neuauflage zum Erlernen oder Rekapitulieren dieses wichtigen Bereiches der Zahnmedizin zur Verfügung. Dabei wurden der an sich schon sehr lebendig und einprägsam geschriebenen Darstellung zahlreiche verdeutlichende farbige Grafiken und tabellarische Übersichten zugeordnet und Hilfen zur Interpretation von Röntgenaufnahmen gegeben. Durch farb-

lich hervorgehobene Merksätze können wir uns schnell im Text orientieren, um Wissenslücken aufzufinden und auszubügeln (z.B. „Nur wenn man einen Nerv sieht, kann man ihn gezielt schonen“ oder „Nachspritzen hilft nur, wenn zuvor ein Fehler in der Injektionstechnik gemacht wurde“).

Nach diesem sehr positiven Start wünsche ich der Aventis Pharma weiterhin eine glückliche Hand bei ihrem Vorhaben, weitere Broschüren, Bücher und elektronische Medien zu zahnmedizinisch relevanten Themen zu gestalten.

U. Happ

„Presse-Taschenbuch Gesundheit“ im Online-Zeitalter angekommen

Nie war eine Aktualisierung dieses inzwischen über 650 Seiten starken und dennoch nur Notizbuch-grossen Nachschlagewerkes so dringend wie diesmal. Denn der Wechsel der Bundesregierung nach Berlin und der Nachzug eines grossen Heeres an Journalisten hat viele neue Adressen hervorgebracht. Wohlsortiert und durch zusätzliche Register auffindbar präsentieren sich dem gesundheitspolitisch Interessierten ca. 1.900 Medizin- und Wissenschaftsjournalisten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Fast sämtliche allgemeine Medien und medizinische Fachmedien (also Tages- und Wochenzeitungen, Illustrierte, Fachzeitschriften, Radio- und Fernsehsender usw.) werden, meist unter Angabe zuständiger Redakteure, aufgelistet. In weiteren Kapiteln findet man Adressmaterial zu den Bereichen Wissenschaft und Forschung,

zu obersten und nachgeordneten Behörden auf Bundes- und Länderebene, zu mehr als 2000 Verbänden und Organisationen im Umfeld unseres Gesundheitswesens. Zu letzteren zählen auch Körperschaften öffentlichen Rechts wie die KZVen oder Vereine wie der DAZ.

Ein enormer Vorteil gegenüber früheren Ausgaben ist die Hinzunahme einer grossen Zahl von E-Mail- und Web-Adressen. U.a. bieten sie die Chance, Kontakte trotz räumlicher Veränderungen ungestört fortzusetzen und eines Tages allein mit dem Web als Nachschlagewerk auszukommen. Momentan allerdings dürfte sich für alle, die einen aktiven Part im Gesundheitswesen spielen wollen, die Investition für das „Presse-Taschenbuch Gesundheit 2000/01“ (Kroll Verlag, ISBN 3-927757-83-7, Preis 48 DM) noch lohnen.

I. Berger-Orsag

R.Biffar/E.Körber

Die prothetische Versorgung des Lückengebisses

Befunderhebung und Planung
Deutschler Zahnärzte Verlag, Köln
4., völlig neu bearbeitete Auflage
366 Seiten, 244 Abbildungen, DM 198,
ISBN 3-934280-07-2

Das vorliegende Buch ist für die praktisch tätigen Zahnärzte gedacht, die Basisüberlegungen zu einer möglichst umfassenden funktionsgerechten Therapieplanung aus prothetischer Sicht unter Einsatz des heute zur Verfügung stehenden zahnärztlichen Repertoirs nachlesen möchten. Hierbei ist das übersichtli-

che Inhaltsverzeichnis am Anfang des Buches mit seiner klar aufgebauten Gliederung der systematisch notwendigen Schritte eine ausgezeichnete Hilfe.

So ist auch ein abschnittswises Nachschlagen zu einzelnen Problemstellungen jederzeit möglich.

Die vorhandenen Abbildungen sind sehr informativ und technisch gut aufbereitet. Literaturangaben und das Register zum Schluß des Buches sind ausführlich und hilfreich.

Insgesamt ist das vorliegende Buch genau auf den praktisch tätigen Zahnarzt (in) abgestimmt und sehr empfehlenswert.

R. Tödtmann

Erwin Deutsch

Medizinrecht, Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinproduktrecht

739 Seiten, DM 219, Springer Verlag,
4. Auflage 1999, ISBN 3-540 653554

Unter dem Titel bzw. Oberbegriff "Medizinrecht" legt der Autor, Professor für Rechtswissenschaften an der Universität Göttingen, nunmehr in vierter Auflage sein Buch zum Bereich des Arztrechtes vor.

Das Werk, das mittlerweile als eines der Standardwerke auf diesem Rechtsgebiet bezeichnet werden kann, befasst sich dabei nicht nur mit dem für den praktisch tätigen Mediziner wichtigen Bereich des Arzthaftungsrechtes, sondern darüber hinaus mit nahezu allen Gebieten aus den Bereichen der Medizin bzw. deren Ausübung, die mit der Thematik "Recht" in Beziehung treten

können, insbesondere Forschung und Herstellung von Medizinprodukten (Arzneimittel).

Obwohl das Buch in den einzelnen Themenbereichen sehr ausführlich ist und natürlich dort, wo es nun einmal unumgänglich ist, auf die jeweils einschlägigen Gesetzesvorschriften Bezug nimmt, ist das Buch auch für den Nichtjuristen verständlich. Positiv fällt in diesem Zusammenhang auf, daß das Buch nicht nur die jeweiligen Paragraphen zitiert, sondern diese erläutert und die einzelnen Themen anschaulich mit Fallbeispielen aus der Rechtsprechung versieht, wobei die aktuelle Rechtsprechung bis einschließlich 1998 Berücksichtigung gefunden hat.

Das Buch ist somit nicht nur ein Lehrbuch, sondern ein Werk, das es aufgrund der übersichtlichen Gliederung ermöglicht, sich schnell zu einzelnen Themen zumindest einen Überblick zu verschaffen, wobei natürlich nicht erwartet werden kann, zu jedem in der Praxis möglicherweise auftretenden speziellen Problem eine konkrete Lösung zu finden. Das Werk erhebt auch nicht den Anspruch, dies wäre ohnehin nicht möglich, bei konkreten Rechtsproblemen in der alltäglichen Praxis die zumeist dann notwendige Beratung durch die rechtsberatenden Berufe zu ersetzen.

Eine Lektüre derjenigen Kapitel, die die zumeist auftretenden Probleme im Rahmen der Ausübung eines Heilberufes abhandeln, insbesondere im Bereich der Haftung, kann jedoch ein erhöhtes Problembewußtsein schaffen und eine Sensibilität z.B. zu der Frage, wie gegebenen-

falls präventiv bei immer wieder auftretenden Problemen eine rechtliche Auseinandersetzung vermieden werden kann.

Das Buch behandelt nicht nur in erster Linie rechtliche (Problem-)Bereiche des Allgemeinmediziners, sondern stellt auch konkrete Beziehungen zu den Parallelberufen (insbesondere Zahnmediziner) her, wenn es hier auch wünschenswert gewesen wäre, einige Problemfelder, die immer wieder in der alltäglichen Praxis auftauchen, insbesondere das Verhältnis Patient-Zahnarzt-Krankenkasse (gesetzliche Krankenversicherung), ausführlicher abzuhandeln.

Für den Bereich der Zahnärzte speziell sind in diesen Bereichen, u.a. Haftung, lediglich wenige Seiten reserviert worden, es ist dann erforderlich, wieder einen Einblick in die allgemeinen -ausführlicheren- Kapitel, primär zugeschnitten auf den Allgemeinmediziner, zu nehmen.

Wünschenswert wäre es auch gewesen, die Haftungsfragen und -folgen, die sich aus einem möglichen Behandlungsfehler ergeben, nicht nur aus zivilrechtlicher Sicht (z.B. Haftung auf Schadensersatz und Schmerzensgeld; diese Punkte können auf eine Haftpflichtversicherung "abgewälzt" werden), sondern auch aus strafrechtlicher Sicht zumindest kurz anzuschneiden, und die Möglichkeiten und Folgen eines staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens ansatzweise darzustellen.

*Axel Husheer,
Rechtsanwalt und Fachanwalt
für Strafrecht, Oldenburg*

Kurt Nagel, Bernhard Wulfert

Top in der Arztpraxis

Mit modernem Managementwissen in kurzer Zeit zu einer erfolgreichen Praxis
Ecomed Verlag, 1999, 315 Seiten
148 DM, ISBN 3-609-51930-4

Das Buch wird als Ringbuch herausgebracht (müßte besser verpackt werden), so dass einzelne Seiten für den internen Bereich gut kopiert werden können. Es ist sehr klar in 9 große Kapitel gegliedert. Jedes Kapitel beginnt gleichartig, witzige Bilder mit Sentenzen dazu, die einleuchtend sind, die nächste Seite zeigt Tendenzen dieses Kapitels auf und die dritte Seite enthält eine Checkliste, durch die man sich darüber klar werden kann, wo Mängel zu beheben sind.

Es sind gute Vorschläge und Tipps enthalten, die man zwar schon manchmal gehört hat, aber hier in schriftlicher Form, nach Themen geordnet, kompakt und übersichtlich nachlesen kann.

Das Buch betrifft nur zum geringeren Teil speziell Ärzte, der weitaus überwiegende Teil beschäftigt sich mit Managementproblemen, Patientenbindung, Helferinnenmotivation, Erscheinungsbild der Praxis und Investitionskriterien.

Es animiert dazu, Vorschläge in die Tat umzusetzen. Durch die Überprüfung der Checklisten im Halbjahresrhythmus z.B. ist es möglich, festzustellen, ob und was man geändert hat und wo noch Änderungen möglich wären.

Es ist ein Buch, das man in seine Praxisbibliothek aufnehmen sollte, wenn man noch jung ist und wenn man als älterer Kollege(in) noch flexibel und bereit ist, im Management etwas zu ändern.

Siegrun Wander

Hrsg.: Hans Kiesow

Die patientenorientierte Wohlfühlpraxis

Wissen und Motivation für Ihren
Arbeitsalltag

Spitta-Verlag, Balingen, 2000

Loseblattwerk mit 3 Aktualisierungen
jährlich, 1160 Seiten, DIN A5, 128 DM
ISBN 3-932753-15-1

Im Strukturwandel unserer Praxen sind Prävention, Qualitätsmanagement und Kommunikationspsychologie die drei großen Herausforderungen. Das Wissen dafür wurde - mehr schlecht als recht - autodidaktisch erworben, klare Konzepte sind Mangelware. Insbesondere der professionelle Umgang mit Mitarbeitern und Patienten ist immer noch ein eher unsystematischer, dornenreicher Pfad, auf dem auch altgediente Routiniers immer wieder straucheln.

Hinter dem ein wenig trendig-kitschigen Titel aus dem Spitta-Verlag verbirgt sich jedoch ein intelligent gemachter Kompass, mit dessen Hilfe sich manche Fallgrube im Praxisalltag vermeiden lässt. Kommunikation, Management, Beratungskultur und Mitarbeiterführung sind die Hauptthemenkreise, die von erfahrenen Psychologen, Betriebswirten und Zahnärzten ausgeleuchtet werden. Die berechnete Aversion vieler Kollegen gegen bislang saloppe Patentrezepte wie 'Verkaufsgespräch', 'Management' oder 'Marketing' z.B. weicht der Einsicht, daß dieses - richtig verstandene - Umdenken nicht nur seriöse, ethisch-unbedenkliche, sondern geradezu unverzichtbare Aspekte moderner Praxisstrategien sind. Besonders hilfreich beim Studium dieses üppigen lose-Blatt-Ordners empfand

ich die systematischen Trainingseinheiten zum 'Praxismanagement' und zur 'Mitarbeiterführung'. Aber auch der 'Umgang mit uns selbst' (Stress, Konflikte, Vorbildfunktion) erfährt überaus nachdenkenswertes Impulse.

Kritisch zu bewerten hingegen sind manche Ideen zur zukünftigen 'Diversifikation': Zahnärzte als 'Mitunternehmer vegetarischer Restaurants', von 'Reisebüros' oder 'Lady-Fitness-Studios'. Auch die Empfehlung, bei 'besonderer Betonung der Hygiene die 'gesamte Praxis wie einen modernen Badebereich zu gestalten', halte ich doch für eher verwe-

gen. In die Rubrik Übertreibungen gehören wohl ebenso die Tipps, 'in Großstädten alle Prophylaxe-Infos auch ins Japanische zu übersetzen', die 'wöchentlich erscheinende Praxiszeitung' oder die 'regelmäßige Organisation von Patienten-Stammtischen im benachbarten Cafe'. Solche Exotica schmälern den denkbaren Nutzen des Handbuchs jedoch keineswegs. Auch erfahrene Praxischefs sollten vor den 1160 Seiten nicht zurückschrecken. Das Studium(!), ja der Genuss ist in überschaubaren Dosen allemal motivierend, gewinnbringend und geeignet, sofort ausprobiert zu werden.

In der derzeitigen Flut von Ratschlägen, Traktaten und Hochglanz-Zeitschriften unterschiedlichster Provenienz ist dieses Werk ein bemerkenswert brauchbares Rüstzeug für eine erfolgreiche Selbstständigkeit; die 50,11 EURO sind gut angelegt!

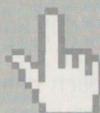
Chr. Nielsen

Finden statt suchen: Welcome to the dent all

Das umfassende
Informationsangebot
für Zahnmediziner
im Internet

www.dent-all.de

Ein Klick
mit Einblick:



Klicken Sie jetzt ins www.dent-all.de und gewinnen Sie 7x je eine Kreuzfahrt für 2 Personen auf dem Mittelmeer im Wert von über 5000,- DM.



Nutzen Sie mit Ihrem persönlichen „log-in“ die volle Funktionalität des dent-all.

Rufen Sie jetzt an:

07433/952-424

oder mailen Sie:

kontakt@dent-all.de

Die Zukunft der restaurativen Zahnmedizin

Beim Winterkongress des ZBV Oberbayern standen neue Entwicklungen und Untersuchungen zu Adhäsivrestorationen im Mittelpunkt. Prof. Dr. Ivo Krejci, Genf, referierte dabei über neueste Entwicklungen - von der Fissurenversiegelung bis zur adhäsiven Brücke - interessante Ausführungen, die wir im folgenden mit freundlicher Genehmigung des Autors wiedergeben.

In den letzten Monaten des ausgehenden Jahrtausends ist es besonders reizvoll, einige Überlegungen zur Zukunft der restaurativen Zahnmedizin anzustellen. Dabei soll nicht darüber spekuliert werden, was in 50 Jahren möglich sein wird, da dies die tägliche Praxis der meisten Kollegen kaum tangieren dürfte. Vielmehr geht es darum, die vielleicht noch nicht ganz greifbaren, aber bereits im Raum stehenden Entwicklungen aufzugreifen, welche die unmittelbare Zukunft massgeblich beeinflussen könnten. Der vorausschauende Zahnarzt wird nämlich gut daran tun, diese Prognosen bereits heute in seine strategischen Überlegungen mit einzubeziehen.

Umfeld Die Fortschritte in der Prävention werden zu einem weiteren Rückgang der Anzahl und der Grösse von Restaurationen bei jüngeren Patienten führen. Dieser Rückgang wird aber möglicherweise mehr als wettgemacht durch die Notwendigkeit des Ersatzes bereits bestehender Restaurationen und durch die Zunahme von restaurativen Leistungen bei älteren Patienten, welche ihre eigenen Zähne immer häufiger bis ins hohe Alter behalten können.

Die wirtschaftliche Grosswetterlage wird dazu führen, dass sich die Polarisierung der restaurativen Versorgungsmöglichkeiten weiter zuspitzen wird; das zahn-

medizinisch Wünschbare wird sich nicht immer realisieren lassen. Da die restaurative Zahnmedizin keine Vitalindikationen kennt, führt diese Entwicklung konsequenterweise zur Definition von unterschiedlichen restaurativen Standards, welche der Zahnarzt dem Patienten anbieten kann:

Standard 1 Bei diesem Standard geht es primär um den Schutz der bestehenden Zahnhartsubstanz. Ein weiteres Fortschreiten der Karies soll verhindert werden, ohne dass die Form, die Funktion und die Ästhetik Berücksichtigung finden. Standard 1 ist z.B. in der Form von nicht funktionellen provisorischen Füllungen kostengünstig realisierbar. Er stellt aber zu meist keine langfristige restaurative Lösung dar.

Standard 2 Dieser Standard hat zum Ziel, die Zahnhartsubstanz zu schützen und die Form und Funktion eines Zahnes wiederherzustellen. Ein typischer Vertreter des Standards 2 ist das Amalgam, bzw. - unter der Prämisse der Metallfreiheit - der Amalgamersatz. Dieser muss unter den gleichen Bedingungen gelegt und zu den in etwa gleichen Kosten angeboten werden können, wie Amalgam selbst. Dies ist gegenwärtig nur dann möglich, wenn auf eine, erwiesenermassen aufwendige, adhäsive Verankerung verzich-

tet wird. Um trotzdem einen möglichst optimalen Schutz der Zahnhartsubstanz zu ermöglichen, wird das Konzept des "Separate Bondings" eingeführt. Dabei wird die Zahnhartsubstanz mit einem Adhäsivsystem versiegelt, welches nahezu keinen Verbund zum anschliessend eingebrachten, vorzugsweise hydrophoben, idealerweise kariesprotektiven Komposit- oder kompositartigen Restaurationsmaterial aufweist. Das Konzept führt zu einer makromechanisch verankerten Restauration, welche einen programmierten Spalt aufweist, der zwischen der Restauration und der adhäsiven Kavitätensiegelung verläuft. Diese Restauration ist zwar in der Regel zahnfarben, aufgrund der makromechanischen Kavitätenform aber nicht minimalinvasiv.

Standard 3 Dieser Standard umfasst den Schutz der Zahnhartsubstanz, die Wiederherstellung der Form und Funktion und eine möglichst optimale Aesthetik. Er wird mit Hilfe von adhäsiv verankerten, zahnfarbenen Restaurationen realisiert, welche minimalinvasiv zu präparieren sind. Der Zeitbedarf beim Legen von Standard 3-Restaurationen ist gross, was ihn entsprechend teuer macht. Aus zahnärztlicher Sicht, ohne Berücksichtigung politischer und monetärer Ueberlegungen, stellt er die optimale restaurative Versorgung dar.

Detailfaktoren Neben den oben angeführten, konzeptionellen Ueberlegungen sind eine Reihe von Detailfaktoren zu nennen, welche in naher Zukunft an Bedeutung gewinnen werden:

Visualisierungs- & Diagnostikhilfen Lu-
penbrillen mit adäquater Beleuchtung

werden für die Diagnostik und die Therapie zum Standard. Für ausgewählte Eingriffe in der restaurativen Zahnmedizin kommen gar Operationsmikroskope "ähnlich wie in der Endodontie schon seit längerem üblich" zum Einsatz. Beim Röntgen ist der Trend in Richtung Digitalisierung unverkennbar, wobei hier eine weitere Verbesserung der Auflösung und insbesondere eine bessere Integration ins Praxisdatenmanagement bzw. Vereinfachung der Anschlussmöglichkeiten, z.B. über die beschleunigte USB- oder die FireWire-Schnittstelle zu erwarten sind. Dank Fortschritten in der digitalen Röntgenbildbearbeitung sollte eine genauere Analyse der Progression approximaler kariöser Läsionen möglich werden. Insbesondere aufgrund weiterer Optimierungsbemühungen in der Kalibrierung der Laserreflektometrie ist im weiteren eine zuverlässigere Diagnose der Fissurenkaries zu erwarten.

Zahnhartsubstanzpräparation Bezüglich Präparationsrichtlinien stehen v.a. im Rahmen des Standards 3 grundlegende Aenderungen an: Die kastenförmige Kavität ist bei der Einzelzahn-Erstversorgung ein Auslaufmodell. Die Form und Grösse der Kavität richten sich einzig und allein nach der zu versorgenden kariösen Läsion. Lediglich der Randbereich der Kavität ist zu finieren und entsprechend der Restaurationsart spezifisch zu konfigurieren.

Anstelle von Vollkronenpräparationen werden im Seitenzahnbereich beliebig gestaltete Overlayformen, im Frontzahnbereich Veneers präpariert. Im Brückensektor werden zunehmend adhäsive Inlay- und Slotbrückenpräparationen Einzug halten. Die Vollkronenpräparation wird

damit im Zusammenhang mit adhäsiven Restaurationen obsolet.

Von der instrumentellen Seite her werden mikrooszillierende, selektiv diamantierete Instrumente zu einer unverzichtbaren Ergänzung der rotierenden Instrumente werden. Eine flächendeckende Verbreitung ist allerdings erst dann zu erwarten, wenn diese Instrumente preislich attraktiver werden und die Kompatibilitätsprobleme zwischen einzelnen Herstellern gelöst worden sind.

Geräte zur kinetischen Präparation werden eher zur Oberflächenreinigung als zur Kariesentfernung eingesetzt, da sie vorzugsweise die harte, gesunde Zahnhartsubstanz, und nicht das weiche, kariöse Gewebe, abtragen. Eine Änderung der Pulverzusammensetzung könnte diese Wirkungsweise allerdings durchaus umkehren, wodurch das Verfahren insbesondere für die Kinderzahnmedizin an Bedeutung gewinnen könnte.

Präparationslaser, obwohl seit vielen Jahren verfügbar, stehen erst am Anfang ihrer praxisrelevanten Entwicklung.

Lichtpolymerisation Der Trend zu extrem lichtstarken Lichtpolymerisationsquellen, vorzugsweise mit regulierbarem, exakt kontrollierbarem Output, hält an. Der negative Einfluss dieser Geräte auf die marginale Adaptation dürfte sich "zumindest bei gewissen Restaurationsarten" - in Grenzen halten. Ein deutlicher Zeitgewinn bei der Lichtpolymerisation wird die Folge sein.

Als Lichtquellen für die intensive Lichtpolymerisation kommen nicht nur Plasma- oder Xenongeräte in Frage. Ueberarbeitete, in ihrer Leistung und Leistungsentwicklung optimierte Halogenlichtquellen, gebündelte blaue Dioden-

lichtquellen oder gar gebündelte blaue Diodenlasersysteme werden hier neue Akzente setzen. Dabei steht nicht nur eine kontinuierliche, sondern auch eine kurzgepulste Lichtemission zur Diskussion.

Adhäsion Bei der Entwicklung und Evaluation von Adhäsivsystemen wird zunehmend akzeptiert, dass die Haftkräfte und die Mikromorphologie keine relevanten Aussagen über das klinische Verhalten erlauben. Die Fokussierung auf die Evaluation der marginalen und internen Adaptation unter möglichst kliniknahen Bedingungen (Simulation des Dentinliquors mit Hilfe von verdünntem Pfladeserum, Kombination der okklusalen und thermischen Wechselbelastung) gewinnt somit an Bedeutung. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass die Hybridschicht als der beinahe dogmatische Adhäsionsmechanismus an Bedeutung verliert. Die Zahnärzte werden im weiteren vermehrt erkennen, dass Wet Bonding und Total Etch mittels hochkonzentrierter Phosphorsäure keine Vereinfachung der täglichen Arbeit mit sich bringen. Auch das Total Bonding wird nicht mehr die allein seligmachende Klebelösung darstellen. Vielmehr wird es auf spezifische Indikationen eingeschränkt und mit Selective Bonding ergänzt.

Im Materialsektor ist der Vormarsch der ätzenden Primer oder gar der ätzenden Primer-Bonds zu verzeichnen. Allerdings werden nur wenige Produkte den Erwartungen gerecht werden. Diese werden zuerst bei weniger kritischen Indikationen, wie den Klassen I, III und V eingesetzt. Nach weiterer Optimierung ist ihre Einführung auch in den Klassen II und IV und bei Inlays/Overlays/Brücken zu erwarten.

Restauration/Rekonstruktion Die Standardrestauration der Wahl bei intrakoronaren Kavitäten wird " praktisch unabhängig von der Kavitätengrösse und zervikaler Ausdehnung - eine direkt gelegte Kompositfüllung. Die Komposits bzw. kompositartige Materialien werden dabei bezüglich Farbanpassung und Polierbarkeit weiter optimiert werden, was sie in ästhetischer Hinsicht immer näher an die Keramik rücken lässt.

Adhäsive Inlays verlieren stark an Bedeutung und werden zunehmend für Spezialfälle reserviert werden. Der Höckerersatz erfolgt mit Hilfe von adhäsiven Overlays aus Keramik, oder - mit zunehmender Tendenz - aus Komposit, bzw. kompositartigen Materialien. Adhäsive Slot-/Inlay- und Overlaybrücken aus verstärkten Kompositmaterialien oder verstärkten Keramiken etablieren sich als die zahnhartsubstanzschonende Alternative zur konventionellen Prothetik. Eine willkommene Erweiterung der rekonstruktiven Palette werden in einer Sitzung hergestellte, adhäsive Slotbrücken bilden, welche mit Hilfe der weiterentwickelten Software des CEREC 2-Systems hergestellt werden können.

Restauration devitaler Zähne Die adhäsive Restauration revolutioniert die Versorgung von devitalen Zähnen. Einerseits deshalb, weil aufgrund des inhärenten Schienungseffektes deutlich weniger gesunde Zahnhartsubstanz geopfert werden muss. Im weiteren sinkt der Bedarf an makroretentiven Elementen, was den Einsatz von Wurzelstiften in vielen Fällen obsolet macht. Die noch verbleibenden Wurzelstifte werden metallfrei sein, mit dentinähnlichen physikalischen Eigenschaften, damit sie sich

unter Belastung ähnlich verformen, wie die Zahnwurzel. Sie werden adhäsiv verankert und können entsprechend grazil gestaltet werden. Dank all dieser Faktoren sind deutlich weniger Misserfolge aufgrund von gesprengten Zahnwurzeln zu erwarten.

Es ist mittlerweile hinlänglich bekannt, dass apikale Probleme bei wurzelbehandelten Zähnen häufig auf eine undichte Restauration zurückzuführen sind. Dank perfekter Abdichtung im koronalen Bereich ist im Rahmen der adhäsiven Restaurationen ein deutlicher Schub in Richtung höherer Ueberlebensrate wurzelbehandelter Zähne zu erwarten.

Epilog Der dargelegte Sachverhalt macht deutlich, dass in den nächsten Jahren eine ausserordentlich dynamische Entwicklung der restaurativen Zahnmedizin zu erwarten ist. Um mit dieser Entwicklung Schritt halten zu können, ist eine permanente Weiterbildung unerlässlich. Sie sollte allerdings nicht als Zwang, sondern als Chance verstanden werden. Als Chance für unsere Patienten, um sie noch optimaler versorgen zu können. Als Chance für uns Zahnärzte, um noch mehr Spass an der täglichen Arbeit zu haben.

Es gibt viel zu tun, packen wir es an!

*Prof. Dr. I. Krejci, Genf
Vorsteher der Division für Kariologie,
Endodontologie und Kinderzahnmedizin
Zahnmedizinisches Zentrum der
Universität Genf
rue BarthÉlemy-Menn 19
CH-1205 Genf*

e-mail: ivo.krejci@medecine.unige.ch

Gesucht/Gefunden

Chance für Existenzgründer:

Nähe Hamburg: etablierte, solide Praxis (keine Alterspraxis) in gute Hände abzugeben. Im Rahmen einer längerfristigen fairen Kooperation wird Existenzgründer/in eine Niederlassung unter günstigen Konditionen geboten. Der bisherige Inhaber möchte seinen Arbeitsumfang reduzieren und Praxisführung und Verantwortung abgeben.

Interessenten wenden sich bitte an die DAZ-Geschäftsstelle, Tel. 0221/973005-45, Fax 0221/7391239, E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de

Partner-Suche:

umsatzstarke Zahnarzt-Einzelpraxis (hoher Privatanteil) in Düsseldorf mit Schwerpunkt Parodontologie, Implantate sucht Partner für langfristige Kooperation. NAV-Wirtschaftsdienst, Hubertus von Loe, Tel/Fax 02151/818181-2/-8 oder 0172/26105-31

Abgabe:

etablierte Zahnarztpraxis in Praxisgemeinschaft in Berlin-Pankow z.III. Q. 2000 abzugeben. NAV-Wirtschaftsdienst, L. Höppner, Tel/Fax 030/28526991/29

Praxis-Übernahme: größere Zahnarztpraxis zur baldigen Übernahme gesucht, bevorzugt Raum Köln/Bonn.

NAV-Wirtschaftsdienst, I. Fuhr, Tel 02054/ 954521, Fax 02054/954519

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. Reinshagen, 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. Tel/Fax 07433/384263

Vertretungs-Angebot:

Junger Zahnarzt steht ab sofort als Vertretung in Zahnarztpraxen im norddeutschen und speziell im Berliner Raum zur Verfügung.

Thomas Brandt, Windscheidstr. 15,
10627 Berlin, Tel. 030/7559468,
Tel. 0174/4012740.

Seminar-Angebot für Praxisabgeber und -übernehmer

Am 31.5.2000 findet in der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Sedanstr.

10-16, 50668 Köln, von 16-20 Uhr ein vom NAV-Wirtschaftsdienst für Ärzte (WIDI) veranstaltetes Seminar zur Praxisabgabe/-übernahme statt. Es geht um betriebswirtschaftliche, vertragsrechtliche und steuerliche Aspekte sowie um die Ermittlung des Praxiswertes. Das Seminar ist auch für Zahnärzte geeignet, die noch kein konkretes Niederlassungsprojekt vor Augen haben.

Infos unter Tel. 0221/97355-192,
Fax 0221/97355-152.

DAZ mit allen im Gespräch

Mit dem Jahreswechsel trat die abgespeckte rot-grüne Gesundheitsreform 2000 in Kraft. Trotz starker Proteste vorher herrscht seitdem erstaunliche Ruhe. Der DAZ-Vorstand nutzte die Gelegenheit, einige eher zu kurz gekommene Aktivitäten und Kontakte neu zu beleben.

Central und WIDI

Seit 1986 hat der DAZ - wie viele andere Verbände auch - einen Gruppenversicherungsvertrag mit der Central Krankenversicherung. DAZ-Mitglieder erhalten dadurch in der Krankenversicherung einen ca. 5% günstigeren Beitrag und müssen als Versicherte aufgenommen werden. Bei einem Gespräch zwischen dem DAZ-Vorsitzenden und Central-Vertretern sagte die Central zu, ihr Angebot weiterhin im "DAZ-Forum" und bei DAZ-Veranstaltungen zu präsentieren. Das Interesse beider Gruppenversicherungspartner an einer engeren Kooperation wurde angesichts der sich verändernden Rahmenbedingungen der gesetzli-

chen und privaten Krankenversicherung betont.

In ähnlicher Weise soll auch die Kooperation mit dem NAV-Wirtschaftsdienst (WIDI) intensiviert werden. Das auf Ärzte und Zahnärzte spezialisierte Beratungsunternehmen bietet eine breite Palette von Hilfestellungen für Praxisinhaber und deren Angestellte. Es gibt diverse Vorteile und Sonderkonditionen für DAZ-Mitglieder. Im Zeitalter der elektronischen Kommunikation tritt der WIDI mit einem neuen, wesentlich erweiterten Web-Portal an die Öffentlichkeit und bietet Partnern wie dem DAZ die Möglichkeit, sich in diesem Rahmen zu präsentieren.

DAZ-Web.de

Zunächst allerdings wird der DAZ sein über Jahre eher unzulänglich gepflegtes Internet-Angebot auf Vordermann bringen. Während wir bisher nur für Insider unter www.medi-netz.com/DAZ.htm aufzufinden waren, erreichen Sie den DAZ ab jetzt direkt unter www.DAZ-Web.de. Dr. Jost Wollstein aus der DAZ-Studiengruppe Oldenburg hat unsere Seiten durchforstet und wird sich in Zukunft um Aktualisierung und Neugestaltung kümmern. Wenn Sie Anregungen haben oder Informationen beisteuern wollen, schicken Sie eine Mail an Jost.Wollstein@t-online.de. Für den verbandsinternen schnellen Austausch sei noch mal auf unsere E-Group verwiesen. Interessierte melden sich an bei Kai_F_Mueller@t-online.de.

Gespräche auf vielen Ebenen gehen weiter

Trotz Goldgräberstimmung bei elektronischen Kommunikationsmöglichkeiten bleibt bei vielen Themen und Anliegen der unmittelbare persönliche Austausch das Mittel der Wahl. Aus diesem Grund suchen wir auch in diesem Jahr das Gespräch mit wichtigen Politikern und anderen Akteuren im Gesundheitswesen. Mit dem Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag Klaus Kirschner ist bereits ein Termin vereinbart. Mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen gibt es einen kontinuierlichen Austausch, zum Beispiel zum Thema BEMA-Umstrukturierung. Die BEMA-Reform und weitere wichtige Themen standen auch im Mittelpunkt der Zusammenkünfte mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK). Der DAZ nutz-

te die Gelegenheit, um auf die Wichtigkeit von Gesprächen aller zahnärztlichen Gruppierungen im Sinne der früheren "runden Tische" hinzuweisen. Inzwischen hat die BZÄK zu einer verbändeübergreifenden Sitzung geladen: am 24.5.2000 werden BZÄK und DGZMK in einer grossen Runde ihr Projekt "Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde" zur Diskussion stellen.

NAV-Virchow-Bund diskutiert über Leistungskatalog

Die Frage nach einer zeitgemässen Beschreibung ihrer Leistungen und nach Neufassung des Kassen-Kataloges beschäftigt Zahnärzte und Ärzte gleichermaßen. Unser Partnerverband NAV-Virchow-Bund überlässt diese Frage nicht anderen. Er reklamiert die Zuständigkeit der ärztlichen Profession und hat dieser Thematik seine außerordentliche Bundeshauptversammlung im April gewidmet. Die Tagung zeigte sehr deutlich die Schwierigkeiten von Leistungsausgrenzungen. Je nach Art der Ausgrenzung sind bestimmte Berufs- und Patientengruppen unterschiedlich betroffen. Im Extremfall würden nur noch bei sehr schwerwiegenden Indikationen Hilfen zur Verfügung gestellt. Dies steht natürlich im Widerspruch zu jeder präventionsorientierten Medizin. Ein Glück für Patienten und Zahnärzte, dass dergleichen im Zuge der BEMA-Überarbeitung derzeit nicht zur Debatte steht!

Der "Freie Verband" will immer noch ausgrenzen und abschaffen

Dessen ungeachtet gibt es im zahnmedizinischen Bereich immer noch Stan-

desvertreter, die möglichst viel ausgrenzen und z.B. weite Teile der Erwachsenenbehandlung aus der Gesetzlichen Krankenversicherung eliminieren möchten - so der FVDZ in seinem neu vorgestellten Reformkonzept. Gleichzeitig greift er die zahnärztlichen Körperschaften fundamental an und fordert von FVDZ-Mandatsträgern aktiven Einsatz für die Abschaffung genau dieses Systems mit Körperschaften öffentlichen Rechts.

DAZ wirbt für standespolitischen Neuanfang in Niedersachsen und im Bund

Wir verfolgen gespannt, wie die Mehrheit der Zahnärzte als Zwangsmitglieder und Wähler dies honorieren wird. In Niedersachsen läuft bereits der Wahlkampf für die KZV-Wahlen im Herbst an. Dr. Schirbort, KZVN- und KZBV-Vorsitzender, ist mit einer wachsenden Opposition konfrontiert. Im "Forum" und in einer Fülle von Pressemeldungen hat der DAZ die "niedersächsischen Verhältnisse" analysiert und nachgewiesen, dass innerhalb des Budgets zur Verfügung stehende Behandlungsvolumina nicht ausgeschöpft oder für Patientenbehandlung überwiesene Gelder für andere Zwecke als für Honorarzahllungen verwendet wurden. Ein erstes Verfahren der KZVN gegen den DAZ endete mit einer Niederlage der Kläger. Das Landgericht Hannover sah keine Veranlassung, dem DAZ die Äusserung zu verbieten "... es wurden Millionen-beträge einbehalten, die bis heute nicht vollständig ausgezahlt sind". Der DAZ wird weiter über das für Patienten und Zahnärzte schädliche Finanzgebaren der KZVN

aufklären und dazu beizutragen versuchen, dass nach den Wahlen neue Personen mit neuen berufs- und gesundheitspolitischen Vorstellungen die Vertretung der niedersächsischen Zahnärzte übernehmen.

Ein neues Denken ist natürlich auch auf Bundesebene nötig. Es gibt Anzeichen für mehr Nachdenklichkeit und Offenheit - man vergleiche dazu den Bericht von Dr. Roland Ernst über die Ulmer Tagung ab Seite 5.

Der DAZ hat in den 20 Jahren seines Bestehens lernen müssen, dass Fortschritte nicht im Hauruck-Verfahren, sondern nur mühsam durch Überzeugungsarbeit auf unterschiedlichsten Ebenen zu erreichen sind. In diesem Sinne werden wir weitermachen - und hoffen, dass viele von Ihnen sich daran beteiligen.

*Irmgard Berger-Orsag,
DAZ-Geschäftsführerin*

Infos zu Direktversicherungen

Im Forum 68 wurden sie aus Platzgründen schon abgespeckt, und dieses Mal müssen sie ganz dem Schwerpunktthema weichen: Informationen zu betrieblichen Alterssicherungen in Form einer Direktversicherung. Das Thema bleibt für uns dennoch weiterhin aktuell und dürfte für Zahnärzte als Arbeitgeber sowie auch diejenigen unter unseren Lesern interessant sein, die auf mittlere Sicht abhängig beschäftigt sind. Mehr darüber in Forum 70/00. (ibo)

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

- 31.5. – 4.6.2000, Berlin: **Gesundheitstag 2000** (Tel 030/85999779, Fax 030/85999778, info@gesundheitstag.de)
- 5.-9.6.2000, Westerland: **45. Fortbildungstagung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein mit Helferinnen-Fortbildung und Dentalausstellung** (Tel. 0431/38972-80, Fax 28972-10, central@zaek-sh.de)
- 16.6., 20.7., 24.8., 21.9., 19.10., 16.11., 21.12.2000: **Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg**
- 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)
- 20.6.2000, 13.30 Uhr, Köln: **Mitgliederversammlung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege DAJ** (Tel. 0228/694677, Fax 694679)
- 21.6.2000, 20 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes: **Treffen der DAZ-Studiengruppe Berlin/Brandenburg** "Kiefergelenkerkrankungen unter Berücksichtigung somatischer und psychosomatischer Aspekte", Referentin: Dr. Blumenthal-Barby (Tel. 030/9915108)
- 23./24.6.2000, Aachen/Universitätsklinikum: **Cerec-Advanced Training**, Trainer: Priv.-Doz. Dr. Jerome Rotgans (Tel/Fax 02302/30451, jerome.rotgans@t-online.de)
- 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, 10.00 - 18.00 Uhr, Berlin/voraus. Kulturbrauhaus »Leopold« am Prenzlauer Berg: **DAZ-Jahrestagung 2000**. Fachvortrag von Dr. Stefan Hägwald, Charité Berlin, zum Thema "Parodontitis - endlich alles unter Kontrolle? Actisite, Emdogain, Gen-Test, Periostat, Vector - was ist für die tägliche Praxis wirklich relevant?" 14.00 DAZ-Mitgliederversammlung;
- 8.10.2000 Kulturprogramm
- 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 Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde (DGZMK)** in Kooperation mit dem Hessischen Zahnärztetag

Der DAZ stellt sich vor



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

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

Kooperation mit dem NAV-Virchow-Bund

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

Studiengruppen

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

Informationen

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

Hilfe für den Zahnarzt-Alltag

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

Standespolitik

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

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

Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinistudiums mit folgenden Veränderungen:

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

-Verkürzung der vorklinischen Ausbildung bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums

-Einbindung qualifizierter Praktiker in die Universitätsausbildung.

Delegation

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

Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

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

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz

- Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal

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

Qualität

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

- vemünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die KVZen

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

Impressum

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

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

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

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](mailto: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

Betr.: forum-Abonnement

Ich möchte die Vierteljahreszeitschrift *DAZ-forum*
abonnieren zum Preis von 40 DM jährlich

....., den.....

.....
Unterschrift

Absender-Adresse:

Name

Institution

Straße/Haus-Nr.

Postleitzahl/Ort

Telefon

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

Bausteine eines konservativen Aktien-Investment-Depots

Unsere Empfehlung:

10%

Alger „Small Cap“
oder Alger „Mid Cap“

30%

Davis Value Fund

60%

Templeton Growth Fund, Inc.

Antwortcoupon

Ich interessiere mich für

- Templeton Growth Fund, Inc. Davis Value Fund
 The Alger Funds Alternative Anlagemöglichkeiten
 Ich wünsche eine zusätzliche, unverbindliche Beratung. Vereinbaren Sie einen Gesprächstermin unter Telefon

_____ / _____, am besten ab _____ Uhr.

Absender/Stempel

8207406

**Fordern Sie Informationen
zu Ihrem Aktien-Investment-
fonds-Depot jetzt an.**



**NAV-Wirtschaftsdienst
für Ärzte GmbH**

Sedanstraße 13 -17 • 50668 Köln
Telefon (0221) 973 55 169
Fax (0221) 973 55 55

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